

Rapport annuel 2012/2013

Rapport moral de la présidente

Rapport du trésorier

Rapport d'activités

Médecins Sans Frontières

42e Assemblée Générale

1er et 2 juin 2013

Noisiel (Seine-et-Marne) France

Rapport annuel 2012/13 de Médecins Sans Frontières
42^e assemblée générale

sommaire

Introduction	page 5
Charte de Médecins Sans Frontières	page 7
Rapport moral de la présidente.....	page 9
Rapport du trésorier	page 17

Rapport d'activités 2012

Rapport de gestion.....	page 23
Les opérations	page 37
Département médical.....	page 45
Activités logistiques	page 47
Ressources humaines	page 51
Communication	page 55
Pôle événementiel	page 59

Les missions MSF France de a à z

Arménie.....	page 63
Burkina Faso.....	page 65
Cambodge.....	page 66
Chine.....	page 68
Colombie.....	page 69
Congo Brazzaville.....	page 70
Côte d'Ivoire	page 71
Ethiopie.....	page 72
France.....	page 73
Géorgie/Abkhazie	page 74
Haïti.....	page 75
Irak / Jordanie	page 76
Iran.....	page 77
Jordanie	page 78
Kenya.....	page 79
Madagascar	page 80
Malawi.....	page 81
Mali	page 82
Mauritanie	page 83
Niger.....	page 84
Nigeria.....	page 85
Ouganda	page 86
Pakistan	page 87
Palestine (voir Territoires palestiniens)	
Papouasie Nouvelle Guinée	page 89
Philippines.....	page 90
République Centrafricaine (RCA).....	page 91
République démocratique du Congo (RDC)	page 93
Russie (Tchéchénie)	page 95
Somalie.....	page 96
Soudan du Sud/Soudan.....	page 97
Sri Lanka.....	page 98
Syrie.....	page 99
Tchad.....	page 100
Tchéchénie (voir Russie)	
Territoires palestiniens.....	page 102
Yemen.....	page 104

Les satellites de MSF

Fondation MSF CRASH.....	page 107
MSF Logistique.....	page 111
Epicentre.....	page 113

Répertoire

Antennes régionales France.....	page 117
Bases logistiques.....	page 118
Sections internationales.....	page 118
MSF Association contact list.....	page 120
MSF Exécutive entities	page 120
Members of the International Board	page 121
Bureau international.....	page 121
Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels.....	page 121

Conseil d'administration élu à l'AG de juin 2013

.....	page 123
-------	----------

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 2013, regroupe le Rapport moral de la présidente sortante, Dr Marie-Pierre Allié, le Rapport du trésorier, Denis Gouzerh, et le Rapport d'activités, descriptif des activités de la section française de Médecins Sans Frontières pour l'année 2012 (et les débuts de 2013).

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 2013, qui s'est tenue cette année à Noisiel (Seine et Marne – France), les 1er et 2 juin, célébrait les 42 ans de l'association Médecins Sans Frontières, créée le 20 décembre 1971 à Paris.

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

Vous trouverez en fin du document la composition du nouveau conseil d'administration issu du vote du 2 juin 2013.

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

rapport moral 2012/2013

de la présidente

Dr Marie-Pierre Allié

1^{er} juin 2013 - Noisiel

Bonjour à toutes et à tous et bienvenue à cette 42^{ème} Assemblée générale de Médecins Sans Frontières.

Je voudrais en commençant ce rapport moral rappeler que depuis 20 mois nos deux collègues, Mone et Bianca, enlevées dans le camp de Dadaab sont toujours retenues en Somalie ; malgré les efforts de nos collègues de Barcelone et de tous ceux qui les soutiennent dans le mouvement, leur détention se prolonge. Nous sommes tous profondément affectés par ce drame et nous avons tous la ferme volonté d'en trouver l'issue. Cependant nous ne pouvons nier les conséquences qu'il a et qu'il aura en particulier sur nos opérations en Somalie. Aujourd'hui, celles-ci sont maintenues dans cet entre-deux où on ne sait si elles sont efficaces pour atténuer les effets de la crise, mais au cas où... Après leur libération que nous espérons tous prochaine, des questions de fonds quant à la nature et la pertinence de la poursuite de nos actions en Somalie devront être posées et trouver réponse.

L'année qui vient de s'écouler a été marquée par des événements exceptionnels en interne et par un certain nombre de changements politiques importants dont le dernier épisode se déroulera lors de cette Assemblée Générale.

Toutefois, il me paraît prioritaire de commencer ce rapport par un bilan critique de nos opérations au cours de cette dernière année. Je mettrai ce bilan en perspective avec les accomplissements des années précédentes dans un certain nombre de domaines, accomplissements dont on ne peut juger du succès ou de l'échec, de la pertinence ou pas, qu'en prenant du recul.

Je reviendrai ensuite sur les évolutions de notre organisation ainsi que sur les perspectives qui s'ouvrent à nous que ce soit au niveau de notre association, du groupe OCP et du mouvement international de MSF.

Bilan critique de nos opérations

Médecins Sans Frontières a toujours cherché à améliorer la qualité des secours apportés aux populations. Non seulement nous nous efforçons d'améliorer la qualité de ceux que nous apportons nous-mêmes, mais nous essayons aussi d'induire des changements, dans la prise en charge des populations secourues et de nos patients, qui soient reproductibles par d'autres acteurs tout en gardant toujours comme objectif final de fournir à nos patients une prise en charge de qualité et adaptée à leurs conditions de vie.

Je voudrais ici donner quelques exemples de ce que nous avons pu obtenir au cours de ces dernières années, mais aussi parler des pistes dans lesquels nous sommes déjà engagés et qui, je l'espère, produiront demain des changements radicaux.

Tout d'abord la santé des jeunes enfants.

Nous avons assisté ces dernières années à une transformation radicale des pratiques en termes de prise en charge des jeunes enfants, avec le traitement de la malnutrition par des méthodes simples, à travers la responsabilisation des mères. Cette transformation a aussi concerné les acteurs institutionnels, qu'il s'agisse des ministères de la santé dans les pays concernés, ou des acteurs de l'aide et - ce ne sont pas les moindres - des bailleurs de fonds.

Regardons les évolutions au cours de ces 10 dernières années :

Tout d'abord en termes de traitement de la malnutrition sévère

Entre 2004 et 2011, le nombre d'enfants traités pour malnutrition sévère à travers le monde a été multiplié par 33. En 2004, à l'échelle mondiale, 84.300 enfants avaient été traités pour malnutrition sévère dont 40.000 (47%) par MSF. En 2006 (après la crise nutritionnelle au Niger, on est passé à 490.000 enfants dont 24% (117 000) par MSF. Et en 2011: 2.791.400 enfants au total, dont 348.000 par MSF soit 12,5%.

Les avancées sont aussi notables dans le domaine de la prévention. En 2007, MSF a commencé à distribuer des produits supplémentaires destinés à prévenir la malnutrition, soit 640.000 rations mensuelles.

En 2012, plus de 21 millions de rations ont été distribuées aux jeunes enfants, soit sous forme de pâte, soit sous forme de farines enrichies. Et le budget alloué à ces produits nutritionnels spécifiques est passé au niveau international d'un peu plus de 9 millions d'euros à près de 215 millions d'euros.

Mesurée à l'aune de nos expériences de 2005, on ne peut que juger satisfaisante la réponse à la crise nutritionnelle de 2012 dans le Sahel. Satisfaisante, elle l'a été à large échelle puisque 927.000 enfants au total ont été soignés pour malnutrition sévère dans 10 pays du Sahel dont 1/3 au Niger.

Médecins Sans Frontières a pris en charge 150.000 de ces enfants dont 30.000 l'ont été par notre groupe et la moitié d'entre eux au Niger. Notre participation à la réponse n'a donc pas été majeure, mais on ne peut qu'être satisfait de l'ampleur de celle des autres acteurs. Au passage, on notera que cette mobilisation contredit le discours sur la prétendue inefficacité ou insuffisance du système de l'aide prédominant dans certains cercles de MSF.

MSF a donc largement contribué à ces changements. Par ces opérations d'envergure sur le terrain, par sa recherche et développement de stratégies innovantes, par le travail de plaidoyer mené auprès des acteurs de l'aide et des donateurs, par une communication en décalage avec les discours ambiants dramatisants, voire culpabilisants vis-à-vis des mères des enfants malnutris.

Cet effort doit absolument être poursuivi et maintenu. En particulier dans le domaine du plaidoyer alors que la malnutrition n'est plus reconnue comme une fatalité, mais comme un enjeu de santé publique surmontable. Mais aussi et surtout, il doit être poursuivi dans le domaine opérationnel, car notre parole n'a de valeur que lorsqu'elle s'appuie sur notre expérience.

Toutefois, à ce sujet, permettez-moi d'exprimer une inquiétude au vu de notre difficulté à nous montrer cohérents et aux risques qu'elle induit de nous obliger à nous arrêter en si bon chemin.

Le déploiement opérationnel destiné à continuer sur la lignée de ces stratégies de prise en charge innovante qui intègrent le traitement et la prise en charge de la malnutrition doit absolument rester ambitieux.

C'est bien dans le cadre de nos projets au Burkina Faso, entre 2008 et 2011, que nous avons pu travailler sur l'utilisation du périmètre brachial dans la détection et le suivi en cours de traitement de la malnutrition sévère. Et ces résultats peuvent nous permettre d'envisager une délégation du diagnostic et du suivi des enfants malnutris en périphérie, voire aux mères. Au Niger, depuis 2007, nous avons développé les stratégies préventives de la malnutrition aiguë par la distribution d'aliments complémentaires. Au Mali, depuis 2009, nous montrons qu'en combinant soins nutritionnels et soins pédiatriques de qualité et accessibles, nous avons un réel impact sur la mortalité infantile et sur la malnutrition sévère.

Si nous souhaitons aller jusqu'au bout de cette logique et être capables de définir des modèles de prise en charge simples, efficaces, mais aussi pérennes, nous ne devons pas nous contenter d'actions confidentielles mais porter ces projets à une autre échelle.

La vaccination

Dans ce domaine les progrès sont encore à venir, mais il me semble que nous avons identifié les enjeux centraux et que nous sommes prêts à les appréhender en ordre de marche.

Depuis des années, nous assistons à la survenue régulière d'épidémies auxquelles nous répondons en urgence par des campagnes de vaccination de masse. Ces épidémies signent la faillite des Programmes élargis de vaccination tels qu'ils sont encore conçus et développés : de façon extrêmement rigide, sans capacité d'adaptation aux contextes spécifiques. Mais, nous aussi, dans nos propres programmes, nous connaissons des échecs. Nous manquons aussi des occasions de vacciner de façon efficace et nos discours incantatoires ne suffisent pas. Il me semble que l'inadéquation totale des outils, mis à notre disposition et/ou à disposition de nos collègues médecins et infirmiers des pays concernés, entrent pour une grande part dans cette difficulté à atteindre des objectifs de couverture efficaces.

Pour devenir réellement efficaces, il nous faut désormais disposer de vaccins faciles à administrer (plus d'injectables), facile à conserver sous tous les climats (plus de chaîne de froid) et ne nécessitant qu'un nombre minimal de doses. C'est possible.

Nous avons aussi besoin de rendre plus accessibles financièrement les nouveaux vaccins, comme le vaccin antipneumococcique. C'est un axe de travail construit entre la Campagne d'accès aux médicaments essentiels (CAME) et nos opérations, et qui allie des actions de communication, de lobby et de dialogue avec les pays dans lesquels nous travaillons.

L'ensemble de ces activités, vaccination, nutrition, mais aussi prévention et traitement des maladies infectieuses les plus fréquentes, et notamment le paludisme, doivent être intégrés dans un paquet de soins, comme c'est le cas déjà à Konseguela au Mali.

Les résultats mesurés sur ce projet sont impressionnants tant en ce qui concerne la mortalité infantile que la survenue d'épisodes de malnutrition. Il faut maintenant travailler sur ce paquet de soins pour en réduire le coût, et notamment celui des vaccins.

Mais, si on veut continuer à porter ce combat haut et fort, il ne faut pas nous contenter d'une action confidentielle.

Le traitement du SIDA

Au début des années 2000, malgré les contraintes notamment financières auxquelles il lui fallait faire face, MSF a décidé de fournir des traitements antirétroviraux à ses patients atteints du VIH/SIDA.

Puis nous avons décidé de faire monter en puissance cette prise en charge. C'est ce qu'on appelle dans notre jargon le « scaling up ».

En parallèle, la mobilisation internationale, dans les pays très atteints par l'épidémie, mais aussi par les acteurs internationaux, a permis une mise à l'échelle significative même si beaucoup trop de malades n'ont toujours pas accès aux traitements.

Au cours de ces dernières années, au sein de MSF, nous avons l'impression d'un essoufflement, d'une perte de repère par rapport à ce que nous devons désormais développer dans ce domaine.

Cette année, le desk HIV, longtemps promis, a enfin été mis en place. Le travail remarquable effectué par l'équipe en charge de ce desk nous a permis de faire un état des lieux de nos programmes HIV, de lister les enjeux à affronter et de définir et fixer les objectifs pour la période à venir, notamment de développer et documenter des modèles de soins adaptés et simplifiés ou d'évaluer l'impact sur l'épidémie de l'association de stratégies préventives et curatives. MSF a un rôle à jouer pour mettre en œuvre de nouvelles approches en démontrant leur faisabilité, tout en continuant de se faire l'avocat du développement de nouveaux outils de diagnostic et de traitements accessibles et adaptés aux conditions de vie des patients.

La tuberculose

Il s'agit sans doute de LA maladie négligée par excellence : utilisation des mêmes médicaments dont certains (pour les formes multi-résistantes) toxiques voire inefficaces depuis des décennies, méthodes de diagnostic archaïques.

Mais la lumière pointe enfin au bout du tunnel. D'abord, depuis 2 ans, nous disposons du GenXpert, une méthode qui permet non seulement le diagnostic de la tuberculose, mais aussi celui de la résistance à la Rifampicine et à l'Isoniazide. Et surtout, 2 molécules nouvelles ont été mises au point qui peuvent réellement révolutionner le traitement de cette maladie, à commencer par sa forme résistante.

La tuberculose multi-résistante touche un nombre croissant de personnes (440.000 en 2012 de par le monde). Mais, surtout, les perspectives de traitement actuelles sont effrayantes pour celui ou celle qui se voit affecté par cette maladie : un traitement long, toxique, peu efficace et coûteux. Aujourd'hui, seuls 12% des malades sont diagnostiqués et 10% sont traités avec un pronostic de guérison d'à peine plus de 50%. MSF a soigné l'année dernière 1300 malades atteints de cette forme de tuberculose. Avec l'arrivée de ces nouvelles molécules sur le marché

apparaissent de réelles perspectives de changement. Mais ce changement ne sera à portée de main que si nous accélérons les choses, que si nous trouvons d'autres acteurs intéressés ou que nous les intéressons, les mobilisons nous-mêmes, avec tous les moyens à notre disposition, la CAME, la DNDi.

L'expérience, tentée cette année pour fédérer l'ensemble du mouvement autour de cette idée en donnant le leadership au centre opérationnel d'Amsterdam, a échoué. Mais il ne faut surtout pas baisser les bras. L'idée est intéressante. Les risques sont réels mais il est hors de question d'avancer en ordre dispersé, de laisser les inimitiés personnelles, les préjugés stupides prendre le pas sur notre volonté.

Nous devons mettre toutes nos compétences et capacités en commun, chercher les meilleures coalitions pour une efficacité maximale et une prise de risque minimale et aller de l'avant.

Tous ces projets, ces enjeux illustrent l'absolue nécessité pour MSF de travailler autrement que dans l'urgence du moment. Si cette façon de faire est justifiée pour nos interventions en situation de crise, elle devient un vrai handicap dès lors que nous ne sommes plus capables de fonctionner autrement.

Or, sur des sujets aussi complexes que la nutrition, la meilleure réponse à apporter à l'épidémie de SIDA, la lutte pour soigner efficacement les malades oubliés que sont les tuberculeux, nous devons travailler dans la durée, travailler avec les autres, ne pas avoir peur de sortir des sentiers battus. Il faut surtout savoir inscrire et construire l'action dans la durée. Je recommande vraiment pour ces projets des orientations stratégiques à 3 ou 5 ans qui permettent d'éviter de les soumettre à des arbitrages chaque année.

L'autre élément commun que l'on retrouve dans tous ces projets, c'est la dimension et la place de la **recherche**.

La recherche opérationnelle, parce que nous souhaitons améliorer les stratégies de prise en charge ou de prévention pour sauver le plus de vies possibles et de la façon la plus efficace possible ; mais aussi la recherche clinique, que nous voulons pousser encore plus loin avec cet ambitieux projet dont j'ai parlé, de pousser au développement d'un traitement pour la tuberculose multi-résistante.

Dans ce cadre, le partenariat de MSF avec la DNDi prend tout son sens. Nous avons porté cette Fondation sur les fonds baptismaux il y a 10 ans et nous devons poursuivre notre collaboration avec elle. Nous devons le faire sur le plan opérationnel, en pointant les besoins en matière de nouveaux produits ou en mettant en œuvre des projets de recherche sur le terrain avec la DNDi. Nous devons le faire sur le plan politique, en défendant ensemble des conditions plus justes pour la recherche et, enfin, sur le plan financier, en continuant à soutenir cette organisation. Cela reste notre position et aussi celle du mouvement MSF. Nous en avons convenu lors de notre réunion du Conseil International de MSF, en début de semaine.

Sur le plan de la recherche et du développement pour les maladies négligées, cette année a été importante. Plus de 10 ans après le constat que seul 1,3 % des nouvelles molécules découvertes concernaient les maladies affectant des populations négligées, MSF et la DNDi ont organisé une conférence sur le sujet à New York en décembre dernier.

Certes la situation est différente de celle que nous observons au début des années 2000. Des projets de partenariat public-privé pour développer de nouveaux produits se sont développés, des projets sont désormais financés par des fondations privées telles que la Fondation Gates. Cependant, l'économie de la recherche pharmaceutique n'étant pas favorable aux patients non solvables, les progrès sont trop lents. Ceux déjà opérés doivent être poursuivis, d'autres sont nécessaires.

L'année dernière, l'Assemblée mondiale de la santé a remis ce sujet sur la table en proposant d'élaborer sur cette question un cadre à l'échelle internationale, qui devrait permettre de garantir que la recherche et le développement pour les maladies négligées deviennent une priorité à l'échelle internationale. Cet objectif est certes louable mais il peut paraître utopique. En attendant, il a le mérite de pousser le sujet. Nombre de gouvernements, et surtout ceux des pays riches, se montraient frileux, et notamment la France. Nous avons donc, ici, travaillé en synergie avec la CAME et la DNDi pour convaincre le gouvernement français de s'engager plus avant afin de poser les bases d'un système qui réponde aux besoins des patients non couverts par le marché pharmaceutique actuel et qui soit mis en œuvre selon des principes favorisant l'accès de ces patients aux médicaments.. Sans vouloir surestimer notre capacité d'influence, je peux dire aujourd'hui que la France se positionne de façon plus progressiste sur ce sujet. Mais il est essentiel de poursuivre cet effort de mobilisation. Et d'être prêts à accompagner concrètement cet effort.

Je voudrais maintenant passer à certains des **événements opérationnels** marquants de l'année écoulée.

Dès la-mi 2011, les combats se déroulant dans la **province soudanaise du Sud Kordofan** ont entraîné la fuite de populations vers le Soudan du Sud. Cet afflux s'est intensifié à partir d'avril et, en juillet 2012, plus de 50.000 personnes avaient fui.

Nous avons commencé notre intervention en décembre 2011. Mais au printemps 2012 nous avons mis trop de temps à prendre conscience de l'importance de la crise et à déployer nos secours à la hauteur des besoins. Nous nous sommes concentrés sur les besoins médicaux au sein des structures d'hospitalisation. Nous avons appelé d'autres acteurs à venir à l'aide, pour prendre en charge les besoins non médicaux. Aucun système de surveillance de mortalité n'était en place, mais les enquêtes de mortalité rétrospectives réalisées ultérieurement par Epicentre nous ont montré que les taux de mortalité globale et de mortalité des moins de 5 ans s'élevaient au double du seuil d'alerte.

Notre réaction a été trop lente. Ce n'est qu'à partir du mois d'août que nous avons pu observer une amélioration de la situation avec une diminution de ces taux de mortalité.

Face à cette situation, encore classique pour nous il y a une ou deux décennies, nous avons réalisé que nous avons perdu, sinon notre savoir faire, au moins notre capacité à faire face à ce type de situation de façon systématique. Le cadre d'analyse que permet le concept des « 10 priorités » a été peu à peu oublié en cours de route. Il est indispensable que nous restaurions ce savoir faire.

Par ailleurs, nous avons aussi lancé un appel pour que d'autres acteurs interviennent, en particulier dans le domaine de l'eau et l'assainissement. Il me semble que s'il faut le faire, il ne faut pas avoir d'illusion sur leur capacité de réaction rapide, et notamment à cause du temps nécessaire à ces autres organisations pour trouver des financements. Notre fameuse indépendance financière nous sert entre autres à pouvoir être plus réactifs dans ce type de situation.

Même si l'année qui vient de s'écouler n'a pas été marquée par des urgences majeures, en dehors du Soudan du Sud, nos équipes sont intervenues dans des **situations de conflits où les enjeux de sécurité ont prédominé**, limitant souvent nos capacités d'intervention.

C'est particulièrement le cas en **Syrie**, où le conflit à huis clos qui se déroule depuis maintenant deux ans a plongé la population dans une situation catastrophique.

Après une première année où nos actions de secours à l'intérieur du pays ont pris la forme de soutien à différents réseaux de médecins syriens, en juin 2012, nos équipes médicales ont pu ouvrir un premier hôpital à proximité de la frontière turque. Une deuxième structure a été ouverte au cours de ces derniers mois. Nous ne pouvons que nous féliciter de leur ténacité qui nous a permis d'ouvrir ces espaces de soins. Nos efforts pour intervenir en passant par Damas sont restés vains, que ce soit pour notre centre opérationnel ou pour celui de Bruxelles, qui a voulu tenter des approches plus conciliantes. Au moins pour l'instant.

Il reste cependant inacceptable de constater que malgré la persistance des blocages de l'aide par le régime syrien, les acteurs humanitaires internationaux que sont le CICR ou les agences des Nations-Unies persistent à n'utiliser que ce canal de secours officiel.

En début d'année, nous avons d'ailleurs voulu mettre en avant ce paradoxe à travers nos prises de position publique, en soulignant le déséquilibre flagrant entre l'aide distribuée aux populations vivant en zones contrôlées par le régime et celles vivant en zones acquises à la rébellion. Notre positionnement est apparu en flagrant contraste avec les discours de la quasi-totalité de la communauté internationale et avec la reconnaissance de la Coalition Nationale Syrienne par nombre de pays, au premier rang desquels la France. Si cette communication a été largement reprise et a suscité des réactions, notamment du CICR et de la Secrétaire à l'Action Humanitaire des Nations-Unies, elle n'a quasiment pas modifié ce déséquilibre, qui reste le même au moment où je vous parle.

Le conflit en Syrie a entraîné la fuite à l'étranger de près d'1,5 million de personnes dont 500.000 d'entre elles en Jordanie. Cet afflux s'est intensifié à partir de l'été dernier.

MSF intervient depuis fin mars dans le camp de Zaatari, en Jordanie où arrivent en ce moment près d'un millier de personnes par jour. Nous avons mis beaucoup trop de temps à nous intéresser à la réponse à apporter à ces réfugiés, et il est indispensable que nous nous y investissions dans et en dehors des camps, tant l'évolution du conflit peut faire craindre une aggravation de leur situation.

Au **Mali**, la prise de contrôle du nord du pays par le MNLA puis par les groupes armés islamistes nous a amenés là encore à adapter nos modes d'intervention. Dès le mois d'avril 2012, une équipe était présente à Tombouctou et a pu y rester au cours des périodes d'occupation successives jusqu'à la reprise de contrôle de la ville par les armées malienne et française. Nos équipes, présentes à l'hôpital et dans deux centres de santé en périphérie, ont négocié, avec succès un espace de travail acceptable qui permette d'accueillir les malades. Cependant, les contraintes posées à notre circulation nous ont empêchés d'avoir une réelle idée de ce que subissait la population.

Les débats autour des positions à prendre durant la période d'occupation de Tombouctou ont été intenses. Ils ont entre autres mis en balance la sécurité des équipes et du maintien de notre espace de travail, avec notre volonté de témoigner du sort des populations.

En dehors de ces conflits très médiatisés, MSF intervient aussi en **Centrafrique**, Etat failli par excellence, où les attaques puis la prise du pouvoir par le Seleka ajoutent terreur et chaos à une situation déjà extrêmement précaire.

Nos équipes sont aussi toujours présentes au **Kivu en République Démocratique du Congo** où depuis plus d'un an un nouvel épisode du conflit et l'apparition d'un nouveau groupe armé, d'obédience rwandaise, transforment les équilibres locaux. Les populations sont plus que jamais soumises à des violences et des déplacements. Nous avons adapté notre dispositif opérationnel pour y répondre.

Dans un cas comme dans l'autre, il est essentiel de nous mobiliser pour que le sort de ces populations ne tombe pas dans l'oubli.

La Somalie

Depuis plus de dix-huit mois, nos deux collègues espagnoles sont retenues en otages en Somalie. Je l'ai déjà dit, cette trop longue détention ne nous dispense pas de réfléchir sur le futur de notre présence en Somalie et encore moins sur les enjeux de sécurité, dans ce pays où nous sommes exposés à des risques que nous savons être importants.

Nous sommes présents à Mogadiscio et les activités ont repris à l'hôpital de Danyle. Mais cette présence et les conditions dans lesquelles nous intervenons, pour que soient réduits au maximum les risques auxquels notre personnel est exposé, font l'objet de discussions régulières, y compris au sein du Conseil d'administration.

Les conditions du maintien d'équipes expatriées en Somalie font aussi débat au niveau du Conseil d'administration international. Seuls deux groupes, le centre opérationnel de Paris et celui de Genève, considèrent que dans le contexte spécifique où leurs équipes interviennent, dans la façon dont elles négocient leur espace de travail et en restant vigilants à toute modification de l'environnement, elles peuvent mener leurs opérations avec du personnel international. Ces conditions et leur mise en œuvre nécessitent d'être réévaluées de façon constante. Mais si nous sommes conscients que dès qu'il pourrait exister une menace pour nos équipes, nous ne devons pas hésiter à évacuer le personnel international sur une courte période, il est aussi important pour nous de ne pas accepter que ces missions se transforment au long cours en missions gérées à distance. Comme je le disais déjà l'année dernière, ce genre d'évolution nous imposerait de constater qu'il n'est plus possible pour MSF d'intervenir en Somalie et d'en tirer les conséquences.

On le voit, une fois de plus les **enjeux de sécurité** sont extrêmement prégnants pour nos opérations et nous devons rendre hommage à nos équipes qui, sur le terrain ou au siège, les mettent en œuvre dans ces circonstances très particulières. A chaque fois, que ce soit au Mali, en Syrie, en Somalie ou dans le Kivu, mais aussi au Yémen ou au Pakistan, il s'agit pour nous de négocier, d'analyser, de mesurer les dangers auxquels nous pourrions faire face et de décider *in fine* des possibilités d'intervenir ou pas.

Le retour en **Afghanistan**, décidé l'an dernier, se situe dans un contexte lui aussi très risqué. Depuis 2008, dans le cadre d'un accord établi entre les centres opérationnels, un seul centre opérationnel, celui de Bruxelles intervenait dans ce pays. Quand nous avons pris la décision d'y retourner, en accord avec nos collègues belges, nous avons mené une longue mission exploratoire afin de définir les conditions de notre retour. Un point nous paraît essentiel et devra le rester : nous serons vigilants à collaborer avec nos collègues belges déjà sur place et à profiter de leur expérience de ces cinq dernières années, mais nous voulons que la responsabilité opérationnelle soit assurée de bout en bout par nos équipes, du terrain au siège. C'est à cette condition seulement que nous pourrions assumer la responsabilité de leurs interventions sur place.

L'importance, la diversité de notre projet opérationnel ne me permettent pas ici de parler de toutes les interventions de MSF au cours de l'année 2012, et j'ai voulu éclairer quelques unes des opérations marquantes de cette année.

Je voudrais cependant, avant de passer à la suite, revenir sur le projet de Médecins Sans Frontières en France. Cette question a fait et fait encore débat aujourd'hui dans notre association. MSF doit-elle être présente en France et pourquoi ? Nous en avons débattu au sein du Conseil d'administration. Si les raisons d'intervenir sont réelles, notre capacité à le faire et comment pose question. L'accès aux soins reste un enjeu. On voit que les populations les plus fragiles ont de plus en plus de risques de se voir exclues du système de santé. Notre histoire par rapport à ces questions et le contexte actuel en France nous donnent la légitimité et le devoir de le faire. Mais la question du comment reste posée. La fermeture du projet de passage Dubail a été vécue par certains comme un renoncement de MSF à intervenir en France. Ce n'est pas le cas. Le Conseil d'administration a réaffirmé l'importance qu'il donne à l'intervention de MSF en France, mais avec un corollaire indispensable, celui de prendre place dans le débat public et de se positionner par rapport au système.

Prises de position publiques et communication

Au cours de cette année, c'est sur la Syrie que nous avons fait porter nos efforts de prises de parole publiques. Pendant l'été 2012, d'abord, nous avons mis au grand jour notre intervention sur le territoire syrien, après plus d'un an d'assistance indirecte aux populations restées sur le territoire à travers des réseaux de médecins, ou à l'extérieur du pays dans le cadre de notre projet d'Amman en Jordanie. Il nous apparaissait alors important de montrer et expliquer ce que nous étions arrivés à faire en Syrie.

Par la suite, pour accompagner le développement de nos interventions sur le territoire syrien et confrontés à l'insuffisance de l'assistance en zone rebelle, nous avons voulu pointer du doigt le déséquilibre existant avec l'aide apportée dans les zones gouvernementales. Nous avons pour cela saisi l'opportunité de la Conférence des bailleurs de fonds sur la Syrie qui s'est tenue au Koweït en janvier 2013. En effet, lors de cette conférence, l'écart entre l'aide demandée par l'ONU pour les réfugiés syrien et celle demandée pour les Syriens de l'intérieur nous apparaissait comme un aveu de l'incapacité du dispositif à répondre à l'aggravation des conditions de vie et d'insécurité des populations vivant en Syrie. Il nous a paru indispensable de souligner la nécessité pour les bailleurs de fonds de soutenir des opérations transfrontalières et, pour les agences de l'ONU et le CICR, de s'affranchir de la tutelle de Damas pour développer les secours là où se trouvent les populations. Cette prise de parole a rencontré de larges échos dans la presse nationale et internationale et a suscité des réactions défensives de la part des Nations-Unies et du CICR. Elle les a tout de même amenés à reconnaître, de façon plus ou moins directe, leur impuissance à apporter de l'assistance à une large partie de la population syrienne.

A l'occasion du deuxième anniversaire du soulèvement en Syrie, nous avons voulu à la fois revenir sur cette question, mais aussi décrire la réalité de la situation sur place. Nous avons souligné la détérioration dramatique des conditions de soins pour la population, pour des raisons liées à l'insécurité mais aussi du fait du ciblage des structures de soins par les combattants des forces armées syriennes, en nous appuyant sur les témoignages recueillis sur le terrain auprès des soignants et des patients.

Ce dernier thème, qui résonnait avec notre prise de parole de début 2012 sur la « médecine utilisée comme arme de répression », est d'ailleurs un enjeu de plus en plus prégnant sur nos terrains d'intervention. Que ce soit en Syrie, au Bahreïn, en Lybie ou encore au Yémen, nous constatons que les espaces de soins, les structures de santé deviennent un enjeu politique et stratégique. Cela pose la question du respect de la mission médicale par les combattants et de notre capacité à négocier pour en faire respecter l'intégrité. Mais cela pose aussi, bien évidemment la question de la sécurité de nos équipes soignantes, mais aussi des patients que nous sommes amenés à prendre en charge

En 2012, le CICR nous avait approchés pour nous associer à leur campagne « Soins de santé en danger ». Nous étions intéressés par cette collaboration, mais les tensions que nous avons vu apparaître entre nos deux organisations nous ont amenés à prendre nos distances et à construire notre propre initiative sur ce sujet, au niveau international.

Elle est en train de se mettre en œuvre et a dès à présent commencé au Yémen avec, au cours des 6 derniers mois, une série de conférences et la construction d'un dialogue autour de cet enjeu avec les acteurs armés, les autorités officielles, les acteurs médicaux.

Elle doit s'accompagner d'une réflexion indispensable sur ce sujet ainsi que sur l'évolution des contextes et des pratiques humanitaires. Les atteintes à la mission médicale prennent les formes classiques d'attaques violentes mais également des formes moins visibles mais tout aussi dangereuses, notamment les atteintes au secret médical, encouragées par différents acteurs dont les Nations-Unies au nom de la lutte contre l'impunité. Ceci est le cas en RDC et en Côte d'Ivoire notamment. Dans ce cadre, la finalisation par Françoise Bouchet-Saulnier d'une version mise à jour du Dictionnaire de Droit humanitaire est un précieux atout pour tenir compte de l'évolution des formes de conflits et des acteurs internationaux.

La communication, les prises de parole autour des conflits, dans lesquels les risques pour nos équipes existent sur le terrain, sont souvent complexes à mettre en œuvre.

En ce sens, la communication que nous avons pu réaliser autour de la Syrie tout au long de cette année est un succès : malgré l'environnement difficile, polarisé, dangereux, les équipes se sont mobilisées pour témoigner de ce qui se passe en Syrie et je veux les en remercier. Par ailleurs, nous avons pu entraîner avec nous sur ces positionnements l'ensemble des autres sections de MSF, ce qui n'est pas toujours acquis, mais représente pour moi un vrai succès dans ces circonstances.

Nous avons aussi régulièrement rendu compte des conséquences du conflit au Kivu depuis l'été dernier pour exposer les conditions extrêmement précaires des personnes déplacées et des nombreux blessés et victimes de violence sexuelle qui accompagnent les mouvements de troupes, ainsi que l'absence de protection de la population civile déplacée, notamment aux alentours de la ville de Goma.

Je voudrais quand même revenir sur la dangereuse tendance que nous avons à interpellier, les autres acteurs de l'aide de façon indifférenciée. Cette tendance devient plus marquée depuis plusieurs années. Selon moi, il s'agit d'une solution de facilité à laquelle nous ne devons pas nous laisser aller. Elle me paraît trop souvent représenter un succédané à nos opérations ou un symptôme de notre incapacité à obtenir un espace

de travail suffisant due à des raisons propres à notre organisation et qui n'ont rien à voir avec les autres acteurs.

Il est évidemment nécessaire d'attirer l'attention sur des crises oubliées. Mais il nous faut rester conscient que ce type d'appel a un impact limité sur la réponse des autres acteurs de l'aide que nous interpellons. Quoi qu'il arrive, nous devons toujours trouver nous-mêmes nos propres moyens de réponse.

Une exception : la Campagne pour l'accès aux médicaments (CAME) dont je veux souligner ici l'évolution positive dans le contenu des messages qu'elle porte dans le public. Nous sommes en train de sortir du discours incantatoire, universaliste, pour retourner à des questions et des enjeux plus concrets mais aussi plus politiques avec une parole qui se fait plus rare mais qui devient plus percutante. Du coup, il devient plus facile, pour nous, au sein du groupe de Paris, de nous approprier et de relayer ces messages, qui entrent en phase avec notre action et notre politique.

Pour clôturer ce chapitre, quelques mots de la campagne de notoriété. Nous n'avons pas effectué de grande campagne de communication depuis une dizaine d'années et il nous paraissait indispensable de repositionner l'image de MSF dans le public au-delà des communications factuelles et des prises de position de notre association. La campagne en tant que telle a été lancée au dernier trimestre 2012 et continuera à se décliner dans toutes les occasions possibles.

Evolution de notre organisation

Quelle organisation ?

Notre organisation actuelle date d'il y a plus de 20 ans. Entre temps, nous avons changé. Nous avons grossi et développé nos capacités d'intervention. Nous avons aussi poussé les limites du niveau de soins que nous voulons fournir à nos patients. En conséquence, nous avons développé nos capacités de support, de recherche, de collaboration et, ce, sans vraiment modifier notre structure organisationnelle.

Le mouvement international de Médecins Sans Frontières a aussi évolué. Aujourd'hui 19 sections et 23 associations existent à travers le monde.

Enfin, notre environnement en perpétuelle évolution nous a obligés et nous oblige toujours nous aussi à évoluer.

Si, au cours de ces 20 dernières années, des changements majeurs sont intervenus à l'échelle du mouvement international de MSF, dont récemment sa structuration autour de groupes opérationnels, nous n'avons pas, à l'échelle de notre propre association française su ou voulu nous transformer.

Je pense qu'il y a là une véritable révolution à faire dans les esprits ou du moins dans certains esprits. Il faut accepter que nous ne sommes plus dans les années 90, mais largement entrés dans le XXIème siècle, que MSF n'est pas figé dans le temps. Au contraire, ce qui fait notre succès sur le terrain réside dans notre capacité permanente d'adaptation et nous devons appliquer ce principe à notre propre organisation interne. Les réformes nécessaires ne seront efficaces qu'à cette condition.

Cette année a été marquée par des tensions au niveau du siège, tensions relatives à nos modes de fonctionnements, aux difficultés rencontrées par nombre de personnes à identifier leur place dans notre organisation. Si ces tensions nécessitent que nous traitions énergiquement la question de notre propre réforme, je ne peux cautionner la façon dont certaines se sont exprimées. Je juge -en particulier- la pratique des lettres anonymes et des enregistrements de conversations particulièrement odieuse

Quoi qu'il en soit, nous n'avons que trop tardé à consacrer du temps et de l'énergie à notre fonctionnement, mais le processus est maintenant enclenché avec l'opération Oscar.

Nous avons le soutien de l'agence Palissage, qui a pour mission, non pas de nous proposer un modèle d'organisation, mais de nous accompagner dans le développement de modes d'organisation et de fonctionnement adaptés à notre culture et à notre projet.

Cette opération ne se veut pas un nouvel audit, mais le premier temps d'expression et d'écoute était une étape nécessaire qui s'est conclue par deux journées de rencontre générale où les échanges ont permis de dégager 4 grands axes de travail :

- la relation entre le département des opérations et le département médical
- les ressources humaines
- la régulation des relations professionnelles
- la délégation siège-terrain

Je voudrais insister sur ce dernier axe, parce que je pense qu'il est essentiel que ce travail sur notre réorganisation inclut aussi bien le terrain que le siège. La question est sur la table depuis de nombreuses années, sans qu'on observe de réelles évolutions. Il nous faudra passer par une phase beaucoup plus volontariste si nous voulons réellement donner plus d'autonomie et d'espaces de décisions à nos équipes de terrain.

Pour conclure, il me paraît absolument essentiel que ce travail, cette réflexion sur nous-mêmes débouchent sur une organisation beaucoup plus lisible, décentralisée, pensée dans le cadre du groupe OCP et avec comme objectif prioritaire une meilleure efficacité. Il nous faudra être capables de redonner du sens à l'action de MSF en recréant de la confiance et un esprit de travail collectif, des débats ouverts et participatifs propices à des prises de décision informées

Ressources humaines

Au-delà du projet et de l'organisation, ce sont les personnes qui s'engagent avec MSF qui font le succès de notre action. Là encore, il nous faut savoir évoluer par rapport à nos belles années mythiques. Au cours de ces dernières années, les critiques ont été nombreuses sur le recrutement de personnes extérieures à MSF. Si j'en parle ici, c'est parce que j'y vois un risque de repliement sur nous-mêmes. Il nous faut être capables de travailler sur les deux tableaux : savoir aller chercher les compétences quand on en a besoin et par ailleurs réfléchir de façon plus conséquente aux moyens de doter les personnes destinées à devenir cadres à MSF de ces compétences. La formation à MSF doit évoluer. Elle doit évoluer par rapport aux besoins des personnes sur le terrain, mais elle doit aussi permettre à ceux qui en font le choix de

pouvoir grandir dans l'organisation. Assumer des responsabilités d'encadrement, de direction ne s'improvise pas ; disposer des compétences spécifiques, dans quelques domaines que ce soit, ne s'apprend pas uniquement en exerçant des responsabilités sur le terrain, même si c'est un formidable outil d'apprentissage.

Je veux tout de même rappeler que nous sommes aujourd'hui dans une situation différente de celle d'il y a 5 ans, quand le *turn over* des cadres opérationnels au siège était depuis plusieurs années trop important, au point qu'il ne pouvait permettre la mise en place d'une véritable équipe dans le département des opérations. Les cadres qui sont partis pendant ces années ont été remplacés par des personnes qui s'engagent plus sereinement dans la durée. Cette stabilisation permet d'envisager plus sereinement l'avenir.

Mais je voudrais qu'on ait aussi cet objectif de stabilité pour nos cadres de terrain. Je pense que des politiques trop rigides appliquées de façon systématique selon une logique de gestion de l'ensemble de nos ressources humaines ne correspondent pas à nos besoins. Je ne pointe pas ici du doigt nos responsables des ressources humaines, trop souvent rendus les boucs émissaires de nos dysfonctionnements, car je sais combien il est difficile pour eux d'avoir une vision globale des enjeux, des besoins et des réponses. Il s'agit d'une question transversale, qui doit nous amener à considérer la place et l'évolution de chacun en fonction de ses qualités, de ses compétences et des besoins spécifiques de MSF sur chaque projet.

On se plaint, par exemple, que les personnes ne restent pas assez longtemps à MSF, mais en même temps, on regarde d'un mauvais œil celles qui veulent passer plusieurs années sur un même projet. Or cette volonté est en accord avec notre volonté d'inscrire dans la durée des projets concernant les domaines que j'ai précédemment mentionnés.

Je ne peux pas parler de notre organisation au sein de la section française sans parler du **groupe OCP**, tant les deux sont intimement liés aujourd'hui.

Et là encore, je veux remettre en perspective le travail effectué depuis 5 ans.

La croissance du mouvement MSF, conséquence et condition de son succès, a aussi entraîné une complexification croissante des modes de relation, de travail entre les différentes associations de MSF. De la collaboration à la compétition, on trouve toutes les formes d'interaction dans le mouvement, mais ce dans un cadre d'interdépendances de plus en plus prononcées.

Il fallait donc évoluer. C'est ce qu'a permis la réforme de la gouvernance internationale... dont je ne vais pas parler maintenant. Sauf, pour dire, qu'elle a abouti à l'organisation du mouvement, selon les principes que nous -le groupe OCP- avons défendus : un mouvement organisé, articulé autour des projets portés par les différents centres opérationnels. Nous avons défendu cette option parce que nous voulions préserver les capacités d'initiative, de créativité de MSF. De façon plus réaliste, nous jugions qu'en matière de gestion, cette approche était plus simple et moins bureaucratique qu'une organisation centralisée, telle que celle du CICR, par exemple, qui séduisait beaucoup dans le mouvement.

C'est dans ce cadre-là que s'est développé le groupe OCP. Nous avons signé fin 2011 un Memorandum Of Understanding (protocole d'accord), qui se veut un gentleman agreement, mais qui, nous en sommes conscients, nous engage tous. Cet accord définit nos engagements à soutenir le projet opérationnel de Paris. Mais il prévoit aussi que le groupe prenne collectivement des décisions concernant des questions stratégiques relatives à son développement ou à celui de chacune des sections.

Le groupe est dirigé par un Comité de groupe et c'est lui qui prend les décisions stratégiques concernant le projet opérationnel, mais aussi les décisions qui engagent le groupe, et partant chacune de ces composantes, au niveau international. Ce rôle devra être renforcé au cours des années qui viennent. Et des moyens devront être donnés d'exercer ces responsabilités : plus d'informations, une amélioration des moyens de communication, des réunions plus fréquentes.

Aujourd'hui, ce comité est composé de 3 membres de chacun des Conseils d'administration des 4 sections du groupe. Il serait légitime à terme qu'il soit élu par l'ensemble des membres de nos associations.

Toutefois, les conseils d'administration des associations nationales (et notamment celui de l'association française) ne doivent pas considérer que leur rôle propre se trouvera réduit à la gestion des affaires domestiques. Au contraire, ils devront aussi pouvoir tous s'exprimer à travers le Comité de groupe pour l'ensemble des questions stratégiques et participer aux débats et questionnements relatifs à notre mission sociale et à notre positionnement humanitaire.

Du côté de l'exécutif, là aussi, des progrès ont été réalisés, mais il reste encore une marge d'amélioration. La répartition des responsabilités au sein du groupe reste très inégale et c'est encore à Paris que sont concentrées la majorité des actions de support direct à nos opérations. Si cela semble logique pour certaines d'entre elles, il est cependant des domaines où la délégation est possible. On le voit dès aujourd'hui avec les unités médicales rattachées au département médical et basées à Sydney ou à New York.

Mais là aussi, il faudra évoluer en matière de direction. Le directeur général de la section française est aujourd'hui aussi le Lead GD, soit l'animateur en chef de l'exécutif des 4 sections du groupe.

Je suis parfaitement consciente que la gestion de notre organisation à la fois au sein du siège parisien mais aussi en lien avec les trois autres sections de notre groupe OCP est complexe. C'est pourquoi je pense que, dans le futur, c'est l'organisation même de la direction du groupe qui devrait être revue et pourquoi pas nous orienter à terme vers une direction du groupe composée d'un directeur du centre opérationnel qui soutiendra les opérations et assurera la représentation du centre opérationnel au niveau des instances de direction exécutives internationales et de chacun des directeurs généraux des différentes associations, y compris MSF France. A ce jour, c'est le directeur général de MSF France qui assure le double rôle de directeur du centre opérationnel et de directeur général de la section française. Cela rend le poste très lourd à assumer. Dans le futur, ces deux fonctions pourraient être dissociées. C'est pour moi la seule façon d'assurer à la fois une présence forte de

du Centre Opérationnel de Paris dans le champ humanitaire médical et de construire une structure de soutien à nos opérations qui soit fonctionnelle et efficace et dans laquelle chacun trouve sa place.

Quant au mouvement international de MSF, il se construit comme je le disais plus haut selon les lignes posées lors du processus de réforme de sa gouvernance qui s'est déroulé entre 2008 et 2010. Le Conseil International a été remplacé par l'Assemblée Générale Internationale (l'AGI) et c'est à un Conseil d'administration International (le CAI), composé pour partie des présidents des centres opérationnels et pour partie de membres élus par l'AGI qu'échoit la responsabilité de définir et de suivre les orientations politiques du mouvement.

Si le CAI a trouvé ses marques dans sa capacité de questionnement, de challenge et de stimulation sur des questions de politique opérationnelle ou médicale, la question de ses interactions avec et de ses marges de manœuvre vis-à-vis des Conseils d'administration (qu'ils soient de section ou de groupe) reste encore à explorer. Il faudra en effet, sans empiéter sur les capacités de décision et les responsabilités de ces conseils d'administration, s'assurer que des décisions prises dans l'intérêt du mouvement prennent place au dessus des intérêts particuliers. Des exemples positifs existent comme les décisions prises l'année dernière sur l'accord de partage des ressources dans le mouvement ou celle de prolonger notre partenariat avec la DNDi. Mais dans les deux cas, il s'agissait de débats ayant déjà eu lieu au sein des groupes opérationnels et d'une décision survenue après accord préalable. Il pourra en être différemment quand il s'agira de décision allant à l'encontre de la volonté d'un ou plusieurs centres opérationnels, mais dont on estime qu'elles sont essentielles à prendre dans l'intérêt même du mouvement.

Du côté de l'exécutif, une réforme du même type a eu lieu qui resserre le groupe des directeurs au niveau international autour des centres opérationnels. Cette réforme est trop récente pour qu'on puisse en tirer toutes les leçons, mais elle permet en tous cas d'assurer plus de clarté, de fluidité et de cohérence aux actions menées en international, qu'il s'agisse de la mise en commun de moyens ou du développement de politiques communes.

Enfin, la volonté exprimée par le nouveau Secrétaire général du Bureau International de travailler dans un esprit de délégation de dossiers aux groupes opérationnels et de donner la priorité aux dossiers internationaux devrait permettre de diminuer les pressions multiples ressenties comme des éléments d'une surcharge bureaucratique inutile.

Pour conclure ce rapport moral et conclure aussi ces cinq années passées à la présidence de Médecins sans Frontières, je voudrais remercier l'ensemble des équipes partout dans le monde et ici à Paris qui ont rendu et rendent notre action possible. Je voudrais remercier tout particulièrement Filipe Ribeiro pour son engagement à mes côtés en tant que directeur général au cours de ces cinq dernières années et pour l'étendue du travail accompli et la qualité de son investissement, tant dans la relance de la dynamique opérationnelle que dans la construction du groupe. Je voudrais aussi saluer sa participation active et déterminante à l'élaboration des positionnements stratégiques de MSF, tant au niveau de l'association française qu'au niveau du mouvement.

Enfin, cette Assemblée générale est un moment important puisqu'elle entérinera non seulement l'élection d'un nouveau président mais aussi de sept nouveaux administrateurs. Je souhaite bonne chance à l'ensemble des candidats.

Dr Marie-Pierre Allié
Présidente

1^{er} juin 2013

rapport du trésorier

L'activité de l'année 2012

L'année 2012 fait suite à deux années bien spécifiques pour lesquelles, consécutivement, le volume d'activités avait atteint son plus haut niveau depuis la création de MSF et ce, de manière très rapide. Pour mémoire, les dépenses d'opérations en 2009 étaient de 100 M€, et deux ans plus tard en 2011 de 138,4 M€ soit près de 40% de plus.

Par ailleurs, si l'exercice de 2011 s'était soldé par un déficit assumé de plus de 9 M€, nous savions qu'il allait nous falloir faire des choix entre certaines interventions d'aujourd'hui et celles de demain tout en préservant notre capacité de réponse aux urgences. C'est dans ce contexte particulier et délicat que se situe l'année 2012, avec des urgences qui tout en étant en deçà de celles de 2011 restent importantes, de nouveaux projets ou le développement d'autres, mais aussi des fermetures de missions ou des réorientations d'activités.

Urgences

Si les dépenses d'interventions initiées en urgences sont inférieures à celles de l'année précédente, c'est principalement sur les réponses aux épidémies et sur les catastrophes naturelles que se fait la différence. Ces types d'activités ont été peu représentés en 2012, l'épidémie de choléra en Haïti, bien que toujours présente étant moins aiguë. Sur les contextes de conflits, le volume dédié est globalement resté le même. Les interventions principales ont été menées au Soudan du Sud (5,9 M€), en Syrie (3,1 M€) et au Mali ou dans les pays limitrophes (1,8 M€).

Activités programmées

Les deux principales missions de notre centre opérationnel, d'un point de vue financier, restent celle en Haïti avec 10,3 M€, toujours suivie de celle en République Démocratique du Congo (8,4 M€). Les autres missions importantes ont été la Jordanie et le Nigéria (8,1 M€ chacun), le Yémen (7,1 M€), le Kenya, la République Centrafricaine et le Soudan du Sud (5,8 M€ chacun), le Malawi (4,2 M€) et le Mali (4,0 M€).

La présentation des emplois et des ressources

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

Compte d'Emploi des Ressources combiné simplifié au 31 décembre 2012 (en millions d'euros)

	2011	2012	Variation	dont ressources issues de la générosité publique (GP) en 2012	
				Collectées	Affectées
Ressources privées issues de la recherche de fonds	164,0	181,2	10%	158,7	
Ressources institutionnelles	4,9	8,3	69%		
Autres ressources	51,7	47,4	-8%		
Total ressources	220,6	236,9	7%	158,7	
Reprises de provisions	0,6	1,7			
Total produits	221,2	238,6			
Dépenses de missions sociales	206,1	205,4	0%		128,9
<i>dont dépenses de missions</i>	143,4	143,1	0%		
Frais de recherche de fonds	10,5	12,6	20%		11,5
Frais du fonctionnement	12,5	13,2	6%		10,4
Total emplois	229,1	231,2	1%		150,9
Dotations aux provisions	0,9	1,8			
Total charges	230,0	233,0			
Engagements sur ressources affectées	-0,5	0,5		0,5	
Investissements de l'année					5,1
Excédent/ déficit	-9,3	6,0		3,2	
Réserves disponibles	93,3	95,4	2%		
<i>dont ressources de GP non utilisées</i>	68,6	71,8	5%		
Réserves disponibles en mois d'activité	4,9	4,9	1%		
Fonds dédiés non utilisés	0,6	0,1			

Les emplois

Les emplois de l'exercice sont globalement stables par rapport à 2011, ainsi que la part des emplois dédiée aux missions sociales qui s'élève à 205,4 M€. Les missions sociales représentent 88,8 % du total des emplois de l'année mais perdent 1 point de pourcentage par rapport à l'année dernière (88,8% contre 89,9%). Cette diminution s'explique par une part plus importante des dépenses consacrées à la recherche de fonds (+20%).

Depuis 2007, nous avons maintenu nos dépenses de collecte de fonds à un niveau annuel de 10 M€. Mais dans un contexte général de crise économique en France et aussi à l'étranger, les enjeux financiers deviennent cruciaux, que ce soit pour le maintien de nos actions d'urgence sur des terrains de conflits comme la Syrie ou pour nos engagements à long terme comme la lutte contre la tuberculose, la malnutrition ou le VIH/sida. Le soutien de nos donateurs n'est hélas plus suffisant et de nouveaux moyens ont dû être mis en place pour encourager d'autres donateurs à nous rejoindre. L'action la plus visible a sans aucun doute été la campagne d'appel aux dons intitulée « Sans vos dons, nous ne pouvons être Médecins Sans Frontières », lancée à l'automne dernier. Le coût de la recherche de fonds représente ainsi 5,5% des emplois soit 1 point de pourcentage de plus que l'année dernière (5,5% contre 4,6%).

Les dépenses de fonctionnement, quant à elles, augmentent de 6% par rapport à 2011. Cette hausse est principalement centrée sur les satellites Epicentre et MSF-Logistique, en lien avec l'évolution de leurs activités. Ces frais représentent 5,7% du total des emplois en 2012 contre 5,5% l'année précédente.

Les ressources

Les ressources combinées augmentent de 16,3 M€ par rapport à 2011, principalement portées par les ressources privées issues de la recherche de fonds (+17 M€ soit +10%) qui s'élèvent à 181,2 M€. La majorité de ces dernières (109,8 M€ soit 61%) est apportée par d'autres sections du mouvement et principalement par les sections partenaires du groupe opérationnel de Paris (Australie, Etats-Unis et Japon). Les 39% restant (71,4 M€) sont collectés par la section française et le bureau des Emirats-Arabs-Unis pour un coût global de 12,6 M€, comme mentionné ci-dessus. Ces ressources privées sont composées à hauteur de 88% (soit 158,7 M€) de ressources collectées auprès du public et de 12% (soit 22,5 M€) d'autres ressources privées (dons et partenariats d'entreprises, subventions reçues d'organisations diverses, etc.).

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

- Une évolution favorable des taux de change permettant de constater une hausse des contributions des sections partenaires du groupe (1,7 M€) alors que les montants en devise d'origine sont en sensible baisse ;
- La constatation de 4 M€ reçus des sections américaine et suisse pour le financement de l'extension de la plateforme logistique de Mérignac (Bordeaux) ;
- Une augmentation des libéralités de 10,7 M€ suite à l'acceptation d'une succession d'une ampleur inhabituelle.

Les ressources d'origine institutionnelle (gouvernements ou institutions intergouvernementales) représentent 4,4% du total des ressources combinées. Elles se montent à 8,3 M€ et sont, conformément aux objectifs fixés, en hausse par rapport à 2011 de près de 70%. Les autres ressources (47,4 M€) sont principalement composées des marchandises et prestations facturées par MSF Logistique et Epicentre aux autres sections MSF et organisations. Leur évolution (-4,3 M€ soit -8%) suit l'activité des autres sections opérationnelles.

Le résultat et l'utilisation des ressources collectées auprès du public

En résumé, les emplois du groupe MSF France sont stables et s'établissent à 231,2 M€ hors dotations aux provisions. Les ressources ont, quant à elles, augmenté de 16 M€ soit 7%, engendrant un excédent de 6 M€. Cependant, il serait trompeur d'analyser cet excédent comme un phénomène structurel. Comme expliqué ci-dessus, hors legs exceptionnel et financements destinés à l'extension de MSF-Logistique, le résultat de l'exercice se révèle plus proche d'un déficit de 8 M€. Les ressources collectées auprès du public ont été utilisées à hauteur de 98% et 2% ont été mises en réserves. La part utilisée est ainsi répartie à hauteur de 83% sur les missions sociales (128,9 M€), de 7% sur la recherche de fonds (11,5 M€), de 7% sur le fonctionnement (11,4 M€) et 3% sur les investissements (5,1 M€).

Les réserves disponibles

Après affectation de l'excédent, les réserves disponibles de MSF à fin 2012 sont de 95,4 M€ soit 4,9 mois d'activité contre 93,3 M€ (4,9 mois) à fin 2011. Elles sont constituées de 71,8 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. Le niveau moyen de la trésorerie au siège s'élevait sur l'année 2012 à 59,5 M€, soit 3,1 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 2012 est marquée par un retour à l'équilibre (+ 6M€) après une année déficitaire en 2011 (-9,3 M€). Pour autant, la situation reste fragile ou tout au moins doit faire l'objet d'une vigilance certaine dans les années à venir.

En matière de ressources, si notre marge de manœuvre, bien que plus faible qu'autrefois, demeure importante, il nous faut veiller à renforcer nos capacités de collecte. Ainsi nous nous employons à préserver la fidélité de nos donateurs, à encourager de nouveaux donateurs à nous soutenir, tout en veillant à contenir les coûts de nos actions de recherche de fonds. Pour les institutions privées, nous sommes en phase d'élaboration d'un nouveau cadre de collecte à destination des entreprises et des fondations. Nous devons pour cela définir les conditions des nouveaux partenariats et en mesurer les conséquences sur nos actions de secours et notre identité. Enfin, s'agissant des bailleurs institutionnels, nous sommes encore en deçà de ce qui est possible et souhaitable. L'objectif de 10% du volume opérationnel en 2013 doit rester une priorité.

En matière de dépenses, nous devons poursuivre notre réflexion sur les priorités opérationnelles afin d'être en mesure de répondre de façon pertinente aux attentes des populations exclues tout en maintenant un niveau de croissance raisonnable. Plusieurs évolutions notables devraient ainsi être perceptibles à partir de 2013. Bien qu'en augmentation par rapport à 2012, le volume opérationnel devrait rester en deçà des prévisions de notre plan stratégique. Nous continuerons cependant à adapter nos opérations en fonction de circonstances particulières (comme Haïti en 2010).

Deux éléments devraient permettre de stabiliser les coûts du siège et de mieux accompagner la croissance de nos opérations :

- des synergies entre les 4 sections du Centre Opérationnel de Paris (OCP) réunissant les associations américaine, australienne, française et japonaise ;
- la réorganisation des sièges, rendue nécessaire par le développement rapide de la structure suite au fort accroissement d'activité des deux dernières années (2010-2011).

Aujourd'hui, le groupe de Paris (OCP) s'inscrit dans le cadre plus large du Mouvement international au sein duquel 5 centres opérationnels sont interdépendants et liés par des principes de solidarité et de mutualisation (Paris, Bruxelles, Amsterdam, Barcelone, Genève). Ainsi, OCP met en œuvre directement ses propres opérations (148 M€ pour 2013) tout en finançant les activités opérationnelles des autres centres grâce aux collectes américaine, australienne et japonaise (90 M€ pour 2013). L'importance des collectes levées par ses quatre sections fait du groupe de Paris le principal contributeur aux opérations du Mouvement. Les enjeux financiers de l'OCP évoqués précédemment (collectes, sièges, opérations) sont partagés par l'ensemble du Mouvement. Dès lors, c'est de manière collective que les meilleures approches devront être définies pour les années à venir, et notamment en termes de rendu de comptes. A cet égard, nous avons une responsabilité commune de mieux mesurer le coût de nos interventions et leur efficacité auprès des populations pour pouvoir prendre des décisions opérationnelles pertinentes.

Denis Gouzerh
Trésorier de Médecins Sans Frontières France
Membre du Conseil d'administration

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.

rapport d'activités 2012

rapport de gestion

Les opérations dans leurs contextes

Malgré les efforts de nos collègues de Barcelone et de tous ceux qui dans le mouvement MSF leur apportent leur soutien, Mone et Bianca, nos deux collègues enlevées dans le camp de réfugiés de Dadab au Kenya le 13 octobre 2011, sont depuis près de 600 jours toujours retenues en Somalie. Ces presque dix-neuf mois de captivité sont pour elles, leurs proches et MSF une épreuve aux conséquences dont nous pouvons d'ores et déjà dire qu'elles seront majeures. L'issue de cet enlèvement, que nous espérons le plus proche et dans les meilleures conditions possibles, va inmanquablement nous conduire à reconsidérer la nature, le bien-fondé et les modalités de nos interventions en Somalie. Les opérations que nous menons dans le pays ont été profondément marquées par les deux événements tragiques de la fin de l'année 2011, le kidnapping de Mone et Bianca en octobre et l'assassinat à Mogadiscio de Philippe et Kace en décembre. Les discussions et débats sont parfois vifs dans le mouvement MSF, non seulement sur les conditions et l'avenir de notre présence en Somalie, étant entendu que rien ne peut être décidé avant la résolution de l'enlèvement de Mone et Bianca, mais aussi sur la stratégie à privilégier pour y parvenir. La présence importante de MSF dans le pays, son indéniable utilité pour la population, ne s'envisagent que dans la perspective de cette libération, ce qui rend les décisions opérationnelles extrêmement difficiles à prendre, car toutes doivent se peser au regard des risques encourus par les équipes, mais aussi à l'aune des conséquences que cela pourrait avoir sur la résolution du kidnapping.

Les considérations de sécurité, très prégnantes en Somalie, ne le sont pas moins dans de nombreux pays ou régions d'intervention de l'association, d'autant plus que ces dernières années le centre opérationnel s'est très fortement impliqué dans les zones de conflits, bien souvent en premier lieu en réponse à une situation d'urgence, qui ensuite débouche sur des opérations de moyen terme dans des situations d'extrême volatilité. Au Soudan et en Syrie, nous avons développé et réussi à maintenir des projets transfrontaliers dans une semi-clandestinité, ne pouvant obtenir l'accord des gouvernements concernés (lesquels cependant ont été informés de l'existence de ces programmes) et malgré l'instabilité de la situation politique et militaire. Dans ces deux cas, tout comme au Mali où nous sommes restés présents à l'hôpital de Tombouctou tant pendant la période où le nord du Mali était sous contrôle d'Ansar Eddine et du Mujao que depuis le début de la guerre lancée par la France pour reconquérir le Nord du pays, nous avons dans des conditions difficiles assuré une présence permanente. La capacité des équipes à négocier les modalités et conditions de travail avec les parties aux conflits (acteurs militaires, politiques, sociaux et économiques) ainsi que la compréhension des besoins et des attentes ont rendu possible ces opérations et leur constance. Parmi les compromis que nous avons été amenés à faire, il s'en trouve un qui ne manque pas de faire débat : l'adaptation du « profil » du personnel international au contexte particulier du Nord du Mali et dans une moindre mesure à d'autres pays. Il nous a en effet été impossible d'envoyer à Tombouctou des expatriés occidentaux ; non pas tant du fait du refus formel des autorités, mais parce que le contrôle que ces dernières exerçaient sur la ville et la région ne permettait pas d'obtenir des garanties minimales de sécurité. Ces restrictions, pour acceptables qu'elles soient du point de vue du pragmatisme opérationnel, posent des problèmes concrets de capacité de réponse de la part des départements des Ressources humaines dont les stratégies de recrutement et de placement ne se fondent évidemment pas sur l'origine mais sur les profils professionnels. La question déjà posée ces dernières années sur le risque de dérive utilitariste de la gestion des ressources humaines que font courir ces restrictions n'a bien évidemment pas de réponse de principe, néanmoins nous avons réaffirmé notre volonté de garantir des interventions directes par des équipes mixtes (en ce qu'elles mêlent des personnels nationaux et internationaux), toute exception devant être dûment argumentée au cas par cas et limitée dans l'espace et dans le temps.

Les efforts faits en matière de gestion de sécurité, que ce soit au travers de l'entretien de relations et contacts réguliers et consistants avec les différents acteurs, de formations ou encore de la mise en place d'outils de suivi, se sont poursuivis. Toutefois l'hétérogénéité et la complexité des contextes d'intervention et des pratiques au sein de l'association nous ont conduits à renforcer nos moyens de gestion de la sécurité en créant au sein de la direction des opérations un poste de référent sécurité (poste pourvu début 2013) dont la mission est d'appuyer les équipes tant dans les sièges que sur le terrain, de structurer nos approches, moyens et outils.

La priorité donnée ces dernières années à la réponse aux situations d'urgences, l'autonomie et les moyens du desk des urgences, nous ont permis cette année de mener nombre d'interventions et pour beaucoup dans des situations de conflits. L'intervention emblématique de l'année – tant sur le plan opérationnel que sur ceux du positionnement et de la communication de l'association – est celle que nous menons dans des conditions difficiles en faveur de la population syrienne, dans le pays lui-même ou en Jordanie. La situation en Syrie ne nous permet toujours pas d'avoir accès à l'ensemble du territoire, et en particulier pas dans les zones gouvernementales ; de ce fait, nos opérations et les missions d'évaluation conduites par l'équipe des urgences se sont concentrées dans le nord du pays. Malgré nos efforts pour accroître notre réponse et les relations que nous entretenons avec les autorités locales et les associations syriennes d'assistance et de secours (qui ne sont pas si aisées), les projets que nous avons développés dans le pays sont loin de répondre à l'ampleur des besoins. La dangerosité et les difficultés nous ont amenés à mener des projets de petite taille, très flexibles, soit gérés en direct, soit s'appuyant sur des réseaux plus ou moins organisés de médecins syriens à qui nous apportons un soutien matériel. En Jordanie, l'hôpital d'Amman a vu le nombre de patients syriens augmenter tout au long de l'année, représentant aujourd'hui près de la moitié des admissions. Et ce n'est que tardivement, début 2013, que nous avons décidé d'intervenir dans un camp de réfugiés au nord de la Jordanie. Tout comme nous allons explorer les pistes opérationnelles en Irak.

La durée et la violence du conflit en Syrie ont non seulement provoqué un exode massif de réfugiés vers les pays voisins, mais aussi un effondrement quasi général du système de soins dans le pays. Les centres opérationnels (OC) de MSF présents dans les pays de la région (Amsterdam, Barcelone, Bruxelles, Genève et Paris) accroissent depuis début 2013 leurs projets en faveur des réfugiés et déplacés. En Syrie, les programmes évoluent pour couvrir non plus seulement les besoins chirurgicaux des blessés de guerre, mais aussi les besoins plus généraux.

Après une prise de position sur le ciblage des professionnels et des structures de santé par le gouvernement de Damas, ainsi que l'utilisation du système de soins dans l'arsenal répressif par ce même régime en début et mi- année 2012, MSF a, au début de l'année 2013, dénoncé le déséquilibre de l'aide en Syrie. L'aide humanitaire, apportée principalement par les agences des Nations unies et par le Comité International de la Croix-Rouge, soumise au bon vouloir du gouvernement syrien, ne parvient que trop peu à la population vivant dans les zones contrôlées par l'opposition. La stratégie choisie, ou subie, par ces organisations est d'intervenir en passant les lignes de fronts avec l'accord de Damas. Les Etats et organisations bailleurs de fonds ne finançant quasiment pas (à de rares exceptions près et pour des montants bien modestes) les interventions non autorisées par le gouvernement syrien, les organisations humanitaires ne peuvent déployer des secours suffisants. Ce déséquilibre de l'aide, et l'hypocrisie des Etats qui, tout en reconnaissant la Coalition Nationale Syrienne comme « représentant du peuple syrien », conditionnent leur soutien aux organisations humanitaires à un accord de Damas, ont été dénoncés par MSF. Nous considérons en effet que le seul moyen pour répondre aux besoins est de s'exonérer de l'accord de Damas et de lancer des opérations transfrontalières massives.

L'engagement de long terme du centre opérationnel de Paris s'est confirmé avec la validation par le Group Committee (réunion des représentants des 4 conseils d'administration des sections française, japonaise, australienne et américaine) du projet d'hôpital général dans le quartier de la Renaissance à Port au Prince en Haïti qui devrait à l'horizon 2015 prendre le relais de l'hôpital de Drouillard. Le montage d'un tel projet, au-delà des débats sur son bien-fondé dans la mission sociale de MSF, se heurte tout à la fois à quelques résistances internes (peu nombreuses à vrai dire) mais surtout à la nouveauté de ce type d'approche pour MSF qui oblige l'organisation à intégrer de nouvelles méthodes de travail et à développer de nouveaux savoirs et savoir-faire, qui a terme seront utiles à bien d'autres projets.

Dans la même veine, l'engagement affiché d'un investissement de long terme sur les problématiques pédiatriques, hospitalières ou encore sur celles liées au VIH/SIDA, s'est traduit dans un premier temps par la décision de pérenniser nos projets : chirurgical à Amman en Jordanie, VIH/sida au Malawi et, si les conditions le permettent, le projet pédiatrique à Koutiala au Mali. Ce faisant, une stratégie de long terme est en cours de définition pour chacun de ces projets avec un double objectif : développer et tester de nouveaux outils et stratégies adaptés à ces contextes contraints, démontrer leur efficacité et leur efficacité (au sens du meilleur rapport qualité / coût) et ainsi influencer les politiques médicales et sanitaires.

Les situations de conflits, de catastrophes naturelles, de déplacements de populations (qu'il s'agisse de réfugiés ou de déplacés internes) ou encore d'urgences épidémiques ont beaucoup alimenté les discussions dans le mouvement, tant sur nos propres interventions et leurs limites que surtout sur les (dys)-fonctionnements du système de l'aide. L'idée généralement admise dans le mouvement est que le système de l'aide est aujourd'hui défaillant, incapable de faire face aux besoins des victimes. Ce débat, pour intéressant qu'il soit, est posé sur de mauvaises bases et fait la part belle à des opinions et présupposés peu ou pas corroborés par les faits et l'analyse. Tout d'abord en réduisant le système de l'aide aux seules ONG, agences des Nations unies et CICR, alors que d'autres acteurs tels que les acteurs internationaux de santé (fondations, partenariats public privé, etc.) et les bailleurs de fonds sont aussi, si ce n'est plus, influents que les acteurs dits traditionnels. Ensuite c'est faire peu de cas de l'accroissement du nombre, de la diversité et de la capacité des acteurs de l'aide, qui permet aujourd'hui de porter secours à un nombre bien plus important de victimes dans des délais plus courts. Haïti, malgré les critiques, en est un exemple flagrant, sans mentionner ici les progrès en matière de sida ou encore de nutrition. Et enfin, s'essayer à une critique générale du système de l'aide sans prendre en compte les spécificités et les limites propres à chaque contexte qui en découlent, c'est s'essayer à une analyse globalisante par trop réductrice car inscrivant l'aide et les secours dans un espace-temps figé, et prêter à l'action humanitaire des pouvoirs qu'elle n'a pas et ne saurait avoir.

Les limites du système, plutôt que son dysfonctionnement, sont à analyser du point de vue de la performance de chacun des acteurs et des secteurs : du point de vue des lourdeurs bureaucratiques, de la fragilité des financements, des tentations de criminalisation de l'aide, du manque d'évolution et d'adaptation des secours en qualité et facilité d'utilisation (les abris, l'eau et l'assainissement, les soins médicaux, etc.). L'enjeu pour MSF, afin de faire bouger les lignes, est tout à la fois de produire des analyses moins globalisantes et plus spécifiques, mises en perspectives au regard des contextes et des orientations propres à chaque acteur ou secteur. Mais avant tout, MSF, du fait de la place particulière qui est la sienne dans le domaine de la santé, se doit de s'intéresser à ses propres limites, manquements et insuffisances ; c'est sans aucun doute le meilleur moyen de contribuer à l'amélioration des secours et du système et de démontrer la faisabilité d'approches alternatives innovantes qui pourraient être reprises par d'autres. A partir de notre expérience et de notre lecture critique des contextes, des crises et des moyens d'y répondre, la réflexion doit porter sur les normes et les pratiques des acteurs humanitaires, les nôtres et celles des autres et de la place que l'on veut, ou pas, occuper dans la définition des normes, critères, standards et autres dénominateurs.

Le support à la définition et au déploiement des opérations

Le dynamisme opérationnel de ces dernières années, conjugué aux travaux de structuration du Centre Opérationnel de Paris (OCP, qui regroupe les associations américaine, australienne, française et japonaise) et à la réforme de la gouvernance du mouvement international de MSF avec ses nouvelles instances (l'Assemblée générale internationale, le Conseil d'administration international et le nouveau Comité exécutif), ont laissé peu de place et de temps à la conduite de la révision de l'organisation interne du siège de Paris. Les initiatives de quelques départements pour tout à la fois répondre aux demandes fortes des opérations et à celles tout aussi utiles mais non moins chronophages des projets internationaux, ont permis de produire des opérations de grande qualité, de poursuivre l'amélioration du soutien médical au terrain avec la création d'une unité du département médical à New York et le renforcement de celle de Sydney, de finaliser les politiques logistiques (qui doivent être validées en 2013), de faire avancer les dossiers aussi importants que la refonte des grilles de fonctions et de rémunérations internationales, de refondre une partie des formations, de lancer le chantier de redéfinition de notre système d'information médical (HIS, délégué à New York), de créer aux Emirats-Arabis-Unis un hub de communication et de traduction arabophone au service de l'ensemble du mouvement, ou encore de finaliser la nouvelle édition du Dictionnaire pratique du droit humanitaire, pour ne citer que ceux là. Mais tout cela s'est fait au prix de tensions et sous une pression importante.

Le chantier visant à restructurer le centre opérationnel a finalement été lancé à l'automne 2012 et devrait aboutir en 2013 au choix d'une nouvelle organisation. La participation importante à ces travaux montre, si besoin en était encore, la nécessité non seulement de permettre à chacun de comprendre cette organisation et d'y trouver sa place, mais aussi et surtout de la rendre plus souple et efficace en la faisant coller à

la complexité de nos opérations, au besoin de délégation plus importante vers le terrain, à la réalité qu'est devenu OCP et à la nouvelle gouvernance du mouvement MSF. Ce vaste chantier s'inscrit évidemment dans la mise en place progressive des nouveaux organes de décisions tant au niveau du Centre opérationnel (OCP) que du mouvement. L'évolution de OCP vers une intégration forte des quatre associations qui le composent (Australie, Etats-Unis, France et Japon), et celle de MSF vers un mouvement fédérant non plus seulement vingt-trois associations nationales mais cinq centres opérationnels (OC), nous obligent à reconsidérer les structures de décisions, de validation et de contrôle à tous les niveaux de l'organisation. C'est à ces enjeux que le projet de redéfinition de notre structure et de notre organisation doit répondre.

Présentation des comptes de l'année 2012

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

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

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

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

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

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

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

Le compte d'emploi des ressources combiné

COMPTE D'EMPLOI DES RESSOURCES COMBINE SIMPLIFIE au 31 décembre 2012 (en millions d'euros)

	2012	2011
Ressources privées issues de la recherche de fonds	181,2	164,0
Ressources institutionnelles	8,3	4,9
Autres ressources	47,4	51,7
Total ressources	236,9	220,6
Reprises de provisions	1,7	0,6
Total produits	238,6	221,2
Dépenses de missions sociales	205,4	206,1
<i>dont dépenses de missions</i>	<i>143,1</i>	<i>143,4</i>
Frais de recherche de fonds	12,6	10,5
Frais du fonctionnement	13,2	12,5
Total emplois	231,2	229,1
Dotations aux provisions	1,8	0,9
Total charges	233,1	230,0
Engagements sur ressources affectées	0,5	-0,5
Excédent / déficit	6,0	-9,3

Les charges s'élèvent en 2012 à 233,1 millions d'euros (M€). Elles se montaient à 230,0 M€ l'année précédente, et constatent ainsi une faible augmentation de 3,1 M€ (+1%). Celle-ci traduit un investissement conséquent en collecte de fonds de (+2,1 M€ soit +20%) et une hausse des

dépenses de fonctionnement et dotations aux provisions de 1,7 M€, les dépenses relevant des missions sociales étant un peu en deçà de l'année précédente (-0,7 M€ soit -0,4%). Quant aux produits, ils sont passés de 221,2 M€ à 238,6 M€, soit une augmentation de 17,4 M€ (+8%). Cette évolution est principalement portée par la hausse des ressources privées issues de la recherche de fonds (+17,2 M€), celle des ressources institutionnelles (+3,4 M€) étant partiellement compensée par la diminution des autres ressources et reprises de provisions (-3,2 M€).

Le résultat de l'exercice 2012 est ainsi excédentaire de 6,0 M€.

Les charges combinées : 233,1 M€

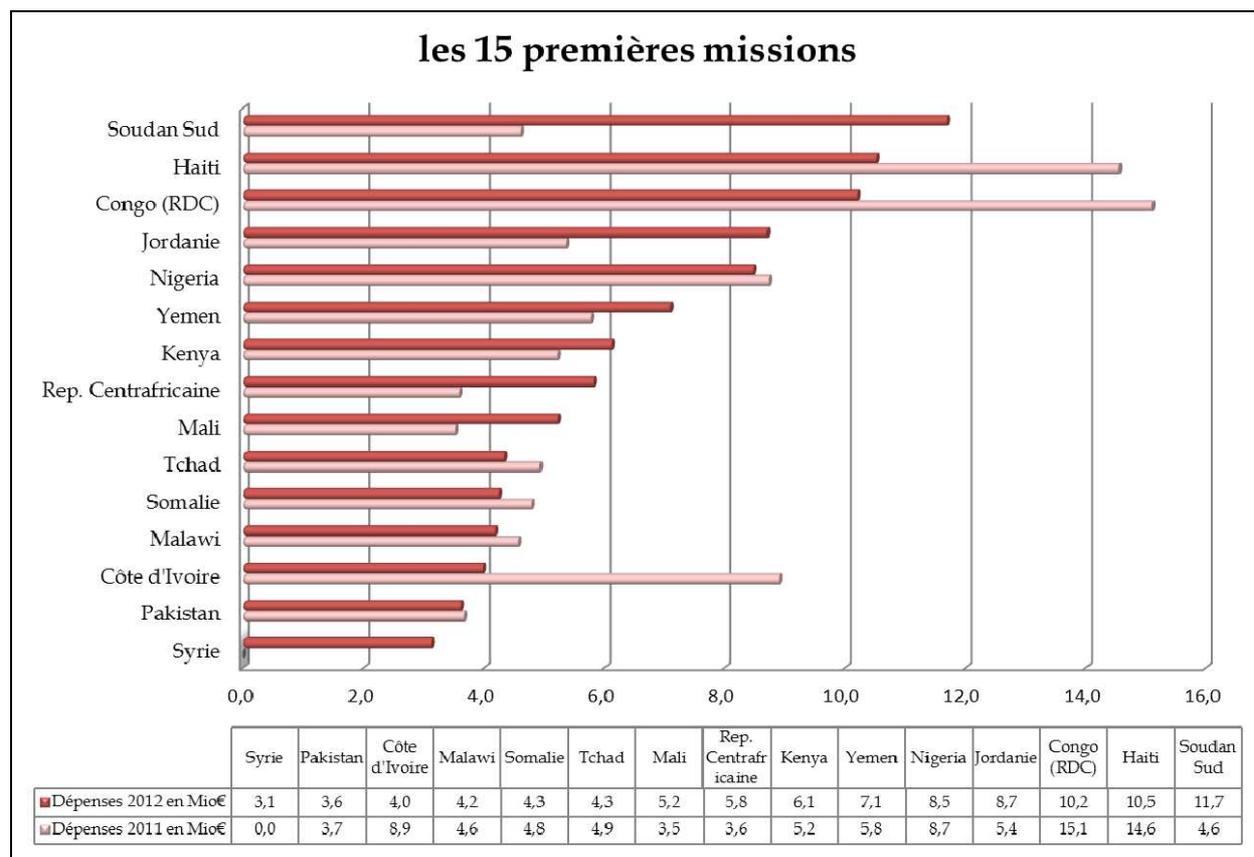
Les dépenses des missions sociales : 205,4 M€

En 2012, les dépenses liées aux missions sociales représentent 88,8% du total des emplois combinés contre 89,9% l'année précédente, soit une diminution de 1,1 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 **143,1 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 l'association Médecins Sans Frontières, avant éliminations et retraitements liés à la combinaison des comptes. Les dépenses d'opérations menées par MSF France s'établissent à 136,5 M€ et sont relativement stables par rapport à 2011 (-0,4% de variation seulement). Si les interventions d'urgence sur des contextes de conflit restent dans les mêmes proportions (10,5 M€), celles menées en réponse à des épidémies sont cette année bien moindres (-8,9 M€) mais sont compensées par l'augmentation de nos autres activités en Jordanie, en République Centrafricaine, au Soudan du Sud et au Yémen.

Les principales missions sur le plan du volume financier (dépassant les 4 M€) sont les missions au Soudan du Sud (11,7 M€), en Haïti (10,5 M€), en République Démocratique du Congo (10,2 M€), en Jordanie (8,7 M€), au Nigéria (8,5 M€), au Yémen (7,1 M€), au Kenya (6,1 M€), en République Centrafricaine (5,8 M€), au Mali (5,2 M€), au Tchad (4,3 M€), au Malawi et en Somalie (4,2 M€ chacun). 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 1,7 M€, en hausse de 0,3 M€ par rapport à l'année dernière. 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 (1,3 M€),

- la participation de la section française au fonds international mis en place au niveau du mouvement MSF afin de promouvoir des stratégies opérationnelles innovantes (0,3 M€),
- une subvention versée au Comité Médical pour les Exilés (Comede) pour le financement de l'activité de son centre de santé afin d'aider cette association à faire face à la diminution des subventions publiques (0,08 M€),
- la rétrocession à la section hollandaise d'un don reçu pour le financement de ses activités en Somalie.

Les dépenses engagées par l'association pour le compte des opérations d'autres sections MSF restent stables à 4,9 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 **20,1 M€** sur l'année 2012. 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 20,1 M€, contre 17,9 M€ en 2011 (+2,2 M€, soit +12%). Cette hausse s'explique pour moitié par deux événements conjoncturels (une augmentation des pertes de change et un renouvellement du parc informatique des terrains), et pour moitié par deux éléments de nature plus structurelle : un effort additionnel conséquent en formation, suivi et recrutement des ressources humaines de terrain, et la création d'un desk décentralisé à Dubaï au sein de notre bureau des Emirats-Arabs-Unis, plus proche des pays d'interventions dont il a la charge.

Ainsi en 2012, le support aux missions représente 14,0% des dépenses d'opérations en France et à l'étranger pour une moyenne de 12% sur les cinq dernières années et 12,4% en 2011.

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.

Les dépenses des **autres activités liées aux missions sociales** s'élèvent à **38,6 M€** et sont en retrait de 2,9 M€ par rapport à 2011 (-7%).

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 (38,1 M€) qui constate la quasi-totalité de la baisse mentionnée ci-dessus. Cette diminution fait suite au moindre volume d'interventions d'urgences réalisées par le mouvement MSF comparativement à une année 2011 particulièrement haute sur ce type d'activités.
- 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 **0,9 M€**. Cette catégorie regroupe essentiellement la participation de MSF France au financement de la Campagne pour l'Accès aux Médicaments Essentiels (0,3 M€) et de la DNDi (0,7 M€).

Le coût de la recherche de fonds : 12,6 M€

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

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

Cette année, afin de faire face à un contexte économique difficile et à des besoins toujours plus importants sur les terrains d'intervention, MSF a accentué ses dépenses de prospection (0,5 M€) et conduit une campagne de communication à l'échelle nationale (1,1 M€).

Compte-tenu de ces investissements, le coût de la recherche de fonds augmente ainsi de 2,1M€ (soit +20%) et représente 5,5% du total des emplois contre 4,6% en 2011.

Pour l'essentiel :

- Les frais de collecte en France et aux Emirats s'élèvent à 9,7 M€ et absorbe la quasi-totalité de l'augmentation mentionnée ci-dessus.
- Les frais de gestion (traitement des dons) restent stables à 1,8 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 1,1 M€ et reste stable.

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 euros en 2012 contre 17,2 euros en 2011.

Les frais de fonctionnement et les dotations aux provisions : 15,0 M€

Les frais de fonctionnement représentent **13,2 M€** sur l'année 2012. 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 0,7 M€ (+6%) par rapport à l'année dernière, principalement portés par l'adaptation des structures de gestion d'Epicentre, dont le volume d'activité augmente de 23% par rapport à l'année dernière, et de MSF-Logistique. Les frais de fonctionnement représentent 5,7% du total des emplois en 2012 contre 5,5% en 2011.

Les dotations aux provisions de l'exercice s'établissent à **1,8 M€**. Elles sont isolées dans le compte d'emploi des ressources afin de permettre une meilleure lecture des ratios financiers (un même événement ne pouvant impacter ces ratios qu'une seule fois : au moment de sa réalisation). Elles couvrent sur cette année la dépréciation des stocks de MSF-Logistique (0,7 M€), des fermetures de projets en cours (0,4 M€) ainsi que d'autres litiges (0,7 M€).

Les produits combinés : 238,6 M€

Ils sont passés de 221,2 M€ à 238,6 M€ en 2012 et sont composés de ressources privées issues de la recherche de fonds à hauteur de 181,2 M€, de financements institutionnels pour 8,3 M€, d'autres produits pour 47,4 M€ et de reprises de provisions à hauteur de 1,7 M€.

Les ressources privées issues de la recherche de fonds : 181,2 M€

Les ressources privées issues de la recherche de fonds s'établissent à 181,2 M€ en 2012, soit une augmentation de 17,2 M€ (+10%). L'ensemble des ressources privées est composé de 71,4 M€ de fonds collectés en France et aux Emirats-Arabis-Unis, de 107,7 M€ de contributions reçues des sections partenaires du projet opérationnel, et de 2,1 M€ provenant des autres sections du mouvement.

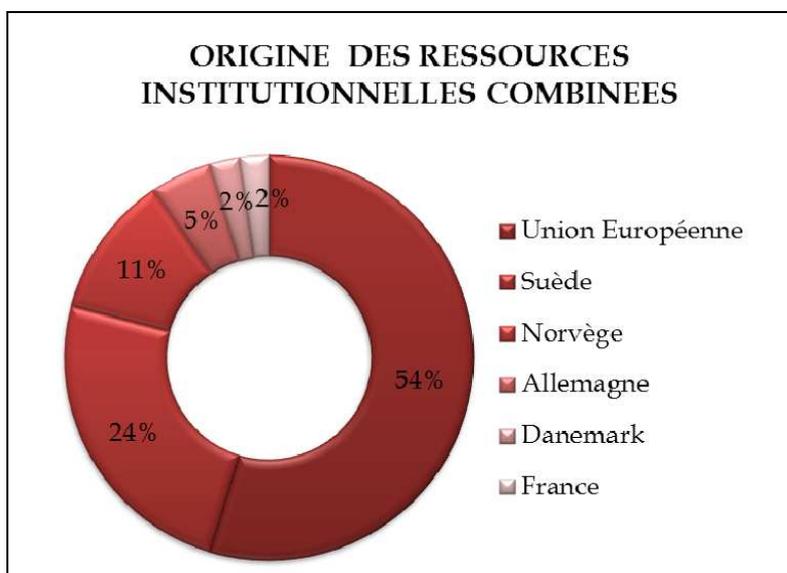
En France, environ 520.000 donateurs ont soutenu MSF pendant l'année, parmi lesquels plus de 358.000 ont choisi de faire leur don par prélèvement mensuel. Le montant des dons reçus des particuliers s'élève ainsi à 54,8 M€, soit une augmentation de 1,9 M€ (+4%).

Les legs enregistrent une très forte hausse (+10,7 M€) suite à la réalisation d'une succession exceptionnelle par son ampleur et s'établissent à 14,2 M€. Quant aux autres fonds privés (financements d'entreprises et autres organismes privés, activités annexes...), ils restent stables à 2,0 M€. Les dons et autres fonds privés collectés par le bureau des Emirats Arabes Unis représentent 0,6 M€. Sur l'ensemble des fonds collectés en France et aux Emirats-Arabis-Unis, 69,3 M€ ont été collectés auprès du public.

Les contributions reçues des sections partenaires du projet opérationnel et des autres sections du mouvement augmentent également de 4,6 M€ (+4%). Cette croissance est principalement due à la reconnaissance en produits des contributions des sections américaine et suisse au financement de l'extension de la plateforme logistique de Mérignac (4 M€). En dehors de ces financements spécifiques, les contributions des sections partenaires du projet opérationnel s'élèvent à 104,7 M€ constatant une augmentation de 1,7 M€ grâce à une évolution favorable du cours des dollars américains et australiens et du yen japonais. Ainsi, la contribution de MSF Australie s'élève à 25,3 M€ mais constate un recul de 2% en devise d'origine, celle de MSF Japon se monte à 21,5 M€ mais avec un recul de 3% en yen, et celle de MSF USA reste stable à 57,9 M€ mais avec un recul de 7% en dollar. Les autres financements reçus des sections du mouvement s'élèvent à 1,1 M€ (2,1 M€ en 2011).

A noter que l'évolution du cours des devises en 2012 a au global un impact positif d'environ 7 M€ sur l'évolution du montant total de ces ressources. Ainsi sur 181,2 M€ de ressources privées issues de la recherche de fonds, 158,7 M€ ont été collectés auprès du public (soit 88%), dont 44% en France et aux Emirats.

Les ressources institutionnelles (ou subventions publiques) : 8,3 M€



Dans la poursuite d'une politique **d'augmentation progressive** de ce type de ressources, les financements institutionnels publics s'élèvent à 8,3 M€ contre 4,9 M€ en 2011. Ils représentent ainsi 4,4% du total des ressources privées et institutionnelles et 6% des dépenses d'opérations et proviennent majoritairement des institutions européennes (54%).

Sur le total des financements institutionnels publics, 8,2 M€ ont été contractés par l'association et sont principalement affectés aux missions.

Les principaux pays financés ont été :

- le Soudan du Sud pour 2,4 M€ (Union Européenne / ECHO, gouvernements allemand, danois, norvégien et suédois) sur le projet d'Aweil et sur l'intervention d'urgence de Yida en assistance aux réfugiés du Kordofan du Sud,
- le Mali pour 0,9 M€ (Union Européenne / ECHO) sur le projet de Koutiala,
- le Niger pour 0,7 M€ sur le projet nutritionnel réalisé avec l'ONG nigérienne ForSani (Union Européenne / ECHO),
- le Nigéria pour 0,7 M€ (Union Européenne / EuropeAid) sur le projet de Jahun,
- le Tchad pour 0,7 M€ sur les interventions d'urgence de l'année (vaccination, inondations et malnutrition) par l'Union Européenne / ECHO et le gouvernement suédois,
- le Burkina Faso pour 0,7 M€ (Union Européenne / ECHO) sur le projet de Titao,
- la République Centrafricaine pour 0,6 M€ sur le projet de Paoua (gouvernement suédois).

Les autres produits et reprises de provisions : 49,1 M€

Les autres produits regroupent des revenus issus d'activités liées aux missions sociales ainsi que d'autres ressources. Ils observent une diminution de 4,3 M€ (soit -8%) par rapport à l'année précédente.

Les ressources issues des missions sociales représentent **42,4 M€**. Elles regroupent les recettes issues du remboursement des dépenses engagées pour le compte d'autres sections MSF et le produit des ventes des satellites MSF Logistique (médicaments, matériels médical et logistique) et Epicentre (consultations, recherches et formations épidémiologiques) aux autres sections et organisations. Elles connaissent une diminution de 4,0 M€ par rapport à 2011 et suivent l'évolution des volumes opérationnels d'urgence des autres sections après une année très forte.

Les autres ressources sont également en baisse de 0,3 M€ et s'élèvent à **5,0 M€**. Elles comprennent des activités marchandes diverses (films et activités externes de EUP (Etat d'Urgence Production : création de supports audiovisuels...), 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 **1,7 M€** sur l'exercice 2012 et correspondent pour moitié à la levée de risques fiscaux au Kenya et en Palestine, et pour moitié à des reprises de provisions récurrentes (dépréciation des stocks de MSF-Logistique, couverture des pertes de changes latentes).

Le report des ressources affectées non utilisées: 0,5 M€

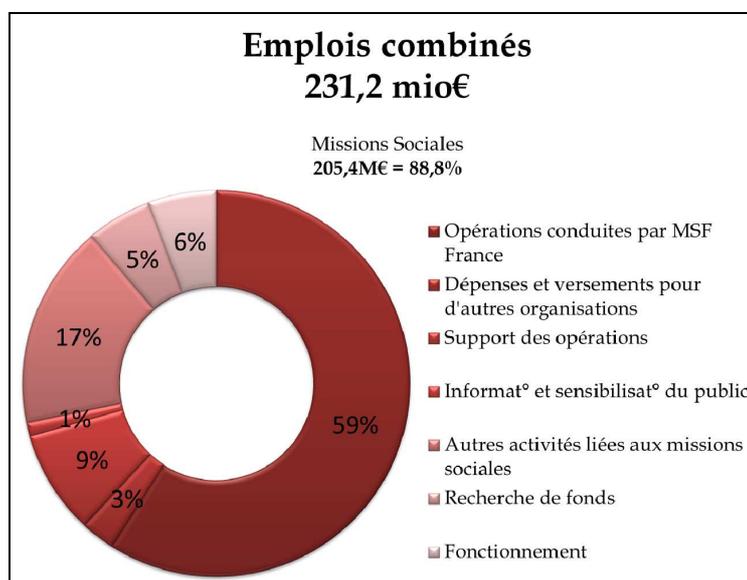
Le report des ressources affectées non utilisées traduit l'utilisation sur l'année de dons reçus sur les années antérieures affectés à des interventions particulières et qui n'avaient pu être dépensés. Ils sont décrémentés du passif du bilan, témoignant de leur utilisation conformément au souhait des donateurs.

Le solde des dons reçus en 2011 pour venir en aide aux populations somaliennes a ainsi été utilisé cette année pour le financement de la poursuite de ces interventions.

En conclusion, les comptes du groupe Médecins Sans Frontières présentent **un excédent de 6,0 M€**.

Ainsi, de manière synthétique :

- Sur 100 euros de ressources constatées en 2012, 97 euros ont été utilisées dans l'année et 3 euros ont été mis en réserves.
- Sur 100 euros employés en 2012, 88,8 euros l'ont été pour les missions sociales, 5,5 euros pour la recherche de fonds et 5,7 euros pour le fonctionnement de la structure.



Cet excédent nécessite toutefois une analyse plus poussée dans la mesure où il comporte deux éléments non récurrents, à savoir :

- la comptabilisation de 4 M€ en provenance d'autres sections du mouvement pour le financement de l'extension de la plateforme logistique de Mérignac en cours de réalisation, extension qui est par essence activée au bilan et pour laquelle aucune charge significative n'est présente sur cette année ;
- et la réalisation d'une succession exceptionnelle de plus de 10 M€ sur l'exercice (pour mémoire, la totalité des legs réalisés représentait 3,5 M€ en 2011 et 7,1 M€ en 2010).

Cette mise en perspective illustre les choix d'investissements additionnels en collecte de fonds faits par Médecins Sans Frontières et démontre, si cela était nécessaire, que le soutien des donateurs est primordial pour la réalisation des actions de terrain, et en particulier sur des contextes d'intervention tels que le Mali, la Syrie ou le Yémen.

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 d'autres sections MSF (en faible proportion). Les dépenses d'opérations de l'association sont composées de dépenses de projets pour 102,5 M€, de dépenses de capitales et autres supports pour 27,0 M€, de dépenses engagées pour le compte d'autres sections pour 5,9 M€, de consultations et recherches épidémiologiques menées par Epicentre et diverses dépenses opérationnelles pour 8,6 M€. Elles passent ainsi de 145,3 M€ à 144,1 M€ en 2012 soit une diminution de 1%.

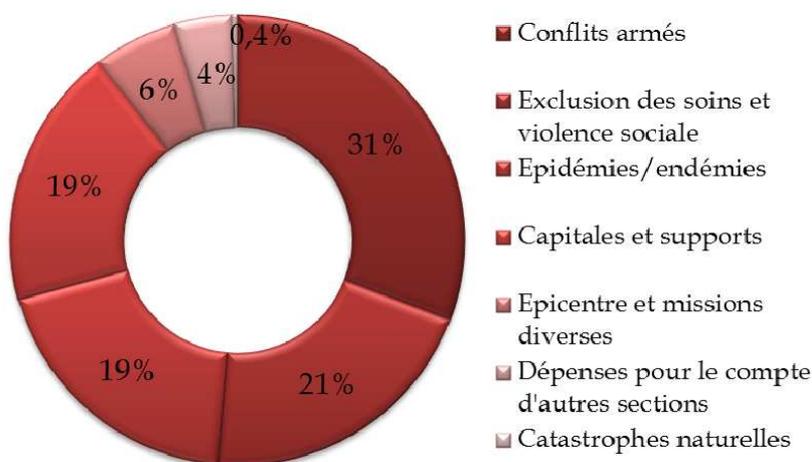
En 2011, l'association avait connu une forte mobilisation sur les projets initiés en situation d'urgence. Sur cette année, cette mobilisation s'est maintenue sur des contextes de conflits notamment suite aux interventions en Syrie, au Soudan du Sud et en soutien aux populations maliennes, mais les réponses aux épidémies et aux catastrophes naturelles ont été beaucoup moins nombreuses (-10,7 M€). Ceci s'explique en partie par un impact bien moins important de l'épidémie de choléra en Haïti. Cette diminution a été compensée par une hausse de nos autres activités au Yémen, en Jordanie suite à l'intensification du conflit en Syrie, au Soudan du Sud et en République Centrafricaine (+8,9 M€), ainsi que par une part plus importante des recherches et consultations d'Epicentre (+1,2 M€).

Comme les années précédentes, nous utilisons pour l'analyse des dépenses de projets la typologie de présentation des opérations de Médecins Sans Frontières. Celle-ci cherche à traduire les motifs principaux qui nous ont conduits à l'ouverture des projets et donc les événements principaux qui affectent les populations auprès desquelles nous intervenons. Elle fait également le lien entre le contexte général dans lequel se trouvent ces populations (victimes de conflits armés, d'épidémies/endémies, de catastrophes naturelles, de violence sociale ou d'exclusion) et les événements principaux évoqués ci-dessus, mais elle n'illustre pas la nature des activités. Ainsi, la typologie Réponses aux épidémies-endémies/SIDA, ne regroupe pas tous les projets dans lesquels MSF soigne des patients atteints du SIDA, mais inclut les projets qui ont été ouverts avec le traitement de cette maladie pour intention opérationnelle principale. On retrouve, 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, 70% de nos dépenses de projets se concentrent sur des populations victimes de conflits armés ou d'épidémies/endémies et 29% sur des contextes de violence sociale ou d'exclusion des soins. 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 2012, plus de 90 projets ont été menés (hors capitales et divers), pour un montant total de 102,5 M€.

Interventions auprès des victimes de conflits armés : 44,3 M€

Ces interventions ont représenté 42% de nos projets et 43% des dépenses de projets en 2012.



Parmi ces interventions, les réponses aux violences directes subies par les populations ont représenté 46% de ces projets et 68% de leurs dépenses. Celles-ci sont passées de 24,5 M€ en 2011 à 30,0 M€ en 2012, soit une augmentation de 5,5 M€ (+22%). Cette variation s'explique par plusieurs éléments : le développement des interventions menées au Moyen-Orient en Syrie, en Jordanie et au Yémen (+9,6 M€) et dans une moindre mesure au nord du Mali et au sud du Soudan (+1,2 M€ chacun), la reclassification des projets de Rutshuru et Nyanzale en République Démocratique du Congo dans cette catégorie suite à l'évolution du contexte dans la région du Nord Kivu (+4,4 M€), ces impacts étant partiellement compensés par les fermetures de projets (Iran) ou réductions d'activités liées aux urgences de l'année dernière en Côte d'Ivoire, Lybie ou Somalie (-10,6 M€).

Ces interventions comprennent notamment les projets menés :

- en Jordanie à l'hôpital d'Amman (7,1 M€), plateforme chirurgicale dédiée aux victimes de conflit dans la région (Irak, Syrie et Yémen) nécessitant de la reconstruction orthopédique, maxillo-faciale ou plastique, qui a vu son activité augmenter de 40% sur l'année suite à l'évolution de la situation à l'intérieur de ces pays, avec 580 nouvelles admissions et 1.160 interventions chirurgicales.
- en Syrie (3,1 M€) où, depuis la Turquie dans un premier temps, MSF a approvisionné en médicaments et équipements des médecins opérant dans des structures clandestines et assuré des formations à la prise en charge des urgences. Un support direct à un hôpital clandestin a également été réalisé. Environ 2.100 victimes de violences ont été soignées dans ces structures, et 450 patients opérés. Et depuis fin juin en Syrie même, une unité d'urgences chirurgicales traumatologiques a été mise en place. Elle a reçu près de 2.200 admissions en salle d'urgences, et procédé à 665 interventions chirurgicales.
- au sud du Yémen dans le gouvernorat d'Aden où, depuis mars dernier, MSF a ouvert un centre chirurgical d'urgence de 3^{ème} niveau à l'hôpital d'Al Wehdah et a apporté un support ponctuel à des structures de santé pour faire face à l'afflux de déplacés dans la région d'Abyan (3,8 M€). Sur ce projet, 1.200 interventions chirurgicales ont été réalisées ainsi que 27.000 consultations et 747 hospitalisations. Au nord, dans le gouvernorat d'Amran, avant la suspension des activités en septembre dernier pour des raisons de sécurité, les hôpitaux de Khameer et de Huth (1,9 M€) ont dispensés 14.500 consultations et réalisé près 3.600 hospitalisations, 1.500 interventions chirurgicales, et 1.600 accouchements.
- en République Démocratique du Congo dans la région du Nord Kivu à Rutshuru (3,7M€), dans un hôpital général de référence de près de 260 lits où, après reprise par le ministère de la santé des services de médecine interne, kinésithérapie, maternité et pédiatrie, MSF lui vient en appui mais continue à gérer directement la chirurgie (6.600 interventions), les soins intensifs (900 admissions), les urgences (14.000 admissions), les grands brûlés et prend également en charge les victimes de violences sexuelles (650 sur l'année). Les activités menées à Nyanzale, Kabizo et Kibirizi (0,6 M€) ont été arrêtées en mai, les conditions sécuritaires nécessaires à leur maintien n'étant plus assurées.

Les interventions auprès des réfugiés et déplacés ont représenté 27% des dépenses des «projets conflits» (14 projets pour 12,0 M€). Leurs dépenses ont augmenté de 4,7 M€ soit 63% en lien avec la prise en charge des réfugiés dans les pays limitrophes du Mali et, au Soudan du Sud, des populations fuyant le conflit du Kordofan du Sud. Ainsi, MSF prend en charge des réfugiés maliens depuis avril dans la province d'Oudalan au Burkina Faso (0,5 M€), dispensant près de 21.000 consultations et prenant en charge 330 hospitalisations et 6.600 cas de paludisme, et depuis mai à Abala, village du nord du Niger (0,6 M€), dispensant 29.600 consultations générales et prénatales, prenant en charge 8.600 cas de paludisme, et 11.000 vaccinations contre la rougeole. Au Soudan du Sud dans la région d'Yida, (2,8 M€) au nord de l'état d'Unité, MSF a porté assistance aux réfugiés fuyant les conflits du Kordofan du Sud (Soudan) réalisant 72.000 consultations, 2.500 hospitalisations, et 2.400 admissions dans le programme nutritionnel. Dans l'état du Nil Supérieur à Renk (0,9M€), près de 5.800 consultations, 300 cas de paludisme et 300 hospitalisations ont également été pris en charge en cinq mois.

Les interventions menées en réponse à la déstructuration des systèmes de soins représentent 5% des dépenses des «projets conflits» (6 projets pour 2,3 M€), soit une diminution de 13,9 M€ par rapport à 2011. Cette diminution est à la fois la conséquence des fermetures de projets initiées l'année dernière (-4,0 M€) en Palestine, Somalie, Sri Lanka et au Yémen, mais également celle de la reclassification des projets de Rutshuru et Nyanzale en République Démocratique du Congo et d'Aweil au Soudan du Sud dans d'autres catégories d'interventions suite à l'évolution des contextes de ces différents pays.

Sur l'ensemble de ces interventions, 34% des dépenses (15,1 M€) ont été engagées dans des situations d'urgence.

Par ailleurs, 62% de ces projets possédaient un ancrage opérationnel hospitalier. Certains d'entre eux intégraient bien évidemment d'autres activités non hospitalières. En 2012 ces types de projets ont représenté 85% des dépenses d'interventions auprès des populations victimes de conflits armés, et les projets intégrant des activités de chirurgie poussée environ 55%.

Interventions en réponse aux épidémies/endémies : 27,9 M€

Les interventions menées en réponse aux épidémies/endémies ont représenté 33% des projets et 27% des dépenses de projets en 2012. Le traitement du SIDA et de la co-infection SIDA/tuberculose ont représenté 12,5 M€, soit 45% des dépenses de cette catégorie et 19 % des projets (6 projets). Il s'agit principalement de Chiradzulu (3,4 M€) au Malawi, de Homa Bay et Mathare au Kenya (4,9 M€), d'Arua (2,2 M€) en Ouganda et de Camot en République Centrafricaine (2,1 M€).

Au total sur ces projets, la cohorte des patients suivis par MSF représente environ 56.500 personnes, dont 42.000 sont traitées avec des antirétroviraux de première ligne et 1.260 avec des antirétroviraux de seconde ligne. La montée en puissance des capacités des ministères de la Santé au Kenya, au Malawi et en Ouganda, nous permet de réorienter nos objectifs en les assistant dans la mise en place des recommandations de l'OMS, dans le traitement de la co-infection par la tuberculose, dans le changement des premières lignes de traitement ou dans le développement d'outils diagnostics plus adaptés.

A ce titre, le mouvement MSF s'est vu accorder par UNITAID fin 2012 un financement pluriannuel de 25 millions de dollars pour un projet de recherche dont l'objectif est de démontrer la faisabilité d'un déploiement au niveau des centres de santé d'outils de mesure adaptés au diagnostic du taux de cellules CD4, de la charge virale ou au diagnostic précoce de l'enfant. Ce projet sera déployé sur plusieurs pays et la section française y participera au Malawi et en Ouganda par l'expérimentation d'un outil diagnostique de la charge virale (développé par

l'université de Cambridge) adapté à des contextes à ressources et technicité limitées. Les dépenses de ces projets augmentent de près de 12% (+1,3 M€), principalement du fait de l'élargissement de l'offre de soins du projet de Carnot, en République Centrafricaine, suite aux taux de mortalité extrêmement alarmants relevés sur la région.

Les réponses aux épidémies de malnutrition ont concerné 26% des projets et 27% des dépenses dans cette catégorie. Par rapport à 2011, les dépenses consacrées à ces projets diminuent de 4%, conséquence principalement de la fermeture des projets de Yako et Titao au Burkina Faso et de Kazaure au Nigéria.

Nos interventions les plus représentatives sont localisées :

- au Mali dans les districts de Koutiala et de Konséguela (2,7 M€), où plus de 80.000 consultations et 13.000 hospitalisations ont été réalisées sur des projets pédiatriques. 6.600 enfants malnutris ont ainsi été admis et près de 30.000 rations distribuées, et 32.700 cas de paludisme ont été pris en charge ;
- au Niger (2,2 M€) dans le district de Madaroumfa. En partenariat avec l'ONG nigérienne Forum Santé Niger (ForSaNi), MSF prend en charge la malnutrition (16.000 enfants malnutris sévères sur l'année), mais assure également sur trois aires de santé des consultations (67.300 dont 44.300 cas de paludisme), de la vaccination contre la rougeole (11.000), des distributions de moustiquaires (9.500) et d'aliments de supplément prêt à l'emploi (316.000 enfants).

Les opérations concernant le traitement de la tuberculose et plus particulièrement de la tuberculose multi-résistante ont représenté 19% des projets de cette catégorie (6 projets) et 13% des dépenses. Il s'agit notamment de nos programmes en Arménie à Erevan et dans les provinces du nord (1,3 M€), en Géorgie dans la région de l'Abkhazie (0,4 M€), au Cambodge à Kompong Cham (1,2 M€), et en Colombie à Buenaventura (0,6 M€). Sur ces projets, 1.500 patients atteints de tuberculose, dont 290 sous des formes multi-résistantes, sont sous traitement. Les dépenses de ces projets sont globalement stables par rapport à l'année dernière.

En 2011, les réponses à des épidémies de choléra ou de rougeole représentaient à elles seules 10,4 M€ et étaient principalement composées des interventions en Haïti (choléra) et en République Démocratique du Congo (rougeole). En 2012, l'épidémie de choléra n'a pas eu l'acuité de l'année précédente et aucune intervention spécifique de prise en charge d'une épidémie de rougeole n'a été menée. Les réponses à ces pathologies se sont ainsi élevées à 1,1 M€.

Nos autres projets ont concerné des interventions de prise en charge d'autres pathologies telles que la méningite, le paludisme ou le pian. Leurs dépenses s'élèvent à 3,2 M€.

Sur l'ensemble des interventions menées en réponse aux épidémies et endémies, 9% des dépenses (soit 2,4 M€) ont été engagées dans des situations d'urgence.

Interventions en réponse aux catastrophes naturelles : 0,6 M€

Ces opérations ont concerné 7 projets ou actions ponctuelles en 2012 et n'ont engagé que 1% de nos dépenses de projets.

Ces interventions, qui représentent 0,5 M€, ont principalement concerné des réponses à des inondations, ouragans et typhons au Nigéria, au Tchad, et aux Philippines mais aussi à New-York suite aux dégâts occasionnés par Sandy à l'automne dernier.

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

Interventions auprès des victimes d'exclusion des soins ou de violence sociale : 29,7 M€

Ces projets, au nombre de 14 pour l'année 2012 (soit 15% des projets), ont engagé 29% de nos dépenses.

Les réponses aux violences directes subies par les populations ou à une déstructuration des systèmes de soins représentent 84% des dépenses et 64% des projets de cette catégorie. Parmi celles-ci, on retrouve les interventions :

- En Haïti à Port au Prince (8,3 M€), dans l'hôpital modulaire préfabriqué de 190 lits construit suite au tremblement de terre de l'année 2010. Ce projet a accueilli sur l'année 5.300 admissions en urgences médicales, 14.400 admissions en urgences chirurgicales, 4.400 hospitalisations, et 8.000 actes chirurgicaux ont été effectués ;
- au Nigéria à Port-Harcourt sur l'hôpital de Teme (4,5 M€), où ont été réalisées près de 1.900 hospitalisations, 8.800 admissions en salle d'urgence, et 2.400 interventions chirurgicales, et où ont été prises en charge 540 victimes de violences sexuelles. Ce projet est en cours de fermeture suite à une stabilisation du contexte de la région ;
- à Aweil au Soudan du Sud (4,0 M€), où au sein d'un hôpital de 250 lits, MSF gère les services de pédiatrie et de maternité, et mène également des activités de nutrition et de prise en charge du paludisme. Sur l'année, la maternité a accueilli près de 6.300 admissions, la pédiatrie près de 5.400, les activités de nutrition environ 2.600 admissions et 2.000 cas de paludisme ont été traités.

Les programmes s'adressant à des populations n'ayant pas accès aux soins représentent 36% des projets de cette catégorie et 16% de leurs dépenses. Parmi ceux-ci, le programme de Jahun au Nigéria (2,3 M€) prend en charge les urgences obstétricales ainsi que la réparation des fistules vésico-vaginales, avec sur l'année près de 5.000 accouchements réalisés, et 330 nouvelles admissions dans le service dédié aux patientes souffrant de fistules. Les dépenses de ces projets sont en hausse de 8,8 M€ comparativement à l'année précédente. Cette évolution s'explique principalement par le « reclassement » des projets de Buenaventura en Colombie, d'Aweil au Soudan du Sud, et de Paoua en République Centrafricaine dans cette catégorie suite à l'évolution du contexte de ces interventions (+8,0 M€), mais aussi par le développement des projets initiés l'année dernière en Papouasie-Nouvelle-Guinée et en Iran (+0,8 M€).

Aucune de ces interventions n'a été réalisée en situation d'urgence. Par ailleurs, 79% de ces projets possédaient un ancrage hospitalier. Ils ont représenté environ 95% 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 82%.

Par ailleurs, 79% de ces projets possédaient un ancrage hospitalier. Ils ont représenté environ 95% 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 82%.

Consultations et recherches épidémiologiques Epicentre, postes opérationnels régionaux, missions diverses : 8,6 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 (6,7 M€). Elle regroupe également des postes opérationnels régionaux (formations locales, support médical pour 0,5 M€), les rapatriements médicaux (0,3 M€), des missions exploratoires et petites réponses aux urgences (0,5 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€) et la subvention versée au Comede précédemment mentionnée (0,1 M€). Par rapport à 2011, 1,2 M€ supplémentaires ont été investis sur les recherches et consultations pour lesquelles Epicentre a été missionnée par MSF. Parmi celles-ci, les deux plus significatives sont les études menées à Ndhiwa au Kenya (étude de prévalence HIV pour 0,4 M€) et au Niger sur l'efficacité de l'utilisation systématique d'antibiotiques dans les cas d'une malnutrition sévère non compliquée (0,7 M€).

Capitales et autres supports : 27,0 M€

Les dépenses de capitales et bases arrière représentent 20% du total des dépenses de missions hors dépenses engagées pour le compte des autres sections, soit 2 points 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 2,2 M€ (soit +9%), principalement au Soudan du Sud en raison des interventions d'urgences (dimensionnement à la hausse et transport aérien) et en Jordanie suite au fort accroissement d'activité lié à la prise en charge de patients syriens.

Dépenses pour le compte d'autres sections : 5,9 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 0,5 M€ (soit 10%) par rapport à 2011 et suivent l'activité d'Epicentre et des autres sections opérationnelles de Médecins Sans Frontières.

Le bilan combiné

BILAN COMBINE SIMPLIFIE au 31 décembre 2012 (en millions d'euros)

ACTIF	2012	2011	PASSIF (avant affectation du résultat)	2012	2011
Bâtiments et terrain	11,5	7,3	Fonds disponibles	93,3	102,6
Autres immobilisations	6,6	6,1	Subventions et réserves d'investissements	1,3	1,1
Actif Immobilisé	18,1	13,4	Résultat combiné	6,0	-9,3
			Fonds propres	100,6	94,4
Stocks	17,6	16,5			
Dons et financements à recevoir	5,9	8,9	Fonds dédiés et affectés	0,1	0,6
Créances diverses	9,3	9,2			
Trésorerie	75,9	76,0	Provisions risques et charges	1,2	1,3
Comptes de régularisation	2,5	2,7			
Actif Circulant	111,2	113,2	Dettes fournisseurs	11,8	9,8
			Autres dettes	15,4	18,2
			Comptes de régularisation	0,2	2,3
			Passif exigible	27,4	30,3
TOTAL	129,3	126,6	TOTAL	129,3	126,6

L'actif (utilisation des fonds)

L'**actif immobilisé** s'élève à **18,1 M€**, net d'amortissements et de provisions pour dépréciation. Il est composé d'actifs immobiliers (11,5 M€), d'actifs incorporels (0,4 M€), d'actifs financiers (0,7 M€), d'autres actifs corporels (3,6 M€) et d'immobilisations en cours (2,0 M€). Les bâtiments et terrains regroupent les actifs immobiliers du groupe, à savoir : l'immeuble et le terrain du siège de l'association, 8 rue Saint Sabin à Paris 11ème, et l'immeuble du 4 rue Saint Sabin à Paris (annexe du siège social de l'association), ainsi que les bureaux, entrepôt et terrain de MSF

Logistique à Mérignac (Bordeaux). L'évolution de l'actif immobilisé au cours de l'année 2012 est principalement liée à la poursuite du programme d'extension de la plateforme logistique de Bordeaux réalisée à près de 80%. Cette extension, rendue nécessaire sur ces dernières années par l'accroissement de notre volume d'activités et la limite de nos capacités de stockage, a été initiée en 2008 et son achèvement est prévu pour l'année 2013. Elle se traduit dans les comptes de la Fondation par une augmentation des immobilisations de 4,9 M€ sur l'exercice. 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 2012 un montant de **17,6 M€**. Ils se composent principalement des items gérés par la centrale MSF Logistique à Bordeaux (17,2 M€). Ils sont constitués d'articles médicaux pour 10,1 M€ et d'articles logistiques pour 7,1 M€. L'augmentation du volume stocké est représentative d'une activité plus faible qu'initialement anticipée.

Les autres actifs circulants hors trésorerie s'élèvent à **17,7 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 5,9 M€. Ils regroupent les sommes dues par les autres sections MSF au titre du financement des projets opérationnels (2,0 M€), par les bailleurs de fonds institutionnels publics (1,6 M€), ainsi que les dons reçus des particuliers, des légataires et des entreprises au titre de 2012 mais encaissés en 2013 (2,3 M€). Les créances diverses s'élèvent à 9,3 M€. Elles comprennent principalement les sommes dues par les autres sections du mouvement (7,4 M€) et les avances et acomptes versés aux fournisseurs. La diminution de ce poste de 2,8 M€ s'explique principalement par l'encaissement sur l'année 2012 de la quasi-totalité des financements de la section australienne.

Le passif (origine des fonds)

Les fonds propres de l'ensemble combiné représentent **100,6 M€** à la fin de l'année 2012. Les réserves disponibles, définies comme étant les fonds propres hors réserves et subventions d'investissement, s'élevaient au début de l'exercice à 93,3 M€. Elles comprenaient 68,6 M€ de ressources disponibles collectées auprès du public. Sur l'année 2012, l'excédent combiné de 6,0 M€ porte le niveau de réserves disponibles à 95,6 M€, dont 71,8 M€ de ressources collectées auprès du public. Ces réserves, qui représentent 4,9 mois d'activités (4,9 en 2011) ou 4,8 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 1,3 M€ à la fin de l'année 2012, 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 **0,1 M€**. Les dons reçus en 2011 et dédiés aux conséquences de la crise affectant les populations somaliennes ont été utilisés sur 2012, expliquant la diminution de ce poste de 0,5 M€.

Les provisions pour risques et charges s'élèvent à **1,2 M€**. Elles sont principalement destinées à couvrir des risques fiscaux et sociaux sur nos activités (0,2 M€), des litiges en cours (0,6 M€), ainsi que les coûts salariaux des projets dont les fermetures ont été actées (0,4 M€).

Le passif exigible totalise **27,4 M€**. Il est composé de dettes envers les autres sections MSF (4,8 M€), de dettes courantes auprès des fournisseurs (11,8 M€), de dettes sociales et fiscales (10,4 M€) et d'autres dettes à hauteur de 0,4 M€. La baisse de 2,9 M€ observée sur ce poste s'explique par le décalage de paiement des dettes dues à aux autres sections du mouvement (-3,1 M€) et l'utilisation des financements reçus de MSF-USA pour l'extension de la plateforme logistique de Bordeaux (-2 M€), diminutions partiellement compensées par l'augmentation des dettes fournisseurs (+2 M€) de MSF-Logistique (décalages de paiement).

La trésorerie et le suivi des ressources collectées auprès du public

Situation de trésorerie de fin d'année

La trésorerie, qui s'élève à 75,9 M€ à la fin de l'année 2012, 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 21,0 M€ placés sur des SICAV de trésorerie en Euros ou en dollars US, de 20 M€ sur des bons de caisse, de 3,0 M€ sur des bons à moyen terme négociables, de 16,8 M€ sur des livrets et de 13,6 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 (70,1 M€), par une répartition des valeurs sur cinq établissements bancaires différents. Les deux principaux représentent à la fin de l'année respectivement de 54% et 37% du montant total, et les trois autres 9%.

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 57% des ressources issues de la recherche de fonds sont réalisées en devises étrangères et où 66% 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 (53%), 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.

Evolution de la trésorerie et des ressources collectées auprès du public

En millions d'euros

Variation de la trésorerie	2011	2012	Suivi des ressources collectées auprès du public	2012
1. Trésorerie provenant des donateurs et bailleurs privés	166,0	182,3	1. Ressources collectées auprès du public	158,7
+ Ressources collectées auprès du public et autres fonds privés	164,0	181,2	+ Ressources collectées en France et aux Emirats	69,3
+ Variation des créances et dettes liées aux dons et fonds privés	2,0	1,1	+ Ressources collectées dans les autres sections MSF	89,4
2. Trésorerie provenant des donateurs et bailleurs institutionnels	5,9	8,0	2. Variation des ressources affectées non utilisées des exercices antérieurs	+0,5
+ Financements institutionnels publics	4,8	8,3	+ Variation des fonds dédiés	+0,5
- Quote-part des subventions d'investissements versées au résultat	0,2	-0,1		
+ Variation des créances et dettes liées aux financements institutionnels	0,9	-0,2		
3. Trésorerie liée aux activités humanitaires et au fonctionnement	-174,6	-184,6	3. Utilisation des ressources sur les activités humanitaires et le fonctionnement	-150,8
+ Autres ressources	52,3	49,1		
- Dépenses de missions sociales	-206,1	-204,5	- Dépenses de missions sociales	-128,9
- Dépenses de collecte, de fonctionnement et provisions	-23,9	-28,6	- Dépenses de collecte et de fonctionnement	-21,9
+ Variation des amortissements et provisions	1,7	1,7		
- Gains / pertes générés par les actifs et pertes financiers	-1,0	-0,4		
+ Variation des stocks, autres créances et dettes	2,4	-2,0		
Variation de la trésorerie liée à l'activité (a)=1+2+3	-2,6	5,6	Variation des ressources liées à l'activité (a)=1+2+3	+8,3
Variation de trésorerie liée aux activités d'investissement (b)	-4,8	-6,1	Variation de ressources non affectées liée aux activités d'investissement (b)	-5,1
Variation de trésorerie liée aux activités de financement (c)	1,0	0,4		
Variation globale de trésorerie (a+b+c)	-6,5	-0,1	Variation des ressources non affectées et non utilisées (a+b)	3,2
Trésorerie en début d'exercice	82,4	75,9	Ressources non affectées et non utilisées en début d'exercice	68,6
Trésorerie en fin d'exercice	75,9	75,8	Ressources non affectées et non utilisées en fin d'exercice	71,8

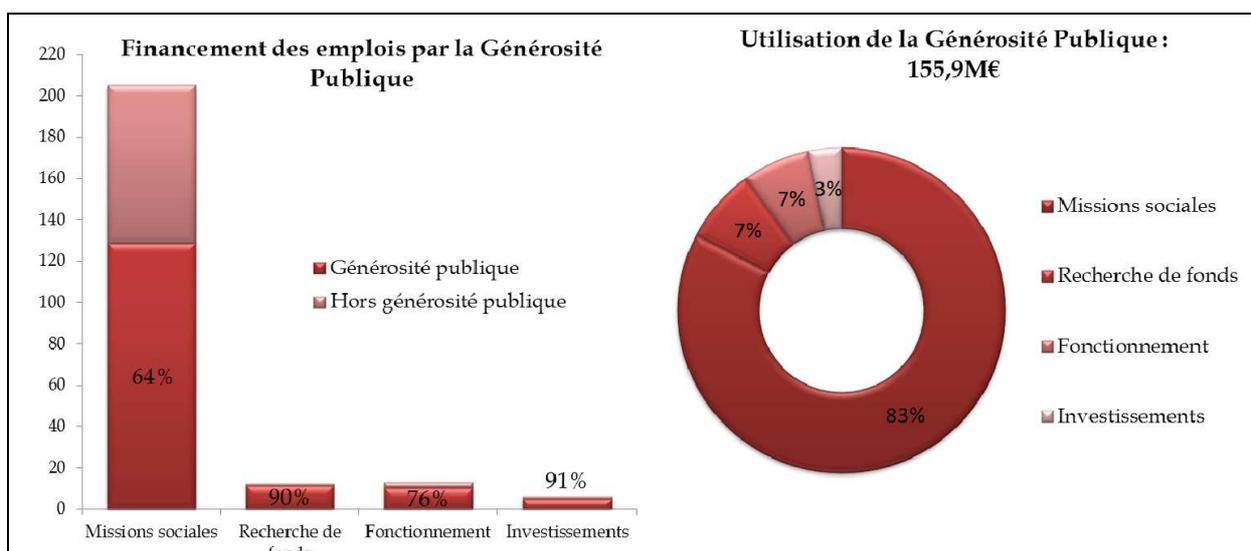
Entre le début et la fin de l'année 2011, la trésorerie diminue de 6,5 M€. Cette évolution est, bien entendu, principalement liée au déficit de l'exercice et s'explique dans le détail de la manière suivante :

- La trésorerie provenant des donateurs ou financeurs privés s'élève à 182,3 M€ soit 16 M€ de plus que l'année précédente ;
- La trésorerie provenant des financeurs institutionnels représente 8,0 M€, soit +2,1 M€ par rapport à 2011, reflet d'une sollicitation accrue de ces bailleurs sur 2012 conformément aux objectifs engagés ;
- Les missions sociales et le fonctionnement ont consommé 184,6 M€, soit 10,0 M€ de plus qu'en 2011. La majorité de cette augmentation vient des effets simultanés de hausse des activités de collecte de fonds et de fonctionnement (3,6 M€) et de diminution des autres ressources (3,2 M€) ;
- Les investissements de l'année ont utilisé 6,1 M€ de trésorerie, dont 4,9 M€ ont concerné le projet d'extension de la plateforme logistique de Bordeaux ;
- Les activités de financement ont généré 0,4 M€ soit 0,6 M€ de moins qu'en 2011.

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 59,5 M€ sur l'exercice, soit l'équivalent de 3,1 mois d'activité, contre 68,7 M€ l'année précédente (soit 3,6 mois d'activité). Ce niveau de trésorerie reste en cohérence avec l'objectif que s'est fixé Médecins Sans Frontières de couvrir les risques liés à son activité (urgences imprévues, baisse des rentrées financières) et de 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 2012 de 5,8 M€ contre 6,1 M€ l'année précédente.

Les réserves issues de la générosité publique (ressources collectées auprès du public non affectées et non utilisées) ont augmenté de 3,2 M€ et s'élèvent à 71,8 M€ à la fin de l'année 2012. Cette évolution est en lien avec l'excédent de l'exercice, et s'explique de manière détaillée comme suit :

- Les ressources collectées auprès du public se sont élevées sur l'année à 158,7 M€. 44% (soit 69,3 M€) ont été directement reçus par l'association MSF, la Fondation MSF et le bureau des Emirats, 56% (88,3 M€) ont été reçus des sections partenaires du projet opérationnel (MSF-Australie, MSF-Japon et MSF-USA) et 1% (1,2 M€) des autres sections du mouvement MSF ;
- Les dons affectés aux conséquences de la crise en Somalie reçus sur 2011 ont été utilisés sur l'année, venant augmenter ainsi le total des ressources collectées auprès du public (0,5 M€) ;
- 98% de l'ensemble de ces ressources a été utilisé pour couvrir les emplois et investissements de l'exercice, les 2% restant venant augmenter les réserves issues de la générosité publique (3,2 M€) ;
- Les ressources collectées auprès du public sur l'année sont ainsi affectées en 2012 à hauteur de 83% (128,9 M€) aux emplois des missions sociales, de 7% (11,5 M€) aux frais de recherche de fonds, de 7% (11,4 M€) aux frais de fonctionnement et de 3% (5,1 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 jusqu'en mars 2013

Marie-Noëlle Rodrigue
Directrice des opérations

Rémi Obert
Directeur Financier

les opérations

Bilan 2012 et perspectives 2013 du centre opérationnel de Paris

Au moment de la rédaction de ce rapport, un an et sept mois se seront écoulés depuis l'enlèvement au Kenya et leur détention en Somalie de nos deux collègues espagnoles Blanca et Mona. Après leur libération, que nous espérons tous prochaine, la durée exceptionnelle de cet enlèvement aura sans doute des conséquences dans la conduite de certaines opérations dans le futur. Nos pensées continuent à les accompagner.

Bilan 2012

Cadre du bilan et des perspectives

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

Ce plan fera l'objet d'une revue en 2013 et des réunions entre siège et terrains seront organisées pour définir les orientations d'un nouveau plan probablement quinquennal.

L'année 2012 s'est caractérisée par deux faits marquants : (1) des contraintes sécuritaires étendues sur de nombreux pays d'intervention dues à l'augmentation du nombre de conflits asymétriques et polarisés, et (2) une revue de la pertinence de certains projets dans un cadre budgétaire qui reste contraint en regard de perspectives moroses de collecte de fonds.

La région du **Sahel**, déjà fortement polarisée en 2011, continue de requérir une attention particulière. La menace que représentent aujourd'hui certains groupes radicaux, dont les divisions conduisent à des analyses de contexte de plus en plus complexes, nous oblige à nous interroger sur nos modes opératoires et à définir les conditions acceptables de notre présence. L'intervention militaire de l'armée française au Mali vient davantage compliquer la donne.

Bâtir un discours politique autour de ces questions, qui englobent à la fois les compromis acceptables pour nos activités, l'exposition de nos équipes et la responsabilité institutionnelle des enjeux de sécurité, demande un travail d'appropriation au niveau du groupe.

Description chiffrée et typologie de la dynamique opérationnelle 2012

L'année 2012 a été marquée par l'augmentation du nombre de contextes difficiles à manager d'un point de vue sécuritaire, notamment en ce qui concerne le risque de kidnappings visant les occidentaux. Nous pouvons également noter une radicalisation des discours antioccidentaux, découlant principalement de la guerre menée contre le terrorisme. Du Sahel à l'Afghanistan en passant par la Somalie, la Péninsule arabe et la Syrie, l'exposition de notre centre opérationnel est importante. Cette exposition correspond à **des choix prioritaires d'intervention assumés mais qui doivent s'accompagner de transparence entre les équipes terrain et siège dans le partage de l'information et l'établissement d'un certain nombre de procédures et de réflexes** visant à améliorer la lecture de l'environnement et la sécurité des équipes. L'intervention militaire au Mali aura sans doute un impact sur le ciblage des intérêts ou des ressortissants français, tout comme le retrait prochain des troupes coalisées d'Afghanistan et d'Irak. La vigilance et la prudence sont donc de mise sur nos terrains, tout en prenant garde à ne pas tomber dans la paranoïa.

Une grande majorité de nos activités restent situées dans des zones de conflit, 59% sur le continent africain et 20% dans le Moyen Orient (ce dernier chiffre étant logiquement en augmentation constante depuis 2 ans).

52% de nos projets comportent une activité d'hospitalisation (qu'elle soit généraliste, pour les femmes et les enfants, ou en post opératoire) alors qu'elle représente 72% du volume financier du portfolio. Les programmes tuberculose (TB) comptent pour 8% des projets et pour 5% des dépenses et le HIV-sida 13% à la fois en nombre de projets et en coûts.

66 projets ont été travaillés en 2012 et un nombre équivalent est prévu pour 2013, nous sommes présents sur 33 pays, chiffre en légère augmentation depuis 2008 mais quasi constant ces 2 dernières années. Nous avons ouvert dans un pays, le Laos, où les activités de santé de la femme dans des zones rurales tardent cependant à démarrer dans un contexte de grande complexité bureaucratique. Nous avons fermé dans un seul pays, le Sri Lanka, mettant fin à une présence de MSF de plusieurs années. L'enregistrement est conservé dans ce pays, mais il n'y a plus de section présente.

Il y a eu une forte dynamique de redéfinition des objectifs de certains projets et quatre pays ont été particulièrement concernés par des réorientations opérationnelles importantes.

Il n'y a plus de projet actif au **Burkina Faso** à ce jour mais nous souhaitons néanmoins y maintenir une présence opérationnelle. La prise en charge des réfugiés maliens au Nord du pays prendra fin à mi année (2013) et nous sommes en discussion avec le ministère burkinabé de la santé, à sa demande, pour soutenir le service de pédiatrie de l'hôpital de Ouagadougou.

Notre présence en **Côte d'Ivoire**, qui a persisté après la fin du conflit, devra faire l'objet en 2013 d'une décision sur les orientations opérationnelles. En effet, depuis la fermeture de notre programme de soutien à l'hôpital de Douékoué, suite à des relations difficiles avec son directeur, aucune piste ne s'est concrétisée à ce jour, même si la santé des femmes est un des besoins majeurs du pays et que les autorités gouvernementales, devant les chiffres alarmants, l'ont élevé au rang de cause nationale pour 2013.

En **Colombie**, notre implication dans les cliniques de Buenaventura a pris fin, n'ayant jamais réellement atteint ses objectifs initiaux de donner accès aux populations vulnérables des Barrios. Nous conservons notre projet TB, même si les activités de ce dernier devront être mieux définies en 2013.

Nous avons également revu notre implication en **Tchéchénie**, région dans laquelle MSF est intervenu pour la 1^{ère} fois en 1994 puis en est sorti en 1997 après l'enlèvement d'un expatrié avant de reprendre des activités en 2004 mais en contrôle à distance. L'amélioration relative de la situation sécuritaire sur place nous a incités à interroger notre présence et notre mode d'intervention. Le soutien aux cliniques gynéco-obstétriques et pédiatriques a pris fin en 2012 et l'ambition aujourd'hui est de développer le programme de cardiologie à Grozny en améliorant le suivi des patients fibrinolyés et en développant le dépistage et la prise en charge ambulatoire des patients les plus à risque. Il est à noter que ce projet est unique à MSF.

Le **Nigéria** connaît depuis 2 ans des bouleversements sociopolitiques importants qui nous ont conduits également à une revue des opérations dans le pays. Le « trauma center » de Port Harcourt a fermé ses portes au printemps 2013 après 7 années d'existence, le contexte de violences politiques ayant évolué depuis 2 ans. La situation dans le Nord du pays, pourrait nous inciter à y développer plus d'activités mais le contexte sécuritaire et les limitations importantes sur le nombre et le profil des équipes pouvant y travailler nous encouragent à la prudence.

En **Géorgie**, notre programme Kala Azar de même que celui en **Abkhazie** ont pris fin, cependant nous restons intéressés d'y développer l'essai clinique pour la tuberculose résistance (DR TB) pour lequel les autorités géorgiennes ont montré un vif intérêt.

La suspension de notre programme de Nyanzale au Nord Kivu (**RDC**) paraît définitive, les conditions de sécurité ne permettant toujours pas d'y baser une équipe permanente et de circuler de manière à déployer des activités de proximité envers la population.

Enfin, le CES (centre de soins médico-psychologiques) de la mission en **France** vient de fermer ses portes au terme de 6 années d'activités. Si cette fermeture a été douloureuse et controversée, c'est davantage dans la décision qui a été vécue comme brutale par l'équipe, alors même que le projet peinait depuis au moins 2 ans à définir des orientations allant au-delà d'un dispositif psycho-social pour des populations rendues très vulnérables par leur statut en France et nécessitant des suivis quasi individuels. L'implication de MSF en France a fait l'objet d'une capitalisation des activités et d'une discussion en Conseil d'administration, qui a conclu à l'intérêt pour MSF de rester engagé sur un projet domestique. Les discussions reprendront donc au cours de cette année afin de cerner des pistes possibles d'activités (voir plus bas dans l'engagement en Europe).

Les échecs et les succès 2012

Au rang des **échecs**, il faut une nouvelle fois citer la vaccination préventive pour le choléra en **RDC**, ambition formulée depuis 2 ans et qui a beaucoup de mal à se concrétiser par absence d'accord avec les autorités sanitaires sur place. La succession de réunions en capitale sur le sujet depuis le début de l'année 2013 nous fait espérer voir cette activité se mettre en place cette année, alors que le nombre de cas à traiter reste élevé, même si la létalité est basse.

Depuis 2 ans, nous avons affiché notre volonté de mettre en place ce type d'activité dans le package de réponse préventive au **choléra** mais force est de constater nos difficultés, souvent liées aux négociations compliquées avec les autorités peu enclines à nous voir cibler des populations bénéficiaires et non proposer des vaccinations de masse. Nous continuons cependant à investiguer cette réponse, notamment en RDC et à Haïti.

Haïti reste un sujet controversé au sein des opérations. Le volume financier engagé pour l'hôpital de Drouillard est conséquent (7.8 M€) et pose question. Malgré la réorientation du programme mi 2012 et la réduction des activités, le coût du projet reste élevé et interroge au regard d'autres projets hospitaliers moins coûteux à volume d'activités comparable. Au-delà de MSF-France, le volume financier injecté 3 ans après le séisme par les sections MSF présentes à Haïti devrait faire l'objet d'une discussion globale. Le projet Fossap (Projet de construction d'un Hôpital à Haïti) a connu quant à lui de nombreux questionnements qui perdurent au moment de l'écriture de ce bilan. Le manque d'engagement politique et institutionnel, les atermoiements de certains départements pour le soutien à ce projet, les difficultés d'organiser un management du projet en dehors d'un modèle classique d'équipe de desk ont beaucoup ralenti la progression de l'hôpital. A cela se sont ajoutés des difficultés avec les autorités sur place dans la sécurisation du terrain. Il a donc été décidé que Fossap serait confié à un desk régulier afin de permettre une mise à plat et de revoir sa pertinence, sa localisation à Port-au-Prince et ses possibilités de réalisation. Même si nous restons engagés sur cet objectif, les délais successifs interrogent sur la capacité réelle de mise en place de ce type de projets dans le MSF d'aujourd'hui, moins enclin que les partenaires qui ont été sollicités à s'aventurer sur des sentiers qui sortiraient de l'ordinaire. C'est bien dommage.

Nos activités dans les **Territoires palestiniens** et notamment à Gaza, restent en pointillés, soumises au bon vouloir des autorisations données par le Hamas qui voit toujours d'un œil suspicieux notre programme de santé mentale, dont la nécessité pourtant paraît peu questionnable.

L'Ethiopie reste un défi opérationnel majeur, les autorités nous laissant toujours espérer un accès qui ne vient qu'une fois la situation sous contrôle dans le but sans doute de verrouiller la communication. Malgré nos bonnes intentions, nous sommes constamment tirillés entre l'espoir d'obtenir un accès, même tardif, et celui de communiquer sur les obstacles, ce qui pourrait signer un arrêt définitif de notre présence dans le pays. Si un risque de tension importante avec les autorités lié à la communication publique existe, il paraît cependant exagéré et contribue à nous entraîner collectivement dans une forme de paranoïa qui empêche la prise de parole alors que notre accès aux réfugiés soudanais et somaliens est constamment compromis. Malgré les efforts des équipes successives, la question aujourd'hui des conditions d'accès tardives aux populations réfugiées doit faire l'objet d'un questionnement constant et d'une prise de parole appropriée si elle s'avère nécessaire. Notre future présence en Ethiopie sera conditionnée à cette analyse.

Si le plan stratégique faisait la part belle à des volets sortant des pratiques courantes notamment sur la santé environnementale et les maladies chroniques, nous avons eu des difficultés à transformer ses intentions en actions concrètes. Il nous faut sans doute investir dans des pays/projets existants des volets pilote de prise en charge afin de progresser avant de passer à une mise en place plus globale. Le plan stratégique 2014-2018 devra définir plus précisément nos intentions sur ces sujets afin de sortir du simple slogan incantatoire.

Au rang des **succès**, alors que le projet d'Al Dhale a été « passé » à nos collègues hollandais, notre présence à Aden au sud du **Yémen** s'est consolidée et développée. Notre présence est reconnue, appréciée et comprise, même si des intrusions armées dans notre structure ont conduit à deux reprises à la suspension momentanée de nos activités. Nous avons organisé sur le sujet de la protection de la mission médicale une conférence/atelier en mars 2013 avec les acteurs médicaux et de la société civile, qui a reçu un très bon accueil. Cette conférence sera suivie d'une autre rencontre visant cette fois-ci les représentants étatiques, notamment les forces de l'ordre yéménites.

Les projets au **Soudan du Sud**, dans le camp de Yida et au Sud Kordofan, se maintiennent, se sont étoffés, sont reconnus localement et remplissent leurs objectifs. Si le démarrage de Yida et sa montée en puissance ont été des défis (voir plus bas dans le chapitre urgences), la situation s'est stabilisée, même si l'arrivée de nouveaux réfugiés se poursuit. La position du Haut Commissariat aux Réfugiés des Nations-Unies sur l'emplacement de ce camp devra continuer à être challengée en 2013 en regard de leurs objectifs de relocalisation du camp.

Nous sommes également retournés à Daynile au Nord de Mogadishu, en **Somalie**, projet où la présence d'équipes internationales n'avait pas été possible ces 3 dernières années. Ce fut également le cas à Kurram au **Pakistan**, où nous avons pu nous rendre à plusieurs reprises, après quelques années d'absence là encore. Si cette étape peut être vécue comme un succès, après de longues négociations, elle se fait cependant graduellement et prudemment. Elle entre cependant dans une logique de limiter dans le temps la gestion des projets à distance, quand cela est possible. Bien évidemment, la décision d'un retour d'expatriés sur un projet suite à une gestion prolongée en mode « remote » ne se fait qu'après des estimations précises et argumentées et certainement pas si le terrain est en désaccord. La présence en Somalie sera revue en cas de résolution du kidnapping de nos 2 collègues.

Les projets en réponse au conflit malien (détaillés plus bas dans le chapitre urgences) perdureront en 2013 à Tombouctou au **Nord Mali** et dans le camp de réfugiés d'Abala au **Niger**. L'ouverture de notre projet à Tombouctou a été un pari risqué mais s'est avéré un succès et très utile pour les populations restées sur place ou celles de retour. Notre espace de travail a pu être négocié avec les groupes présents, au prix cependant de compromis sur le profil des personnes envoyées.

Notre hôpital à Amman, en **Jordanie**, a pu consolider sa présence en partenariat avec le Croissant-Rouge jordanien mais également au regard des autorités sanitaires de Jordanie avec lesquelles une nouvelle forme de collaboration semble se dessiner avec un accord cadre de plusieurs années sécurisant notre présence et l'exercice de notre personnel chirurgical. Cet hôpital est devenu un centre de références régional pour des patients syriens, yéménites et irakiens. Si l'objectif existait à l'ouverture en 2006, les événements dans la région ont précipité sa concrétisation. Il s'agit pour MSF d'un programme unique et reconnu dans la région au-delà des frontières jordaniennes. Son extension dans un nouvel hôpital avec une capacité augmentée et de meilleures conditions de travail est une étape importante dans l'amélioration de la qualité des soins offerts aux patients et dans leur suivi.

Dans le domaine du **sida** nous avons enfin pu revoir nos objectifs en ayant une équipe dédiée qui a eu le temps et l'espace de remettre à plat notre investissement afin de proposer des orientations pour les années à venir.

L'approche préventive de la prise en charge de la **malaria** par le traitement prophylactique intermittent, à l'échelle d'un district au Mali, a eu des résultats prometteurs avec une réduction significative sur la morbidité et sur la sévérité des cas admis en hospitalisation pendant la saison de pic de la maladie.

Des **pools d'urgence** nationaux sont présents dans 3 pays (RDC, Nigéria et Tchad) avec l'objectif de répondre précocement aux situations épidémiques ou de conflits. Ces pools ont démontré leur efficacité et réactivité sur les dernières années et pourront être développés dans les contextes appropriés si nécessaire.

Enfin, je voulais saluer ici le travail constant des équipes tant au siège que sur le terrain dans la gestion rigoureuse des ressources notamment financières tout au long de l'année. Même si des frustrations ont pu être vécues par certaines équipes, ce travail a permis de conserver une marge de manœuvre pour la réponse aux urgences, la consolidation des projets ouverts entre 2011 et 2012 et l'absence de coupures trop brutales en fin d'année 2012.

Les urgences 2012 : volumes et particularités

Si l'année 2011 avait vu un nombre très important d'interventions d'urgences, 2012 a été à plus d'un titre **une année atypique** dans la dynamique, la typologie et le volume opérationnel des opérations.

65% des interventions d'urgences de 2012 se sont situés dans des zones de conflit (contre 44% en 2011) et l'enveloppe consommée à hauteur de 17 millions d'€ sur les 20 prévus.

Si 33 interventions ont pris place, la moitié a été gérée par les desks réguliers, ce qui démontre une dynamique globale et une réactivité de l'équipe des opérations.

Il y a eu très peu de prises en charge d'épidémies, hormis la rougeole qui une nouvelle fois a touché la RDC et dont la constance nous questionne sur l'objectif de la réponse vaccinale à apporter dans ce contexte endémique. Des réponses à la **méningite** au Tchad, au **choléra** à Haïti et au **paludisme** en RDC ont également eu lieu, toutes gérées par les desks réguliers.

Des missions exploratoires ont été lancées de nouveau en **Egypte** et en **Tunisie** lors de tensions récentes mais n'ont pas fait l'objet d'ouverture de projets. Nous continuerons néanmoins à suivre la dynamique de ces pays, de même que nous restons vigilants sur la **Libye**.

Sur les urgences suivies par le desk des urgences, la plupart se sont situées dans des contextes à l'environnement sécuritaire contraint et à l'accès aux populations difficile (**Syrie, Somalie, Nord Mali, Sud Kordofan**) posant de nombreuses questions sur les possibilités d'intervention, les modes opératoires et les limites à ne pas franchir, notamment en termes d'exposition des équipes et à leurs profils (genre, couleur, nationalités). Des discussions sont en cours et devront faire l'objet d'échanges continus avec les équipes terrain et avec les représentants institutionnels.

Une bonne collaboration avec l'équipe des ressources humaines, notamment la gestion de pools, est nécessaire afin de déterminer les profils adéquats dans ce type d'environnements. 408 départs ont été enregistrés ce qui représente une baisse importante par rapport à 2011, due au volume d'interventions global mais également aux particularités sécuritaires de ces interventions, imposant de travailler avec un nombre réduit de personnels expérimentés afin de limiter l'exposition. Le pourcentage des premiers départs pour des missions d'urgences est donc logiquement en diminution et représente, en 2012, 9% de premières missions. Si cette tendance se poursuit, ce qui semble être le cas vu l'extension du nombre d'environnements problématiques au niveau sécuritaire, il faudrait initier une politique volontariste de ressources humaines afin de permettre le maintien d'un ratio d'un tiers de premiers départs sur les projets où cela est possible.

MSF s'était préparé à une « crise alimentaire annoncée » dans la région du **Sahel** et des missions exploratoires avaient été dépêchées au Sénégal et en Mauritanie afin d'anticiper une augmentation des cas de malnutrition sévère. Force est de constater que l'urgence a été limitée et si 2.000 enfants ont été pris en charge, nous étions loin du 1,2 million de morts annoncé par les agences onusiennes. Une rencontre presse a été organisée afin d'exposer notre point de vue mais qui n'a malheureusement pas rencontré l'audience espérée, notre discours étant sans doute trop décalé.

2012 a également signé le retour d'interventions d'envergure visant des **regroupements de populations** tant il est vrai que ces dernières années, les déplacements de populations s'étaient davantage opérés en milieu ouvert. Les conflits au Mali, en Syrie et au Soudan ont provoqué la fuite de populations dans les pays limitrophes. L'intervention dans le camp de Yida au Soudan du Sud, et ce qui est vécu comme

un manque d'anticipation et de réactivité des équipes terrain et siège, nous a interrogés sur la perte de nos pratiques et savoir faire dans ce type d'environnements qui avait disparu de nos radars depuis les mouvements de populations en Afrique de l'Ouest, il y a de cela une décennie. Lors d'une récente journée de revue critique intersections des interventions en réponse aux réfugiés somaliens en Ethiopie et au Kenya en 2011 et celle dirigées pour les réfugiés soudanais au Soudan du Sud en 2012, les critiques internes sur la perte de réflexe ont été vives. Si ces critiques reposent sur des constats avérés de retards importants dans la réponse opérationnelle, il faut cependant prendre garde à ne pas omettre les difficultés objectives d'intervention dans ces pays. Que ce soit par manque d'accès suite à des négociations difficiles avec les autorités ou par un afflux de nouveaux arrivants demandant un déploiement conséquent, ce type d'intervention est toujours un défi. Les revues critiques auraient gagné à distinguer ce qui a été du ressort de l'incapacité de MSF, des obstacles objectifs au déploiement des secours. Nous savons tous qu'il faut lors d'une urgence de grande envergure faire des priorités parmi les priorités, or avoir comme objectif global la réponse immédiate aux 10 priorités dans un ensemble indistinct et global peut être paralysant pour l'amélioration des interventions. Il faudra prendre garde aux messages transmis. Ces revues seront néanmoins bénéfiques à notre déploiement pour les réfugiés syriens dans les pays limitrophes.

Deux interventions continuent à être gérées de façon **clandestine** mais transparente avec le pouvoir central. Ces interventions sont des défis logistiques importants car l'accès est compromis par la géographie, l'insécurité et l'absence de permission de passage de volumes conséquents de matériel. Que ce soit au **Sud Kordofan** ou en **Syrie**, l'installation transfrontalière, adoptée par défaut d'autorisation des autorités centrales, est cependant connue de ces dernières et les négociations pour un accès officiel se poursuivent. Notre investissement en Syrie, débuté en 2011, se poursuit et se renforcera si possible dans les mois qui viennent, conditionné toutefois à la sécurité. Nous sommes passés de la phase de soutien à des réseaux de solidarité syriens à une action directe avec l'ouverture d'un hôpital dans la zone nord de la Syrie. Il reste cependant très compliqué d'augmenter et de diversifier nos interventions et de couvrir des besoins vitaux dépassant la prise en charge chirurgicale, notamment des blessés de guerre, les risques encourus par les équipes étant constamment mis en balance avec les bénéfices de l'action. Nous sommes restés mobilisés sur le positionnement public concernant la Syrie et notre centre opérationnel a été en avant-garde des prises de position de MSF sur le sujet. Une bonne collaboration entre les opérations, le département de la communication et le Crash a permis de positionner MSF dans le débat public et de provoquer des débats, notamment avec le CICR sur la question de l'impartialité des secours. Nous avons également mis en lumière le déséquilibre entre l'aide apportée en zones gouvernementales par les agences enregistrées à Damas, et dont le déploiement reste dicté par le régime syrien, et celle apportée au compte-gouttes en zones contrôlées par la rébellion qui est limitée par son acheminement clandestin en cross border. Si les Nations-Unies (notamment OCHA) ont reconnu cet état de fait et l'impératif de voir se développer les interventions officielles transfrontalières, notre prise de parole a été peu appréciée des agences dont l'aide est canalisée par Damas, le CICR notamment, et a donné lieu à des débats publics et internes parfois houleux.

Enfin, l'équipe des urgences a poursuivi le travail sur l'amélioration des dispositifs de protection (tapis anti-mines, équipement de protection balistique) autant que celle sur les dispositifs de prise en charge de proximité des blessés : tentes gonflables, poste médicaux avancés. De même, le dispositif de réponse dans la région d'Asie Pacifique a été revu et le **poste** existant à Sydney (Australie) est désormais localisé au Japon où il peut jouer de la proximité de l'équipe du desk régulier en appui éventuel à des explorations dans la région. De même, les contacts avec le dispositif similaire à Hong Kong de MSF Belgique ont été améliorés. Des interventions aux Philippines et à Bornéo, un suivi de la situation en Corée du Nord, où nos collègues suisses ont développé des contacts et essaient de mettre en place des activités, ont eu lieu. Nous avons quant à nous perdu la trace de nos contacts établis en 2011. La pertinence de ce poste et sa valeur ajoutée seront revus cette année.

Les priorités 2013

Les urgences, les guerres et les conflits

Les interventions d'urgence restent le cœur de notre action et de notre identité. Pour notre centre opérationnel, les interventions en zone de conflit demeurent une orientation majeure.

Les moyens attribués à l'équipe des urgences restent inchangés, même si une révision du stock d'urgence devra être faite sur sa composition, son volume et sa localisation géographique (stocks à Bordeaux et à Dubaï). Cette revue analysera l'utilisation de ce stock sur les 10 dernières années.

En 2013, nous espérons pouvoir poursuivre et consolider **notre effort autour du conflit syrien**, notamment à l'intérieur du pays, où il engendre le triptyque classiquement tragique de blessés, de détérioration du système de santé et de déplacements de populations se traduisant en chiffres alarmants de patients et de morts.

Pour les activités en Syrie, nous essayons depuis plusieurs mois d'ouvrir davantage de structures, mais ces ouvertures sont conditionnées à l'accès compromis par la sécurité, notamment en raison des bombardements parfois intenses et des risques de kidnapping qui sont en nette augmentation. Nos opérations se font par des passages frontières parfois risqués à partir de la Turquie, et bientôt, nous l'espérons, à partir de la Jordanie. Ces interventions comportent un niveau de risques élevé et il faut saluer la persévérance, la ténacité et la prudence dont les équipes ont fait preuve ces derniers mois.

Nous avons d'ores et déjà renforcé le dispositif de prise en charge des réfugiés en Irak et en Jordanie. En Jordanie, nous intervenons sur le camp de Zatarî où sont regroupés environ 60.000 Syriens depuis plusieurs mois.

Si nous voulons augmenter en volume, il nous faudra sécuriser les ressources humaines et financières nécessaires à l'heure où le conflit syrien menace de déborder de ses frontières et d'embraser une partie de la région. Ces choix devront se faire à l'échelle du mouvement tant l'impact peut être majeur et la durée longue.

Nous resterons également vigilants sur l'usage potentiel d'armes chimiques, notamment en ce qui concerne la sécurité des équipes, mais aussi en raison des risques de manipulations politiques sur le sujet.

Une communication adaptée, en temps et en heure, continuera à être un de nos objectifs majeurs sur ce conflit. Il ne s'agit pas de sur-réagir ou de hurler avec les loups, mais de délivrer des messages appropriés, au bon moment, quitte à provoquer la controverse ou initier le débat. Nous

continuerons néanmoins à mettre l'accent sur ce qui semble être une spécificité de cette guerre : le ciblage de la mission médicale sur lequel MSF a beaucoup témoigné depuis le début du conflit.

L'ouverture en Afghanistan est en cours dans une configuration collaborative avec MSF Belgique qui a demandé de longues discussions, parfois houleuses, afin de conserver un espace de décision sur l'ouverture et le suivi direct de nos projets, mais également un regard critique sur la présence globale de MSF en Afghanistan (volume, stratégie, risques institutionnels...). Nous espérons voir aboutir une ouverture de projet avant la fin de l'année 2013 mais les négociations sur place sont plus compliquées que prévues et ralentissent le démarrage de notre projet à Tirin Kot dans la province de l'Uruzgan. L'exposition globale de MSF en Afghanistan (environ 100 postes aujourd'hui) sera un des sujets majeur de discussions avec nos collègues belges.

La région du Sahel, particulièrement au Nord du Mali et au Nord du Nigéria, va continuer à demander beaucoup d'engagements à tous les niveaux de l'organisation. Si la situation au Nord du Nigéria devrait nous inciter à nous y déployer de manière plus volumineuse, les risques y sont trop importants pour le permettre. Nous avancerons donc prudemment dans l'augmentation de nos volumes opérationnels dans le Nord. Le programme de Jahun est cependant toujours actif, de même que notre pool d'urgence national qui a répondu à une épidémie de rougeole dans l'état de Katsina récemment et entreprend une mission exploratoire dans l'état de Borno, fief du mouvement radical Boko Haram.

La RCA et la RDC, restent pour nous d'importants champs d'intervention où nous déployons des programmes volumineux. Il nous faudra être créatifs pour prendre la parole sur ces contextes régulièrement traversés par des phases d'instabilité et de violences mais qui peinent à intéresser et mobiliser la communauté internationale.

Le Soudan du Sud représente aujourd'hui un de nos plus gros programmes et nous nous sommes engagés à maintenir la voilure. Reste à essayer d'opérer un retour au Soudan, mais les autorités de Khartoum sont pour le moment restées sourdes à nos demandes de visite.

La Somalie demeurera également au centre de nos préoccupations et une revue des activités devra prendre place à la résolution du kidnapping de nos deux collègues.

Nous continuerons notre réflexion sur la qualité des secours délivrés aux populations réfugiées mais en évitant l'écueil d'une condamnation globale des pratiques MSF, et en objectivant les points spécifiques d'amélioration et de vigilance à mettre en place. Il en est de même pour l'analyse du système de l'aide. Depuis quelques années, le sujet alimente les débats internes sans pour autant qu'il soit cerné très clairement. Le système d'assistance aurait un problème mondial et serait devenu moins performant. Les agences internationales auraient une capacité de réponse aux urgences réduite comparativement au passé et certains secteurs seraient abandonnés (notamment la sanitation). Si des secteurs sont effectivement délaissés et que « l'économie de l'offre » adopte parfois certains travers condamnables, il paraît caricatural d'asséner une sentence définitive et non nuancée. Le sujet demande à être série et creusé par secteur d'activités et par contexte, afin d'éviter qu'il ne se transforme en une succession de lieux communs.

Les soins aux patients sévères et le paquet de soins de proximité

Depuis de nombreuses années, nous opposons à tort les soins hospitaliers traitant un nombre réduit de patients et les soins de proximité offrant une couverture de prise en charge, ce qui conduit à des malentendus sur l'abandon supposé des soins de santé primaires.

Cette césure est artificielle car, qu'il s'agisse de la prise en charge de la pédiatrie ou de la santé des femmes (les populations les plus vulnérables), nos activités comprennent bien souvent un volet de décentralisation qui vise à toucher un grand nombre de patients avec des stratégies préventives ou curatives précoces.

Nos programmes VIH nous ont appris depuis longtemps comment opérer des glissements de tâches (task shifting) vers du personnel non médical ou des agents de santé. Dans le cas de la pédiatrie, une délégation à la cellule familiale est tout à fait envisageable. Si ces stratégies permettent un scaling up (montée en puissance) important dans le nombre de patients qu'elles touchent, nous devons nous réconcilier avec la notion d'acteur de santé publique car lorsque des stratégies sont mises en place à large échelle, c'est ce que nous devenons.

Il nous faudra cependant entamer un travail sur la diminution des coûts de ces stratégies afin qu'elles s'adaptent aux contextes dans lesquels elles s'inscrivent et qu'elles puissent devenir répliquables à l'échelle d'un pays.

En parallèle, notre travail pour la poursuite de l'amélioration de la prise en charge des cas sévères se poursuit, notamment au niveau de l'amélioration du diagnostic par la mise en place de laboratoires où cela est nécessaire.

Le Mali est pour nous un programme qui nous permet de « tester » toutes ces pratiques.

Pédiatrie, malaria, vaccination et nutrition

Nous avons la volonté de continuer à améliorer le paquet décentralisé de soins délivrés en pédiatrie en ciblant les causes de mortalité principales.

Avec 91% (86% < 5 ans) des cas mondiaux en Afrique subsaharienne (données OMS), la malaria est un fléau de choix.

Le SMC ((chimio-prévention du paludisme saisonnier) mis en place au Mali pendant la saison de paludisme 2012 a montré des résultats très satisfaisants : 66% de réduction du nombre de cas de paludisme simples traités, 70% pour les cas compliqués et une diminution de 75% du nombre de transfusions. Cette stratégie, si elle est efficiente, ne cible cependant que les < 5 ans et la question d'une mise à l'échelle soit géographique soit pour d'autres classes d'âge se pose, et la réflexion devra donc se poursuivre en 2013. Ces stratégies doivent durer au minimum 3 ans pour avoir un impact mais un effet rebond est possible après l'arrêt du traitement préventif, les enfants du programme ayant développé une immunité moindre. Il faudra donc être vigilant et un système de suivi de cohorte est déjà mis en place sur le terrain pour étudier le sujet, tout comme celui de l'apparition des résistances. La question pour les années à venir sera de savoir où nous placerons la limite et si nous investirons le secteur du contrôle vectoriel en substitution ou en addition au traitement préventif.

Il nous faudra approfondir les champs de la vaccination car il y a sur le sujet un momentum politique avec l'initiative « decade of vaccines » de la Fondation Bill et Melinda Gates. Cette initiative vise à l'élimination des maladies évitables par une vaccination et concerne notamment le rotavirus, le pentavalent et le PCV (vaccin conjugué contre le pneumocoque). C'est une opportunité extraordinaire pour pousser à la diminution des prix car cette initiative ne prévoit aucun prix préférentiel pour les organisations humanitaires. C'est donc un combat passionnant à mener

dans lequel MSF-France a déjà entraîné la CAME (Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels de MSF). Nous avons d'ores et déjà ciblé quelques pays où le nouveau vaccin PCV sera introduit (Yida, Soudan du Sud), en même temps que nous communiquerons sur le coût trop élevé, interdisant son accès à un grand nombre de pays.

En dehors des coûts à challenger, il faudra pousser l'agenda de la recherche et se faire les avocats

- (1) **d'une délivrance de vaccins plus adaptée** aux pays du Sud et à une administration de masse (sans chaîne de froid, avec un calendrier vaccinal plus souple notamment au niveau des classes d'âge) et,
- (2) **de tests rapides plus adaptés** pour objectiver certains diagnostics (infections respiratoires, diarrhées).

Cependant, cette délivrance au plus près des patients doit s'adapter au contexte sécuritaire et les équipes doivent éviter de fonctionner en copier/coller. Nous devons également rester conformes aux possibilités de task shiftings (glissements de tâches) afin de demeurer médicalement responsables. L'utilisation d'antibiotiques dans le paquet délivré reste controversée, vu le nombre de résistances au niveau mondial. Si nous ne sommes pas fermés sur le sujet, les propositions devront être argumentées.

Nous continuons également tout le travail entamé depuis des années sur la nutrition. Il faudra désormais s'attaquer au dossier des productions locales si nous visons une diminution des coûts.

L'engagement long terme

Ce sujet semble apporter de la confusion chez un nombre de personnes par manque de communication interne et une polarisation importante sur le projet Fossap (Haïti).

Que ce soit pour la TB, le VIH ou même la prévention de la malaria par le SMC (chimio-prévention saisonnière du paludisme), la prise en charge de certaines pathologies sur le moyen/long terme existe déjà. L'écriture du nouveau plan stratégique permettra peut-être de lever des doutes et des questionnements sur ce que certains vivent comme une dérive de la mission sociale, notamment lorsque le sujet se polarise autour des soins secondaires et donc des hôpitaux.

A Amman (Jordanie) et à Koutiala (Mali), il est préférable dès maintenant de se dire que nous nous engageons pour plusieurs années. Ceci permet de sécuriser un engagement avec les autorités du pays qui nous demandent souvent combien de temps elles vont pouvoir « compter sur nous » et de nous inscrire dans la carte sanitaire. D'autre part, un investissement sur la formation devient possible, qu'il s'agisse de proposer nos hôpitaux comme terrains de stage aux personnels nationaux de la fonction publique ou d'y envoyer nos expatriés afin d'enrichir nos pools. Se dire d'emblée que ces hôpitaux vont exister pour au minimum 5 ans autorise des planifications multi-annuelles, un management hospitalier plus approprié et un travail serein sur les protocoles avec des recherches possibles.

Notre centre opérationnel reste aujourd'hui très intéressé sur le développement du sujet.

La réponse aux épidémies/endémies

Nous poursuivons nos pistes sur la vaccination préventive contre le choléra en RDC et possiblement à Haïti, et proposerons une réponse pendant une épidémie en réactif sur 4 pays identifiés (RDC, Haïti, Congo Brazzaville et Tchad).

Sur la rougeole, nous continuons à réfléchir sur l'adaptation de notre réponse vaccinale en épidémie et, comme mentionné plus haut, serons aux premières loges pour tester le nouveau vaccin.

Les efforts d'introduction du PCV seront consolidés, soit lors de campagnes en situation d'urgence comme c'est le cas à Yida en ce moment, soit dans le PEV (Programme élargi de vaccination), comme ce sera le cas toujours au Soudan du Sud après la campagne.

La tuberculose

L'apparition de nouvelles molécules pour le traitement de la DR TB (tuberculose multirésistante) est une excellente nouvelle et un changement très prometteur pour la prise en charge plus simple, avec des régimes plus courts, et moins d'effets secondaires des patients. Des combinaisons doivent être testées et un projet international a commencé à dessiner ses grandes lignes pour initier des essais cliniques sur certains de nos terrains, après accord des autorités et revue du comité d'éthique. Des discussions devront prendre place avec les laboratoires qui produisent ces molécules, et une identification de partenaires devra également avoir lieu.

Ce projet, s'il est ambitieux et stimulant, n'est pas pour autant dénué de risques d'un point de vue médical et politique. MSF n'a jamais mené de projet de recherche clinique d'une telle ampleur et d'une telle ambition, il faut donc mobiliser et mettre en synergie toutes les personnes ressources du mouvement, car MSF reste une des rares organisations à pouvoir mener à bien ces travaux. Les premières discussions en intersections, sous la direction de MSF Hollande, montrent des difficultés de fonctionnement dues à une vision différente de l'ambition médicale du projet et à des divergences de points de vue sur l'envergure politique de cette étude. Il serait dommage que ces obstacles internes nous empêchent de mener cette étude qui représente un espoir majeur pour les patients atteints de DR TB. Restons optimistes et parions qu'un accord pourra être trouvé entre plusieurs centres opérationnels afin de voir ce projet aboutir.

Quant à la TB simple, l'objectif du programme du Cambodge est de se développer, notamment en augmentant la détection des nombreux cas.

HIV/sida

Avoir dédié une équipe sur le sujet a permis une mise à plat des stratégies et l'établissement de priorités plus claires. Avec 500.000 nouvelles infections de moins par an qu'en 2003, l'épidémie est sur le déclin mais continue à concerner 24 millions de personnes en Afrique subsaharienne (sur les 34 millions dans le monde). L'environnement du VIH a cependant changé et si MSF a fait une démonstration importante il y a dix ans en montrant que la mise sous traitement ARV en Afrique et le suivi de grosses cohortes étaient possibles, le nombre d'acteurs investis sur le sujet nous pousse à revoir notre valeur ajoutée.

Si le projet du Malawi n'est pas questionné, ceux du Kenya à Homa Bay et d'Ouganda à Arua manquaient d'un second souffle depuis quelques années.

Le Malawi connaît toujours des difficultés à sécuriser des financements et à disposer d'un nombre suffisant de ressources humaines capables de prendre en charge un nombre important de patients au sein de grandes cohortes. La recherche opérationnelle CHIPS (Chiradzulu HIV impact in population survey) montre des résultats préliminaires encourageants avec 68% des femmes VIH+ sous traitement. Nous poursuivons la simplification et la décentralisation de la prise en charge au travers de l'étude sur le « one-year appointment » et surtout dans la mise en

place du projet de recherche financé par UNITAID sur 3 ans en intersections et dont l'objectif est d'étendre l'accès à la charge virale et au test CD4 à large échelle, afin de déterminer les meilleurs tests à mettre en place au meilleur niveau du parcours de soins.

Les 2 programmes au Kenya et en Ouganda vont quant à eux fermer dans les 2 ou 3 années qui viennent, la présence d'autres acteurs et financements remettait en effet en question la valeur ajoutée de MSF. Au Kenya, nous allons essayer de nous investir dans le district voisin de Ndiwah qui ne bénéficie pas du même support et où la prévalence est plus élevée. En Ouganda, nous allons entamer des missions exploratoires afin de cibler des populations plus délaissées que celles d'Arua, où le ministère ougandais de la santé prend déjà en charge une bonne partie de la décentralisation.

Le desk VIH fait ressortir 4 grands axes à ce jour qu'il nous faudra étudier et approfondir :

- réduire le nombre de grandes cohortes en conservant celle du Malawi. Ceci nous permet de consolider des objectifs de recherches.
- avoir un impact sur l'épidémie à Ndiwah (Kenya), notamment au travers de mesures préventives (circoncision, test and treat ?)
- fournir un accès au traitement VIH dans les pays où il est compromis soit par un conflit (RDC), soit par stigmatisation de populations marginalisées (Iran), soit par manque de volonté politique (Nigéria, où en raison d'une forte démographie le nombre de patients est élevé, même si la prévalence est basse)
- traiter les cas sévères de maladies opportunistes en hospitalisation

Tout ne sera sans doute pas mis en place, il faudra définir des priorités et étaler les ambitions dans le temps, même si l'intégration d'un volet VIH dans les programmes au Nord Kivu, en Iran et dans le Sud du Nigéria pourrait démarrer assez vite.

Les thématiques transversales

Si nous voulons rester pertinents sur nos opérations et nos prises de parole, une meilleure connaissance de l'environnement médical et politique au siège comme sur le terrain est nécessaire. Nous sommes souvent peu au fait des financements de thématiques particulières et connaissons peu les acteurs globaux de l'aide en dehors de la Fondation Gates. Ces connaissances existent au sein de MSF mais elles sont dispersées entre la Campagne pour l'accès aux médicaments, le Bureau International ou dans le réseau personnel de certains individus, et il y a peu de diffusion et d'appropriation collective en dehors de certains cercles. Si nous voulons rester en éveil et en avant garde, cette compréhension est nécessaire afin de cerner les enjeux futurs. Les équipes de terrain et de siège doivent donc se réapproprier le sujet.

L'indépendance financière de MSF devra également être interrogée au regard notamment des financements de l'Union européenne reçus pour le Sahel à hauteur de 14 millions pour le mouvement MSF dans la zone (hors zones de conflit). Nous devons cesser l'hypocrisie et avoir le courage de reconnaître que ces fonds sont aujourd'hui indispensables à MSF pour la poursuite de certaines activités et adopter peut-être une certaine souplesse dans l'acceptation de ces financements. Il faudra cependant prendre garde que cette souplesse ne vienne pas financer une croissance mal maîtrisée de certains projets ou à pertinence contestable, ni permettre un surinvestissement discutable de MSF sur certains pays.

Il en va de même pour les financements potentiels venant d'individus et de Fondations du Golfe. Beaucoup de fantasmes existent sur les sommes dormantes dont MSF se passerait et sur la perte d'indépendance qui y serait attachée, ceci doit être débattu et arbitré afin que tout le monde soit confortable. Cela éviterait d'avoir des adaptations à la carte et à ne voir dans les financements institutionnels qu'une simple variable d'ajustement de nos budgets. Car ces financements peuvent aussi être vus comme des positionnements politiques.

La défense de notre espace de travail dans un pays donné passe également par les négociations sur des questions administratives. La fiscalité, les ministères de la santé, les accords-cadres, la politique des ressources humaines sont souvent vécus et mis en place comme des sujets purement techniques pour lesquels des équipes spécialisées sont envoyées en renfort et auxquelles ces dossiers sont parfois entièrement délégués, quitte à être déconnectés de la politique opérationnelle ou à passer à côté d'exemptions possibles. Là encore, une réappropriation de ces enjeux est souhaitable par les équipes opérationnelles afin de les réintégrer dans le champ des négociations de nos activités.

La prise de risque, l'adaptation des modus operandi et la gestion de la sécurité

Peu d'incidents graves ont eu lieu en 2012. L'enlèvement de quelques heures de deux personnels en RDC a été le plus dramatique.

Trois de nos structures (2 au Yémen, 1 en Somalie) ont été victimes d'intrusion de groupes armés ou au centre de combats. Au Yémen, la conférence/atelier sur la protection de la mission médicale s'est inscrite dans un projet de campagne plus vaste intersections sur le sujet (medical care under fire : soins médicaux sous le feu). Si l'objectif de réduire les attaques sur les patients, les équipes et les structures est louable, cette campagne devra éviter les écueils d'accusation globale ou de témoignage désincarné ne reposant pas sur des faits et de tomber ainsi dans le défilé de poncifs accusant la guerre de causer de la souffrance...

Il nous a semblé nécessaire de consolider notre approche de la sécurité vu notre exposition. Les équipes terrain ont beaucoup fait ressortir l'absence d'outils de monitoring. Si un outil ne peut se substituer à la constitution de réseaux permettant la compréhension du contexte, il était nécessaire de mettre en place des dispositifs adaptés faisant appel au bon sens et au pragmatisme.

Un poste de « chargé de la sécurité » a été pourvu, pour quelques mois dans un premier temps, afin de faire le bilan des besoins et proposer des mesures adaptées. Il sera également en charge de définir le contenu et d'animer des formations sur le terrain, dont certaines sont déjà en place.

Comme précédemment mentionné, la priorité cette année restera l'analyse des limites dans les environnements très exposés. Notre capacité de prise en charge des urgences avec un dispositif d'envergure devient limitée dans beaucoup d'endroits par incapacité de déploiement de grosses équipes (Nord Mali, Somalie, Syrie, Nord Nigéria), limitant ainsi notre réponse opérationnelle.

Les compromis inhérents aux modes « d'intervention dégradés » (flash visits, bunkérisation, remote, utilisation de gardes armés) seront examinés au regard des bénéfices pour les populations. La question de la sauvegarde de l'impartialité de nos secours sera un facteur central autant que ceux de l'espace de négociations, de proximité avec les patients, de qualité médicale, de délégation de responsabilité de la sécurité et des négociations à du personnel national devenant très exposé.

Un mode alternatif, très répandu en ce moment 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.

La prise de parole

Elle reste essentielle.

Depuis 2 ans, nous avons œuvré à sa restauration mais les efforts ne doivent pas être relâchés. Il ne s'agit pas de parler pour ne rien dire mais d'oser dire.

Les atteintes à la mission médicale feront l'objet d'une attention particulière, tout comme plus largement la communication sur les violences intentionnelles en zone de conflit. C'est sur ces dernières que nous avons le plus de mal à avoir le courage de communiquer, par peur, parfois légitime, de compromettre des activités que nous avons eu du mal à mettre en place. Ce risque est assumé et il faudra de bonnes raisons pour justifier le silence sur des faits graves connus de nous.

Conclusions

L'équipe des opérations s'est étoffée d'un desk supplémentaire temporaire (VIH) pour une remise à plat des enjeux. La taille de l'équipe sera revue au terme de cet essai et en cohérence avec le projet Oscar (réorganisation au siège). Un Yalta a permis aujourd'hui de mieux répartir la charge de travail, notamment dans la gestion des pays difficiles. Le desk supplémentaire permet aux autres de bénéficier de temps disponible pour appréhender la complexité des opérations actuelles et d'élargir les réseaux de connaissance (chercheurs, journalistes, académiques).

Nous avons atteint aujourd'hui un nombre de programmes dont la diversité reste en cohérence avec nos orientations. 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'intervention.

Il faut néanmoins conserver une masse critique de programmes en zones stables, nous permettant de capitaliser et améliorer nos savoirs.

Pour la survie de notre organisation, une politique volontariste pour le départ des premières missions doit impérativement se mettre en place.

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 politiques à l'échelle du mouvement seront sans doute à faire pour éviter de diminuer le nombre de bénéficiaires au détriment d'une croissance des sièges.

département médical

Bilan 2012

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 qu'il a 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 2012 » (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 en 2012. Cette année, 46.306 enfants malnutris sévères de 6 mois à 5 ans ont été admis ; ce nombre d'admissions est comparable à celui de 2011 (47.223). Cela correspond à 24 programmes dans 14 pays.

En pédiatrie, on compte 255.000 consultations et 37.147 hospitalisations. L'évolution dans ces deux domaines est de proposer aux enfants, surtout en périphérie, un « package » pédiatrique, c'est-à-dire la distribution conjointe de produits nutritionnels, de vaccinations et de traitements du paludisme pour diminuer sensiblement la mortalité, en particulier en zone sahélienne.

Gynécologie/obstétrique/ santé des femmes

En 2012, dans 17 pays, cette activité a été poursuivie ou mise en œuvre. Les équipes ont effectué 67.715 consultations anténatales, elles ont participé à la naissance de 22.900 bébés, dont 3.350 par césarienne. 325 fistules vésico-vaginales ont été réparées.

Vaccinations

En 2012, 495.463 vaccins ont été administrés en routine, hors contexte épidémique. Il n'y a pas eu de grosses épidémies en 2012.

La généralisation du nouveau vaccin conjugué contre la **méningite** a probablement prévenu l'éclosion d'épidémies majeures : MSF a répondu à une épidémie au Tchad : 1.000 cas, 48 décès dans deux régions et 5 districts, 175.000 vaccinations.

On ne compte que quelques épidémies de **rougeole** de faible ampleur cette année.

Chirurgie et anesthésie

En chirurgie, 31.093 interventions ont été pratiquées sur 14.652 patients en 2012. L'augmentation régulière de 6 à 9% par an depuis 2006 s'est poursuivie. Parmi ces interventions, 16,5 % étaient liées à la violence. 9% des interventions seulement ont concerné de la chirurgie électorale. Le volume des actes anesthésiques est proportionnel aux actes chirurgicaux. A noter que 25% de ces anesthésies concernent des enfants de moins de 10 ans parmi lesquels 10% ont moins de 2 ans. Pour ces enfants de moins de 2 ans, 60 % des actes chirurgicaux et anesthésies étaient liés à des brûlures.

Sida

MSF continue à prendre en charge des cohortes de malades atteints du sida d'une importance considérable. Depuis le début des programmes de lutte contre le sida, le centre opérationnel de Paris (OCP) a vu 114.363 patients ; 43.301 (38%) n'ont jamais été mis sous traitement antirétroviral, dont 8% sont connus comme décédés et 57% ont été perdus de vue. On dénombre 71.062 malades qui ont été mis sous traitement, 9% sont connus comme décédés et 18% sont perdus de vue. La passation de malades au ministère de la santé ou à d'autres partenaires s'est mise en route en Ouganda et au Kenya, de même que la banalisation des traitements dans toutes les missions. La décentralisation des traitements est maintenant une réalité au Malawi.

Tuberculose

Le nombre de malades tuberculeux traités par MSF reste comparable à celui de 2011 : 5.554 patients traités, dont 576 sont référés à des programmes nationaux ; 4978 malades suivis dont 333 multi-résistants aux traitements.

La tuberculose est traitée dans 30 programmes sur 22 pays. 62% des missions devraient traiter la tuberculose, mais seulement 81% des missions qui devraient la traiter le font effectivement.

Paludisme

En 2012, c'est un total de 397.198 cas de paludisme qui ont été traités dont 71% confirmés biologiquement ont été traités dans 17 pays. Plus de 170.000 enfants de moins de 5 ans ont bénéficié du traitement prophylactique saisonnier au Mali et au Tchad.

Choléra

En 2012, le centre opérationnel de Paris a traité dans ces missions 36.791 cas graves de choléra dont 28.754 à Haïti, avec une létalité globale de 0,7%. Le nombre de cas de choléra est nettement en baisse cette année par rapport à 2011 et surtout 2010 : 8311. C'est principalement dû à la diminution de cas constatée en Haïti.

Pharmacie

Entre 2010 et 2011, le total des dépenses médicales a été sensiblement identique (25,47 et 25,49 M € respectivement). En revanche, la proportion d'achats internationaux versus achats locaux augmente en 2011 (16,33 M €) par rapport à 2010 (18,90 M €). Entre 2011 et 2012, le total des dépenses médicales a sensiblement baissé (de 23,20 à 19,61 M €) pour retrouver le niveau de 2009 (19,40 M €). En revanche, la proportion d'achats locaux versus achats internationaux a augmenté pour se rapprocher du niveau de 2010. Il représente 26,92 % des dépenses totale (20,93 % en 2011 et 27,32 % en 2010)

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.

L'année 2012 a été placée sous le signe de la réorganisation du Département Logistique pour ce qui est de sa partie siège. Deux nouvelles positions d'encadrement intermédiaire ont été créées afin de mieux équilibrer les rôles et responsabilités de chaque service, de mener à bien nos ambitions et de favoriser l'esprit d'initiative ainsi que la professionnalisation, notamment en ce qui concerne le volet approvisionnement. Ainsi les postes de Coordinateur approvisionnement et de Responsable de la recherche et du développement (d'un point de vue logistique) ont vu le jour. De plus, une forte rotation du personnel de notre équipe siège a nécessité de nombreuses passations et visites terrains mais a permis de faire entrer du sang neuf, alimentant la réflexion sur nos pratiques et nos modes de fonctionnement.

Suite à des questionnements de fond sur la pertinence et l'intérêt de nos activités en Eau, hygiène et assainissement (EHA), notamment sur nos opérations à Yida au Soudan du Sud ou encore à Kalémie dans la province du Katanga en République Démocratique du Congo, un retour aux basiques a été demandé par le Département des opérations. C'est pourquoi nous avons proposé la création d'une cellule EHA qui aurait pour vocation d'être garante du bon déploiement de nos opérations dans ce domaine sur nos terrains d'intervention. La création de cette cellule n'a pas entraîné de création de postes, l'idée étant de prendre les ressources existantes au sein des différents départements impliqués. La cellule est aujourd'hui composée du Directeur médical adjoint basé à New-York, d'une épidémiologiste d'Epicentre et de notre référent EHA au siège.

Nos politiques techniques (biomédical, EHA, parc motorisé, énergie, radiocommunication et construction) visant à proposer un cadre de travail clair et compris de tous à nos équipes logistiques de terrain sont à l'étape de finalisation. Ces politiques devront bien entendu être approuvées par les départements concernés (opérations et médical le cas échéant).

Le dossier sur les indicateurs, les outils et le reporting (pensé pour le terrain) qui court depuis plusieurs années a pris du retard notamment à cause de la forte rotation de nos équipes en 2012. Cela reste l'un des enjeux majeurs pour le Département Logistique pour l'année 2013. Ce dossier sera finalisé en 2013 avec un déploiement progressif sur nos terrains d'interventions.

Centre de formation logistique (CEFORLOG)

Depuis 2001, 1762 stagiaires ont été formés au CEFORLOG, toutes sections et tous stages confondus, représentant 1030 personnes physiques.

Pour l'année 2012, 203 stagiaires ont bénéficié de formations adaptées à leur parcours et aux besoins du terrain, dont 22 médicaux notamment pour la Formation à la gestion hospitalière (Forgho).

La répartition étant la suivante :

- PPD (Préparation au Premier Départ Logistique) : 50 personnes. (Vs. 67 en 2011, annulation de deux sessions pour coller à la réduction d'activités)
- TLB (Techniques Logistiques de Base) : 53 personnes
- EauSP (Eau en Situation Précaire) : 8 personnes
- Adhoc Méca (stage dédié à l'activité transport) : 14 personnes
- Biomed-Elec (bio-médical et électricité) : 15 personnes
- Forgho (Formation à la Gestion Hospitalière) : 10 logs et 22 médicaux
- NVA (Nutrition – Vaccination - Approvisionnement) : 15 personnes
- Forelog (Formation responsable logistique) : 16 personnes (nouvelle version en anglais réalisée à Mérignac sans le NutVacci (Nutrition Vaccination) encadrement en parallèle)

Chaîne d'approvisionnement (Supply Chain)

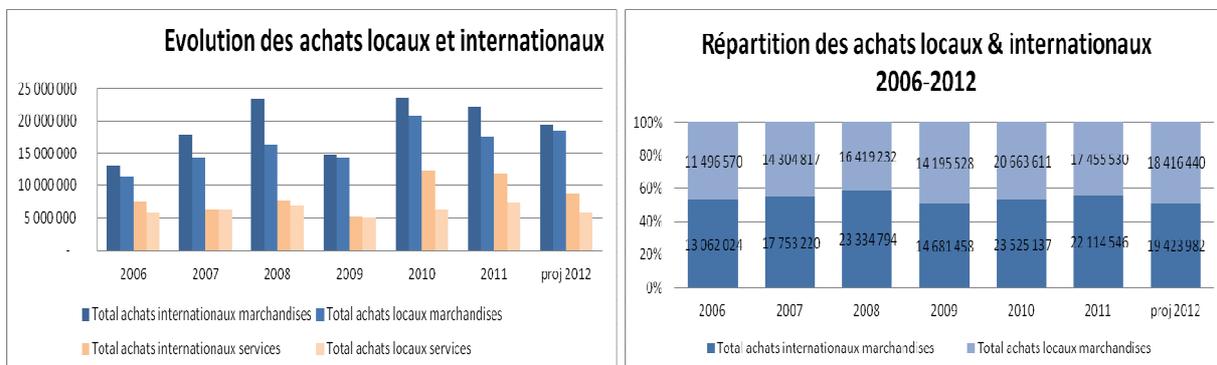
L'approvisionnement a été un de nos chevaux de bataille pour l'année 2012, il le sera encore très certainement pour les 5 années à venir tant la réussite de nos opérations en dépend et tant les enjeux en termes de traçabilité de nos produits médicaux et non-médicaux sont cruciaux afin d'optimiser nos capacités de stockage, de transport ou de distribution et de mieux anticiper nos besoins et nos capacités de réponse en urgence et pour nos projets à moyen / long terme.

Le poste de « Coordinateur Supply Chain » est destiné à chapeauter à la fois le support en ce qui concerne l'approvisionnement local effectué par nos équipes logistiques de terrain mais également l'activité du casier départ du siège qui assure l'envoi de petits matériels ou de matériels fragiles via les personnes en partance pour les missions concernées. L'équipe a également été renforcée avec une Chargée de projets approvisionnement qui travaille actuellement sur nos pratiques d'achats locaux, de gestion de stock et de gestion des commandes.

Le renforcement des équipes siège n'est qu'un premier pas qui vient en complément du projet SURF (Supply Reorganized for the Field) mené conjointement avec MSF Logistique et les différents départements du siège impliqués dans l'approvisionnement de nos missions. Les conclusions du projet SURF au mois de juillet 2013 -avec la responsabilité de l'entièreté de la chaîne d'approvisionnement du Centre opérationnel de Paris qui sera redéfinie- devrait voir apparaître une vraie dynamique transversale.

Les prochaines étapes seront très probablement tournées vers le renforcement de nos équipes terrains par le biais de la professionnalisation de certaines postes clés, la formation de nos équipes existantes et l'accompagnement de la mise en place des procédures de bonne gestion actuellement en gestation.

Quelques chiffres (en euros) pour illustrer l'activité d'approvisionnement médical et non-médical du centre opérationnel de Paris mettant en relief le fait que les achats locaux de biens et de marchandises représentent quasiment le même volume financier que ceux réalisés à l'international.



EHA : eau, hygiène, assainissement

La création de la Cellule EHA (cf. ci-dessus) devrait nous permettre d'apporter une vision critique transversale à nos activités EHA assurant ainsi une mise en œuvre d'opérations nécessaires avec une focalisation spéciale sur la quantité d'eau fournie dans les camps et autres milieux ouverts et sur la qualité de l'eau fournie dans nos structures médicales.

Traitement des déchets

Un partenariat avec une entreprise spécialisée dans le traitement des déchets a finalement été signé. Ce projet pilote, démarré il y a quasiment deux ans en Haïti, avait pour but initial de réduire l'impact néfaste de nos missions sur l'environnement local, ainsi huile de vidange, déchets électroniques (DEEE), pièces mécaniques usagées, etc. vont être expédiés vers des centres de retraitement agréés au sein même des Etats-Unis. L'enjeu majeur aura été de trouver une entreprise acceptant d'envoyer ses personnels en Haïti. Pour des raisons de législation évidentes, ils doivent en effet eux-mêmes s'assurer du bon conditionnement des déchets avant de procéder à l'exportation vers le pays destinataire. Un mémoire capitalisant les leçons apprises sur le sujet verra le jour d'ici la fin de l'année 2013. Restera à décider avec qui de droit si la réexportation des déchets est à systématiser, autant que faire se peut, sur nos terrains d'intervention.

Dossiers de fond

Afin d'améliorer nos pratiques et nos capacités de réponses, nous sommes actuellement en train de travailler sur de nouvelles solutions notamment :

- Augmentation de la capacité de production d'eau de qualité pour les projets nécessitant un gros volume d'eau journalier (système de chloration en ligne) ;
- Unité de production d'eau dédiée à de petites structures telles que l'activité chirurgicale d'urgence type Postes médicaux avancés (système utilisant l'ultra filtration) ;
- Station d'Épuration pour les milieux urbains afin d'éviter une post-contamination via les effluents cholériques.

Gestion de parc véhicules

La création du poste de Référent GPM (Gestion de Parc Motorisé) en 2012 nous a permis d'évoluer dans la qualité de gestion de notre parc. Le centre opérationnel de Paris dispose de 375 véhicules en propre et de 33 véhicules de locations sur les terrains d'intervention. De plus, 260 générateurs, 180 motopompes et environ 30 moteurs de bateau nécessitent un entretien régulier et un suivi au plus proche notamment en ce qui concerne les consommations de carburant.

Ce sont ainsi 7.000.000 de kilomètres qui sont parcourus chaque année par nos véhicules, soit une moyenne de 17.000 kilomètres par véhicule. 422.100 heures de fonctionnement sont recensées pour nos générateurs et motopompes et environ 6.000 heures pour ce qui est des moteurs de bateau. En tout, nous estimons le volume de carburant consommé à 1.600.000 l de diesel et 185.000 l d'essence.

Pour nos véhicules, le coût au kilomètre a été retenu comme indicateur de performance, il est aujourd'hui de 0,41 euro / km.

Le capital que représente notre parc motorisé est estimé, après décote due au vieillissement, à 10.000.000 €.

La collecte de ces chiffres n'est qu'un début d'analyse mais nous permet d'accorder une importance toute particulière à l'optimisation de ce parc, tant sur le dimensionnement que sur les frais de fonctionnement et la rationalisation de celui-ci afin de permettre à nos opérations d'être mener à bien sans toutefois avoir du matériel « dormant ».

Energie (revue de la politique Brad Burlingham)

La politique « Brad Burlingham », depuis le malheureux événement de 2009 (mort brutale par électrocution d'un volontaire au Nigéria), dicte à nos terrains : « d'éviter toute probabilité d'accident lié à l'électricité en rendant accessible le savoir-faire, le matériel adéquat et les

recommandations à la mise en œuvre de réseaux électriques dans de bonnes conditions ». 3 ans après la mise en œuvre de cette politique, il convient de faire un retour sur les moyens mis en œuvre par le département logistique :

- Ouverture d'un poste de « référent technique énergie » et de plusieurs postes d'électriciens
 - o Appui technique spécifique aux terrains
 - o Capitalisation et diffusion des savoir faire concernant les domaines liés à l'énergie
 - o Rédaction de documents de support
 - o Préparation de modules de formation spécifiques
- Création d'un pool d'électriciens
 - o Mise en conformité des installations électriques de terrain
 - o Identification et formation de personnels nationaux à la sécurité électrique
 - o 3.900 jours de mission terrain.
- Consommables et matériels électriques
 - o Mise aux normes selon la norme européenne NFC15-100
- Approvisionnement local et international
 - o International : protection (différentiels, disjoncteurs, etc.)
 - o Local : consommables et petit matériel non critiques pour la sécurité (boitiers de dérivation, prises, etc.)

Tout confondu, personnels, formation et matériels, c'est environ 2.200.000 € qui ont été alloués de manière volontaire et professionnelle à la mise en œuvre de cette politique.

ressources humaines

Composé de plusieurs services, les activités concernant les ressources humaines seront développées dans les différents chapitres ci après. Les grands chantiers du département, en plus de l'activité quotidienne et des enjeux connus de tous, sont en partie internationaux :

- Le projet pilote d'harmonisation des grilles de fonctions et de salaires des personnels nationaux dans trois programmes (Pakistan, Ethiopie, Irak/Jordanie), a été finalisé et les conclusions seront présentées d'ici fin mai 2013 ;
- La grille internationale de fonctions de terrain et la révision du projet de rémunération internationale (IRP 2) sont en cours et nécessitent encore une année de travail pour voir le jour.
- Le développement de la base de données RH internationale Symphony est également en cours

Mais il existe également des enjeux prioritaires internes à OCP (centre opérationnel de Paris)

- Les Premières missions, enjeu de MSF pour demain
- Les postes intermédiaires en nombre insuffisant pour faire grandir nos futurs cadres
- Les restrictions de profils dans certains pays d'interventions et notre capacité à y répondre, en lien avec une réflexion sur d'autres modes d'interventions

Le département des ressources humaines a vu ces derniers mois des petites réorganisations avec la création du service de politiques et outils RH, la création du poste de Responsable Parcours Siège, l'arrivée imminente du Responsable de la Formation et, enfin, la clarification sur le poste de Référent de la Gestion du Stress Terrain.

Il faut noter aussi bien sûr l'absence de Directeur des ressources humaines depuis octobre 2012 avec un intérim qui est partagé avec des membres de la Direction générale.

Le recrutement terrain

Recrutement par l'équipe de Paris

- 2385 dossiers de candidatures ont été reçus à Paris en 2012.
- 434 candidatures ont été validées par les référents techniques et ont donné lieu à un entretien de recrutement : 55 en régions (France), 37 en Afrique, 7 ont été délégués aux terrains ou à l'équipe MENA (Middle East North Africa).
- 294 candidats ont été recrutés
- 187 sont partis pour leur première mission en 2012.

Afin de répondre à des contraintes liées aux impératifs opérationnels, nous avons effectué deux campagnes de recrutement en Afrique (au Bénin et en Côte d'Ivoire) et nous avons délégué plusieurs recrutements aux équipes de coordination de terrain.

Nous avons amélioré notre collaboration avec l'ensemble des sections MSF, ainsi qu'avec l'équipe MENA.

En ajoutant les recrutements effectués par les autres sections, 411 expatriés sont partis en 2012 pour leur première expérience au sein d'OCP, dont 30 étaient d'anciens personnels nationaux validés à l'expatriation.

Actions de sensibilisation

Nos actions de sensibilisation ont été plus ciblées en 2012 sur les événements concernant des profils de spécialistes (annonces, congrès et salons), en collaboration avec les référents techniques du département médical.

Pour ces mêmes publics, nous avons développé des outils de communication spécifiques (affiches, kit salon, roll-up) et identifié des réseaux et des partenariats potentiels (Diplômes universitaires humanitaires, établissements de santé, réseaux d'anciens élèves, syndicats de professionnels...).

En 2012, l'équipe de recrutement a pu se mobiliser autour de l'exposition « D'un hôpital à l'autre », afin de faire connaître notre mode opératoire en milieu hospitalier auprès des salariés des établissements de santé.

Il nous reste à exploiter des vecteurs de communication opérationnelle et RH (comme les réseaux sociaux de professionnels et l'amélioration des pages recrutement du site Internet de MSF), afin de communiquer de manière encore plus ciblée sur nos opérations et nos besoins.

La gestion de pool

En 2012, il y a eu 1743 départs en missions de volontaires avec MSF-France/OCP, ce qui constitue un recul de 15% par rapport à 2011.

La part des urgences qui représentait un tiers des départs (734) en 2011 n'en a représenté qu'un cinquième (378) en 2012. Ceci constitue un recul de quasiment 50%, sachant que près des deux tiers des départs sur des urgences en 2012 étaient pour la Syrie (114) ou pour Yida au Soudan du Sud (124).

En ce qui concerne les projets réguliers, il y a eu une légère hausse du nombre de départs de 3,9% (de 1314 à 1365 départs) : cette augmentation de départs concerne avant tout les postes en coordination (+11%, de 336 à 373) ; la durée moyenne de mission de coordinateurs a même augmenté de 5 mois en 2011 à 5,5 mois en 2012.

Si les départs sur des postes de terrain sont restés stables dans leur ensemble (+1%, de 978 à 992), quelques pools et professions souvent spécialisés ont connu une plus forte croissance : Gynécologues-Anesthésistes-Chirurgiens (GAS) (+12% ; de 304 à 341 départs), Pharmaciens (+17% ; de 66 à 77), Sages-femmes (+70% ; de 30 à 51) ; Infirmières cadres (+31%, de 29 à 38).

Tous les autres postes de terrain ont connu un recul plus ou moins important : en général les départs sur des postes terrains (hors GAS) reculent de -4% (de 675 à 651).

La baisse chez les Premières missions (hors GAS) est de -11% (de 249 à 222), avec pour certains pools une situation déjà alarmante en 2011 qui a continué de se dégrader : les infirmières terrain (-33% de 207 à 139), les infirmières bloc (-27%, de 44 à 32), les logisticiens de terrain

(hors spécialistes) -45% (de 173 à 96), les psychologues (-59%) et psychiatres (-50%) dont les départs s'effondrent en partant d'un niveau déjà très bas (de 46 départs en 2011 à 20 en 2012, pour les deux professions réunies). Enfin, un seul départ sur un poste de Coordinateur de Projet Adjoint en 2012 (face à encore 13 départs en 2011, donc -92%) témoigne de l'échec assez clair de la tentative d'intégrer des cadres expérimentés avec d'autres sections sur ce genre de poste.

L'exercice lancé en fin 2011 entre l'équipe de la gestion de pool et celles de Chargés RH deskés de faire un planning pour les postes et départs en 2012 a été dans son ensemble positif dans le sens où *a posteriori* la prévision élaborée en 2011 correspond en gros aux départs réels qui ont eu lieu en 2012.

Cependant, le nombre de départs de premières missions (24,21% des départs) est toujours nettement au dessous de l'objectif général des 30% et a encore reculé depuis 2011.

Les durées moyennes de mission telles que prévues lors du départ ont plutôt tendance à s'allonger par rapport à 2011 : on atteint 3,84 mois en moyenne pour tous les départs confondus (vs. 3,48 en 2011), avec 2,5 mois sur les urgences 2,5 mois, 4,6 mois hors urgences

Les durées moyennes les plus longues sont sans surprise pour les Coordinateurs et les Premières missions (hors GAS) de programmes réguliers (6,21 mois et 5,83 mois respectivement).

9% des Chefs de mission partis en 2012, 88% des Coordinateurs Médicaux, 14% des Coordinateurs de Projet étaient **médecins** ;

30% des Chefs de Mission, 12% des Coordinateurs Médicaux et 40% des Coordinateurs de Projet étaient **paramédicaux**.

Les **non-médicaux** formaient 61% des Chefs de Mission et 47% des Coordinateurs de Projet.

Un départ de Chef de Mission et 11 de Coordinateurs de Projet en première mission MSF sont le résultat de la volonté d'intégrer des cadres expérimentés avec d'autres ONG sur des postes à responsabilité opérationnelle.

La grande majorité des Coordinateurs restent issus du recrutement à Paris : 45% des Chefs de Mission, 50% des Coordinateurs de Projet, 55% des Coordinateurs logistiques et 69% des Coordinateurs Finances/RH. Si pour les Chefs de Missions, le deuxième groupe en importance est celui de ceux recrutés initialement dans un des trois autres sièges du centre opérationnel (21% des Chefs de Missions), pour d'autres coordinateurs ce sont les volontaires issus du personnel national OCP qui représentent avec 30% (Coordinateurs projet), 28% (Coordinateurs logistiques) et 15% (Coordinateurs Finances / RH) les groupes parmi lesquels nos cadres sont partis en mission en 2012.

Quant aux Coordinateurs médicaux, les anciens employés nationaux forment le plus grand groupe parmi cette population (31% des départs)

L'expérience moyenne des Coordinateurs dans leurs postes est en hausse.

- Les Chefs de Missions partis en 2012 avaient en moyenne déjà plus de 10 missions MSF avec plus de quatre ans de terrain dont une année en tant que Chef de Mission. En moyenne ils étaient à leur 3^{ème} chefferie de mission.
- Les Coordinateurs médicaux avaient déjà fait en moyenne lors de leur départ, 45 mois de terrain, sur 9 missions, dont en moyenne 11 mois comme Coordinateurs médicaux.
- Les Coordinateurs de Projet avaient en moyenne 32,5 mois d'expérience terrain, dont 12 comme Coordinateurs de Projet, les Coordinateurs logistiques 43 mois, dont 19 comme Coordinateurs logistiques, les Coordinateurs Finances/RH 21 mois, dont 12 comme Coordinateurs Finances/RH.

Considéré par professions, c'est-à-dire quelque soit le poste occupé sur le terrain, c'est parmi les infirmières (378) et les logisticiens (336) que la part des très expérimentés est la plus importante : 35% des infirmières et 42% des logisticiens ont fait plus de 5 missions et en moyenne 44 mois et respectivement 38 mois de terrain. La part de ceux ayant fait plus de 3 missions s'élève à 58% pour les infirmières, voire à 64% pour les logisticiens. Ces chiffres illustrent le problème du renouvellement de ces pools : seulement 20% d'infirmières premières missions (15,5% pour les logisticiens) et 22% avec une ou deux missions (20,% pour les logisticiens) ne pourront pas fournir les infirmières et logisticiens expérimentés de demain.

Finalement, il faut signaler l'évolution assez remarquable du pool des chirurgiens : 10 ans après la décision stratégique de réaffirmer l'appartenance des activités chirurgicales au portefeuille de MSF-France, on dispose d'un pool de chirurgiens expérimentés et qui se renouvelle : 25% des chirurgiens partis en 2012 avaient déjà fait plus de 5 missions et comptaient en moyenne 22 mois de terrain. Ceci explique la réactivité possible sur des urgences et n'a été rendu possible que par un suivi construit de ce pool et par l'existence de postes stables sur les terrains, qui permettaient de planifier à l'avance, ce qui est un critère indispensable pour cette profession.

L'année 2012 a sûrement été une année de prise de conscience que le problème récurrent de trouver des cadres pour nos terrains n'était pas un problème du département RH comme tel, mais qu'il fallait un effort commun de l'association pour éviter que cela ne s'aggrave. Au niveau international, les autres centres opérationnels rencontrent les mêmes problèmes : trop de postes en coordination, difficiles à pourvoir ; difficulté à réserver des portes d'entrée pour nos futurs coordinateurs.

Se sont ajoutés en 2012 au moins deux nouveaux aspects qui rendent la tâche encore plus difficile :

- les conséquences de la crise financière et économique dans certains pays, d'abord, qui ont un impact sur plusieurs sections et donc sur tout le mouvement. Certaines des tentatives, lancées dès fin 2011 de répondre aux besoins d'ouvertures de postes de premières missions et de postes intermédiaires sur nos terrains, se sont heurtées à cet obstacle. Le pool des infirmières notamment, mais aussi celui des logisticiens (généralistes) montrent qu'on ne manque pas seulement de postes de Premières missions mais aussi de postes de terrains pour les « peu et moyennement expérimentés », appelés postes intermédiaires, pour permettre aux volontaires d'évoluer dans MSF.
- Le deuxième élément qui est venu s'ajouter est la réduction générale de projets ouverts à des volontaires sans aucune restriction de nationalité, de religion, de genre, voire d'ethnie. Sur de plus en plus de terrains, les équipes que nous envoyons doivent répondre à certains critères non-liés à leurs compétences, formation ou motivation, mais à d'autres facteurs, qu'ils soient imposés par les autorités locales, par des obstacles administratifs ou par notre propre choix guidé par des contraintes en termes de sécurité. Au-delà du problème de pourvoir ce genre de postes avec le personnel compétent et accepté, se posent des questions de sécurité, d'opérationnalité et d'éthique.

Les chargés de ressources humaines (CRH)

Deux desks supplémentaires ont vu le jour: en avril 2012 à Dubaï avec un poste qui combine le rôle de CRH et de Contrôleur de Gestion et un desk VIH en janvier 2013 avec le recrutement d'un CRH.

Les descriptions de poste du CRH deské et du CRH volant ont été mises à jour. Ce travail avait en particulier pour objectif de stabiliser le poste de CRH volant entre deux desks avec plusieurs avantages :

- une meilleure appropriation des contextes et des problématiques et donc une plus grande continuité sur le poste de CRH volant
- une continuité plus grande dans le soutien apporté aux terrains
- la définition d'un parcours de progression entre les postes de CRH volants et deskés.

Entre le mois d'octobre 2012 et le mois de février 2013, la répartition des pays entre desks a été revue.

Les réunions de travail régulières entre le département des Opérations et celui des Ressources Humaines ont été relancées avec un certain nombre de thématiques sur lesquelles un travail commun a été entrepris :

- La définition d'une stratégie pour tenter d'inverser la courbe décroissante de départ des Premières missions
- Un arbitrage régulier des candidats possibles sur les postes terrains clefs
- La révision des statuts de coordinateurs experts et volants et la validation de contrats spécifiques dans les contextes à très forte insécurité.
- La description de poste et les critères de validation et de dévalidation des Chefs de mission et des Coordinateurs Médicaux
- La restriction des critères de sélection sur les postes internationaux dans le Sahel en particulier

D'autres dossiers ont vus le jour en termes de suivi et de mise en œuvre :

- La participation à la définition et à la mise en œuvre d'un guide de rémunération du personnel national
- L'initiation d'un travail de formalisation du cadre de travail de l'équipe (réunions d'équipe, évaluations, plan d'action, etc.)
- L'initiation d'un travail de fond transversal sur la question des briefings et des débriefings des expatriés.
- Des efforts pour faire aboutir une mise à jour du document de référence sur la prise en charge médicosociale du personnel national.
- L'initiation et la participation à différentes améliorations de l'outil base de données RH Oracle, en attendant Symphony
- L'amélioration progressive de la participation des membres de l'équipe aux modules RH des différentes formations
- Le travail d'appropriation du budget du service
- La participation au travail de révision des plateformes internationales
- La participation au travail de suivi du projet Symphony (base de données RH)

Politiques et outils RH

Homère (Gestion du personnel national)

Le support et la formation des utilisateurs sur le terrain ont été proposés et garantis tout au long de l'année.

La version 3.6 du logiciel Homère a été mise en œuvre en fin 2012 sur tous nos terrains d'interventions.

Règlements intérieurs (RI/RH, incluant rémunération et avantages sociaux) :

Les principaux objectifs ont été de relever encore la qualité de ces chantiers de RI (Malawi : révision du RI et de la grille de salaires), de privilégier et cadrer les ouvertures (Laos), de continuer le rapprochement et la collaboration avec les opérations au travers, en particulier, des Responsables de programmes, Chargés des ressources humaines, Chefs de mission et Coordinateurs des ressources humaines, Coordinateurs de Projet et Administrateurs.

Ainsi, cinq chantiers de révision des règlements intérieurs pour le personnel national ont été finalisés en 2012 (Nigeria, Congo Brazzaville, Côte d'Ivoire, Pakistan et Papouasie) ; deux autres chantiers ont démarré en 2012 et ont été finalisés en début 2013 (Malawi, Laos). Au Pakistan, le projet d'harmonisation de gestion du personnel national a été mené sous le leadership de l'OCP.

Projet « Symphony » (base de données RH)

Dans un but d'optimiser la réponse des RH aux besoins opérationnels du mouvement MSF, OCP a participé au projet Symphony (visant à mettre en place HR.Net, un logiciel de gestion des ressources humaines commun entre toutes les sections de MSF). Les principaux enjeux de ce projet sont :

- o le partage de vision RH au niveau du mouvement mais avec un maximum de flexibilité et de contextualisation.
- o L'alignement (dans la mesure du possible) des processus RH entre sections, afin d'optimiser le partage de ressources, permettra une meilleure fluidité des informations et facilitera la transparence.
- o Centraliser la gestion du logiciel HR.net.
- o Limiter les changements au niveau de l'organisation du travail en intra sections.

21 processus communs ont été soumis pour validation par les départements RH des 5 centres opérationnels (Amsterdam, Paris, Bruxelles, Barcelone, Genève) ; les processus du plus haut niveau ont été validés au niveau du mouvement en novembre 2012.

A Paris, un « subject matter expert » (SME = expert en la matière) a été recruté, à temps plein, en fin d'année. Des représentants de toutes les métiers RH de l'OCP ont participé tout au long de l'année 2012.

La formation

La formation terrain

Nous avons formé 889 personnes en 2012, contre 874 en 2011, soit une augmentation de 1,7%.

Ces actions représentent 44 formations différentes (comme en 2011), soit 89 sessions (contre 77 en 2011). Les stagiaires des formations « premier départ » (administratives, logistiques et Journées d'Accueil) représentent 27,30% de l'effectif formé.

Les stagiaires se répartissent en 82% d'expatriés, 13% d'employés nationaux et 5% de permanents du siège ayant bénéficié d'une formation « terrain » avec un ratio de 421 femmes formées contre 468 hommes.

De nouvelles formations administratives ont été mises en place en 2012 afin de mieux répondre à l'expertise recherchée pour les postes d'administrateur en général. Suite à la refonte du Forcofirh (coordinateur finances et RH), 2 nouvelles formations ont émergé : PPDA (5 jours - Préparation Premier Départ Administrateur) et Forexpad (5 jours – Formation Expérimentés Administrateurs). De plus, nous avons mis en place la formation HRCC (Human Resources Coordination Course) qui s'adresse aux coordinateurs RH. Cette formation est internationale et est dispensée dans les 5 centres opérationnels. 136 personnes ont suivies des formations administratives en 2012 contre 75 en 2011. Toujours en matière de formation terrain, une nouvelle formation a vu le jour début 2013 : le FOOT (Formation opérationnelle orientée terrain) qui s'adresse aux Coordinateurs de projet (CP), Coordinateurs médicaux (CoMed) et Chefs de mission (CDM) (récemment en poste ou sur le point de prendre leurs fonctions) et dont le but est de développer des compétences de coordinateur d'opérations médicales humanitaires.

La formation siège

169 des 310 salariés du siège (soit 54,5% de l'effectif) ont accédé à une formation en 2012 contre 165 en 2011 et 74 en 2010.

Il est à noter que 21% des 169 personnes formées ont suivi une formation métier, 34% une formation bureautique/logiciels, avec un ratio, toutes formations confondues, de 58,5% de femmes contre 41% d'hommes.

Pour 2013, les objectifs sont, entre autres, de développer la politique de formation du siège, centrée sur les besoins des départements, et d'offrir une offre de formation pour les managers et/ou nouveaux managers du siège.

La formation dans son ensemble

Un responsable de la stratégie de formation a été recruté et la personne prendra ses fonctions au 1^{er} juillet 2013 pour 6 mois. Cette personne étudiera et répertoriera les structures, les activités et les systèmes de formation existants et développera une nouvelle proposition de stratégie de formation pour le centre opérationnel de Paris dans le but d'optimiser les compétences, de favoriser le développement professionnel, ainsi que la rétention du personnel sur le terrain et au siège de Paris.

Le développement des ressources humaines

En plus du développement des RH axé sur les personnels travaillant sur les terrains (par le biais de la Gestion de Pool), le développement des RH du siège reste une priorité. Le « baromètre social » réalisé cette année n'a fait que souligner plus encore la nécessité d'y accorder plus d'attention.

En 2012, le poste de CRH (Chargé des ressources humaines) siège, qui avait été ouvert en 2011 et non-pourvu, a été revu. En octobre 2012, le poste de Responsable Gestion de Parcours Siège a finalement été ouvert et pourvu début 2013. Les responsabilités de ce poste couvrent, d'une part, le recrutement pour les postes au siège, d'autre part, la gestion des parcours.

En ce qui concerne le recrutement, l'objectif est d'harmoniser nos pratiques et de soutenir les départements dans leurs recrutements. La gestion des parcours étant à ses débuts, il s'agira avant tout de clarifier notre pratique en termes d'entretien annuel ; à terme, les objectifs seront d'améliorer la fidélisation des cadres et de travailler sur la mobilité à l'intérieur du groupe, en travaillant notamment sur les passerelles envisageables entre siège(s) et terrain.

En collaboration avec les supérieurs hiérarchiques et le service formation, le Responsable Gestion de Parcours Siège s'assurera que les demandes de formation voire d'évolution soient prises en compte et, si possible, accompagnées/mises en place.

Administration des RH

Contrats et bulletins de paie

Pour le terrain, nous avons rédigé 2.396 contrats, avenants et conventions de volontariat pour notre personnel expatrié en 2012, contre 2.808 en 2011, soit une diminution de 14,7 % après 4 années d'augmentation. Pour information, les chiffres étaient de 1.337 en 2008, 1.831 en 2009 et 2.527 en 2010. Entre 2008 et 2012 inclus, l'augmentation représente tout de même 79 %.

En 2012, 480 contrats (soit 1/5^{ème} de ces contrats) ont été réalisés pour les autres sections qui emploient des expatriés de droit français.

Pour le siège, nous avons rédigé 430 contrats et avenants en 2012, contre 525 en 2011. Nous revenons à une activité similaire à celle de l'année 2010. Pour mémoire, les chiffres étaient de 436 en 2010 et 389 en 2009.

13.346 bulletins de paie ont été produits par le service en 2012, pour les salariés du siège et pour les expatriés, contre 13300 en 2011 soit une augmentation de 1,1 % par rapport à 2011.

Effectif

Au 31/12/2012, on dénombrait 890 ETP (équivalent temps plein) siège et terrain, toutes structures confondues, hors MSF Logistique :

- 36,5 % travaillant au siège (contre 40 % en 2011) soit 325 ETP pour MSF, Epicentre, la Fondation MSF et EUP (Etat d'Urgence Production) ;
- 63,5 % expatriés (contre 60 % en 2011), soit 565 ETP. Parmi eux, 36 % sont volontaires (321 ETP) et 27,5 % sont des salariés expatriés (244 ETP).

Il est à noter par conséquent, en 2012, une baisse de notre pourcentage de personnel siège par rapport à notre personnel expatrié.

En moyenne en 2012, 4.400 personnels nationaux ont contribué à la mise en place de nos programmes opérationnels (5.100 en 2011).

Au siège, 17 % des salariés sont en contrat à court terme (CDD majoritairement et contrat d'intérim à la marge) contre 83 % en CDI.

communication

Bilan 2012-2013

Communication pays

Syrie – L'aide humanitaire dans l'impasse

La communication et les prises de position sur la Syrie ont été les axes majeurs de nos prises de parole en 2012-2013. Dans le droit fil de la première prise de parole initiée en février 2012 – « *En Syrie, la médecine est utilisée comme une arme de répression* » –, la section française de MSF a initié plusieurs autres communications et prises de positions majeures, largement reprises par les autres sections et suscitant l'intérêt des médias français et internationaux.

Parmi ces communications et prises de positions, trois points forts :

- En août 2012, MSF organise une conférence de presse à Paris pour dévoiler ses activités dans son hôpital créé en juin 2012 dans le nord de la Syrie « *Syrie – Après deux mois d'interventions chirurgicales* », autour du témoignage de trois médecins, Anna Nowak, Brian Moller et Kelly Dilworth.
- le 29 janvier 2013, à la veille d'une conférence au Koweït réunissant les grands bailleurs de fonds pour l'aide à la Syrie, MSF dénonce dans un communiqué de presse – « *Syrie : MSF dénonce la dissymétrie de l'aide* » - le déséquilibre de l'assistance, l'essentiel de l'aide internationale étant distribué depuis Damas aux Syriens vivant en zone gouvernementale, les secours encadrés par le Croissant-Rouge syrien n'irriguant que de façon marginale les territoires insurgés. Une tribune, signée par le Dr Marie-Pierre Allié, présidente de MSF, et Fabrice Weissman, chercheur au Crash -« *Syrie : soutenons les opérations humanitaires transfrontalières* » -est également publiée sur le site du journal Le Monde. Cette critique de la frilosité des politiques, des acteurs et des bailleurs à déployer des secours transfrontaliers contre l'avis de Damas, dérange. Le discours des agences des Nations unies change, reconnaissant l'insuffisance des secours en « *cross line* » depuis Damas et évoquant le besoin d'opérations « *cross border* ». Sortant de son habituelle réserve, le CICR, un des acteurs humanitaires majeurs côté gouvernemental, défend, lui, sa stratégie « *cross line* ».
- En mars 2013, MSF organise une nouvelle conférence de presse autour du dossier « *2 ans de conflit en Syrie : l'humanitaire dans l'impasse* ». Cette prise de position pointe que la paralysie de la diplomatie à trouver un règlement politique au conflit ne peut justifier l'impuissance de l'aide humanitaire, alors que le conflit, particulièrement violent, se poursuit et que l'aide humanitaire reste dérisoire par rapport aux besoins. Cette communication reçoit un très large accueil en France. Mobilisé, l'ensemble du mouvement MSF relaye le message dans ses médias nationaux respectifs. Un appel aux dons « *MSF urgence Syrie* » est lancé en France et simultanément dans plusieurs pays.

De la torture de patients et de soignants aux bombardements des hôpitaux en zone rebelle, en passant par l'insuffisance et le déséquilibre de l'aide, sans oublier la dégradation des conditions de vie des Syriens, le constat est d'autant plus amer que l'insécurité permanente et la complexité des négociations freinent la réponse MSF toutes sections : trois hôpitaux en zone rebelle, et rien du côté gouvernemental. La relance de la critique du déséquilibre de l'aide conduit à une nouvelle explication de texte par médias interposés entre le CICR (plutôt crossline) et MSF (crossborder), par la publication d'une tribune MSF dans le journal suisse Le Temps « *Syrie : Briser l'embargo humanitaire contre les zones rebelles* », le 19 mars 2013.

Au-delà des ces trois moments clés, MSF a régulièrement communiqué autour de la Syrie et des réfugiés syriens dans les pays limitrophes, avec notamment les communiqués suivants :

- Suite à une mission exploratoire à Deir Ezzor, dans l'est de la Syrie, MSF révèle, en décembre 2012, la situation des habitants pris au piège des combats et des affrontements : « *Syrie – Deir Ezzor : Des dizaines de milliers d'habitants, des blessés et des malades privés d'assistance* ».
- En parallèle de ses activités à l'hôpital, MSF soutient des postes médicaux avancés syriens. Dans une des villes régulièrement bombardée depuis des mois, la seule structure médicale existante ne peut faire face au grand nombre de blessés, dont MSF révèle que ce sont essentiellement des civils, victimes d'une stratégie de terreur. « *Syrie – Au nord d'Idlib, des civils isolés et démunis sous les bombardements intensifs* », le 10 janvier 2013.
- Nous reprenons également la communication initiée par la section suisse de MSF sur la situation des réfugiés syriens au Liban : « *Liban, l'assistance n'est pas à la hauteur des besoins croissants des réfugiés syriens* », le 7 février 2013.
- Enfin, une première communication, d'abord à visée locale, est initiée le 21 mars 2013, à l'ouverture de nos activités dans le camp de réfugiés de Zaatari en Jordanie. « *MSF ouvre un hôpital pédiatrique dans le camp de Zaatari* ».

En plus de ces communications, largement reprises par la presse, de nombreuses retombées ont été rendues possible par des mises à jour régulières sur nos activités et surtout des interviews d'expatriés de retour du terrain, nous permettant de toucher des médias, notamment radios et télévisions, où nous sommes généralement moins présents. Il faut noter que la quasi absence d'images du terrain, l'impossibilité d'envoyer des journalistes sur place et de réaliser des interviews en direct du terrain, comme le fait de ne pouvoir révéler l'emplacement de notre hôpital, et ce pour des raisons de sécurité, ont été des contraintes fortes pour la communication. A noter également que de nombreuses interviews, pour les médias français et étrangers, ont pu être réalisées à partir d'Amman, en Jordanie, dans le cadre de notre programme chirurgical qui soigne aujourd'hui un nombre important de blessés syriens, puis autour de l'ouverture de notre hôpital dans le camp de réfugiés syriens de Zaatari.

RCA – Violences et urgence médicale chronique

Fin 2012, la Séléka (nouvelle coalition de groupes rebelles centrafricains) prend le contrôle de plusieurs villes stratégiques en RCA (dont certaines où travaille MSF) avant de finalement entrer, fin mars 2013, dans Bangui, la capitale. MSF lance des interventions d'urgence, en

complément de ses programmes réguliers. Dans une première communication, le 26 décembre 2012, « *MSF étend ses activités pour répondre rapidement à l'augmentation des besoins médicaux* », MSF note que les mouvements militaires, ainsi que les affrontements entre rebelles et forces armées centrafricaines, forcent la population à se déplacer, l'empêchant d'accéder aux services de santé.

Le 11 janvier 2013, un accord de sortie de crise prévoyant, entre autres, un cessez-le-feu, est conclu à Libreville (Gabon) entre le gouvernement et les groupes rebelles centrafricains. MSF poursuit ses activités d'urgence initiées dès le début de la crise et exprime son inquiétude vis-à-vis de la population, déjà très vulnérable avant l'offensive de la Séléka. Car les déplacés se comptent par milliers et vivent dans une grande précarité, sans soins, sans abri, sans eau ou sans nourriture.

A la fin mars, MSF intervient aux services des urgences et de chirurgie de l'hôpital communautaire de Bangui. Le 25 mars, dans un nouveau communiqué - *MSF demande un accès immédiat aux soins de santé pour la population* – MSF appelle toutes les parties à respecter l'accès aux soins des patients, ainsi que le personnel médical et ses infrastructures, alors que l'association a été victime de pillages et de vols dans ses installations.

MSF a également souligné à chaque communication que cette crise s'ajoutait à des décennies de violence et d'insécurité, le tout sur un contexte d'urgence médicale devenue chronique. Le rapport « *République centrafricaine : une crise silencieuse* » de décembre 2011 a donc été remis en avant à chaque prise de parole et contact avec des journalistes.

Soudan du Sud – Catastrophe humanitaire à Yida et appel de fonds

Au printemps 2012, la situation s'aggrave dans le camp de réfugiés soudanais de Yida, dans l'Etat de l'Unity (Soudan du Sud), face à l'arrivée massive de Soudanais fuyant le conflit du Sud Kordofan au Soudan voisin. Plus à l'est, la même situation prévaut dans les camps de Maban, dans la région du Nil Supérieur. Des communications s'enclenchent de la part de toutes les sections MSF présentes dans ces camps pour alerter sur la dégradation de la situation et l'inadéquation de l'assistance humanitaire. Le camp de Yida était censé accueillir 15.000 personnes. Fin juillet, le nombre de réfugiés est estimé à 55.000, et des centaines de personnes arrivent chaque jour. Le surpeuplement, le manque d'hygiène et la saison des pluies affaiblissent les réfugiés déjà éprouvés par le voyage, la malnutrition, les maladies. Dans le camp, les taux de mortalité des enfants atteignent un niveau inquiétant. Les équipes médicales rencontrent quotidiennement des cas de pneumonies, de diarrhées ou d'infections respiratoires. Malgré l'intervention des acteurs présents pour fournir de l'eau et des latrines aux réfugiés, les conditions de vie sont désastreuses.

Le 2 août 2012, MSF organise une conférence de presse – « *Soudan du Sud : catastrophe humanitaire dans les camps de réfugiés* », pointant les camps surpeuplés, la surmortalité infantile et les secours insuffisants. Face à l'urgence, MSF étend ses activités et lance un appel aux dons. Mais les retombées tant médiatiques que financières s'avèrent décevantes : au cœur de l'été, et sans pouvoir faciliter l'accès des médias au camp de Yida, les médias ne relayent pas notre appel.

Mali – Une communication en pointillé

Les équipes MSF étaient présentes depuis février 2012 dans le Nord du pays, et notamment dans l'hôpital de Tombouctou à partir d'avril 2012. Pendant cette période et après l'offensive militaire française et malienne de janvier 2013, qui a généré le retrait des groupes armés qui avaient pris le contrôle de la moitié nord du pays, nous avons fait le choix d'être peu proactifs sur la situation humanitaire et sécuritaires, préférant privilégier les discussions et les négociations en direct avec les différents groupes armés sur place.

Nous avons ainsi communiqué à deux reprises pour témoigner de la violence des combats et appeler au respect des civils : en janvier 2013, au début de l'offensive française et malienne, « *MSF appelle au respect des civils dans le Nord du Mali* » puis en avril 2013 « *MSF appelle au respect des civils et à faciliter l'accès aux structures de santé* », suite à des combats meurtriers à Tombouctou et à l'arrivée de 21 blessés (dont 11 civils) aux urgences de l'hôpital.

MSF ne s'est pas non plus exprimé publiquement au sujet des exactions ou autres violences présumées à l'encontre de la population au cours des premiers mois de 2013, nos équipes n'ayant pas été témoins directs de ces actes.

Parallèlement, MSF a alerté à plusieurs reprises l'opinion publique au sujet de la situation humanitaire des réfugiés maliens dans la sous-région et en particulier en Mauritanie, au Niger et au Burkina Faso.

République Démocratique du Congo - Pic de violence au Nord Kivu

Avril 2012 voit le retour d'un conflit armé majeur entre les forces armées congolaises (FARDC) et le groupe rebelle M23 dans le Nord Kivu, dans l'est de la RDC. En juillet, le M23 prend la moitié du territoire de Rutshuru. Fin novembre, Goma tombe entre ses mains, ainsi que Saké et des territoires du Masisi, pendant une dizaine de jours, entraînant le déplacement de près de 500.000 personnes - depuis avril 2012 - dans toute la province.

Durant cette période, MSF rend régulièrement compte de la situation, des conditions extrêmement précaires des personnes déplacées et des nombreux blessés et victimes de violences sexuelles qui accompagnent les mouvements de troupes, au travers notamment de deux communiqués « *MSF maintient ses activités sur le territoire de Rutshuru malgré les violences* », le 10 juillet 2012, et « *Violence sexuelle omniprésente dans et autour des camps de déplacés de Goma* », le 16 janvier 2013. Dans cette dernière communication, MSF déplore, face à ces actes de violence, le manque d'implication des entités de protection de la population civile et les conditions de sécurité défaillantes dans les camps de la ville de Goma.

En parallèle, MSF communique sur différentes interventions d'urgence en réponse à des épidémies : rougeole en Province orientale et paludisme à Kabalo dans la province du Katanga.

Haïti – Le scandale du choléra

Le 12 mars 2013, MSF interpelle le gouvernement haïtien et les bailleurs de fonds sur la détérioration importante de la prise en charge des cas de choléra, par manque de moyens matériels et financiers, dans un communiqué : « *Haïti : des dizaines de centres de traitement du choléra dans un état déplorable* ».

Cette communication a lieu alors que les Nations unies, qui viennent d'annoncer leur refus d'indemnisation collective - bien que responsables de l'introduction du vibron cholérique sur l'île par négligence du traitement des eaux usées d'un bataillon de casques bleus népalais -, lancent un appel de fonds de 2,2 milliards de dollars pour financer un plan d'élimination de la maladie sur 10 ans. Les équipes MSF rappellent que « *tandis que ce plan attend d'être financé, des malades ne reçoivent pas de traitement adéquat* ».

Pakistan - Violences contre les agents de santé et en période pré-électorale

Fin 2012, les attaques contre les agents de santé sont en recrudescence au Pakistan. Les vaccinateurs en sont les principales cibles. Le 20 décembre, dans un communiqué - « *Pakistan : MSF condamne les attaques ciblées contre les agents de santé* » -, MSF réaffirme la nécessité de respecter la mission médicale et de garantir la sécurité des structures de soins, des patients et du personnel de santé. La suspicion créée par l'instrumentalisation présumée de la vaccination par la CIA, pour capturer Oussama Ben Laden, empêche MSF de mettre en place des campagnes de vaccination de masse au Pakistan, en dépit de besoins significatifs en la matière.

Le 11 mai 2013, le Pakistan connaissait la première transition démocratique de son histoire. C'est pourtant dans un climat de violence indiscriminée que les élections générales et provinciales se sont déroulées. Le 10 mai, dans un communiqué « *MSF prend en charge 110 blessés suite à une série d'attentats* », MSF dresse le bilan de trois jours d'activités à l'hôpital de district d'Hangu, dans la province du Khyber Pakhtunkhwa, soulignant par ailleurs que, les dernières semaines, ce sont surtout des civils qui ont été les principales victimes de cette escalade de violence.

Communication médicale

Tuberculose multirésistante

En octobre 2012, une tribune intitulée « *En finir avec les décès dus aux tuberculoses résistantes !* », signée par les Drs Jean-Hervé Bradol et Francis Varaine et publiée sur le site du Quotidien du médecin, critique le manque de volonté politique des Etats et l'inertie des experts internationaux face à l'émergence des formes multi-résistantes de la maladie. Constatant qu'après 50 ans d'absence de la moindre innovation, l'arrivée récente d'un nouveau test diagnostique, ainsi que celle imminente de deux candidats médicaments prometteurs, MSF plaide pour un bousculement de la lutte contre la tuberculose.

En décembre 2012, MSF organise un colloque international à New-York faisant un bilan sur la recherche et développement pour soigner les patients négligés. Le plaidoyer sur l'urgence de la prise en charge de la tuberculose multi-résistante – l'accès aux nouveaux tests et médicaments pour les patients des pays en développement - y est largement débattu. Dans un communiqué publié le 31 décembre 2012, « *Tuberculose : le premier médicament en 50 ans, efficace contre les formes résistantes* », MSF salue l'approbation par l'autorité de réglementation américaine FDA (Food and Drug Administration) de la « *bédaquiline* », le seul nouveau médicament contre la tuberculose qui ait été enregistré depuis 1963. Et MSF demande l'enregistrement rapide de ce nouveau médicament dans les pays les plus touchés par les formes résistantes de tuberculose.

Et le 31 janvier 2013, une autre tribune, signée par les Drs Marie-Pierre Allié, présidente, et Francis Varaine, « *La tuberculose délaissée par la recherche* », publiée sur le site de Médiapart, réagit à un emballement médiatique, suite à la publication d'un article du Figaro, indiquant que les hôpitaux français sont débordés de malades tuberculeux venus d'Europe de l'Est. Dans cette tribune, MSF note que le traitement en France est bien souvent le dernier espoir des quelques patients venus de pays étrangers et appelle à un effort politique majeur en faveur de la recherche, afin de développer et de rendre disponibles des traitements réellement efficaces.

Paludisme - Premier succès dans le domaine de la prévention

Une nouvelle stratégie de traitement préventif du paludisme, la chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS), est menée dans deux projets pilotes, au Tchad et au Mali : des traitements antipaludiques ont été distribués à environ 170.000 enfants âgés de 3 mois à 5 ans. MSF fait état des résultats particulièrement encourageants de cette stratégie dans un communiqué, le 24 septembre 2012, « *Paludisme au Sahel : 65% de cas en moins grâce au traitement préventif* » : une baisse de 65% des cas de paludisme a ainsi été constatée dans le programme MSF de Koutiala, au sud du Mali, et une baisse entre 72 et 86% des cas de paludisme simple dans deux aires de santé à proximité de Moissala, dans le sud du Tchad. MSF indique que la CPS pourrait représenter un formidable outil de santé publique, notamment en protégeant les enfants parmi lesquels on compte la grande majorité des décès. Les interventions menées au Tchad et au Mali vont également nous permettre d'évaluer la faisabilité de ces stratégies à vaste échelle et dans d'autres contextes.

Malnutrition – L'urgence d'une transition vers des solutions structurelles

En juillet 2012, MSF publie un rapport – « *Malnutrition au Sahel : un million d'enfants soignés, et après ?* » - et un communiqué – « *Malnutrition au Sahel – La réponse en urgence ne peut pas être la seule option* » - au moment du pic annuel de malnutrition au Sahel. En rappelant la récurrence des crises, mais aussi, cette année, la mobilisation précoce et sans précédent de tous les pays de la région et des acteurs de l'aide, MSF souligne que la malnutrition représente un problème de santé publique dans cette région. Et MSF rappelle la nécessité, désormais, de sortir de l'urgence (même si la réponse aux urgences doit toujours être assurée) pour entamer une transition vers des solutions structurelles de long terme. Pour MSF, le traitement et la prévention de la malnutrition doivent être intégrés aux mesures de santé de base à destination des enfants en bas âge, comme l'est la vaccination.

En mai 2013, MSF participe à la Conférence internationale contre la malnutrition infantile organisée par l'UNICEF où cette même question est abordée, faisant ressortir un consensus sur les réponses à mettre en œuvre, rappelant au passage le nerf de la guerre, soit la nécessité de financements pour accompagner cette transition.

Stop Novartis

Initiée par la Campagne d'accès aux médicaments essentiels de MSF (la Came), la campagne « *Stop Novartis* » a fait l'objet de plusieurs communiqués tout au long du procès intenté par le laboratoire suisse Novartis, qui contestait la loi indienne sur les brevets.

Le 1^{er} avril 2013, la plainte de Novartis est finalement rejetée, après sept ans de bataille judiciaire ! MSF s'en félicite publiquement – « *La Cour suprême indienne rend son jugement dans le cas Novartis* », expliquant que la décision rendue va préserver l'accès à des médicaments abordables et empêcher que des médicaments soient brevetés de manière abusive. Mais le combat va continuer, en Europe maintenant : la renégociation des accords commerciaux entre l'Union européenne et l'Inde vont remettre face à face les défenseurs des brevets et les militants des dérogations au nom de la santé publique.

Taxe sur les transactions financières

Alors que François Hollande et David Cameron se rencontrent, Philippe Douste-Blazy, le Dr Marie-Pierre Allié, présidente de Médecins Sans Frontières, et Arielle Malard, de la Banque Rothschild, demandent au président de la République française, dans une tribune publiée le 11

juillet 2012 sur le site Huffington Post, « *Des fonds pour la santé* », de donner l'exemple en mettant une partie de la taxe sur les transactions financières au service de la solidarité avec les pays pauvres. Le texte rappelle que la taxe sur les transactions financières constitue une occasion unique de disposer de fonds pérennes, suffisants et prévisibles pour répondre efficacement aux principaux enjeux de santé publique dans les pays en développement.

Campagne de notoriété à visée de collecte

Le 1^{er} octobre 2012, une conférence de presse est organisée pour le lancement d'une campagne de notoriété à visée de collecte sous le signe du « sans ». 6 visuels, accompagnés de 6 slogans ponctuent la campagne : « *Nous sommes des médecins sans préjugés, sans hésitation, sans renoncement, sans rendez-vous, sans relâche, sans armes... Mais sans vos dons, nous ne pouvons être Médecins sans Frontières.* » Cela faisait 8 ans (après l'Angola en 2002 et le paludisme en 2004), que MSF n'avait pas lancé de grande campagne de communication-collecte. Cette campagne a été déclinée du 1^{er} au 28 octobre dans la presse magazine, sur les chaînes de télévision et sur les radios généralistes, avec des bannières Internet et de l'affichage.

Les retombées presse, à l'issue de la conférence - où en plus de Filipe Ribeiro, directeur général, et du Dr Marie-Pierre Allié, présidente, deux médecins sont venus partager leur expérience - ont été nombreuses. Pour sous-tendre l'appel à la générosité des Français, l'accent a été mis sur les grands défis opérationnels et médicaux à relever : l'urgence, les soins de qualité et notamment hospitaliers, la tuberculose, la malnutrition et le paludisme.

Les 6 visuels de la campagne



La communication en bref et en chiffres

36 communiqués de presse, 20 infos-presse, 3 conférences de presse, 7 tribunes ont généré 1.596 retombées presse, tous médias confondus (depuis le 1^{er} juin 2012).

Communiqués de presse principaux : Syrie (8), Soudan du Sud (7), RCA (2), RDC (2), Mali (2), Pakistan (2), Tuberculose (2).

pôle événementiel

Le Pôle Événementiel intervient pour le centre opérationnel de Paris.

Exposition « D'un hôpital à l'autre »

Lancé à l'occasion des 40 ans de MSF, ce projet a pour objet de partager avec nos collègues hospitaliers les savoir faire et les techniques d'intervention propres à la médecine d'urgence en relation avec les possibilités de départ sur le terrain.

En 2012/2013, l'exposition a été installée dans neuf centres hospitaliers universitaires (Montpellier, Paris-La Pitié-Salpêtrière, Reims, Quimper, Rennes, Bordeaux, Rouen, Limoges et Tours) et a accueilli plus de 3.000 médicaux et paramédicaux. Chaque installation a été accompagnée de conférences et d'une communication spécifique.

Support au fil de l'eau

Le pôle événementiel assiste les différents départements de MSF, lors d'événements spécifiques. Les départements de la collecte, des ressources humaines et le département médical sont les principaux demandeurs.

Le Pôle Événementiel intervient également pour d'autres sections du mouvement MSF

MSF Inde

Le pôle événementiel est intervenu pour la conception et la mise en place de la campagne de notoriété de MSF Inde.

MSF Hollande, MSF Allemagne et MSF Autriche

En support à la communication de ces trois sections de MSF, le pôle événementiel a conçu et réalise deux nouvelles expositions grand public, « Populations in Crisis », autour d'un parcours didactique qui aborde les différentes techniques d'intervention de MSF en situation d'urgence (chirurgie, vaccination, malnutrition, etc.).

*les missions
de msf france
de a à z*

arménie

En bref

MSF est intervenu pour la première fois en Arménie en 1988 (suite à un violent tremblement de terre) et y travaille depuis cette date.

En Arménie, MSF s'implique dans le traitement des patients souffrant de tuberculose résistante (DR-TB). MSF mène ses activités dans des structures de santé locales à Erevan, la capitale, et dans cinq provinces reculées du pays (Armavir, Kotayk, Ararat, Lori et Shirak) où ses équipes travaillent en collaboration avec les professionnels de santé locaux dans le but d'améliorer les pratiques.

Au-delà du diagnostic et du traitement, les équipes proposent des services d'accompagnement et de soutien social pour aider les patients à adhérer à leur traitement. MSF fournit également des soins palliatifs et tente d'apporter un soutien aux patients en échec thérapeutique et en phase terminale.



Contexte

Pendant l'ère soviétique, la lutte contre la tuberculose était en grande partie financée par l'État. Après la chute de l'URSS en 1991, le système de santé s'est détérioré et la pauvreté s'est aggravée en Arménie. Des pans entiers de la population ont été exposés à la tuberculose, en particulier les personnes à risque, comme les chômeurs, les sans-abri, les toxicomanes, les détenus, etc. Les années qui ont suivi ont été marquées par une recrudescence massive de la maladie et par des niveaux élevés de formes multirésistantes. L'Arménie, comme la plupart des anciens pays de l'Est, détient aujourd'hui l'un des taux les plus élevés de tuberculose multirésistante (MDR-TB).

Quand MSF est arrivé en Arménie, l'accès au diagnostic et au traitement de la MDR-TB était totalement inexistant. Non seulement le système de surveillance de la maladie avait pâti de l'effondrement du système de santé, mais les stratégies utilisées étaient inadaptées et obsolètes.

Par ailleurs, le diagnostic et le traitement de la MDR-TB sont onéreux et techniquement difficiles à mettre en œuvre. Le traitement à lui seul est long et complexe, nécessitant une approche fortement centrée sur le patient.

Dans ce contexte, MSF a lancé en 2005 un projet pilote pour mettre en place un diagnostic et un traitement de la MDR-TB basé sur des médicaments de meilleure qualité et sur un modèle de traitement décentralisé axé sur le patient.

Sept ans plus tard, le programme national arménien de lutte contre la tuberculose ne dispose toujours pas des capacités lui permettant d'intensifier son action et de donner aux patients l'accès à des soins plus efficaces.

C'est pour cette raison que MSF a élargi ses activités en Arménie. Présente dans seulement deux districts de la capitale pendant la phase pilote du projet, l'activité de MSF couvre désormais 85 % de la population du pays.

Ce programme est aujourd'hui l'un des plus importants projets de lutte contre la DR-TB mené par MSF, non seulement en matière d'accès au traitement, mais aussi pour la recherche opérationnelle : il renforce en effet les données et l'expérience permettant à MSF d'argumenter en faveur d'une meilleure prise en charge diagnostique et thérapeutique de la DR-TB.

Activités

Actuellement, MSF dirige deux programmes destinés aux habitants d'Erevan, la capitale, et de cinq provinces, soit environ 85 % de la population totale du pays. À la fin du premier trimestre 2013, le programme avait déjà admis 1.016 patients atteints de DR-TB, tandis que 340 d'entre eux étaient toujours sous traitement.

Le principal défi consiste à s'assurer que les patients adhèrent à leur thérapie, longue et toxique. Plus de 25 % des patients abandonnent leur traitement parce qu'ils ne tolèrent pas ses lourds effets secondaires, ou parce qu'ils sont contraints d'y mettre fin pour partir travailler, notamment en Russie. Le traitement actuellement le plus efficace échoue dans environ 10 % des cas. Ces résultats mettent en évidence l'inadéquation de l'arsenal thérapeutique disponible aujourd'hui pour lutter contre la DR-TB.

Les enfants font partie des populations les plus vulnérables. Le diagnostic et le traitement pédiatriques de la tuberculose constituaient les failles les plus importantes du programme national ; des lacunes que MSF a tenté de combler depuis le début de ses activités en Arménie.

En 2012, MSF a finalement pu mettre en place des outils diagnostiques et thérapeutiques adaptés aux enfants atteints de DR-TB, un défi de taille. Afin de mieux comprendre les modes d'infection, MSF a lancé un programme de recherche d'une durée de trois ans pour les enfants en Arménie. Dans le cadre de ces travaux, tous les enfants de parents atteints de DR-TB sont dépistés et étroitement suivis.

Dans la froideur du climat arménien, il est difficile de faire en sorte qu'une bonne ventilation soit assurée dans les hôpitaux. Il s'agit pourtant d'une condition indispensable pour réduire la transmission de la maladie parmi les patients. Des systèmes d'aération mécanique sophistiqués sont nécessaires. Fin 2012, MSF a donc signé un accord avec les autorités médicales pour améliorer le système d'aération du service de DR-TB de l'hôpital d'Abovyan à Erevan, principal hôpital de traitement de la tuberculose en Arménie. Il a également été convenu qu'une unité de soins palliatifs allait être mise sur pied pour les personnes en échec de traitement.

Afin d'optimiser les chances de guérison avec le traitement existant, les soignants peuvent avoir recours à la chirurgie pulmonaire. Avant l'ère de la chimiothérapie, cette pratique était une intervention clé permettant d'éliminer tout ou partie du poumon infecté. Dans les années 1960, le développement de nouveaux médicaments antituberculeux a amélioré l'efficacité du traitement et a donc réduit le recours à la chirurgie.

Ces dernières années toutefois, l'émergence de formes multirésistantes et ultrarésistantes (XDR-TB) de la maladie a limité l'efficacité des traitements uniquement médicamenteux. C'est pourquoi la chirurgie de la tuberculose pulmonaire connaît aujourd'hui un regain d'intérêt. Dans des cas particuliers, elle peut s'avérer utile pour éliminer un foyer localisé chez les patients qui n'arrivent pas à se débarrasser de la maladie ou qui rechutent (et qui restent donc contagieux). En mars 2013, une équipe mobile MSF spécialisée dans la chirurgie de la tuberculose est intervenue avec succès auprès de six patients atteints de DR-TB à Erevan. Il s'agit de la première équipe chirurgicale de ce type mise en place par MSF.

Enfin, l'usage compassionnel d'un nouvel antituberculeux (la bédaquiline) a été autorisé dans le pays en début d'année 2013, pour six patients atteints de pré-XDR* TB et de XDR TB. Il s'agit là d'une autre première pour MSF. Les options de traitement existantes ne suffisant plus pour ces patients, ce programme représente leur dernier espoir de guérison.

* forme de MDR-TB résistante à l'un des deux principaux médicaments de deuxième ligne (fluoroquinolones ou injectables). Les patients atteints de MDR-TB résistante à la fois aux fluoroquinolones et à au moins un des trois médicaments injectables de deuxième ligne sont atteints de XDR-TB.

<i>Dépenses 2012 : 1.252.000 € Financement : =100 % fonds privés Equipe 2012 : 11 expatriés, 81 locaux</i>	<i>Aucun autre centre opérationnel MSF présent dans le pays.</i>
--	--

burkina faso

En bref

Au Burkina Faso, après cinq ans d'intervention sur un projet médico-nutritionnel, MSF se retire en décembre 2012 du Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) de Titao, dans la province du Lorum, ainsi que des centres périphériques où les équipes effectuaient des consultations ambulatoires.

Depuis mars 2012, MSF apporte des soins de santé primaires aux populations, réfugiées dans la province de l'Oudalan, qui ont fui le conflit au Mali voisin.



Contexte

En 2012, le prix des céréales a subi au Burkina Faso une forte augmentation allant de 40 à 60%. Le ministère burkinabé de l'agriculture a confirmé les résultats de la saison agro-pastorale 2012-2013 avec une production céréalière en hausse de 15 % par rapport à l'année précédente. Sur l'ensemble des 45 provinces, seules 7 seraient déficitaires.

Même si les déficits céréaliers, en eau et en fourrage ont laissé planer quelques doutes sur la situation dans les régions concernées, l'enquête nationale réalisée en octobre 2012 (malnutrition aiguë générale de 10,9% et malnutrition aiguë sévère de 1,8%) ne révèle pas d'augmentation des cas de malnutrition aiguë.

Depuis février 2012, en raison du conflit malien, le Burkina Faso a accueilli plusieurs vagues de réfugiés. Au 30 mars 2013, ils seraient -selon le Haut Commissariat des Nations-Unies pour les réfugiés- près de 49.000 dont 9.000 nouveaux arrivants, depuis qu'a été déclenchée l'offensive militaire internationale du 11 janvier 2013 dans le nord du Mali.

Au départ, les réfugiés étaient principalement regroupés dans des camps à proximité de la frontière malienne, dans la province de l'Oudalan. En octobre 2012, le gouvernement a décidé -pour raisons de sécurité- de les éloigner de la frontière avec le Mali et de les relocaliser dans des camps plus à l'intérieur des terres. Six mois après le début de ce processus, environ 11.300 réfugiés ont quitté les camps où MSF intervenait.

Activités

Titao - Prise en charge de la malnutrition

MSF travaille à Titao au Nord du pays, depuis 2007. MSF aide à réduire la morbidité et la mortalité infantile par une prise en charge médico-nutritionnelle des enfants de 0 à 14 ans au sein de l'unité de pédiatrie du Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) de Titao ainsi que dans 11 centres de santé périphériques.

Au cours de l'année 2012, 3.850 enfants malnutris aigus sévères ont été admis dans le programme dont 35% (1.347 enfants) admis directement au CRENI (centre de récupération nutritionnelle intensive) pour complications associées. 2.227 enfants ont été hospitalisés dans le CRENI dont 1.332 en admission directe et 895 transférés des centres ambulatoires (491 pour suivi nutritionnel et 404 pour pathologie sévère survenue au cours du suivi en ambulatoire). 1.374 enfants admis dans le service de pédiatrie dont 895 pour paludisme. 1.375 enfants ont par ailleurs été vaccinés contre la rougeole.

En décembre 2012, dans une volonté d'autonomisation du ministère burkinabé de la santé de la gestion des activités pédiatriques et nutritionnelles et compte tenu de la diminution du nombre d'admissions, MSF a clôturé son intervention à Titao. Depuis l'ouverture du projet, plus de 34.000 enfants souffrant de la malnutrition aiguë avaient été pris en charge dans le programme nutritionnel de Titao.

Depuis l'ouverture de la mission MSF au Burkina Faso en septembre 2007, c'est au total 59.274 enfants malnutris qui ont été traités par les équipes MSF sur les deux projets nutritionnels (24.281 enfants à Yako, fermé en 2011, et 34.993 enfants à Titao)

Province de l'Oudalan – Soins de santé primaires pour les réfugiés maliens

En mars 2012, MSF porte secours aux réfugiés maliens dans la province de l'Oudalan (district sanitaire de Gorom-Gorom). De mars à décembre 2012, l'équipe travaille dans le centre de santé de Gandafabou et dans le camp de Ferrerio et effectue des cliniques mobiles dans les camps de Dibissi et Ngatourou-niénié. Sur cette période, plus de 21.100 patients, dont 68% de réfugiés, reçoivent des soins de santé primaires en consultations externes. Plus de 1.100 consultations prénatales sont effectuées, 331 patients sont hospitalisés et 231 enfants sont traités pour malnutrition aiguë sévère. MSF assure également le transfert des patients si nécessaire.

Avec la détérioration de la sécurité dans la zone sahélienne du Burkina Faso, notamment le nord de la province de l'Oudalan qui jouxte la frontière avec le Mali, les autorités burkinabées décident de relocaliser, en début d'année 2013, les camps où MSF intervient, vers les camps de Goudébo et Mentao. Le processus entraîne une réduction du volume d'activités de MSF à partir de janvier 2013.

En avril 2013, MSF n'intervient plus que dans le centre de santé de Gandafabou et organise une clinique mobile dans le camp spontané de Dibissi deux fois par semaine. De janvier à mars 2013, MSF a pris en charge 3.140 patients en consultation externe dont 39,8% de réfugiés. La relocalisation prochaine du dernier site de la zone d'intervention de MSF (Dibissi) commence en avril 2013. MSF planifie donc la fin de son intervention dans la province de l'Oudalan d'ici fin mai 2013.

Dépenses 2012 : 2.346.000 €

Financement : 31 % fonds institutionnels, 69 % fonds privés

Equipe 2012 : 13 expatriés, 164 locaux

Aucun autre centre opérationnel MSF présent dans le pays.

cambodge

En bref

Au Cambodge, MSF soigne la tuberculose classique et la tuberculose résistante (DR-TB) dans la province de Kampong Cham, la plus peuplée du pays. L'objectif est d'améliorer l'accès à un traitement approprié et au dépistage de la maladie.

MSF travaille aussi dans trois prisons de Phnom Penh, la capitale cambodgienne, où ses équipes délivrent des soins et des traitements contre le VIH et la tuberculose. MSF a également mis en place des mesures permettant d'améliorer le contrôle de l'infection en prison.



Contexte

Le Cambodge a longtemps détenu l'un des taux de tuberculose les plus élevés au monde, à travers un système de santé affaibli par des décennies de conflit et de difficultés économiques. Ces dix dernières années, de nombreux acteurs internationaux se sont toutefois mobilisés pour permettre à tous les patients d'avoir accès au traitement dans les centres de soins de santé primaires. L'incidence de la maladie a donc considérablement chuté, mais le système reste fortement dépendant de l'aide extérieure.

Malgré une diminution de 1 % par an de l'incidence de la tuberculose, le Cambodge détient toujours le taux d'incidence le plus élevé de la région du Pacifique occidental, estimé à environ 424 cas pour 100.000 habitants (Organisation mondiale de la santé – 2012). Le Cambodge possède l'un des taux d'incidence et de mortalité de la tuberculose les plus élevés d'Asie et fait partie des 22 pays les plus touchés par la maladie.

La situation dans les prisons cambodgiennes est par ailleurs alarmante, avec une prévalence de la tuberculose quatre à six fois plus importante et un taux d'infection par le VIH jusqu'à neuf fois supérieur en milieu carcéral. Les mauvaises conditions de vie et d'hygiène, la surpopulation et la ventilation insuffisante sont propices à la propagation des maladies comme le VIH et la tuberculose. Le pays a adopté des mécanismes de financement innovants pour soutenir le système de santé, mais la tuberculose reste négligée et dépendante des acteurs et des financements externes.

Activités

Programme tuberculose dans la province de Kampong Cham

Commencé en 2010, ce programme MSF vise à fournir un traitement complet de la tuberculose. MSF a d'abord concentré ses efforts dans le district opérationnel de Kampong Cham-Kampong Siem (KC-KS), en détectant les malades, en délivrant des soins externes spécialisés à l'hôpital provincial et en prodiguant des soins aux patients hospitalisés dans un état grave et dans le cadre du traitement initial de la DR-TB. En 2012, MSF a considérablement élargi son action pour subvenir aux besoins des communautés du district opérationnel de KC-KS. MSF a également décentralisé ses activités dans le district opérationnel de Cheung Prey. En travaillant avec les centres médicaux communautaires, les équipes continuent de sensibiliser les personnes suspectées d'être malades de la tuberculose en vue d'un dépistage précoce.

Les équipes MSF collaborent avec les médecins du ministère cambodgien de la santé pour identifier les cas potentiels de tuberculose présents dans les autres services de l'hôpital, où 25 à 30 % des malades ont été diagnostiqués (en particulier dans le service pédiatrique). En 2012, MSF a sensiblement amélioré les activités de dépistage pédiatrique de la tuberculose à l'hôpital de Kampong Cham, ce qui a permis de mettre un plus grand nombre d'enfants sous traitement.

En décembre 2012, nous avons terminé la construction d'un nouveau laboratoire de culture de la tuberculose équipé d'outils de diagnostic de pointe, comme le MGIT (Mycobacterial Growth Indicator Tube, tube indicateur de croissance mycobactérienne) et le GeneXpert. Ces outils ont amélioré le diagnostic de la tuberculose et de la DR-TB en réduisant la durée d'analyse de 2 ou 3 mois, par les méthodes conventionnelles, à 2 ou 3 semaines, par l'analyse MGIT et à environ 1 heure et demie, pour le GeneXpert.

Deux fois par mois, un médecin et un éducateur MSF participent à une émission radiophonique sur la tuberculose. En outre, des séminaires de sensibilisation sont régulièrement organisés dans les pagodes, universités, lycées et mosquées. Le but de ces activités ambulatoires est d'accroître la compréhension de la maladie et de réduire la stigmatisation subie par les malades. MSF travaille également au niveau national pour améliorer le programme cambodgien de lutte contre la tuberculose.

Grâce aux activités menées en 2012, les équipes MSF délivrent aujourd'hui 1.000 consultations par mois au service de tuberculose de l'hôpital de Kampong Cham. Elles effectuent également de nombreuses visites à domicile et des consultations de suivi. Ces activités ont grandement augmenté par rapport à 2011.

En 2012, 3.532 malades présumés ont été dépistés dans la province de Kampong Cham et 865 nouveaux patients ont été soignés. Dix-huit nouveaux patients ont été diagnostiqués avec la DR-TB, dont douze avec une forme multi-résistante de la maladie. Le nombre total de patients est supposé doubler en 2013.

Auprès des détenus

Depuis février 2010, MSF travaille également dans trois prisons de Phnom Penh, ce qui représente 25 % de la population carcérale totale du Cambodge. L'objectif est d'améliorer le dépistage de la tuberculose et du VIH et de proposer des soins et traitements adaptés aux prisonniers souffrant de ces maladies au cours de leur détention.

Afin de réduire la transmission et l'incidence de la tuberculose, MSF travaille étroitement avec le personnel médical des prisons et du programme national de lutte pour améliorer les pratiques de dépistage et de contrôle de l'infection. Tous les malades présumés sont isolés jusqu'à ce que leurs résultats soient confirmés. Les patients atteints de tuberculose résistante sont isolés plus longtemps. Lorsque la

tuberculose et/ou le VIH sont diagnostiqués, MSF fournit des soins et un traitement au patient pendant sa détention, lui facilite l'accès aux médicaments et au suivi médical après sa libération ou après son transfert vers une autre prison. Cet aspect du programme est essentiel pour prévenir la transmission de la DR-TB.

MSF intervient également pour des problèmes liés aux infections sexuellement transmissibles, pour des soins prénatals et la vaccination des femmes enceintes, pour des activités nutritionnelles en pédiatrie et pour le dépistage du VIH et de la tuberculose.

En 2013, MSF assurera progressivement la passation de ses activités carcérales aux organisations cambodgiennes et clôturera la majeure partie de ces programmes d'ici juillet 2013.

<i>Dépenses 2012 : 1.768.000 € Financement : 100 % fonds privés Equipe 2012 : 13 expatriés et 115 locaux</i>	<i>Aucun autre centre opérationnel MSF présent dans le pays.</i>
--	--

chine

En bref

En Chine, Médecins Sans Frontières est intervenu de façon ciblée à la suite des inondations qui ont frappé les provinces du sud du pays, le Yunnan, le Guizhou et le Sichuan au cours du printemps et de l'été 2012.

Au cours de 2012, un partenariat a par ailleurs été signé entre MSF et une organisation locale pour soutenir la mise en oeuvre de services de traitements par anti-rétroviraux (ARV) destinés à des patients atteints du VIH.



Contexte

La Chine subit fréquemment des typhons, tremblements de terre, inondations ou glissements de terrain. Bien que les efforts des autorités en réponse à ces catastrophes naturelles s'améliorent, une aide d'urgence complémentaire est souvent utile, en particulier en matière de distribution de matériels de survie et d'aliments adaptés aux personnes sinistrées.

Par ailleurs, la disponibilité du traitement VIH-sida s'améliore en Chine. Le pays manque toutefois d'un dispositif de prise en charge globale des patients atteints de cette maladie, de combinaisons à dose fixe préqualifiées et de médicaments ARV de deuxième ligne, ce qui limite l'accès aux soins et à un traitement de qualité.

Activités

À la suite des graves inondations qui ont frappé le sud du pays cette année, une équipe de MSF a distribué des biens de première nécessité, tels que des couvertures, de la nourriture, des bâches en plastique et des ustensiles de cuisine, à environ 3.700 familles dans les provinces du Yunnan, du Guizhou et du Sichuan.

En 2012, MSF a également développé un partenariat avec l'organisation locale AIDS Care China (ACC) pour soutenir la mise en oeuvre de services de traitement global par ARV pour les patients atteints du VIH dans cinq établissements pilotes, répartis dans trois provinces du pays. ACC est une ONG locale qui s'investit dans le traitement du VIH/sida depuis plus de 10 ans. Elle se consacre à des programmes de soutien et de sensibilisation au traitement clinique et entreprend des actions de plaidoyer en ce sens. Elle travaille en tant que partenaire local des programmes de traitement de MSF France et de MSF Belgique dans les provinces du Guangxi et de Hubei.

Après la fermeture fin 2010 du dispensaire MSF France de Nanning, ACC a ouvert un centre de traitement des infections opportunistes afin de fournir des soins aux plus démunis. ACC a ainsi montré qu'un traitement particulièrement efficace pouvait être délivré à faible coût.

L'expérience de MSF dans la mise en oeuvre de structures à but non lucratif délivrant un traitement global par ARV permettra de fournir de précieuses données venant confirmer ce constat.

Pour encourager les réformes en matière d'approvisionnement, de prescription et de qualification, MSF et ACC veulent aussi démontrer qu'il est possible d'optimiser les ressources disponibles dans un environnement clinique, en prodiguant de meilleurs soins et traitements à davantage de patients bénéficiant de meilleurs médicaments.

Pour ce faire, MSF aidera ACC à améliorer l'expertise médicale de son personnel de santé et fournira des combinaisons génériques à dose fixe (importées) pour une cohorte de patients d'ACC.

ACC dirigera les programmes et MSF apportera une aide technique dans la gestion clinique des patients atteints du VIH. L'objectif est de démontrer qu'un nouveau modèle de traitement complet, intégrant l'accompagnement des patients, peut générer de meilleurs résultats pour les patients.

<i>Dépenses 2012 : 719.000 €</i> <i>Financement : 100 % fonds privés</i> <i>Equipe 2012 : 4 expatriés et 8 locaux</i>	<i>Aucun autre centre opérationnel MSF présent dans le pays.</i>
---	--

colombie

En bref

En Colombie, en 2012, MSF dispense des soins de santé reproductive et des soins médicaux pour les enfants colombiens à Buenaventura, dans un centre de santé qui ferme ses portes début 2013, compte tenu de la baisse des admissions. MSF évalue néanmoins les possibilités de poursuivre ses activités de prise en charge des victimes de violence sexuelles.

MSF soutient également le Programme national de lutte contre la tuberculose dans la ville de Buenaventura, afin d'améliorer le diagnostic et le traitement de la tuberculose simple et de sa forme résistante.



Contexte

En 2013, la Colombie est toujours confrontée aux conséquences du conflit armé, impliquant plusieurs groupes illégaux et les forces armées colombiennes, qui dure depuis les années 60. Les conséquences directes et indirectes de la violence sur la population sont encore élevées et les besoins humanitaires restent importants.

En octobre 2012, des pourparlers de paix ont été entamés entre le président Santos et les Forces armées révolutionnaires de Colombie (FARC). Si ce processus pouvait laisser entrevoir une résolution du conflit d'ici à la fin de l'année 2013, le cessez-le-feu initié de manière unilatérale par les FARC en novembre 2012 a pris fin en janvier 2013, signifiant la reprise du conflit armé.

L'accès aux soins de santé primaires est encore très limité dans certaines zones de conflit (urbaines ou rurales), compte tenu du manque de personnel médical et d'équipements dans certaines structures de soins.

En 2012, après différentes réformes au niveau national et après des efforts considérables du ministère colombien de la santé, la situation sanitaire s'est améliorée à Buenaventura où MSF travaille. Néanmoins, des lacunes subsistent dans la prise en charge médicale des victimes de violences sexuelles, dans le domaine de la santé mentale et dans le traitement de la tuberculose.

Buenaventura est en effet une zone à forte prévalence de tuberculose avec une incidence de 90 cas pour 100.000 par an (le taux national est de 25/100.000). La ville présente l'un des niveaux de résistance les plus hauts du pays avec 9,5% des nouveaux cas de tuberculose pharmaco-résistants (2,4% au niveau national).

Activités

Buenaventura – Prise en charge de la tuberculose

Depuis 2010, MSF soutient le Programme national de lutte contre la tuberculose dans la ville de Buenaventura, ville à l'ouest du pays, pour améliorer le diagnostic et le traitement de la tuberculose simple et résistante.

En 2012, MSF importe pour la première fois un traitement contre la tuberculose résistante et soutient le programme municipal pour la gestion de la tuberculose résistante (en matière de conformité, de formation du personnel de santé et de suivi de dossiers).

Sur l'année 2012, 285 nouveaux patients atteints de tuberculose simple ont été admis dans le programme alors que 60 patients atteints de tuberculose résistante et multi-résistante étaient sous traitement à la fin de l'année (dont 31 nouvellement admis en 2012).

Buenaventura – Soins de santé reproductive

MSF ouvre un premier centre de santé dans la ville de Buenaventura en 2008. En 2011, les activités sont adaptées pour être au plus près des personnes vulnérables et de leurs besoins. En 2012, MSF propose des soins de santé primaires pour les enfants (vaccination, nutrition) et de santé reproductive (planification familiale, suivi de grossesse principalement chez les adolescentes, prise en charge des victimes de violences sexuelles).

En 2012, MSF compte 1.482 enfants vaccinés dans le cadre du programme élargi de vaccination (PEV), 420 nouvelles patientes pour une consultation prénatale, 3.444 consultations de planification familiale, 1.020 consultations psychologiques. Les équipes ont également réalisé plus de 4.200 dossiers d'assistance sociale. Malgré les difficultés rencontrées pour atteindre les victimes de violences sexuelles, l'équipe a pris en charge 144 patientes en 2012. Les équipes organisent également des dispensaires mobiles et des sessions d'information et d'éducation dans les quartiers défavorisés ou « barrios » de Buenaventura. Fin 2012, la recrudescence de la violence dans cette ville contraint MSF à arrêter momentanément ces activités externes.

En février 2013, au regard de l'amélioration du système de santé et des résultats médicaux et indicateurs de l'activité médico-sociale de MSF, l'organisation ferme le centre de santé. L'équipe poursuit néanmoins ses activités de veille sanitaire et l'évaluation des besoins humanitaires, notamment auprès des populations les plus vulnérables à la violence, dans les zones urbaines et là où un accès aux soins de santé appropriés est limité. Certaines prises en charge médicales restent lacunaires, voire inexistantes : la prise en charge des victimes de violences sexuelles et la santé mentale par exemple. MSF évalue les possibilités d'intervention dans ces deux domaines.

Buenaventura – Approvisionnement en eau potable

En 2012, MSF a réalisé deux projets d'approvisionnement en eau potable dans les « barrios » de Los Angeles et Pampa Linda.

Dépenses 2012 : 2.638.000 €
Financement : 100 % fonds privés
Equipe 2012 : 13 expatriés et 93 locaux

Autres centres opérationnels de MSF présents dans le pays : centre opérationnel de Barcelone : départements de Nariño, Cauca, Putumayo, Caquetá ; centre opérationnel d'Amsterdam : départements de Norte de Santander (fermeture en juillet 2012), Turbaco et Bolivar (fermeture des programmes en novembre 2012).

congo brazzaville

En bref

Au Congo Brazzaville, depuis novembre 2009, MSF travaille dans le district de Bétou, au nord-est du pays, suite à l'arrivée de plusieurs dizaines de milliers de réfugiés fuyant les combats en République Démocratique du Congo (RDC) voisine. 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.

MSF intervient également régulièrement pour répondre aux urgences médicales ou aux catastrophes qui frappent le pays. Depuis décembre 2012, une équipe MSF travaille dans la ville côtière de Pointe Noire pour faire face à une épidémie de choléra.



Contexte

Les principaux problèmes de santé publique rencontrés au Congo sont le paludisme, le choléra et les maladies à potentiel épidémique comme la poliomyélite, réapparue en 2010 à Pointe-Noire. Pendant l'année 2012, le Congo a d'ailleurs dû affronter diverses épidémies : choléra et rougeole dans la Likouala, fièvre jaune dans le département de la Cuvette et, depuis fin novembre, une épidémie de choléra dans la ville de Pointe Noire. La couverture vaccinale de certaines maladies reste un des points faibles du pays.

Manquant de personnel médical et paramédical, le Nord du pays reste extrêmement isolé en matière d'accès aux soins. MSF est revenu au nord-est du pays, dans le département de la Likouala, en novembre 2009, lors de l'arrivée massive de réfugiés fuyant des affrontements dans la province de l'Equateur, en RDC. Depuis, MSF continue d'apporter un soutien à l'hôpital et aux structures de santé de la zone même si la situation s'est largement améliorée. Basée à Brazzaville, l'équipe de coordination intervient sur des urgences en cas de nécessité.

Cette année, le gouvernement congolais a toutefois adopté le budget le plus important de son histoire, le secteur de la santé faisant partie des trois lignes d'investissements les plus importantes.

Activités

Bétou - Auprès des habitants de la Likouala

Le programme de Bétou a été ré-ouvert en novembre 2009 lors de l'arrivée de dizaines de milliers de personnes fuyant un conflit dans la province de l'Equateur en RDC. Plus de 140.000 réfugiés sont venus s'installer dans le département de la Likouala. Le dernier recensement du Haut Commissariat aux réfugiés des Nations unies (UNHCR) de décembre 2011 estimait la population réfugiée dans le district de Bétou à plus de 59.000 personnes, et la population résidente à 35.000 habitants.

Dans le district de Bétou, MSF propose des soins de santé primaires et secondaires. L'année 2012 a vu la stabilisation des activités dans l'hôpital, dans les centres de santé périphériques et dans les dispensaires mobiles. L'hôpital compte environ 90 lits. Chaque mois, 450 patients sont hospitalisés, dont la moitié en maternité et près d'un tiers en pédiatrie. Les principales raisons d'hospitalisation chez les enfants sont le paludisme et les infections respiratoires.

En 2012, plus de 2.800 accouchements ont été réalisés avec un taux de mortalité maternelle égal à zéro. Les principales raisons de consultations externes (2.600 consultations par mois, essentiellement infantiles) sont les infections respiratoires aiguës et le paludisme.

MSF collabore aussi aux programmes congolais de lutte contre la tuberculose, le VIH, la lèpre et le pian (maladie qui atteint la peau, les os et les cartilages et touche principalement les enfants), ainsi qu'à la prévention de la transmission du virus du sida de la mère à l'enfant. Depuis janvier, les activités vaccinales y ont été développées de façon significative, notamment avec l'introduction du vaccin contre l'Hépatite B.

Au mois de septembre, une étude de prévalence du pian a par ailleurs été réalisée au sein de la population pygmée. MSF a pour la première fois mis en œuvre les nouvelles recommandations de l'OMS pour le traitement universel du pian à dose unique d'azitromycine. Deux phases de traitement ont déjà eu lieu dans le district de Bétou et d'Enyellé. La troisième phase est prévue en mai 2013.

L'accord signé entre les deux Etats et l'UNHCR pour faciliter le retour des réfugiés n'est entré en application qu'en janvier 2012. Aujourd'hui, le retour volontaire des réfugiés s'accélère. 80.000 personnes sont concernées et devraient rentrer chez elles d'ici à juin 2013. En raison de l'amélioration de la situation et du retour en RDC d'un grand nombre de réfugiés, MSF devrait mettre fin à son projet de Bétou fin juin 2013.

Réponses à l'épidémie de choléra à Pointe Noire

MSF reste positionné sur la réponse aux urgences dans le pays. Ainsi, suite aux pluies diluviennes du mois de novembre 2012 dans la ville de Pointe Noire, MSF est intervenu jusqu'en mai 2013 pour faire face à une épidémie de choléra et aider les autorités à mettre en place les mesures de prévention. Nos équipes ont ouvert un centre de traitement du choléra dans l'hôpital de Loandjili ainsi que cinq centres de réhydratation dans les quartiers les plus touchés. Une formation du personnel médical a été assurée dans ces centres ainsi qu'à l'hôpital.

Dépenses 2012 : 2.925.000 € Financement : 100 % fonds privés Equipe 2012 : 182 locaux et 17 expatriés	Aucun autre centre opérationnel MSF présent dans le pays.
---	---

côte d'ivoire

En bref

En Côte d'Ivoire, le conflit post électoral de 2011 étant terminé, MSF s'était retiré des hôpitaux d'Abidjan mais avait maintenu ses activités dans l'ouest du pays. La normalisation puis la stabilisation de la situation sécuritaire dans cette zone courant 2012, même si des tensions persistent, a finalement conduit MSF à réduire progressivement ses activités pour y mettre fin en milieu d'année 2013. Les activités menées dans les maternités de Duékoué et d'Abobo pendant la crise ont permis de mettre en lumière les carences en matière de santé maternelle (manque de personnel qualifié, inefficacité de la prise en charge des urgences obstétriques et des soins post-nataux, etc.). MSF souhaiterait s'impliquer dans le futur dans les soins de santé des femmes.



Contexte

Malgré le retour de la paix, la réconciliation nationale semble être en panne. L'année 2012 a été marquée par des pics de violence, voire des tentatives de déstabilisation du pouvoir en place à partir du Libéria ou du Ghana. La Côte d'Ivoire est donc aujourd'hui en phase de transition mais sa stabilité demeure fragile. Des événements comme les élections locales ou le procès de Laurent Gbagbo sont des sources potentielles de tensions, notamment à l'Ouest du pays.

Côté sanitaire, la crise postélectorale a provoqué une situation d'urgence et une désorganisation du système de santé. Des efforts ont néanmoins été consentis par l'Etat ivoirien. Les populations ont pu bénéficier de la gratuité des soins dans les structures publiques pendant plusieurs mois après la crise. Cette mesure temporaire a ensuite été remplacée par une nouvelle politique de gratuité « ciblée » qui met l'accent sur les pathologies les plus fréquentes chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Des mesures de restauration des centres de santé et des hôpitaux ont été entreprises. L'année 2013 a également été déclarée « année de la santé ». Cependant, si le budget qui y est consacré a augmenté de 25% cette année, il ne représente que 5% du budget de l'Etat. A ce jour, les acteurs de l'aide internationale sont toujours présents et concentrés dans les régions de l'Ouest de la Côte-d'Ivoire.

Activités

Les projets autour de Guiglo

Pour répondre à la crise postélectorale et à ses conséquences, MSF a développé des dispensaires mobiles avant d'établir ses projets dans cinq centres de santé : Bolequin, CIB, Nikla, Guinkin et Taï. La normalisation puis la stabilisation de la situation sécuritaire a conduit MSF à réduire progressivement ses activités. Les deux premiers sites ont cessé de fonctionner en janvier 2012. Le centre de Nikla a été fermé en mars et celui de Guinkin en mai. Au total, sur les quatre sites, MSF a réalisé un peu plus de 19.000 consultations externes. Le paludisme reste la principale cause de mortalité et des consultations (40%), suivi des infections respiratoires aiguës.

Seul le programme de Taï est resté ouvert toute l'année 2012 et jusqu'à la fin du mois de mars 2013. Au total, 27.338 consultations y ont été réalisées, dont 33% de consultations pédiatriques. Après un retrait de l'Ouest de la Côte d'Ivoire, la situation tant sanitaire que sécuritaire sera suivie depuis Abidjan.

L'hôpital de Duékoué

Début 2011, suite à des violences inter ethniques, MSF a ouvert un programme d'urgences médico-chirurgicales à l'hôpital de Duékoué et s'est investi dans les urgences médicales et chirurgicales (1.795 interventions dont 60% de cas urgents), les consultations prénatales et les accouchements (2.100 accouchements de janvier à août), le service de pédiatrie (plus de 2.000 admissions en 8 mois dont 68 % pour un paludisme), en néonatalogie et en médecine interne.

Les objectifs de l'année 2012 étaient de recentrer nos activités sur les soins de santé secondaires dans l'hôpital, et plus spécifiquement au niveau des urgences chirurgicales et pédiatriques. Faut de l'accord sur les termes de la collaboration de MSF avec la direction de l'hôpital, MSF a entamé un processus de retrait aboutissant à la fermeture de ce programme en septembre 2012.

Dépenses 2012 : 3.983.000 €
Financement : 100 % fonds privés
Equipe 2012 : 376 locaux et 20 expatriés

Aucun autre centre opérationnel MSF présent dans le pays

éthiopie

En bref

En Ethiopie, depuis fin 2009, le projet MSF de Mattar fournit des soins de santé aux populations Nuers de la région de Gambella, à la frontière avec le Soudan du Sud. MSF va transférer ses activités aux autorités sanitaires éthiopiennes au cours de l'année 2013. Dans la région de Benishangul-Gumuz, MSF travaille depuis juin 2012 dans le camp de Bambasi où sont réfugiés des milliers de Soudanais ayant fui les combats dans la région du Nil Bleu, au Soudan voisin. Les activités sont focalisées sur la prévention et le traitement de la malnutrition sévère. MSF cherche à étendre son implication dans un second camp à Tongo tout en développant ses activités médicales.

Depuis avril 2013, MSF est aussi présent dans la région d'Oromiya pour évaluer les besoins des populations déplacées suite à des affrontements inter ethniques.



Contexte

Le décès, en août 2012, du premier ministre Meles Zenawi, au pouvoir depuis 1991, a ouvert une période d'incertitude politique en Ethiopie. Son adjoint, Hailemariam Desalegn, qui l'a remplacé, devrait se maintenir jusqu'aux prochaines élections en 2015. L'Ethiopie reste très influente au niveau régional et intervient militairement au Soudan du Sud et en Somalie, tout en maintenant de fortes tensions avec l'Erythrée et dans une moindre mesure avec l'Egypte.

En dépit d'améliorations significatives au cours de ces dernières années, l'Ethiopie demeure fragile sur les plans sanitaire et nutritionnel et reste un des premiers pays bénéficiaires de l'aide alimentaire mondiale. Les troubles politiques chez plusieurs de ses voisins (Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Erythrée) sont cependant à l'origine des principales situations d'urgence humanitaire sur son territoire.

Depuis septembre 2011, l'intensification des combats entre les rebelles du Mouvement de libération du peuple soudanais et l'armée soudanaise dans la région du Nil Bleu entraîne des mouvements de réfugiés vers la région de Benishangul-Gumuz, à l'ouest de l'Ethiopie.

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

Activités

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

Depuis novembre 2009, MSF travaille à Mattar en collaboration avec les autorités sanitaires éthiopiennes pour améliorer l'accès aux soins des populations Nuers dans la région de Gambella. Entre mai 2012 et février 2013, les équipes médicales ont effectué 32.370 consultations de soins de santé primaires dans le centre de santé de Mattar. Au total, 911 patients ont été hospitalisés dont 48% dans le service de pédiatrie. Les principales pathologies rencontrées sont les infections respiratoires, le paludisme et les diarrhées.

En parallèle, MSF détecte et traite la malnutrition sévère chez les enfants de moins de 5 ans. Près de 1.100 enfants malnutris ont ainsi été soignés entre mai 2012 et février 2013, dont 76 ont dû être hospitalisés. Des soins de gynécologie-obstétrique sont également proposés aux femmes enceintes. Sur la même période, 2.760 consultations prénatales ont été effectuées et 285 accouchements ont eu lieu au centre de santé. Par ailleurs, une clinique mobile parcourt la région par route ou par bateau, en fonction de la saison, pour fournir un accès aux soins aux populations les plus isolées. Plus de 15.000 consultations ont ainsi été réalisées entre mai 2012 et février 2013.

Au premier semestre 2013, MSF transférera progressivement les activités médicales aux autorités éthiopiennes pour se retirer en juin.

Assistance aux réfugiés soudanais dans la région de Benishangul-Gumuz

La majorité des réfugiés soudanais (nombre estimé à 33.000) sont répartis dans les trois camps de Sherkole, Tongo et Bambasi, administrés par l'agence gouvernementale pour les réfugiés (ARRA), avec qui MSF a conclu, en juin 2012, après de longues négociations, un accord pour travailler au nouveau camp de Bambasi, où 12.000 réfugiés ont été transférés pendant l'été depuis le camp de transit d'Ad-Amazin. Lors de ce transfert, environ un quart des enfants souffraient de malnutrition aiguë, confirmant le niveau d'assistance insuffisant à Ad-Amazin.

Les équipes MSF ont vacciné 3.500 enfants contre la rougeole et mis en place un programme de prévention et de traitement de la malnutrition sévère à l'intérieur du camp. Entre juin 2012 et février 2013, 569 enfants malnutris ont été soignés, dont 89 ont dû être hospitalisés. En parallèle, MSF a distribué des compléments alimentaires chaque mois à plus de 3.000 bénéficiaires.

MSF cherche désormais à développer son implication dans les soins médicaux et à étendre sa présence au camp de Tongo en 2013.

Assistance aux populations déplacées dans la région Oromiya

MSF a démarré en avril 2013 une opération limitée à six semaines afin d'aider les autorités sanitaires éthiopiennes à fournir une assistance médicale aux populations déplacées dans la zone East Haraghe de la région Oromiya, proche de la frontière avec la région Somali.

Ces déplacements de membres de l'ethnie Oromo font suite à une attaque menée par des membres de l'ethnie Somali, dans un contexte de tensions chroniques entre les deux groupes. Environ 16.000 personnes en auraient rejoint 23.000 autres, déplacées depuis 2011, aux environs de Mino. En dépit de l'interposition des forces gouvernementales, le risque d'escalade du conflit semble persister.

MSF prévoit de poursuivre les évaluations, de renforcer le centre de santé de Mino et de parcourir la zone avec une clinique mobile.

Dépenses 2012 : 2.183.000 €
Financement : 13 % fonds institutionnels et 87 % de fonds privés
Equipe 2012 : 250 locaux et 18 expatriés

Autres centres opérationnels MSF présents : centre opérationnel d'Amsterdam (régions d'Amhara et de Somali) ; centre opérationnel de Bruxelles (région de (Somali)) ; centre opérationnel de Barcelone (région de Somali et région des nations, nationalités et peuples du sud : SNNPR)

En bref

En France, depuis 2007, MSF a proposé des soins médicaux et psychologiques ainsi qu'un accompagnement social à des migrants demandeurs d'asile, en grande précarité, souvent sans domicile, en attente d'un titre de séjour ou déboutés de leur droit. Après une série de questionnements sur son implication dans le champ médico-social, MSF a décidé de mettre un terme à ce programme à l'échéance de mai 2013. MSF restera toutefois vigilant aux difficultés d'accès aux soins que peuvent rencontrer les personnes exclues du système de santé français et pourrait, le cas échéant, être amené à ouvrir de nouveaux projets en France.



Contexte

Depuis quelques années, en France, on assiste à une dégradation de l'offre de soins à cause d'un désengagement de l'Etat. Les populations les plus précaires ou en situation d'exclusion, parmi lesquelles les demandeurs d'asile ou les personnes sans titre de séjour, rencontrent davantage d'obstacles pour accéder aux soins médicaux.

La dégradation des conditions d'accueil et d'hébergement en France s'ajoute aux problèmes de santé. Seuls 30 % des demandeurs d'asile ont accès aux centres d'accueil et les délais de prise en charge pour les familles peuvent dépasser plusieurs mois. Les mineurs isolés et les familles demanderesses d'asile à la rue sont d'ailleurs en nette augmentation et clairement délaissés par les pouvoirs publics.

Les problèmes de santé rencontrés par ces populations restent assez représentatifs des pathologies de la rue (infections dermatologiques, infections respiratoires, douleurs articulaires, troubles du sommeil, etc.). Quant aux pathologies psychiatriques et psychologiques, elles résultent de l'accumulation de nombreux facteurs de vulnérabilité.

Activités

Le centre de soins médico-psychologiques de Paris

Ouvert le 1er mars 2007, le Centre MSF a pour objectif d'accueillir, orienter et apporter une offre de soins médico-psycho-sociale à des patients fortement fragilisés par leur parcours et leur situation administrative et sociale en France. L'accès de cette population aux soins psychologiques existants est en effet limitée, sinon impossible, en raison d'une conjonction de facteurs : la nature et l'intensité des troubles, la précarité sociale et administrative et la barrière linguistique. Le centre s'adresse principalement à des personnes ayant subi des violences traumatiques dans leur pays d'origine ou lors de leur exil, et ne pouvant être prises en charge de manière adaptée dans d'autres structures. Les Tchétchènes et Afghans représentent respectivement 37,9 % et 16,5% des patients vus au centre, essentiellement pour des raisons psychiques. Dépression sévère, angoisse majeure, syndrome de dépression post-traumatique : l'intensité et le type de symptômes sont évalués via les consultations cliniques. Cette année, 108 nouveaux patients ont été inclus dans le programme de soins psychologiques.

Le centre propose également des consultations médicales. Au total, 1.401 consultations ont été réalisées, essentiellement pour des raisons liées aux troubles du sommeil, souvent associés à d'autres symptômes somatiques (céphalées, douleurs abdominales et thoraciques, vertiges, perte d'appétit...).

Les équipes ont également assuré des permanences sociales destinées à aider les patients à faire valoir leurs droits, notamment en matière de couverture maladie et d'hébergement. Dans ce cadre, 104 personnes ont été suivies et 1.700 consultations sociales ont été réalisées.

530 personnes se sont également présentées à la permanence infirmière et sociale d'information et d'orientation. La grande majorité des patients ne se présentent qu'une fois à cette consultation ; peu d'entre eux s'étaient inscrits dans un dispositif de soins auparavant.

La fermeture du programme est prévue pour mai 2013.

<i>Dépenses 2012 : 1.203.000 €</i> <i>Financement : 100 % fonds privés</i> <i>Equipe 2012 : 13 locaux</i>	<i>Aucun autre centre opérationnel MSF présent dans le pays.</i>
---	--

géorgie abkhasie

En bref

En Géorgie, MSF a passé son projet de prise en charge de la leishmaniose viscérale de Tbilisi au ministère géorgien de la santé et a proposé d'initier une série d'essais sur deux nouveaux traitements contre la tuberculose multi-résistante.

En Abkhazie, entité indépendante à l'ouest de la Géorgie, MSF mène un programme tuberculose à Soukhoumi. Depuis 2006, nos équipes centralisent leurs efforts sur les cas multi-résistants.

Enfin, à Tbilisi et à Soukhoumi, MSF gère des activités médico-sociales à destination de personnes âgées et/ou vulnérables.

MSF est présent en Géorgie depuis 1993.



Contexte

Si les relations entre la Géorgie et la Russie, longtemps conflictuelles, s'améliorent, Tbilisi reste en conflit avec le gouvernement indépendantiste de l'Abkhazie. Des centaines de nouveaux cas de tuberculose y sont dénombrés chaque année, notamment des cas résistants aux médicaments (TB-MR). Depuis 2005, pour lutter contre la tuberculose, le pays reçoit des financements conséquents, notamment de la part du Fonds Mondial de lutte contre la tuberculose, le sida et le paludisme. En 2008, le programme national contre la tuberculose a commencé à fournir des traitements pour soigner la TB-MR. Enfin, en mars 2009, le ministère géorgien de la santé a ouvert à Tbilisi, la capitale, un hôpital spécialisé qui facilite l'accès à des soins spécialisés, dont chirurgicaux, pour certains patients atteints de TB-MR.

En Abkhazie, la tuberculose continue de se propager. C'est particulièrement vrai pour les formes multi (MR) - voire ultra (X-DR) - résistantes qui atteignent une proportion inquiétante chez les patients nouvellement diagnostiqués. Instabilité et volatilité du contexte interne et géopolitique environnant ; économie locale quasi-inexistante ; manque de personnels de santé ; peu ou pas de contact avec l'Organisation Mondiale de la Santé, le Fonds mondial ou d'autres acteurs internationaux impliqués dans la lutte contre la tuberculose... : autant de facteurs qui pénalisent la capacité des autorités locales à gérer, par elles-mêmes, le programme national de lutte contre la tuberculose.

Activités

Prise en charge de la leishmaniose viscérale à Tbilisi (Géorgie) – Fermé en décembre 2012

Depuis les années 90, le nombre de cas de leishmaniose viscérale diagnostiqués est en nette augmentation (passant de 20 cas à 200, en moyenne, chaque année). L'objectif du programme MSF, lancé en juillet 2011, était d'aider le ministère géorgien de la santé à étendre et améliorer le dépistage de la maladie (donations, formation et utilisation de tests diagnostiques rapides) et de contribuer à faire évoluer les protocoles en faveur de traitements moins toxiques pour le patient. L'Ambisome - désormais utilisée comme traitement de première et seconde ligne - permet de surcroît de réduire la durée d'hospitalisation (8 jours au lieu de 30 avec l'ancien traitement). En décembre 2012, MSF a pu transférer ce programme, avec succès, au ministère géorgien de la santé. Au total, MSF a aidé à prendre en charge 170 personnes.

Prise en charge de la tuberculose multi-résistante (TB-MR) à Sokhoumi (Abkhazie)

En Abkhazie, MSF prend en charge les patients atteints de TB-MR. Depuis 2010, notre principal objectif est d'aider au développement du programme national (formations, rédaction de protocoles médicaux de prise en charge, soutien à la réhabilitation de la structure hospitalière de référence, soutien au laboratoire, approvisionnement en matériel et médicaments afin d'éviter toute rupture de stock et donc de traitement, etc.) Au total, 438 cas de TB-MR ont été diagnostiqués et 324 patients ont bénéficié d'un traitement.

Accès aux soins pour les personnes vulnérables de Sokhoumi (Abkhazie) et de Tbilisi (Géorgie)

Les actuels 70 bénéficiaires de ce programme sont en majorité âgés de 70 ans et plus, sont isolés, alités, vulnérables et souffrant de maladies chroniques aiguës/graves. MSF leur offre un soutien matériel (fauteuils roulants, réhabilitation partielle des habitations, etc.), le transport pour leur permettre de se rendre en consultation médicale et/ou chirurgicale, des visites à domicile par un médecin MSF et une assistance administrative essentielle.

Projet d'essai clinique pour la tuberculose multi-résistante en Géorgie

Le programme national géorgien contre la tuberculose étant reconnu pour sa bonne organisation, MSF a proposé aux autorités locales d'initier une série d'essais cliniques sur deux nouveaux médicaments dédiés au traitement de la tuberculose multi-résistante. A la mi-2013, les discussions sont en cours avec le ministère géorgien de la santé.

Dépenses 2012 : 862.000 € Financement : 100 % de fonds privés Equipe 2012 : 3 expatriés et 41 locaux	Aucun autre centre opérationnel MSF présent dans le pays.
--	---

En bref

MSF est présent en Haïti depuis le séisme de 2004 et a mené une importante intervention après celui de janvier 2010.

Depuis mai 2011, MSF travaille au sein de l'hôpital de Drouillard, sur la commune de Cité Soleil à Port-au-Prince, la capitale. Début 2013, la capacité d'hospitalisation a été ramenée de 190 à 125 lits afin de réorienter l'activité médicale sur la prise en charge des urgences traumatologiques et notamment le traitement des grands brûlés, pour lesquels un nouveau service sera inauguré mi 2013.

Le choléra a frappé plus de 650.000 personnes depuis octobre 2010, dont environ un tiers ont été soignées 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

Plus de trois ans après le tremblement de terre de janvier 2010, la lenteur du redressement économique laisse de nombreux Haïtiens dans une extrême précarité. Le mécontentement social est croissant et la situation sécuritaire demeure fragile à Port-au-Prince, la capitale, où les niveaux de criminalité et de corruption restent préoccupants.

Depuis son intronisation en mai 2011, le président de la république, Michel Martelly, affronte une majorité parlementaire hostile qui paralyse l'action de son gouvernement. Face à la diminution de l'aide internationale suite au retrait de nombreux acteurs humanitaire et bailleurs de fonds, l'Etat haïtien tente d'attirer de nouveaux investisseurs étrangers mais peine à rassurer sur sa solvabilité.

La présence des forces de la mission de stabilisation des Nations unies en Haïti (Minustah) semble toujours nécessaire au maintien de la sécurité. Néanmoins l'image de la Minustah a été durablement entachée par l'introduction accidentelle du choléra dans le pays et le refus de l'ONU d'indemniser les victimes de la maladie sous prétexte de l'immunité diplomatique de ses agents.

Sans une amélioration significative de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement dans un pays où deux tiers des habitants n'ont pas accès à des latrines, chaque nouvelle saison des pluies risque désormais de déclencher de nouvelles flambées épidémiques de choléra auxquelles les infrastructures sanitaires locales n'ont pas les moyens de faire face. Les autorités sanitaires haïtiennes ont élaboré un plan décennal 2013-2022 d'élimination du choléra pour un coût global de 2,2 milliards de dollars, qui restent cependant à trouver.

Activités

Hôpital de Drouillard

En 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. Cet emplacement a été choisi pour répondre aux besoins médicaux de la population environnante, considérée comme l'une des plus vulnérables de l'agglomération de la capitale.

En février 2013, une réorganisation des services a permis de libérer de l'espace dans l'hôpital afin de pouvoir y intégrer l'unité des grands brûlés jusque-là installée dans une structure gonflable temporaire. Cela a entraîné une diminution de la capacité globale de l'hôpital, qui est désormais de 125 lits répartis entre les services des urgences, des soins intensifs, de chirurgie et des grands brûlés. En parallèle, l'hôpital assure un suivi ambulatoire pour les patients souffrant de troubles mentaux et ceux nécessitant une rééducation fonctionnelle. Les victimes de violences sexuelles sont également prises en charge.

Entre mai 2012 et février 2013, 15.853 patients ont été reçus en salle d'urgences, dont 3.369 (21%) ont été hospitalisés. Les principales causes d'admissions étaient les accidents de la route (36%), les accidents domestiques (29%) et les actes de violence (18%), dont 153 viols. Il y a eu 220 décès parmi les patients hospitalisés, soit une mortalité de 6,5%.

Au cours de la même période, l'unité des grands brûlés a admis 444 patients, soit 13% des hospitalisations. Près de 7.000 actes chirurgicaux, dont environ 70% pour des pansements au bloc, ont été effectués ainsi qu'environ 5.000 consultations de santé mentale et 23.000 séances de physiothérapie.

Urgence choléra

Fin mars 2013, le ministère haïtien de la santé publique et de la population recensait plus de 650.000 cas de choléra et 8.000 décès dans le pays depuis le démarrage de l'épidémie fin octobre 2010.

Le choléra en Haïti semble désormais endémique. En 2012, le nombre de nouveaux cas a surtout augmenté pendant la saison des pluies, entre mai et novembre. Au cours de cette période, MSF a soigné 23.000 malades sur les 110.000 dénombrés en Haïti, soit 21%. A noter que la responsabilité des centres de traitement situés en dehors de la zone affectée par le séisme avait été rétrocédée aux autorités sanitaires haïtiennes au cours de l'année 2011.

Environ 15.000 cas de choléra ont déjà été signalés dans le pays au cours du premier trimestre 2013 ; la prochaine saison des pluies menace de provoquer de nouvelles flambées. MSF conserve une unité de traitement au sein de l'hôpital de Drouillard ; des équipes pourraient également être redéployées en province, notamment dans l'Artibonite où d'importantes vulnérabilités sanitaires ont été identifiées en milieu rural.

Dépenses 2012 : 10.523.000 €
Financement : 100 % de fonds privés
Equipe 2012 : 651 locaux et 31 expatriés

Autres centres opérationnels MSF présents : centre opérationnel d'Amsterdam et centre opérationnel de Bruxelles à Port-au-Prince, centre opérationnel de Genève à Léogâne.

irak / jordanie

En bref

Médecins Sans Frontières dirige deux programmes de soutien aux civils irakiens victimes de dix années de conflit et d'instabilité.

En **Irak** même, MSF fournit des médicaments au centre de toxicologie du ministère de la santé.

De l'autre côté de la frontière, en **Jordanie**, MSF dirige depuis 2006 à Amman un programme de chirurgie reconstructrice (orthopédique, maxillo-faciale et plastique) à destination des Irakiens gravement blessés par la violence.



Contexte

Les structures de santé irakiennes sont marquées par de nombreuses années de guerre, de violences et d'instabilité économique et politique. Les conséquences sur la capacité du pays à fournir des services de santé fiables ont été dévastatrices, en particulier en matière d'accès à la chirurgie, à la physiothérapie et aux soins de santé mentale.

De nombreux Irakiens souffrent de graves séquelles après leurs blessures, causées notamment par des attentats à la bombe ou à la voiture piégée. Les options de chirurgie spécialisée disponibles sont bien trop chères pour une famille irakienne moyenne. Fort de son expérience en chirurgie de guerre, MSF tente d'améliorer le sort des Irakiens gravement blessés en les aidant à retrouver un semblant de normalité dans leur vie quotidienne.

Activités

Chirurgie reconstructrice en Jordanie

Depuis 2006, MSF dirige un programme de chirurgie reconstructrice pour les blessés de guerre irakiens à Amman, en Jordanie. Le projet s'est progressivement développé en prenant également en charge des patients originaires de Gaza, du Yémen, de Libye, d'Égypte et de Syrie. Ce programme fonctionne grâce à des agents de liaison médicaux travaillant pour MSF en lien avec les ministères de la santé des pays concernés, afin d'identifier les candidats éligibles au programme. Tous les frais de transport et d'hébergement des patients et de leurs accompagnateurs, ainsi que les coûts de traitement, sont pris en charge par MSF.

Dans ce programme chirurgical, les équipes MSF spécialisées et hautement qualifiées pratiquent essentiellement des opérations de chirurgie maxillo-faciale, orthopédique et plastique, aux côtés de physiothérapeutes et d'équipes psychosociales. Les conditions de séjour et l'éventail de soins complets proposés à Amman permettent aux patients d'obtenir les meilleures chances de rétablissement possible avant de rentrer chez eux.

En 2012, les équipes chirurgicales MSF ont pratiqué un total de 1.165 opérations chirurgicales. En moyenne, 48 nouveaux patients ont été admis chaque mois dans le programme, pour une durée de séjour oscillant entre deux semaines et deux ans, en fonction de la nature des blessures. A la fin de l'année 2012, 5.255 interventions chirurgicales avaient été pratiquées depuis le lancement du projet.

Soutien toxicologique en Irak

La lourdeur administrative des processus d'approvisionnement et d'importation en Irak, notamment pour des raisons de sécurité, complique l'obtention des médicaments et traitements nécessaires aux patients. Depuis 2009, MSF fournit des quantités régulières de médicaments au centre de toxicologie de Bagdad, qui prend en charge les cas d'intoxication aiguë via un réseau de services d'urgence dans les hôpitaux irakiens.

<i>Dépenses 2012 : 8.704.000 €</i> <i>Financement : 100 % de fonds privés</i> <i>Equipe 2012 : 160 locaux et 15 expatriés</i>	<i>Autres centres opérationnels MSF présents en Irak : Centre opérationnel d'Amsterdam, Centre opérationnel de Genève, Centre opérationnel de Bruxelles</i>
---	---

En bref

En Iran, après la fermeture en septembre 2011 du projet de Zahedan, ville située dans une région interdite aux étrangers, un nouveau programme a été lancé le 29 avril 2012 à Téhéran, dans le quartier de Darvazeh Ghar, l'un des plus pauvres de la capitale. MSF y a installé un centre de soins de santé primaires dédié aux femmes et aux enfants de moins de cinq ans dont l'objectif est aussi d'atteindre les populations les plus marginalisées et exclues du système de santé (usagers de drogues, travailleurs sexuels et enfants des rues).



Contexte

La République islamique d'Iran accueille l'une des plus importantes populations réfugiées au monde. Selon le Bureau des étrangers et de l'immigration (BAFIA), plus de 880.000 réfugiés étaient enregistrés en Iran en décembre 2011. La plupart d'entre eux sont Afghans. Si les réfugiés statutaires peuvent accéder à une assurance médicale privée, les règles et politiques relatives aux réfugiés sans papiers sont de plus en plus restrictives.

En dépit des progrès concernant des problématiques de santé liées à la drogue et à la prostitution – par exemple la mise en place de centres de substitution par méthadone –, les usagers de drogues, travailleurs sexuels et enfants des rues restent stigmatisés et exclus du système de soins. Par ailleurs, la dimension du programme national de lutte contre le VIH/sida et de prévention de la transmission de la mère à l'enfant n'est pas suffisante pour répondre aux besoins, en raison du manque de structures extrahospitalières pouvant assurer le dépistage et le suivi des patients.

Le risque sismique est une constante en Iran. Quatre séismes ont frappé le pays en moins d'un an. Le premier, de magnitude 6.4, a fait plus de 300 morts, 3.000 blessés et 16.000 sinistrés dans la province de l'Azerbaïdjan oriental, le 11 août 2012. Le second a eu lieu le 9 avril 2013 dans la province de Bouchehr, à moins d'une centaine de kilomètres d'une centrale nucléaire. De magnitude 6.1, il a provoqué la mort d'une trentaine de personnes et fait plus de 800 blessés. Moins d'une semaine plus tard, le 16 avril 2013, un troisième séisme de magnitude 7.8, le plus fort depuis plus de 40 ans, a frappé la province du Seistan-Balouchistan, détruisant une vingtaine de villages. Le 18 avril 2013, la province de l'Azerbaïdjan oriental a été de nouveau touchée par un séisme de magnitude 5.2. Peu de victimes ont été dénombrées et les autorités ont géré seules la réponse médicale et logistique à ces catastrophes naturelles.

Activités

Soins pour les femmes et les enfants vulnérables dans le sud de Téhéran

MSF a ouvert en avril 2012 un centre de soins de santé primaires pour les femmes et les enfants de moins de cinq ans dans le quartier de Darvazeh Ghar, l'un des plus pauvres de la capitale, où vivent usagers de drogues, travailleurs sexuels et enfants des rues. Stigmatisées pour des raisons culturelles et religieuses et ne disposant pas de contrat de travail ni 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.

L'objectif du programme est de leur fournir des soins adaptés : diagnostic et traitement des MST (maladies sexuellement transmissibles), suivi de grossesse, planning familial, problèmes liés à l'usage de drogues, dépistage et suivi médical pour les patients vivant avec le VIH/sida, soins de santé mentale. De mai 2012 à mars 2013, 12.038 consultations ont été effectuées, dont 1.688 de gynécologie. Le quart des patients consultés sont des enfants de moins de cinq ans.

MSF entend renforcer son offre de soins auprès de cette population, en travaillant en réseau avec les programmes nationaux existants, notamment sur le VIH, et en établissant plus de liens avec les structures de proximité, principalement avec les centres d'hébergements et de prise en charge des usagers de drogues et prostituées.

Dépenses 2012 : 904.000 € Financement : 100 % de fonds privés Équipe 2012 : 82 locaux et 3 expatriés	Aucun autre centre opérationnel MSF présent dans le pays.
--	---

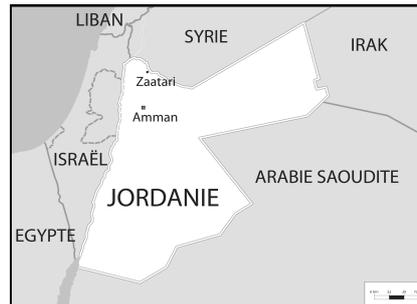
jordanie

En bref

Médecins Sans Frontières (MSF) dirige deux programmes en Jordanie :

- l'hôpital chirurgical et le centre de réhabilitation à Amman - programme créé à l'origine à destination des blessés irakiens (voir page Irak)
- l'hôpital pédiatrique du camp de réfugiés de Zaatari.

L'équipe de coordination du réseau médical de MSF travaille également depuis la Jordanie. Elle identifie les patients au Moyen-Orient qui nécessitent des soins, mais qui ne peuvent pas être soignés dans leur pays. Ces programmes tentent de répondre aux besoins chirurgicaux et de réhabilitation des patients vivant dans les pays voisins et de la région, en particulier ceux en situation de guerre ou de conflit.



Contexte

Ces dernières années, la situation sécuritaire dans plusieurs pays du Moyen-Orient s'est détériorée, rendant l'accès aux soins, sans entrave et sécurisé, plus difficile. Outre les révolutions du printemps arabe en Libye, Égypte, Syrie et ailleurs, des affrontements ont éclaté au Yémen après l'alternance du pouvoir, et les violences liées au conflit en Irak et au conflit dans la bande de Gaza ont perduré.

La Jordanie constitue donc un terrain sûr et accessible à partir duquel MSF peut diriger des projets médicaux pour les patients de la région. MSF conduit deux programmes en Jordanie : un hôpital chirurgical et un centre de réhabilitation à Amman, la capitale, et un hôpital pédiatrique récemment créé dans le camp de réfugiés syriens de Zaatari.

A ce jour, le programme d'Amman prend en charge les blessés de guerre irakiens, syriens, yéménites et gazaouis, tandis que le programme de Zaatari a pour objectif d'alléger la charge de travail des autorités locales face aux besoins médicaux des réfugiés syriens. MSF a créé un hôpital pédiatrique à l'intérieur du camp pour compenser le manque de soins médicaux à l'attention des enfants.

Activités

Programme de chirurgie reconstructrice d'Amman

Le programme de chirurgie reconstructrice MSF d'Amman a été créé en 2006 avec pour objectif principal de soigner les patients irakiens victimes des violences liées au conflit dans leur pays. Depuis, le programme s'est développé et accueille aujourd'hui des patients venant du Yémen, de Libye, de la bande de Gaza et de Syrie.

Des équipes chirurgicales MSF hautement spécialisées pratiquent des opérations de chirurgie maxillo-faciale, orthopédique et plastique sur des patients dont les blessures sont causées par des attentats à la bombe, des frappes aériennes, des combats armés ou encore des accidents domestiques.

La réhabilitation physique et psychologique des patients est intégrée à ce programme, sur site ou dans un centre de réhabilitation MSF situé à proximité. Ce programme constitue ainsi un espace de soins physiques et de soutien psychologique pour les patients.

Les patients sont référés au programme via un réseau d'agents de liaison médicaux travaillant pour MSF dans les différents pays de la région, ou, dans le cas des réfugiés syriens, via un réseau établi d'acteurs médicaux implantés dans le camp de réfugiés de Zaatari. Certains patients nécessitant des soins ont la possibilité de voyager avec un membre de leur famille, qui joue un rôle d'accompagnateur, en renfort du personnel MSF. C'est notamment le cas des enfants et des patients victimes de blessures fortement handicapantes.

À ce jour, le programme a admis plus de 2.525 patients, avec un nombre record de 577 patients pris en charge et de 1.165 opérations de chirurgie reconstructrice pratiquées par les équipes MSF en 2012. Un peu plus de la moitié de ces patients venaient d'Irak, près d'un tiers de Syrie et le reste du Yémen et de la bande de Gaza. En 2013, la proportion de réfugiés syriens devrait augmenter sensiblement au vu de la prolongation du conflit en Syrie.

Le Croissant-Rouge jordanien s'est associé à MSF sur ce programme en lui prêtant ses locaux hospitaliers.

Programme hospitalier pédiatrique de Zaatari

MSF dirige également un hôpital pédiatrique qui prend en charge les enfants âgés d'un mois à dix ans vivant dans le camp de réfugiés de Zaatari. Créé en juillet 2012, le camp est situé à proximité de la frontière jordano-syrienne, à environ 30 km de la ville de Daraa en Syrie, où ont lieu certains des affrontements les plus violents.

L'hôpital propose un service d'hospitalisation 24h/24 et de consultations d'urgence externes huit heures par jour. Au cours des sept premières semaines d'activité, l'hôpital a hospitalisé 168 enfants (dont 140 âgés de moins de cinq ans), donné 1.004 consultations externes et pris en charge 1.294 cas d'urgence. Seuls 10 % des cas d'urgence ont été transférés au service d'hospitalisation. Les principales pathologies constatées à ce jour sont des diarrhées et des pneumonies.

D'après le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR), la Jordanie recensait à la fin du mois d'avril 2013 près de 400.000 réfugiés syriens. Parmi eux, environ 100.000 vivent dans le camp de Zaatari, conçu à l'origine pour accueillir 60.000 personnes. Il s'est agrandi par la suite pour répondre au nombre croissant de réfugiés fuyant la Syrie.

Ne sachant pas quand ils pourront rentrer chez eux, les réfugiés vivent par ailleurs dans des conditions difficiles qui accroissent le risque de dégradation de leur état de santé.

Dépenses 2012 : 8.704.000 € Financement : 100 % de fonds privés Equipe 2012 : 160 locaux et 15 expatriés	Autres centres opérationnels MSF présents en Irak : Centre opérationnel d'Amsterdam, Centre opérationnel de Genève, Centre opérationnel de Bruxelles
--	--

kenya

En bref

MSF est présent au Kenya depuis 1987 et y 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, inondations, 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 et continue de bénéficier largement des financements internationaux. Sur les dernières années, le Kenya a fait des efforts considérables pour améliorer la prise en charge des patients atteints du VIH/sida avec le but d'atteindre un accès universel au traitement anti-VIH répondant aux normes de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Par ailleurs, le Kenya comptait près de 106.083 nouveaux cas de tuberculose simple et 112 nouveaux cas de tuberculose résistante en 2010 (Source : ministère kényan de la santé). 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. A noter également, une augmentation du nombre de centres de traitement de la tuberculose multi-résistante, passé de 8 en 2009 à 26 en 2010.

Activités

Nairobi - Traitement du VIH/sida et de la tuberculose dans le bidonville de Mathare

Depuis 2001, MSF a développé un programme de prise en charge du VIH/sida et de la tuberculose dans la clinique dite de la « Blue House », située dans le bidonville de Mathare à l'est de Nairobi. Environ 2.500 personnes y reçoivent des soins, dont 2.000 par traitement antirétroviral. Entre janvier et septembre 2012, 2.854 personnes ont été dépistées, dont 22% ont été diagnostiquées séropositives. 571 nouveaux patients ont rejoint le programme en 2012. 300 sont sous antirétroviraux, dont 13% sont des enfants.

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 dépistage du nombre de cas de tuberculose simple et résistante. Entre janvier et décembre 2012, 460 nouveaux patients ont rejoint le programme tuberculose dont 17 souffrant d'une forme multi-résistante de la maladie.

En 2013, les cas non compliqués de VIH/sida et tuberculose suivis par MSF sont transférés à des cliniques privées ou publiques ayant les capacités de leur permettre de poursuivre leur 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 7j/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. En 2012, 1205 patients ont été soignés par nos équipes.

Homa Bay - Traitement du VIH/sida et de la tuberculose dans la province de Nyanza

Présent à Homa Bay depuis 1996, MSF fournit des soins à plus de 10.500 personnes atteintes du VIH/sida, dont près de 9.249 par traitement antirétroviral. En 2001, 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, la prise en charge des patients atteints du sida est disponible non seulement à l'hôpital du district mais aussi dans huit postes de santé autour d'Homa Bay où les patients peuvent venir chercher régulièrement leurs médicaments. En 2012, 1.351 nouveaux patients ont rejoint le programme et 1.078 patients, dont 12% sont des enfants, ont commencé un traitement avec des médicaments antirétroviraux.

Face à l'augmentation des formes résistantes de la tuberculose, MSF s'investit depuis cinq ans dans la prise en charge des patients qui en sont atteints. En 2012, 429 nouveaux patients ont rejoint le programme tuberculose dont 13 (3%) souffrant des formes résistantes.

En 2013, MSF a démarré un processus de passation sur trois ans de l'ensemble de ses activités VIH/sida et tuberculose au ministère kényan de la santé et à ses partenaires.

Dépenses 2012 : 6.121.000 € Financement : 2 % de fonds institutionnels et 98 % de fonds privés Equipe 2012 : 239 locaux et 18 expatriés

Autres centres opérationnels MSF présents dans le pays : centre opérationnel de Bruxelles, centre opérationnel de Barcelone, centre opérationnel de Genève.

madagascar

En bref

A Madagascar, depuis avril 2011, MSF travaille à l'hôpital de Bekily pour améliorer la prise en charge hospitalière de cette zone isolée du sud de l'île. L'équipe soutient également des centres de santé périphériques.

Dans ce pays, la réponse aux urgences reste également un objectif primordial en raison des risques d'épidémie et de cyclones. Début 2012, MSF est intervenue à Tuléar et Morombe, suite au passage du cyclone Haruna.



Contexte

A Madagascar, les réductions budgétaires dues à la crise sociopolitique touchent durement le secteur de la santé. Depuis le coup d'Etat de 2009, les bailleurs de fonds internationaux rechignent à débloquent des fonds en dehors des urgences. De son côté, l'Etat a encore diminué les financements, notamment pour les médicaments. Le fonds pour les indigents, censé permettre aux plus pauvres d'accéder gratuitement à une prise en charge médicale (qui n'est plus fonctionnelle depuis des années), a été officiellement supprimé en 2012.

Les ressources humaines en matière de santé maternelle sont par ailleurs limitées et les services d'orientation et de soins d'urgence sont généralement difficiles d'accès pour les femmes, en particulier dans les zones rurales. Le taux de mortalité maternelle est de 440 décès pour 100.000 naissances vivantes.

La schistosomiase (bilharziose) est une endémie tropicale négligée à Madagascar. On assiste à une distribution mixte des deux formes de schistosome dans le pays, en particulier dans le sud. Aujourd'hui les formes intestinales et urinaires sévissent dans le sud avec des formes graves compliquées pouvant être létales.

La prévalence de toutes les formes de tuberculose avait été estimée à 415 pour 100.000 en 2006. D'après le ministère malgache de la santé, plus de 26.700 personnes ont contracté la tuberculose en 2011 : une augmentation de 16 % depuis 2009.

Madagascar est enfin le pays d'Afrique avec le plus haut risque de catastrophes naturelles, notamment les cyclones. Des facteurs comme l'appauvrissement et la déforestation massive augmentent la vulnérabilité de la population à ce type de catastrophes. De plus, la faiblesse des institutions gouvernementales diminue les capacités de réponse.

Activités

Bekily – Soins de santé primaires pour la population du district

Depuis avril 2011, Médecins Sans Frontières contribue à améliorer la prise en charge des patients dans l'hôpital de Bekily, dans la région d'Androy, au sud de l'île. MSF appuie les services d'hospitalisations (adultes et pédiatrie), les consultations prénatales, la maternité, la salle de soins et les urgences. L'équipe soutient également deux centres de santé périphériques par la fourniture de médicaments, la formation du personnel et des consultations conjointes.

Après la suspension temporaire de l'activité à Bekily en décembre 2011 (suite à un désaccord opérationnel avec le ministère malgache de la santé), les activités ont repris en février 2012 avec une relance progressive des activités externes dans les centres de santé au cours de l'année. La collaboration entre MSF et le centre de santé de Beraketa a ainsi recommencé en juin avec des consultations prénatales bimensuelles, la consultation médicale des cas chroniques (schistosomiase) et les références vers le centre hospitalier du district.

A partir du mois de septembre 2012, les activités externes ont été étendues à d'autres centres de santé. Elles incluaient un soutien à la campagne de rattrapage vaccinal des enfants cibles du Programme élargi de vaccination (PEV), ainsi que des consultations pédiatriques, un dépistage nutritionnel et de la vaccination de routine.

En 2012, le volume d'activités de MSF à l'hôpital de Bekily a considérablement augmenté par rapport à l'année précédente, pour atteindre 4.692 consultations d'urgence, 469 hospitalisations pédiatriques, 656 hospitalisations en maternité, 556 accouchements, 429 patients traités pour schistosomiase et 369 vaccinations contre la rougeole. Cette augmentation peut s'expliquer en partie par l'apparition d'une épidémie de paludisme au cours du 2e trimestre 2012, mais aussi par une plus grande connaissance de l'existence du programme de la part de la population.

Par ailleurs, MSF assure l'hospitalisation des patients tuberculeux. En 2012, 12 ont été admis à l'hôpital de Bekily. Suite à une évaluation de la prise en charge de la tuberculose dans le district d'Androy, une proposition d'intervention concernant l'amélioration du diagnostic dans les centres de santé périphériques a été présentée en fin d'année et acceptée par le Programme national de lutte contre la tuberculose.

Cyclone Haruna – Assistance aux sinistrés

Le cyclone tropical Haruna a frappé la côte sud-ouest de Madagascar le 22 février 2013, avant de ressortir dans l'Océan indien par le sud-est de l'île. Plusieurs familles ont été sinistrées, notamment dans les villes de Tuléar et Morombe, les plus affectées. MSF a mis en place des dispensaires mobiles et a effectué des donations en médicaments dans ces deux localités, ainsi que dans des centres de santé périphériques, jusqu'à la mi-avril. MSF est également intervenu en appui au ministère malgache de la santé pour la prise en charge des cas de paludisme, jusqu'à la fin du pic au mois de mai.

Dépenses 2012 : 1.235.000 € Financement : 100 % de fonds privés Equipe 2012/62 locaux et 13 expatriés	Aucun autre centre opérationnel MSF présent dans le pays.
---	---

En bref

Le Malawi compte 13 millions d'habitants. Dans ce pays, le VIH-sida est à l'origine de 59% des décès chez les 15 - 59 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.

Dans le district rural de Chiradzulu au sud du pays, MSF prend en charge les soins et le traitement du VIH dans 10 centres de santé et à l'hôpital de district. MSF travaille au Malawi depuis 1997. En 12 ans, plus de 57.000 patients ont été pris en charge par les équipes MSF. Notre cohorte de patients est la plus ancienne du pays.



Contexte

Le Malawi est confronté à une pénurie chronique de personnels de santé. On ne compte qu'un médecin pour 50.000 habitants (l'un des niveaux les plus bas au monde). Malgré cela, le gouvernement malawite a fourni des efforts considérables ces dernières années pour améliorer la prise en charge du VIH. Fin 2012, 369.436 patients étaient sous antirétroviraux (ARV) et en vie (contre 225.000 en 2010). Le nombre de sites dispensant des ARV est passé à 611 à la fin 2012 (contre 396 en 2010). Des activités de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) avec mise en pratique de l'option B+ (voir ci-dessous) sont désormais proposées dans 534 sites.

Les femmes enceintes séropositives et leur bébé bénéficient d'une prise en charge et d'ARV spécifiques à la fois *in utero* et lors de l'accouchement. Sans PTME, le taux de transmission mère enfant avoisine les 40% et tombe à 3% dans le cadre d'une prise en charge adaptée. L'option B+ 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.

En conséquence, le nombre de personnes qui décèdent du VIH au Malawi diminue chaque année (51.000 en 2009 contre 68.000 en 2001). Mais dans le même temps, le taux de nouvelles infections au sein de la population augmente (+ 12% depuis 2007) et on estime qu'entre 440.000 et 510.000 personnes vivant avec le VIH et éligibles à un traitement n'en bénéficient toujours pas.

La demande de subvention du Malawi (600 M\$) a été refusée à plusieurs reprises par le Fonds mondial pour la lutte contre la tuberculose, le paludisme et le sida, l'un de ses principaux bailleurs depuis 2002. Or le financement du VIH au Malawi repose, à 98%, sur les financements institutionnels. Alors que le pays espérait accroître le nombre de personnes mises sous ARV, il semblerait que, dans un avenir proche, les nouvelles inclusions de patients soient compromises. A titre indicatif, en 2014, le coût prévu uniquement pour les ARV atteint 66 M\$.

Activités

Prise en charge du VIH à Chiradzulu

A Chiradzulu, le ministère malawite de la santé, avec le soutien de MSF, a partiellement mis en place les recommandations de 2009 de l'Organisation mondiale de la santé relatives à la prise en charge du VIH (mettre les patients sous ARV quand leur système immunitaire est moins dégradé ; appliquer l'option B+ ; prescrire du Ténofovir à certaines catégories de patients).

Cette mise en œuvre a entraîné un accroissement de la charge de travail des équipes (para)médicales. Ainsi en 2012, MSF a suivi environ 33.864 patients séropositifs (80% sont sous ARV) ; plus de 6.000 nouveaux patients ont intégré le programme ; 2.672 femmes enceintes ont bénéficié du programme de PTME ; plus de 192.000 consultations médicales ont été dispensées (soit une augmentation de +10.9% par rapport à 2011) et environ 59.000 sessions de soutien psycho-social ont été dispensées.

Désormais, il faut encore plus simplifier et décentraliser la gestion du programme de Chiradzulu. Notre objectif : développer un projet complet (prise en charge du VIH, suivi des patients et accès aux ARV) qui soit intégrable et intégré dans les activités du ministère de la santé, aussi bien au niveau des centres de santé qu'à l'hôpital, pour que toutes les personnes séropositives du district aient accès à des soins de qualité.

- Des formations ont été dispensées aux personnels de santé gouvernementaux qui ont, par la suite, intégré tous les centres de santé où MSF travaille pour que, à terme, ils y prennent l'entière responsabilité des activités VIH. MSF supervisera, mensuellement, la bonne mise en place de ce transfert de responsabilités.
- Les services de PTME vont, à terme, offrir une prise en charge globale aux mères et aux enfants concernés : option B+, suivi (VIH ou pas) du bébé, vaccination de routine, etc. Un calendrier commun *ante* et *post* natal a été mis en place dans 7 des 10 centres de santé où MSF travaille, ce qui a permis de réduire de 50% le nombre de rendez-vous et donc le nombre de patients perdus de vue.
- Le diagnostic et le traitement de la tuberculose (maladie opportuniste du VIH) ont eux aussi été revus. Des formations sur le diagnostic, la collecte des crachats et de données et les techniques de laboratoire ont été dispensées. Le suivi des patients co-infectés est désormais décentralisé dans les centres de santé. Seuls les cas graves sont hospitalisés.
- Les ruptures de stocks des médicaments anti-tuberculeux et des tests de dépistage VIH sont régulières. MSF, qui pallie ces pénuries à partir de ses réserves, va poursuivre la rationalisation de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments dans les centres de santé.
- MSF continue à soutenir le ministère malawite de la santé dans la mise en œuvre de la circoncision masculine médicale volontaire (qui fait aussi partie des recommandations de l'OMS et qui permet de réduire le risque d'infection par le VIH d'environ 60 % pour les hommes séronégatifs) : recommandations, addition de personnels, soutien logistique et matériel.
- Enfin SAMBA – un outil permettant l'analyse semi-quantitative de la charge virale et adapté aux contextes précaires – va être déployé dans tous les centres de santé qui seront également équipés d'outils de numération des CD4 (le taux de CD4 permet de mesurer la charge virale du VIH dans l'organisme du patient).

Dépenses 2012 : 4.190.000 €
Financement : 6 % de fonds institutionnels et 94 % de fonds privés
Equipe 2012 : 480 locaux et 21 expatriés

Autre centre opérationnel de MSF présent dans le pays : centre opérationnel de Bruxelles

mali

En bref

MSF est de retour au Nord-Mali depuis février 2012 pour répondre aux conséquences du conflit et de l'instabilité. Depuis le mois d'avril, MSF appuie tous les services de l'hôpital de Tombouctou et soutient plusieurs centres de santé de la région.

Dans la région de Sikasso, au sud du pays, MSF continue de mener un projet de prise en charge intégrée de la malnutrition et d'autres pathologies mortelles de la petite enfance.

En 2012, MSF a également introduit une nouvelle stratégie de prévention du paludisme, la chimioprévention saisonnière, à destination de 160.000 enfants, avec des résultats très prometteurs.



Contexte

Au nord du pays, l'offensive française et malienne lancée en janvier 2013 a engendré le retrait des groupes armés islamistes qui contrôlaient Gao, Tombouctou et Kidal. La situation sécuritaire dans la région demeure néanmoins très tendue : braquages, actes de banditisme, représailles et exactions à l'encontre de la population, attaques et attentats suicides sont fréquents. Le retour du personnel de santé tarde à se faire, tandis que les prix sur les marchés sont en augmentation.

Ces éléments n'encouragent pas le retour des quelque 460.000 personnes qui ont quitté le nord-Mali depuis le début de la crise. On estime que 170.000 d'entre eux se sont réfugiés dans les pays voisins, notamment en Mauritanie, au Niger, en Algérie et au Burkina Faso.

A Bamako, les tensions persistent entre le gouvernement de transition et le CNRDRE du Capitaine Sanogo, auteur du coup d'état du 22 mars 2012, alors que la date du 28 juillet 2013 a été fixée pour la tenue des élections présidentielles.

L'instabilité s'ajoute à une situation sanitaire déjà précaire : le Mali continue de présenter une mortalité infantile très élevée (178 ‰ en 2010), due en grande partie au paludisme et à la malnutrition. L'enquête SMART (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions) menée par le gouvernement malien en juin 2012 a montré des taux de malnutrition aiguë allant de 8 à 10 % dans le sud du pays.

Activités

Dès février 2012, des équipes MSF se sont rendues dans les régions de Tombouctou et de Kidal. Dans cette dernière, elles ont fourni des soins primaires dans trois centres de santé. Elles ont également distribué des abris à 600 familles déplacées.

Au mois d'avril 2012, des équipes médicales ont démarré une intervention dans l'hôpital régional de Tombouctou, afin d'épauler le personnel de santé resté sur place et de pallier les difficultés pour assurer des soins de qualité et l'approvisionnement en médicaments. Depuis, MSF a pris en charge tous les services de base de l'hôpital, dont la salle d'urgence, le service de chirurgie et la maternité.

Parallèlement, MSF apporte un soutien en médicaments et ressources humaines à plusieurs centres de santé dans quatre districts de la région, dont ceux de Niafouké et de Gourma Rharous. Les équipes réalisent des consultations externes, assurent la prise en charge de la malnutrition ainsi que la vaccination des enfants et organisent le transfert des patients vers l'hôpital de Tombouctou.

Au total en 2012, quelque 50.000 consultations, 1.600 hospitalisations et 400 interventions chirurgicales ont été réalisées ; 2.500 enfants sévèrement malnutris ont été pris en charge dans ces structures de soins.

Au cours du premier trimestre 2013, les équipes ont également fait face à des afflux de blessés, soignant en tout 59 personnes. Par ailleurs, MSF s'apprête à renforcer les capacités d'hospitalisation et de prise en charge dans l'hôpital de district de Niafouké.

Poursuite du projet pédiatrique de Koutiala / Konséguéla

Depuis 2009, MSF mène avec le ministère malien de la santé un projet pédiatrique dans le district de Koutiala, dans le sud du pays. En plus du traitement des enfants malades, le programme vise à définir un ensemble minimum de soins gratuits pédiatriques simples, décentralisés et efficaces pour réduire le nombre de cas nécessitant une hospitalisation. Il s'articule autour de trois axes principaux :

- A l'hôpital de Koutiala, MSF gère une unité pédiatrique, dont la capacité peut monter à 300 lits. Plus de 9.000 hospitalisations y ont été effectuées en 2012, dont 4.400 pour une forme sévère ou compliquée de malnutrition.
- MSF élargit également l'accès aux soins primaires dans cinq centres de santé périphériques et transfère les cas les plus sévères à l'hôpital de district. Sur les 80.000 consultations de santé qui ont été réalisées, 32.000 étaient dues au paludisme. 3.000 enfants sévèrement malnutris ont également été soignés.
- Enfin, depuis mars 2010, MSF intervient dans l'aire de santé de Konséguéla afin de mettre à disposition des jeunes enfants un ensemble de soins pédiatriques préventifs et curatifs. Parmi les 2.000 enfants qui ont complété leur parcours dans le programme, 97 % ont reçu tous leurs vaccins. L'incidence de la malnutrition aiguë et le taux de mortalité des enfants de 6 à 24 mois dans cette aire de santé sont relativement bas : respectivement 3,4 cas / 100 enfants / an et 15 décès / 1.000 enfants / an.

Chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) à Koutiala

Pendant la période de haute transmission du paludisme qui court habituellement de juillet à décembre, MSF a introduit une nouvelle stratégie de prévention de la maladie : la chimioprévention du paludisme saisonnier. La distribution d'un traitement antipaludéen à 160.000 enfants âgés de 3 à 59 mois, une fois par mois et pendant trois mois, a permis de réduire, au cours de la période d'intervention, de 70% le nombre de cas simples et sévères, et de 75% le nombre de transfusions dues au paludisme réalisées à l'hôpital de Koutiala.

Face à ces résultats très prometteurs, MSF va reconduire cette activité en 2013, afin de simplifier les modalités de distribution et d'analyser plus en détail les avantages et les limites de cette approche.

Dépenses 2012 : 5.232.000 € Financement : 18 % de fonds institutionnels et 82 % de fonds privés Equipe 2012 : 413 locaux et 24 expatriés
--

Autres centres opérationnels MSF présents dans le pays : centre opérationnel de Bruxelles (région de Mopti), centre opérationnel de Barcelone (région de Gao)

mauritanie

En bref

En 2012, un pic particulièrement sévère de malnutrition a été annoncé en Mauritanie. Entre avril et septembre, les équipes de MSF ont répondu en menant dans ce pays un programme de prise en charge de la malnutrition.



Contexte

Comme dans la plupart des pays du Sahel, une grave crise alimentaire et nutritionnelle a été annoncée en Mauritanie en 2012.

Les résultats des enquêtes SMART (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions) réalisées par le gouvernement mauritanien et ses partenaires au cours de l'hiver 2011-2012 ont montré des taux de malnutrition alarmants. Ainsi en décembre 2011, en dehors de la période de soudure agricole habituellement associée à une plus grande vulnérabilité, les taux de malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans étaient de l'ordre de 6 % dans 11 régions du pays.

La Mauritanie est également confrontée aux conséquences de l'instabilité au Nord-Mali voisin. Dès le début de la crise, en janvier 2012, des milliers de réfugiés ont traversé la frontière. Accueillis dans le camp de M'bera, dans l'extrême sud-est du pays, ils vivent dans des conditions difficiles, les accès à l'eau, aux abris et à la nourriture étant très précaires dans le camp. En avril 2013, on compte plus de 75.000 réfugiés enregistrés par le Haut Commissariat des Nations-Unies pour les Réfugiés dans le camp de M'bera.

Activités

En avril 2012, MSF a ouvert un programme de prise en charge de la malnutrition infantile dans la région de Brakna, dans le sud-est du pays, à la frontière avec le Sénégal. Une enquête menée en décembre 2011 avait montré un taux de malnutrition aiguë globale de 11% chez les enfants de moins de 5 ans, laissant craindre une situation très grave au cours de la période de soudure agricole.

Les équipes de MSF sont intervenues pour épauler le personnel du ministère mauritanien de la santé dans les districts de Boghé et Magtaa Lahjar. Elles ont soutenu deux centres nutritionnels thérapeutiques des deux chefs-lieux de district et jusqu'à 12 centres nutritionnels ambulatoires. Au total, plus de 1.800 enfants ont été soignés, dont 200 en hospitalisation.

Face à une situation nutritionnelle relativement stable et à un nombre d'enfants malnutris moins élevé que prévu, MSF a interrompu ses activités de soutien à ces structures de soins en septembre 2012.

C'est le centre opérationnel de Bruxelles qui prend en charge les réfugiés maliens dans le district de Bassikounou et la malnutrition dans la région d'Assaba.

Dépenses 2012 : 649.000 €

Financement : 28 % de fonds institutionnels et 72 % de fonds privés

Equipe 2012 : 18 locaux et 6 expatriés

Autres centres opérationnels MSF présents dans le pays : centre opérationnel de Bruxelles auprès des réfugiés maliens dans le district de Bassikounou ; prise en charge de la malnutrition dans la région d'Assaba.

niger

En bref

Au Niger, Médecins Sans Frontières et l'association nigérienne FORSANI (Forum Santé Niger), continuent de mener un programme de lutte contre la malnutrition et la mortalité infantile dans le district de Madarounfa, à la frontière avec le Nigéria.

Depuis le printemps 2012, MSF intervient également dans le camp de réfugiés maliens d'Abala, dans la région de Tillabéri. Les équipes MSF fournissent des soins de santé primaires et hospitaliers, traitent la malnutrition infantile et prennent en charge le transfert des patients vers d'autres hôpitaux.



Contexte

Malgré une diminution de 45% entre 1990 et 2009, la mortalité infantile au Niger demeure très élevée : 110 décès pour 1.000 naissances vivantes en 2012. Dans plus de 50 % des cas, malnutrition et paludisme sont responsables de cette surmortalité.

En 2012, une nouvelle crise nutritionnelle a été annoncée. Au cours de l'été, les taux de malnutrition aiguë chez les enfants ont encore dépassé les seuils d'urgence. Néanmoins, la mobilisation opportune des autorités et des acteurs de l'aide a permis de prendre en charge 370.000 enfants sévèrement malnutris.

Parallèlement, une augmentation précoce et particulièrement sévère des cas de paludisme a été rapportée au cours de l'été 2012. Entre juin et octobre, plus de 2,6 millions de cas ont ainsi été enregistrés dans le pays, soit 30 % de plus qu'en 2011.

Au cours du premier trimestre 2013, une augmentation des cas de malnutrition est rapportée dans certaines parties du sud du pays, faisant craindre une nouvelle année particulièrement difficile pour les enfants.

Le Niger est également confronté aux conséquences de l'instabilité au Mali et au Nord-Nigéria voisins. Le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés estime qu'environ 50.000 réfugiés maliens ont trouvé refuge dans l'ouest du pays entre janvier 2012 et avril 2013. Par ailleurs, les risques d'enlèvements et d'attaques, dus à la présence de groupes de mouvance jihadiste dans la zone, entravent le déploiement des secours dans certaines zones.

Activités

Le projet pédiatrique de Madarounfa

Réduire la mortalité infantile, en soignant et prévenant la malnutrition et les autres pathologies meurtrières tout au long de l'année : tel est l'objectif du projet de Madarounfa, que MSF et FORSANI, ONG médicale nigérienne, mènent en partenariat depuis 2008. Ce projet s'est étoffé au fil des années et comporte aujourd'hui trois volets principaux :

- Le traitement ambulatoire de la malnutrition sévère dans cinq centres de santé du district de Madarounfa, auquel s'ajoute le traitement des cas simples de paludisme pendant la période de haute prévalence de la maladie (habituellement de juillet à novembre). Plus de 13.000 cas de malnutrition et 44.000 cas de paludisme ont ainsi été soignés en 2012.
- L'hospitalisation pour les enfants atteints de malnutrition, paludisme et autres pathologies infantiles, dans un centre nutritionnel thérapeutique à Madarounfa (86 lits) et une unité d'hospitalisation dédiée aux cas de paludisme sévère à Dan Issa (50 lits), ouverte de juillet à novembre. Ce dispositif a permis d'hospitaliser 4.400 enfants en 2012.
- Enfin, dans trois aires de santé couvertes par le programme, la mise à disposition d'un ensemble de soins préventifs et curatifs pour les enfants de moins de 2 ans. Ce dernier volet comprend la distribution de moustiquaires, le renforcement de la vaccination de routine (Programme élargi de vaccination), l'accès à des suppléments nutritionnels, les consultations périodiques de suivi de croissance du nourrisson et le traitement des cas simples de paludisme dans neuf cases de santé, afin d'être au plus près des enfants malades et de limiter les délais de prise en charge. En 2012, 10.000 enfants ont bénéficié de ces activités.

Au cours des trois premiers mois de 2013, environ 3.000 enfants sévèrement malnutris ont été admis dans le programme. Deux fois supérieur à 2012, ce chiffre augure d'une nouvelle année particulièrement difficile pour les enfants dans la région.

Intervention dans le camp de réfugiés maliens à Abala

Entre janvier 2012 et avril 2013, on estime à 50.000 le nombre de réfugiés maliens ayant passé la frontière nigérienne, fuyant l'instabilité et les combats au Nord-Mali. Dès mars 2012, les équipes MSF ont commencé une intervention auprès des réfugiés du camp d'Abala, à environ 250 km au nord-est de Niamey, capitale du Niger. Depuis le mois de mai 2012, la section française travaille dans le centre de santé local, en proposant des soins de santé primaires et secondaires aux 14.000 réfugiés du camp ainsi qu'aux 33.000 résidents.

Fin décembre 2012, 27.000 consultations (dont un tiers dû au paludisme), 568 hospitalisations et 400 accouchements avaient été réalisés par les équipes MSF. 10.000 enfants ont également été vaccinés contre la rougeole.

Dépenses 2012 : 1.784.000 €
Financement : 25 % de fonds institutionnels et 75 % de fonds privés
Equipe 2012 : 88 locaux et 7 expatriés

Autres centres opérationnels MSF présents dans le pays : centre opérationnel de Barcelone (régions de Tahoua et Agadez), centre opérationnel de Genève (région de Zinder et région de Tillabéri), centre opérationnel de Bruxelles (région de Maradi)

En bref

Dans l'Etat de Jigawa, au nord du Nigéria, MSF poursuit son soutien à l'hôpital public de Jahun pour les urgences obstétriques et la réparation chirurgicale des fistules vésico-vaginales. En mars 2012, le programme de surveillance et de traitement de la malnutrition ouvert en 2010 à Kazaure, également dans l'Etat de Jigawa, a été transmis aux autorités sanitaires.

Depuis 2005, MSF assurait une prise en charge des urgences traumatologiques au sein de l'hôpital Témé à Port-Harcourt, dans la région du Delta du fleuve Niger. Le programme est désormais fermé.

MSF reste réactif aux urgences et est ainsi intervenu à plusieurs reprises au cours de l'année pour répondre à diverses épidémies (fièvre jaune, rougeole...) et à des catastrophes naturelles (inondations).



Contexte

Depuis l'élection du président Goodluck Jonathan en avril 2011, le gouvernement fédéral fait face à une insurrection croissante du fondamentalisme islamiste dans le nord du pays. Le groupe Boko Haram revendique des séries d'attentats meurtriers dans plusieurs Etats du nord et dans la capitale, Abuja. Cette radicalisation pourrait bien accroître les tensions entre le Nord du pays, à majorité musulmane, et le Sud, à dominante chrétienne. A cela s'ajoutent deux autres facteurs à fort potentiel de déstabilisation : l'approche des élections présidentielles de 2015 et l'incapacité à poursuivre le programme de désarmement des activistes dans le Delta du Niger, où la redistribution des revenus du pétrole demeure toujours une source de revendications et de violences.

Le Nigeria continue d'afficher de très mauvais indicateurs de santé publique. Le taux de mortalité infanto-juvénile est de 124/1000 naissances vivantes, quand le taux de mortalité maternelle est de 630/100.000 naissances vivantes (source : OMS). Les taux de vaccination sont insuffisants pour limiter les risques d'épidémies. Le Nord du pays, en bordure de la zone sahélienne, connaît des crises nutritionnelles récurrentes.

Activités

Centre de traumatologie à Port-Harcourt, Etat de Rivers

En décembre 2005, MSF développe des activités de prise en charge de personnes victimes de traumatismes (violences ou accidents) dans la clinique de Témé, à Port Harcourt. La création de ce *trauma-center* est liée à la violence urbaine. Initialement prévu pour une durée de deux années, ce programme n'a fermé qu'en 2012. Au second semestre, un plan scrupuleux de sortie et de passation tant sur le plan médical que logistique a été mis en œuvre. Les 66 patients nécessitant des soins post-opératoires ont été référés à deux chirurgiens consultants ayant travaillé avec MSF. Au total, entre janvier 2006 et décembre 2012, près de 58.500 patients ont été admis dans ce centre de traumatologie.

Prise en charge des viols à Témé

Les victimes de violences sexuelles pouvaient se rendre aux urgences de l'hôpital de Témé 24h/24. 88 % des victimes de ce type de violences étaient ainsi prises en charge en moins de 72h (permettant de réduire efficacement les risques de transmission du sida). Les viols étant un problème majeur dans la région du Delta, MSF pourrait toutefois être amené à ouvrir un nouveau projet de prise en charge des violences sexuelles à Port Harcourt.

Prévention et traitement de la malnutrition sévère, Etat de Jigawa

Entre mars 2010 et mars 2012, MSF a mis en place un système de surveillance et de prise en charge de la malnutrition sévère dans l'Etat de Jigawa, le plus pauvre du Nigeria. Environ 20.000 enfants sévèrement malnutris ont été soignés chaque année avec des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi au sein de l'hôpital de Kazaure ou en ambulatoire. Le programme a ensuite été confié aux autorités sanitaires après formation de leur personnel et des donations matérielles.

Urgences obstétriques et réparation des fistules vésico-vaginales à Jahun

L'Etat de Jigawa possède l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés du Nigeria. En 2008, MSF a donc décidé de renforcer les activités obstétriques de l'hôpital de Jahun en appuyant les urgences obstétricales et en mettant en place un système de soins complet des fistules vésico-vaginales.

Au Nigeria, les fistules sont un problème de santé publique majeur. La précocité des grossesses ou le manque d'accès aux soins obstétriques expliqueraient la fréquence de cette pathologie due à des accouchements difficiles. Sous l'impulsion de MSF, l'hôpital de Jahun est devenu l'un des principaux centres de réparation des fistules dans le pays. 330 femmes ont pu bénéficier du programme de chirurgie cette année. Au-delà des aspects chirurgicaux, la rééducation fonctionnelle est une part importante du projet. L'accompagnement social est aussi indispensable à la réinsertion de ces femmes rejetées par leur communauté. En parallèle, MSF encourage les femmes de la région à venir accoucher à l'hôpital, notamment pour les cas les plus compliqués. Environ 5.000 bébés sont nés à Jahun en 2012.

Interventions d'urgence

MSF reste attentif à toute épidémie ou catastrophe pouvant se produire à travers le pays. L'objectif est de déclencher une aide logistique ou médicale selon la nature de l'urgence et des besoins. Ainsi, en 2012, MSF est intervenu lors d'une vaccination contre la diphtérie dans l'Etat de Borno, lors d'inondations dans l'Etat d'Adamawa. En avril 2013, MSF a également lancé une campagne de vaccination contre la rougeole dans le sud de l'Etat de Katsina. La population cible est constituée de 170.000 enfants de moins de 5 ans.

Dépenses 2012 : 8.480.000 €

Financement : 9 % de fonds institutionnels et 91 % de fonds privés

Equipe 2012 : 562 locaux et 35 expatriés

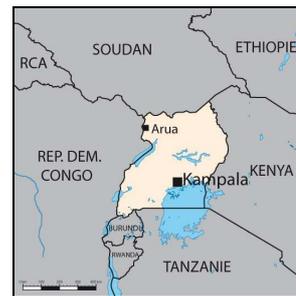
Autres centres opérationnels MSF présents : centre opérationnel d'Amsterdam et centre opérationnel de Barcelone

ouganda

En bref

En Ouganda, basé dans l'hôpital d'Arua, MSF prend en charge depuis 2001 des patients atteints par le VIH/sida et, depuis 2005, par la tuberculose, dans la province ougandaise du West Nile. Tandis que le nombre de malades suivis continue d'augmenter d'année en année, MSF poursuit l'amélioration des protocoles de traitement en coordination avec les autorités sanitaires ougandaises.

MSF a également répondu en 2012 à plusieurs urgences sanitaires dans le pays, d'origine épidémique (choléra, fièvre hémorragique) ou liées à des déplacements de population en provenance de la RDC (République Démocratique du Congo).



Contexte

L'OMS (organisation mondiale de la santé) et l'ONUSIDA (programme des Nations unies sur le sida) estiment à 1,4 million le nombre de personnes infectées par le VIH/sida en Ouganda. Le taux de prévalence chez les adultes a été estimé en 2011 à 7,3%, soit une augmentation de près de 1% depuis 2009.

Longtemps considéré comme l'un des pays les plus avancés dans la prise en charge des malades du sida, l'Ouganda est aujourd'hui l'un des rares pays africains où la prévalence augmente. Les nouvelles infections sont causées à 76% par des rapports sexuels non protégés et à 22% par la transmission de la mère à l'enfant.

Environ un tiers des femmes et plus de la moitié des hommes 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, près de 70 % y ont aujourd'hui accès.

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

L'approvisionnement en médicaments souffre également des incertitudes pesant sur la durabilité des financements internationaux, notamment via le Fonds global des Nations unies et le programme PEPFAR du gouvernement américain.

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 la faisabilité du traitement des malades du sida dans des contextes précaires. La prévalence du VIH chez les adultes dans le district d'Arua a été estimée à 4,7% chez les femmes et 5% chez les hommes, soit plus du double par rapport à 2005 (2,3%).

En plus de dix ans d'existence, près de 22.000 patients séropositifs ont été enregistrés dans le programme, dont 1.601 au cours de l'année 2012. En mars 2013, 9.282 malades étaient suivis par MSF dont 7.020 recevaient un traitement à base d'antirétroviraux. Environ un quart des patients viennent de la République Démocratique du Congo, où les possibilités d'accès gratuit à ce type de traitement sont aujourd'hui quasi-inexistantes. Le traitement de première ligne, qui concerne la majorité des patients, repose désormais sur la prise quotidienne d'un seul comprimé de TDF/3TC/EFV.

En 2012, 217 femmes enceintes séropositives ont bénéficié de la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant (PMTCT).

L'option B+ du protocole PMTCT, qui préconise une poursuite indéfinie du traitement des mères après l'accouchement, a été validée par le ministère ougandais de la santé et 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 l'objectif de détecter des comorbidités avec le VIH ou la tuberculose. En 2012, sur 448 enfants soignés dans l'unité de renutrition intensive, 44 (10%) étaient séropositifs.

Au cours de l'année 2012, 897 patients atteints de tuberculose ont été admis dans le programme. Plus de la moitié d'entre eux étaient également contaminés par le VIH. Depuis fin 2011, le protocole a été ramené à une durée de six mois. Quatorze patients ont également été traités contre des souches de tuberculose résistantes aux médicaments classiques.

Réponse aux urgences

Entre mars et juin 2012, l'équipe MSF basée à Arua a répondu à une épidémie de choléra dans les districts de Nebbi et de Bullissa, traitant 1.194 malades.

De juin à octobre 2012, MSF est intervenu auprès des réfugiés congolais fuyant les combats dans la province du Kivu en République Démocratique du Congo. MSF a ainsi participé à la mise en place des protocoles de détection et de traitement de la malnutrition dans le camp de transit de Nyakabande et dans le camp de Rwanmanja, au sud-ouest de l'Ouganda.

MSF a également assisté les autorités sanitaires ougandaises dans la gestion de plusieurs épidémies de fièvre hémorragique. En août 2012, la fièvre Ebola a fait 17 morts sur 69 cas suspects dans le district de Kibaale, puis à nouveau 4 morts sur une dizaine de cas dans le district de Luwero en novembre. En octobre 2012, la fièvre de Marburg avait également tué 9 personnes sur 18 cas suspects dans le district de Kabale.

Dépenses 2012 : 2.948.000 €
Financement : 100 % de fonds privés
Equipe 2012 : 192 locaux et 15 expatriés

Autres centres opérationnels MSF dans le pays : le centre opérationnel de Barcelone et celui d'Amsterdam ont quitté le pays en 2012.

pakistan

En bref

Depuis 1986, MSF intervient au Pakistan auprès des populations locales et des réfugiés afghans victimes d'affrontements armés, du manque d'accès aux soins et de catastrophes naturelles. A l'heure actuelle, MSF prend en charge les besoins médicaux urgents et non pourvus des populations autochtones, réfugiées, déplacées, vulnérables et/ou isolées dans les zones tribales sous administration fédérale (FATA) ainsi que dans la province du Khyber Pakhtunkhwa (KPK).



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 sociaux, économiques et culturels, coûts élevés des soins, 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 encore été dégradées 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 la situation, les équipes médicales de MSF apportent des soins médicaux gratuits à Hangu et Peshawar, dans la province du KPK, ainsi que dans l'Agence de Kurram, en zone FATA. MSF répond également en urgence aux catastrophes naturelles qui frappent fréquemment le pays, comme le séisme au Cachemire en 2005 ou encore les inondations de 2010 et de 2011.

L'ensemble des programmes de MSF au Pakistan sont financés uniquement par des dons privés.

Activités

Hangu, province du KPK

Le district d'Hangu avoisine les zones tribales pakistanaises où le contexte sécuritaire 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 populations sunnites et chiites sont autant de facteurs de déplacements de populations. En mai 2010, MSF a ouvert 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** : nos équipes travaillent 24h/7j, dans les services des urgences et de chirurgie. En 2012, MSF a pris 22.556 patients en charge en salles d'urgence et a réalisé 1.278 actes chirurgicaux. En octobre 2012, une unité de néonatalogie de 4 lits a été mise en place pour prendre en charge les nouveau-nés présentant des complications.
- **Soutien à la maternité** : depuis mai 2011, en collaboration avec le ministère pakistanais de la santé, une sage-femme MSF soutient la maternité de l'hôpital. Elle assiste les accouchements difficiles et réfère les patientes nécessitant une césarienne à nos équipes chirurgicales. Elle assure également des formations médicales et d'hygiène. En 2012, MSF a aidé à prendre en charge 2.164 accouchements.
- **Autres activités médicales** : depuis Hangu, MSF organise des transferts, en urgence, de patients vers les hôpitaux de Peshawar. En 2012, 601 patients ont été ainsi transférés. Nos équipes se tiennent prêtes à répondre à toute urgence, et notamment à l'afflux de blessés, comme le 1er février 2013, quand MSF a pris en charge 55 victimes d'un attentat survenu devant deux mosquées de Hangu.

Peshawar, province du KPK

Le Pakistan a l'un des taux les plus élevés de mortalité maternelle d'Asie centrale. En mai 2011, MSF a ouvert un hôpital entièrement dédié aux femmes, 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/24/7j/7 : chirurgie, accouchements, consultations et hospitalisations. En 2012, une unité de néonatalogie de 5 lits a été ouverte.

Les équipes MSF ont également donné des consultations ante et post natales dans 18 centres de santé du district, et installé depuis un système de référence entre les centres de santé et l'hôpital qui permet d'identifier les grossesses à risque et les urgences obstétricales ou gynécologiques. Les patientes le nécessitant sont transférées à l'hôpital MSF. Enfin, l'hôpital pour femmes sert d'établissement de référence pour les autres projets menés par MSF dans d'autres localités de la province du KPK et dans les zones FATA.

En 2012, 2.243 femmes ont été admises et 1.738 accouchements ont eu lieu ; 12.789 consultations ante natales et post natales ont été dispensées.

Agence de Kurram, zone FATA

La situation est particulièrement instable dans les zones FATA, frontalières de l'Afghanistan, où les opérations militaires et les affrontements inter-religieux sont 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. Pour des raisons de sécurité, MSF ne peut plus envoyer d'expatriés dans la zone depuis 2007. Ce programme est donc géré à partir de Peshawar et est mené, sur le terrain, par des personnels pakistanais de MSF et du ministère

pakistanaïses de la santé. Depuis l'automne 2012, les superviseurs médicaux et logistiques MSF peuvent se rendre sur place une fois par semaine et les autorités ont accordé plusieurs autorisations de visite aux expatriés.

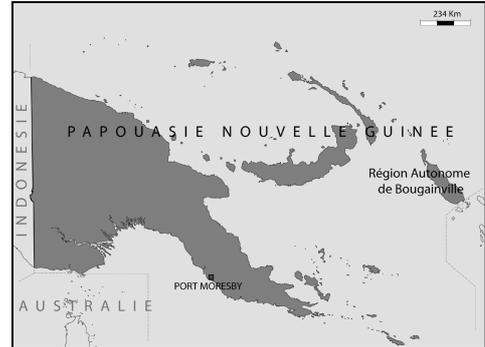
- **Soutien médical** : depuis 2007, MSF travaille dans les hôpitaux de Sadda – communauté sunnite – et d'Alizai, une enclave sunnite. A Alizai, MSF offre des consultations pédiatriques au sein de l'hôpital de district. A Sadda, MSF prend en charge les enfants malades, avec un programme nutritionnel pour les enfants de moins de cinq ans, le traitement des cas de leishmaniose cutanée et une unité d'hospitalisation pour les enfants de moins de 12 ans. Depuis Alizai et Sadda, MSF organise aussi des transferts, en urgence, de patients vers les hôpitaux de Peshawar et d'Hangu. Enfin, les équipes MSF se tiennent prêtes à répondre à toute situation d'urgence, comme les épidémies de diarrhée aqueuse aiguë, et à organiser des distributions matérielles. En 2012, 4.961 patients ont été soignés à Alizai. A Sadda, 38.475 patients ont été reçus en consultation ; 996 enfants ont été admis dans notre programme nutritionnel ; 298 cas de leishmaniose ont été traités ; 7.435 consultations ante natales ont été menées.
- **Assistance aux populations déplacées** : en avril 2013, avec le soutien des autorités pakistanaises et des communautés locales, MSF a distribué couvertures, ustensiles de cuisine, serviettes, savon, etc. à 140 familles déplacées à Sadda. Suite aux opérations militaires menées dans la Tyrah Valley, environ 50.000 personnes se sont déplacées vers Peshawar, et 5 à 10.000 autres vers Saada et Alizai. En plus de la distribution de biens de première nécessité, MSF a donné des consultations médicales dans et autour de Saada, et envisage d'ouvrir un projet médical supplémentaire en fonction des besoins identifiés par les équipes.

<i>Dépenses 2012 : 3.619.000 € Financement : 100 de fonds privés Equipe 2012 : 356 locaux et 23 expatriés</i>	<i>Autres centres opérationnels MSF présents dans le pays : centre opérationnel d'Amsterdam et centre opérationnel de Bruxelles</i>
---	---

papouasie nouvelle guinée

En bref

En Papouasie-Nouvelle-Guinée, dans la région autonome de Bougainville, une décennie de conflit a affaibli le système de santé. Dans le sud de l'île, Médecins Sans Frontières vient en aide au centre médical de Buin et à cinq établissements de santé de la région, en délivrant notamment des soins maternels.



Contexte

L'accès aux soins sur l'île de Bougainville est extrêmement limité. Dix ans de guerre civile entre les séparatistes et le gouvernement de Papouasie-Nouvelle-Guinée ont causé la mort et le déplacement de dizaines de milliers de personnes, laissant les infrastructures de la région dans un état déplorable. La crise de Bougainville a entraîné une crise locale, le conflit de Konnou, qui a semé l'insécurité dans le sud de l'île jusqu'en 2011. Cette crise a été marquée par des violences systématiques et une interruption à grande échelle de l'accès aux soins et de la fourniture de services médicaux.

MSF a commencé à travailler sur l'île de Bougainville en 1992. Après une intervention d'environ six mois, les équipes sont revenues travailler dans la région de 1998 à 2001 pour venir en aide aux victimes du conflit.

En 2010, MSF est revenu dans la province de Bougainville après dix ans d'absence pour évaluer la situation au sud de l'île et dans le district de Buin. Ces évaluations ont révélé une destruction systématique et à grande échelle des infrastructures de santé. Par conséquent, MSF a décidé de reprendre ses activités de soins de santé primaires en 2011.

Activités

Au centre de santé de Buin, MSF travaille aux côtés du ministère local de la santé pour réhabiliter l'établissement et soutenir les services de soins externes, d'hospitalisation, de maternité et de tuberculose, ainsi que le laboratoire.

L'équipe améliore la qualité des soins pré et postnatals, fournit de l'eau de qualité et optimise la gestion des déchets pour améliorer l'hygiène. À cause du manque de personnel médical qualifié dans la région, la formation du personnel de tous les services est un élément clé du travail de MSF à Bougainville.

Le principal objectif de MSF à Bougainville est d'améliorer l'accès aux soins essentiels des populations affectées par ce conflit prolongé, en insistant sur la santé materno-infantile et sur la tuberculose. L'intervention a pour but de compléter, et non de remplacer, les infrastructures de santé existantes.

Les principales activités de MSF incluent des travaux de réhabilitation des structures de santé, des tâches de maintenance et de soutien logistique du service des références, la fourniture gratuite de médicaments essentiels et le soutien clinique et la supervision des activités médicales.

La construction du service de tuberculose de six lits du centre médical de Buin, doté d'une structure d'hébergement des accompagnants, a été achevée en 2012. MSF a également effectué d'importants travaux de rénovation et d'amélioration du laboratoire, de la pharmacie et du système d'eau et d'assainissement du centre.

Le nombre de patients a augmenté tout au long de l'année en raison d'une campagne de sensibilisation menée dans les communautés locales et de l'amélioration du système de référence. En 2012, les équipes ont donné un total de 12.727 consultations externes et hospitalisé 1.219 patients. Au total, 2.364 vaccinations ont été effectuées et 688 personnes ont été reçues au planning familial.

En 2012, MSF a aidé à rénover la maison d'accueil de la maternité du centre médical de Buin, qui héberge les femmes enceintes pendant leurs dernières semaines de grossesse. Cette structure leur permet ainsi d'être à proximité du centre au moment où le travail commence. Grâce à ce dispositif, les femmes enceintes n'ont pas à faire un long voyage sur des routes accidentées en cas d'urgence. Pendant l'année, 3.124 consultations prénatales ont été effectuées et 733 accouchements ont été pratiqués.

En 2012, MSF a également renforcé les références des complications obstétricales entre le centre de Buin et l'hôpital de Buka, seul établissement offrant des soins secondaires sur l'île. L'hôpital de Buka se situe à une distance évaluée entre 6 et 9 heures de trajet empruntant des routes en mauvais état. C'est le dernier recours pour les femmes enceintes qui présentent des complications.

MSF maintient également sa capacité à répondre aux urgences médicales dans la région, telles que les épidémies ou les catastrophes naturelles. En 2012, MSF est intervenu à la suite d'une épidémie de diarrhées sanglantes dans le village reculé de Metalup, au nord de l'île de Bougainville. MSF a fourni des équipements médicaux et des biens de première nécessité à chaque foyer.

Dépenses 2012 : 1.690.000 € Financement : 100 % de fonds privés Equipe 2012 : 14 expatriés et 34 locaux	Aucun autre centre opérationnel MSF présent dans le pays.
---	---

philippines

En bref

Médecins Sans Frontières est intervenu aux Philippines pour la première fois en 1987. En 2012, le pays a subi trois catastrophes naturelles de grande ampleur. MSF a dépêché ses équipes dans les zones les plus touchées, par l'intermédiaire de dispensaires mobiles. En collaboration étroite avec le ministère philippin de la santé, les équipes ont fourni des soins de santé primaires, sont intervenues face aux risques d'épidémies et pour lutter contre la malnutrition.



Contexte

Entre 20 et 30 typhons de grande envergure frappent les Philippines chaque année, causant des dégâts importants dans tout le pays et laissant les populations sinistrées vulnérables face à la maladie et à la malnutrition.

Activités

Le typhon Washi a frappé les côtes nord-est de l'île de Mindanao le 16 décembre 2011, provoquant la mort de près de 1.400 personnes ainsi que 1.100 disparus. Environ 10.000 foyers ont été détruits, affectant le sort de 300.000 personnes. Entre le 9 janvier et le 24 février 2012, les équipes MSF ont pratiqué un total de 5.428 consultations dans les villes d'Iligan et de Cagayan de Oro, sur l'île de Mindanao, dont 1.803 pour des enfants de moins de cinq ans. En outre, MSF a fourni un traitement contre la malnutrition aiguë sévère à 237 enfants.

En août 2012, les Philippines ont subi de graves inondations après le passage des tempêtes tropicales Kai Tak et Saola. Quelque 4,2 millions de personnes ont été sinistrées dans 17 provinces situées autour de Manille, la capitale. Au total, 109 personnes sont décédées, principalement noyées ou emportées par des glissements de terrain. Entre le 13 août et le 18 septembre, MSF a effectué 1.898 consultations et distribué 2.600 kits d'hygiène aux familles les plus touchées dans les municipalités de Hagonoy et de Calumpit, dans la province de Bulacan située au nord de Manille. En collaboration avec les autorités locales, MSF a également distribué des pastilles de purification d'eau et des jerricans, et a aidé à évacuer 6.400 tonnes de déchets.

Le typhon Bopha, qui a balayé le sud des Philippines le 4 décembre 2012, est de loin le plus puissant typhon observé en 2012. Il a provoqué des dégâts considérables, causant la mort ou la disparition d'environ 2.000 personnes. Après une période d'évaluation, MSF a mis sur pied des dispensaires mobiles dans les zones côtières dévastées de Cateel et de Baganga, sur l'île de Mindanao. Dans certaines régions, tous les postes de santé ont été détruits et les hôpitaux régionaux ont été sévèrement endommagés. Opérationnel le 24 décembre, le premier dispensaire mobile MSF a effectué 126 consultations au cours de la dernière semaine de l'année 2012. L'équipe a continué son intervention jusqu'à la fin du mois de février 2013, délivrant un total de 3.488 consultations.

Fin 2012, MSF employait 18 personnes aux Philippines.

<i>Dépenses 2012 : 218.000 €</i> <i>Financement : 100 de fonds privés</i> <i>Equipe 2012 : 2 expatriés</i>	<i>Aucun autre centre opérationnel MSF présent dans le pays.</i>
--	--

république centrafricaine

En bref

Ouvrant en République Centrafricaine (RCA) depuis 1997, MSF est aujourd'hui un acteur majeur de la santé dans ce pays.

Depuis 2006, MSF travaille à l'hôpital de Paoua (environ 235.000 habitants, résidents et déplacés).

MSF soutient également 7 centres de santé périphériques et assure les références des cas graves vers l'hôpital.

A Carnot (ville d'environ 116.000 habitants), MSF propose une prise en charge du VIH et de la tuberculose, appuie trois centres de santé, offre des consultations/hospitalisations pédiatriques, soutient la vaccination et gère un réseau « d'agents paludisme », ainsi qu'une surveillance épidémiologique.



Contexte

Depuis plus de 20 ans, la RCA est en proie aux crises politico-militaires. Depuis 2005, le pays – et surtout le nord – subit des affrontements opposant rebelles et forces gouvernementales. Les populations sont victimes des combats mais également de violences commises par différents acteurs armés. En 2008, notamment, avec la signature de l'Accord de paix global et l'adoption d'une loi d'amnistie, les hostilités ont cessé dans la majeure partie du pays. Les élections de janvier 2011 portent à nouveau M. Bozizé au pouvoir, mais sa popularité et sa légitimité sont de plus en plus contestées à l'intérieur du pays. En décembre 2012, la Séléka (nouvelle coalition de groupes rebelles centrafricains) s'empare de plusieurs villes stratégiques et menace de prendre Bangui, la capitale. Des affrontements les opposent à l'armée centrafricaine, soutenue en partie par l'armée tchadienne. Malgré la signature de l'accord signé à Libreville au Gabon, le 11 janvier 2013, la Séléka reprend les armes et entre dans Bangui le 24 mars et le président Bozizé prend la fuite.

Du fait de cette instabilité, la crise sanitaire en RCA est devenue chronique au fil des ans. L'accès aux soins de base reste un problème majeur, même dans les régions qui ne sont pas directement touchées par le(s) conflit(s). Si l'année 2012 n'a pas connu d'épidémie majeure, il faut néanmoins souligner deux flambées de rougeole, en novembre. La situation nutritionnelle reste fragile dans certaines régions où, notamment en raison de l'offensive de la Séléka, les perspectives de récoltes à venir sont mauvaises. De plus, le pays connaît le taux de prévalence de VIH le plus élevé d'Afrique centrale. Enfin, le projet national de lutte contre le paludisme présenté par la RCA dépendant en grande partie de financements du Fonds Mondial de lutte contre la tuberculose, le paludisme et le sida (donc de négociations qui, en 2012, n'ont abouti qu'à un financement partiel, avec des répercussions qui auront donc des conséquences), annonçait initialement une distribution massive de moustiquaires en 2013 qui n'aura finalement lieu qu'en 2014. Sans garanties d'une plus grande stabilité et de sécurité intérieure, les financements internationaux risquent encore de diminuer à l'avenir, ce qui conduirait la RCA au naufrage sanitaire.

Activités

Paoua

Depuis mars 2006, en collaboration avec le ministère centrafricain de la santé, MSF offre des soins secondaires dans plusieurs services de l'hôpital de référence de Paoua : pédiatrie, chirurgie, maternité, hospitalisations, prise en charge de la tuberculose et du VIH – notamment de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant – et vaccination. MSF soutient également sept centres de santé périphériques (formation, gestion des agents de santé, donations de médicaments et matériel médical, petits travaux de réhabilitation) et assure les références des cas sévères vers l'hôpital.

En 2012, 80.477 consultations ont été menées à l'hôpital et dans les centres de santé ; 53.3% concernaient des cas de paludisme. Il y a eu 3.475 hospitalisations en pédiatrie, 975 en médecine, 726 en chirurgie, 2.285 en gynécologie/obstétrique. 1.890 opérations ont été réalisées. 582 enfants ont bénéficié d'une prise en charge nutritionnelle ambulatoire et 616 ont été hospitalisés dans notre centre de nutrition thérapeutique. Enfin, 456 patients sont suivis dans notre programme VIH, dont 5.5% ont moins de 15 ans ; 285 nouveaux cas de tuberculose ont été dépistés (17% ont moins de 15 ans).

Notre objectif pour 2013 est d'initier, en collaboration avec nos partenaires, une passation du programme.

Carnot

En 2010, MSF a lancé un programme de prise en charge du VIH et de la tuberculose (TB) dans la ville, puis dans la périphérie de Carnot où la prévalence VIH/TB élevée (10%) est à l'origine d'une mortalité précoce importante. En complément de cette activité, un appui est apporté à trois centres de santé pour la prise en charge du paludisme, des infections respiratoires et des maladies diarrhéiques : trois pathologies à l'origine des taux de mortalité très élevés. Début 2012, de nouvelles activités ont été initiées : consultations et hospitalisations pédiatriques, appui à la vaccination de routine, médecine interne et mise en place d'un réseau « d'agents paludisme », basé sur un mode communautaire, dont la formation et la gestion sont assurées par MSF. Par ailleurs, nos équipes assurent une surveillance épidémiologique dans la zone.

En 2012, 41.532 consultations ont été menées à Carnot et en périphérie ; 59.8% concernaient des cas de paludisme. Les « agents palu » ont quant à eux dispensé 21.103 consultations (paludisme et diarrhées). 3.013 enfants ont été hospitalisés en pédiatrie ; 214 enfants ont bénéficié d'une prise en charge nutritionnelle ambulatoire et 295 ont été hospitalisés dans notre centre de nutrition thérapeutique. Enfin, 1.179 patients sont suivis dans notre programme VIH, dont 4% ont moins de 15 ans ; 282 nouveaux cas de tuberculose ont été dépistés (19.5% ont moins de 15 ans).

Notre objectif pour 2013 est de faire encore diminuer la mortalité et la morbidité dues au VIH et à la TB chez les 0 à 15 ans.

Décembre 2012 - Offensive de la Séléka – Intervention d'urgence

Au cours des événements de la fin d'année 2012, la plupart des personnels ont déserté les centres de santé. Les équipes et les activités de MSF menées dans plusieurs villes touchées par le conflit sont maintenues. Des blessés sont pris en charge et des interventions d'urgence

sont initiées en faveur des centaines de déplacés vivant en brousse sans abri ni eau, ni nourriture, ni soins.

A Bangui, MSF appuie l'Hôpital Communautaire – seule structure de la ville fonctionnelle pendant les deux semaines qui ont suivi la prise de la capitale – et un centre de santé de la ville. Malgré les pénuries de personnel, d'eau et d'électricité, MSF continue un mois après le coup d'Etat de soutenir l'Hôpital Communautaire où, à la fin avril, 710 personnes avaient été prises en charge aux urgences et près de 130 opérations avaient été pratiquées. D'autres équipes sont envoyées en renfort sur Bangui. Dans l'intervalle, nos programmes de **Paoua et Carnot** continuent de fonctionner ; seules les activités périphériques ont été suspendues.

Pendant la crise, MSF a plusieurs fois été la cible de groupes armés (pillages, menaces...). Mi-avril, MSF a appelé toutes les parties à respecter l'accès aux soins des patients, ainsi que le personnel médical et ses infrastructures. MSF a également demandé au nouveau gouvernement d'assumer ses responsabilités afin que des milliers de personnes ne soient pas pénalisées par l'évacuation forcée de nos équipes et pour que nous puissions évaluer, en sécurité, les besoins dans des zones nécessitant d'être explorées.

Dépenses 2012 :5.828.000 €

Financement : 10 % de fonds institutionnels et 90 % de fonds privés

Equipe 2012 :338 locaux et 34 expatriés

Autres centres opérationnels MSF présents dans le pays : centre opérationnel d'Amsterdam et centre opérationnel de Barcelone.

Kayna – Traitement de la malnutrition sévère avec pathologies associées

MSF est intervenu au sein du service de pédiatrie de l'Hôpital Général Régional de Kayna, d'août à octobre 2012. Au total, 147 patients ont été pris en charge pour malnutrition aiguë sévère, une pathologie qui représente la deuxième cause d'admission à l'hôpital (après le paludisme) mais la première cause de mortalité.

Goma – Réponse chirurgicale aux victimes de violence

Les affrontements entre les rebelles de M23 et l'armée gouvernementale, survenus fin novembre 2012, se sont soldés par la prise de la ville de Goma et ont occasionné des dizaines de blessés. MSF est intervenu dans l'hôpital de Virunga, pour la prise en charge chirurgicale de 61 civils blessés par balle.

Kanyaruchinya et Mugunga III – Assistance aux populations déplacées

Entre avril et décembre 2012, plus de 500.000 personnes fuient les combats entre les groupes armés et les FARDC au Nord Kivu. De juillet à décembre 2012, MSF a offert des soins de santé primaires à la population déplacée et résidente de Kanyaruchinya. L'équipe a également assuré la prise en charge des victimes de violences sexuelles, une campagne de vaccination contre la rougeole et la mise en place d'un Centre de Traitement du Choléra (CTC) pour répondre à une épidémie. En un peu plus de 5 mois d'intervention, MSF a réalisé 15.271 consultations et traité 2.154 patients pour choléra.

Suite à la prise de Rutshuru, puis de Goma par le M23, en novembre 2012, 100.000 déplacés s'installent dans les camps de Mugunga, à l'ouest de Goma. MSF transfère alors ses activités dans le camp de Mugunga III en novembre, après la fermeture de Kanyaruchinya. Plus de 20.000 personnes vivent dans ce camp.

Début décembre, MSF vaccine près de 16.500 enfants dans les camps de Mugunga III et Don Bosco.

Vuhovi (Beni) – Vaccination rougeole

MSF a vacciné 51.072 enfants âgés de 6 mois à 15 ans.

Au Katanga :

Kabalo – Réponse à une épidémie de paludisme

Après être intervenu une première fois en début d'année 2012 en réponse au pic épidémique de paludisme, première cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, MSF intervient à nouveau en novembre pour assurer la prise en charge des cas. Entre début novembre 2012 et mi-avril 2013, les équipes ont traité près de 29.000 enfants au sein de l'unité de pédiatrie de l'hôpital de Kabalo et les 8 centres de santé périphériques soutenus. 81% des tests diagnostiques réalisés dans les centres de santé sont positifs chez les moins de 5 ans et 57% des enfants présentant un paludisme sévère ont besoin d'une transfusion sanguine.

Mitwaba – Assistance aux déplacés du « triangle de la mort »

Entre mai et août 2012, MSF soutient l'hôpital de référence de Mitwaba et les centres de santé de Kasungeshi et Kasongo-Mwana pour apporter des soins gratuits aux populations déplacées par les affrontements entre Mai-Mai et FARDC dans le triangle Mitwaba-Manono-Pweto. En cinq mois d'intervention, les équipes réalisent près de 14.000 consultations externes, 350 hospitalisations pédiatriques, 122 traitements pour malnutrition et 900 vaccinations contre la rougeole. MSF assure également 1.130 consultations prénatales et 150 accouchements.

Lubumbashi – prise en charge du choléra

Depuis novembre 2012, MSF a mis en place des activités de traitement du choléra dans le nord ouest de la ville de Lubumbashi. Les équipes ont notamment construit un Centre de Traitement du Choléra de 80 lits. De novembre 2012 à début mars 2013, plus de 1.000 patients ont été admis dans trois structures au total.

Fin mars 2013, MSF développe des activités à Likasi, touchée également par le choléra.

Dépenses 2012 : 10.215.000 €

Financement : 1 % de fonds institutionnels et 99 % de fonds privés

Equipe 2012 : 608 locaux et 36^e xpatriés

Autres centre opérationnels MSF présents dans le pays : centre opérationnel d'Amsterdam : Nord Kivu, Sud Kivu, Katanga ; centre opérationnel de Bruxelles : Kinshasa, Nord Kivu, Maniema, Province Orientale ; centre opérationnel de Barcelone : Sud Kivu ; centre opérationnel de Genève : Province Orientale.

russie tchéchénie

En bref

Les projets de Médecins Sans Frontières sont situés dans le Nord-Caucase, en Tchétchénie, une zone toujours instable mais que toutes les organisations internationales (à l'exception du Comité International de la Croix Rouge) ont quitté depuis 2011.

Depuis fin 2010, MSF travaille au sein de l'unité de réanimation du service de cardiologie de l'hôpital républicain des urgences de Grozny sur un programme d'urgences cardiologiques.

Depuis avril 2012, MSF intervient aussi dans l'unité de réanimation néonatale au sein de l'hôpital républicain « mère-enfant » de la ville.



Contexte

En 2012, les combats, attentats et opérations anti-terroristes ont provoqué la mort de 690 personnes et ont fait 523 blessés dans le Nord-Caucase. La seconde guerre de Tchétchénie est un conflit armé qui opposa l'armée fédérale russe aux indépendantistes tchéchéniens du 1^{er} octobre 1999 au 1^{er} février 2000, jour de la prise de Grozny, la capitale de la république, par les troupes russes. Des opérations de contre-insurrection ont continué d'être initiées jusqu'en avril 2009 et, en 2012, des combats ont encore lieu dans la région.

Les projets de MSF sont situés en Tchétchénie où, en 2012, 82 personnes ont été tuées et 92 blessées.

En Tchétchénie, les maladies cardio-vasculaires (MCV) sont à l'origine de 62 à 71 % des décès (le chiffre varie selon les sources). Les autorités fédérales se sont engagées dans un programme de modernisation des structures de santé, mais le personnel médical qualifié et les traitements spécifiques manquent. Les ruptures de stocks de médicaments et de matériel médical sont également fréquentes.

La situation est tout aussi critique dans le domaine de la santé néonatale. Le taux de natalité en Tchétchénie est élevé : 5 à 6 enfants par femme en moyenne. Dans le même temps, le taux de mortalité néonatale y est le plus important de toute la Fédération de Russie (19,1‰ contre 9,0‰ pour la Russie). A cela deux raisons identifiées : le manque de personnel qualifié et de soins anténatals, notamment pour les femmes vulnérables, à faible revenu et/ou venant de régions éloignées.

Dans l'ensemble des projets menés par MSF, les expatriés interviennent en soutien aux équipes du ministère tchéchéne de la santé. Cette présence est rendue possible par l'amélioration de la situation sécuritaire à Grozny et par une surveillance constante du contexte.

Activités

Projet de cardiologie - Grozny

Depuis la fin 2010, MSF intervient dans l'unité de réanimation du service de cardiologie de l'hôpital républicain des urgences (REH) de Grozny. Après une première phase d'équipement en matériels et de formation du personnel, les premières consultations débutent fin mars 2011. La première fibrinolyse (dissolution d'un caillot de sang obstruant une artère coronaire) a été réalisée en juillet 2011. En 2012, le programme continue son développement : prise en charge des patients désormais assurée 24/7 ; formations complémentaires sur la fibrinolyse ; amélioration des procédures laboratoires, etc.

En 2012, 748 patients sont admis dans l'unité de réanimation cardiologique ; la majorité souffre d'un syndrome coronarien aigu ; près de 50 % sont des femmes. 113 thérapies par défibrillation et 54 fibrinolyse sont réalisées.

Nouveau projet de réanimation néonatale - Grozny

En 2012, après avoir mené une évaluation approfondie de toutes les structures de soins de Grozny, MSF décide, à partir d'avril, de concentrer ses efforts sur le soutien à l'unité de réanimation néonatale (URN) de l'hôpital républicain « mère – enfant » de la ville. Cet hôpital prend en charge l'ensemble des accouchements à risque identifiés en république tchéchéne. Notre objectif : réduire de 50 % le taux de mortalité des nourrissons de plus de 1 kg admis à l'URN.

MSF va assurer des formations spécifiques, aider les autorités locales à créer et mettre en œuvre un protocole de réanimation néonatale (inexistant à ce jour au niveau républicain) et collecter des données sur cette nouvelle activité afin d'établir un état des lieux plus précis des régions où les soins anténatals sont les plus déficients.

Fermeture du programme gynéco-obstétrique et pédiatrique - Grozny

Depuis 2005, MSF offrait des soins gynéco-obstétriques et pédiatriques à Grozny. En 2010, MSF a étendu ces activités au nord de la Tchétchénie puis en 2011 au sud, à l'hôpital de district de Chatoï (consultations de gynécologie - notamment pour les infections sexuellement transmissibles – suivi *ante* et *post* natal, planning familial, consultations pédiatriques majoritairement pour des enfants âgés de moins de 5 ans). L'activité étant décroissante, ce programme a été fermé en novembre 2012. Au total, 116.200 consultations gynéco-obstétriques et 151.015 consultations pédiatriques ont été dispensées.

Dépenses 2012 : 1.833.000 € Financement : 100 % de fonds privés Equipe 2012 : 3 expatriés et 45 locaux	Autre centre opérationnel de MSF présent dans le pays : celui d'Amsterdam
--	---

somalie

En bref

Nos deux collègues Blanca Thiébaud et Montserrat Serra sont toujours détenues en Somalie. Elles ont été enlevées dans le camp de réfugiés somaliens de Dadaab, au Kenya, le 13 octobre 2011. MSF a suspendu toute ouverture de nouveaux projets en Somalie, et ce tant qu'elles n'auront pas été libérées. MSF continue cependant d'offrir des soins de santé primaires, secondaires et chirurgicaux à Mogadiscio et dans ses environs. En 2012, les équipes ont géré jusqu'à cinq dispensaires et deux hôpitaux, afin d'améliorer l'accès aux soins pour la population résidente et les 370.000 déplacés vivant à Mogadiscio.



Contexte

Plus de vingt ans après l'effondrement de l'Etat somalien, un parlement et un président ont été élus en 2012. L'offensive menée par le gouvernement de transition, appuyée par les armées éthiopienne, kenyane et les forces de l'Union Africaine, a engendré le retrait des combattants islamistes Al-Shebaab des principales villes du centre et du sud. Néanmoins, insécurité et violence continuent d'y être monnaie courante : aux attaques menées par les groupes islamistes s'ajoutent les conflits d'ordre clanique et liés à la captation des ressources. Malgré une relative amélioration de la situation à Mogadiscio, la ville reste le théâtre de violences et d'affrontements sporadiques, tandis que les combattants Al-Shebaab ont multiplié fin 2012 et début 2013 les attentats visant les forces de sécurité et les nouvelles institutions du pays. Si la situation alimentaire et nutritionnelle s'est améliorée dans le pays après la grave crise nutritionnelle de 2011, le taux de malnutrition infantile continuait d'avoisiner le niveau d'urgence (14,3%) en janvier 2013 avec 215.000 enfants souffrant de malnutrition aiguë -selon le FNSAU (Food Security and Nutrition Analysis Unit : organisme des Nations unies chargé de surveiller la situation alimentaire et nutritionnelle en Somalie).

Les conséquences de vingt ans de guerre et d'instabilité continuent par ailleurs de rendre extrêmement difficiles les conditions de vie de la population somalienne.

Selon le HCR, plus d'un million de Somaliens sont toujours déplacés à l'intérieur du pays, fuyant la violence ou des conditions de vie trop précaires. Quelque 370.000 d'entre eux vivent à Mogadiscio, avec un accès irrégulier à la nourriture, à l'eau, aux abris et aux soins de santé. Un autre million de Somaliens sont toujours réfugiés dans les pays de la région, principalement au Kenya, en Éthiopie et au Yémen.

Activités

Accès aux soins primaires à Mogadiscio

En 2012, les équipes MSF ont géré cinq dispensaires, offrant des consultations externes, la prise en charge de la malnutrition infantile et des services de vaccination de routine, dans différents quartiers de Mogadiscio.

Dans les dispensaires de Howl Wadaag, Refinery, Rajo, Jasiira et Xadaar, plus de 70.000 consultations et 10.000 consultations prénatales ont été réalisées au cours de l'année écoulée. Plus de 1.400 enfants ont été soignés pour une forme sévère de malnutrition ; 14.000 ont été vaccinés contre la rougeole, dont 3.400 lors d'une campagne de vaccination dans les camps de déplacés de Refinery et Xadaar.

Courant 2012, MSF a progressivement fermé les dispensaires de Howl Wadaag, Refinery and Rajo, suite à l'arrivée de nouveaux acteurs de santé dans ces quartiers, et afin de centrer ses activités sur les soins secondaires. En février 2013, le dispensaire de Xadaar a été fermé, le contexte ne permettant pas à MSF d'assurer la sécurité des patients et du personnel soignant dans ce centre.

Soins hospitaliers à Jasiira et Daynile

Les équipes interviennent depuis 2011 dans un hôpital de 50 lits situé dans le camp de déplacés de Jasiira, à Mogadiscio. Une attention particulière est portée aux soins materno-infantiles : les équipes gèrent un service de maternité et réfèrent les cas obstétricaux compliqués vers d'autres hôpitaux de la ville. En 2012 et au cours des deux premiers mois de 2013, plus de 600 accouchements y ont été réalisés et 2.500 personnes ont été hospitalisées.

MSF continue également d'intervenir dans l'hôpital de Daynile, à 10 km de Mogadiscio, dans la salle d'urgence et les services de consultations externes, de soins intensifs, de chirurgie, d'hospitalisation pédiatrique, de maternité et de soins nutritionnels. Entre avril et septembre 2012, MSF a dû suspendre ses activités dans cet hôpital, atteint par les combats entre forces pro-gouvernementales et Al-Shebaab. Au cours des sept mois d'activité en 2012, 440 personnes ont été hospitalisées dans le département chirurgical. En janvier et février 2013, 184 interventions ont été réalisées dans le bloc opératoire de l'hôpital.

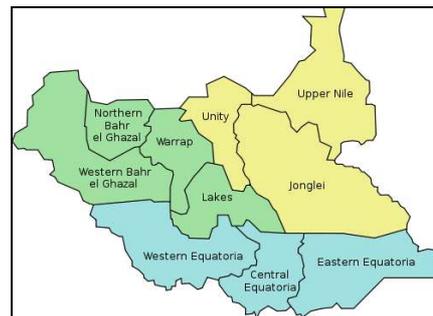
Dépenses 2012 : 4.200.000 €
Financement : 100 % de fonds privés
Équipe 2012 : 291 locaux et 9 expatriés

Autres centres opérationnels de MSF présents dans le pays : centre opérationnel de Genève : Mogadiscio, Afgooye, régions d'Hiran et de Bay ; centre opérationnel de Bruxelles : Somaliland, Puntland ; centre opérationnel de Barcelone : Mogadiscio, Jowhar ; centre opérationnel d'Amsterdam : Lower Juba, Somaliland, Puntland.

soudan du sud

En bref

Au Soudan du Sud, dans la province du Nord Bahr El Ghazal, MSF dispense des soins de santé materno-infantile dans l'hôpital de référence d'Aweil depuis 2008. Dans cette région, MSF est également amené à développer des activités ponctuelles pour répondre à des urgences sanitaires (crise nutritionnelle, épidémie, déplacement de populations...). Dans l'Etat d'Unity, au nord du pays, MSF fournit depuis octobre 2011 des soins de santé dans le camp de réfugiés de Yida, où sont installées les populations qui fuient les combats dans la région soudanaise du Kordofan du Sud.



Contexte

Indépendant depuis juillet 2011, le Soudan du Sud reste marqué par le conflit qui perdure avec le Soudan et les tensions ethniques sur son territoire. Depuis l'été 2011, les combats entre les forces armées soudanaises (SAF) et le Mouvement pour la libération du peuple soudanais (SPLM-Nord) dans les provinces du Kordofan du Sud et du Nil Bleu ont entraîné d'importants déplacements de populations vers le Soudan du Sud, où environ 185.000 réfugiés vivent dans des camps et dépendent de l'aide internationale. D'autres sujets de discorde entre le Soudan du Sud et le Soudan voisin persistent, tels la démilitarisation de la frontière, la question de la citoyenneté, le partage des ressources pétrolières et de l'eau ou encore les revendications communes sur la région d'Abyei.

Le Soudan du Sud est déchiré par de fortes tensions ethniques, parfois alimentées par le Soudan voisin. Dans l'Etat de Jonglei, la rébellion menée par David Yau Yau, membre de l'ethnie Murle, s'accompagne d'affrontements réguliers avec les forces sud-soudanaises et entretient également une vendetta particulièrement meurtrière avec l'ethnie Lou Nuer.

Après deux décennies de conflit quasiment ininterrompu, le pays pâtit en outre de l'insuffisance de personnel médical qualifié et d'infrastructures adaptées, ce qui handicape son développement sanitaire. La majorité de la population du Soudan du Sud reste ainsi privée d'accès aux soins de santé les plus élémentaires et demeure très exposée aux crises nutritionnelles ou épidémiques.

Activités

Soins materno-infantiles à l'hôpital d'Aweil, Nord Bahr-El-Ghazal

MSF est intervenu en 2008 dans la province du Nord Bahr-El-Ghazal suite à des affrontements entre les ethnies Dinka et Misseriya puis ensuite en réponse à des inondations et des épidémies de choléra et de malnutrition sévère. Ces activités ont abouti à un partenariat avec l'hôpital de référence d'Aweil, où MSF se focalise sur les soins de santé à destination des mères et de leurs enfants.

Entre mai 2012 et mars 2013, 4.708 enfants ont ainsi été admis dans le service pédiatrique de l'hôpital et 2.590 autres souffrant de malnutrition sévère dans le programme nutritionnel. MSF a également accompagné 3.125 accouchements à l'hôpital, 133 césariennes (4%) ont été réalisées, et l'on compte un total de 5.522 femmes admises dans le service de gynécologie/obstétrique.

Au cours du second semestre 2012, pendant la saison des pluies, MSF a constaté une augmentation très importante des cas de paludisme.

Entre août et décembre, plus de 22.400 malades ont ainsi été soignés par MSF à Aweil et dans ses environs.

Soins de santé dans le camp de réfugiés de Yida, Etat d'Unity

Yida est le principal camp de réfugiés de l'Etat d'Unity au Soudan du Sud. Proche de la frontière avec le Soudan, il accueille depuis mi-2011 les populations fuyant les combats et les bombardements dans la province soudanaise du Sud Kordofan. A partir d'avril 2012, la population du camp a connu une forte augmentation suite à l'arrivée de nombreux nouveaux réfugiés. En juillet 2012, elle dépassait 50.000 personnes alors que les pluies saisonnières dégradaient les conditions sanitaires à l'intérieur du camp tout en bloquant l'accès par la route depuis la capitale Juba.

MSF a alors étendu ses activités médicales et nutritionnelles afin de porter assistance aux nouveaux arrivants, notamment les enfants souffrant de malnutrition sévère. Entre mai 2012 et mars 2013, alors que la population de Yida continuait de croître jusqu'à atteindre 70.000 personnes, 2.784 enfants sévèrement malnutris ont été soignés dans le programme nutritionnel thérapeutique, dont 653 (23%) ont dû être hospitalisés. Pendant cette même période, les équipes MSF ont également effectué près de 90.000 consultations de soins de santé primaires, dont \pm un tiers concernait des enfants de moins de 5 ans. L'hôpital MSF installé dans le camp a admis près de 3.000 patients dont les deux tiers de moins de 5 ans. Les pathologies les plus diagnostiquées étaient les infections respiratoires, les diarrhées et le paludisme.

Afin de tenter de réduire le nombre de consultations pour les plus jeunes enfants au cours de la prochaine saison des pluies, MSF a effectué en mai 2013 une campagne de vaccination contre le pneumocoque (vaccin PCV) et contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B et les infections à l'*Haemophilus influenzae* type B (vaccin pentavalent) pour environ 9.000 enfants de moins de 2 ans. Ces deux vaccins ont par ailleurs été introduits dans la vaccination de routine au niveau des centres de santé.

En parallèle, MSF va accroître ses capacités d'hospitalisation et s'impliquer dans l'amélioration des conditions sanitaires, notamment par la construction de nouvelles latrines.

Dépenses 2012 : 11.698.000 €

Financement : 21 % de fonds institutionnels et 79 % de fonds privés

Equipe 2012 : 60 expatriés et 452 locaux

Autres centres opérationnels MSF présents dans le pays : centre opérationnel d'Amsterdam (Jonglei, Upper Nile, Western Equatoria, Unity), centre opérationnel de Bruxelles (Jonglei, Upper Nile, Warrap), centre opérationnel de Barcelone (Western Equatoria, Nord Bahr El Ghazal), centre opérationnel de Genève (Abyei, Unity)

sri lanka

En bref

MSF est intervenu au Sri Lanka pour la première fois en 1986.

En 2012, Médecins Sans Frontières a transféré ses derniers programmes en activité, trois ans après la fin d'une guerre civile désastreuse. Entre 2010 et 2012, l'objectif de MSF était d'apporter une aide médicale aux victimes du conflit pendant le processus de réinstallation en délivrant des soins de santé primaires et secondaires dans les régions les plus touchées. Après un transfert progressif des activités médicales au ministère sri lankais de la santé en 2011-2012, le programme de santé mentale de Mullaitivu, sur la côte nord-est du pays, a été remis en août 2012 à une ONG internationale expérimentée.



Contexte

Après une guerre civile dévastatrice, la quasi-totalité de la population du district de Mullaitivu avait été déplacée en mai 2009 dans le camp de Menik Farm, dans le district de Vavuniya. Après avoir fui leur village et subi des événements traumatisants entre janvier et mai 2009, les habitants ont commencé à regagner leur foyer début 2010.

En avril 2010, l'évaluation initiale menée par MSF à Mullaitivu a révélé que le processus de réinstallation avait débuté, 25.000 personnes environ étant rentrées chez elles dans cette région isolée dotée d'un système routier, d'infrastructures d'hébergement et de communication inadaptés.

Après une longue période de négociation avec les autorités, en particulier avec le ministère sri lankais de la défense, MSF a pu fournir des services médicaux à ces populations fragilisées, en collaboration avec le ministère sri lankais de la santé, en augmentant la capacité des services de santé primaires et secondaires de l'hôpital général du district de Mullaitivu.

La plupart des familles ayant été réinstallées, MSF a lancé des activités de santé mentale en décembre 2010 dans le district de Mullaitivu. Les habitants récemment rentrés, qui étaient nombreux à avoir retrouvé leur maison et leurs propriétés détruites, vivaient dans des conditions souvent difficiles et étaient confrontés à des souvenirs douloureux liés à la perte et au deuil.

Activités

Pendant la première moitié de l'année 2012, les équipes MSF ont soutenu le service des urgences, chirurgical, obstétrical et gynécologique de l'hôpital de Mullaitivu. Entre janvier et juillet, les équipes médicales ont donné 2.275 consultations d'urgence et aidé à pratiquer 126 accouchements entre janvier et février.

Pour que les populations isolées dans certaines parties du district de Mullaitivu aient accès à des soins primaires et soient référées vers des services spécialisés, MSF a créé un programme de dispensaires mobiles. Entre janvier 2011 et mars 2012, ces dispensaires mobiles ont pratiqué 4.319 consultations de soins de santé primaires par semaine dans cinq sites différents, en grande partie dans la division de Puthukkudiyiruppu.

MSF a également renforcé durablement les systèmes électrique, d'eau et d'assainissement de l'hôpital de Mullaitivu, et a grandement contribué à développer le service de laboratoire.

Santé mentale

Un grand nombre d'habitants des régions touchées par les combats ont été témoins d'événements traumatisants pendant la dernière phase de la guerre civile. Au-delà des blessures physiques, les habitants sont nombreux à avoir tout perdu pendant la guerre et à faire face à des difficultés depuis leur retour.

Fort de son expérience dans les régions en conflit ou post-conflit, MSF a lancé des activités de santé mentale en 2009 en collaboration avec le ministère sri lankais de la santé et le Collège des Psychiatres, d'abord au camp de Menik Farm, qui a accueilli des centaines de milliers de déplacés, puis dans huit différents sites du district de Mullaitivu, notamment dans une structure spécialement construite sur le terrain de l'hôpital. Des équipes de santé mentale mobiles se sont également déplacées dans des zones très reculées.

Entre janvier et juin 2012, MSF a donné 1.372 séances d'accompagnement et de soutien en groupe aux individus souffrant de troubles psychologiques et psychiatriques identifiés comme vulnérables, en ciblant principalement les enfants, les femmes, les personnes âgées et les handicapés. Un psychiatre a également suivi les patients diagnostiqués comme souffrant de stress post-traumatique, de dépression, de psychose et d'épilepsie.

Le programme ambulatoire a permis d'organiser des séances d'accompagnement en groupe pour les élèves des écoles de la région. Il a également formé les enseignants à l'identification des enfants souffrant de problèmes de santé mentale.

Le projet visait aussi la création d'un système de référence efficace au sein des structures de santé locales, la création d'un pool d'agents locaux qualifiés de soutien communautaire.

En août 2012, MSF a remis son programme de santé mentale, son dernier en activité dans le pays, à l'ONG World Vision.

MSF continuera de surveiller la situation au Sri Lanka et se tient prêt à revenir dans le pays pour fournir une aide médicale d'urgence si nécessaire.

Dépenses 2012 : 658.000 € Financement : 100 % de fonds privés Equipe 2012 : 7 expatriés et 51 locaux	Aucune autre section MSF présente dans le pays.
--	---

En bref

MSF n'ayant pas l'autorisation d'intervenir en Syrie, ses équipes opèrent dans les zones échappant aux autorités officielles syriennes. Un hôpital de chirurgie d'urgence a été ouvert en juin 2012 dans la région d'Idlib. Pour assurer un accès aux soins malgré l'effondrement du système de santé, MSF effectue également des donations de médicaments et de matériel médical. Face aux immenses besoins, MSF met tout en œuvre pour apporter des secours aux déplacés et mener d'autres projets. Si l'insécurité et la multiplicité des interlocuteurs en compromettent parfois la réalisation, un hôpital général vient d'ouvrir en mai 2013 dans la région d'Alep.



Contexte

Après plus de deux ans d'un conflit opposant l'armée loyaliste à des rebelles armés, la guerre s'étend désormais à la plupart du territoire syrien alors qu'aucune solution politique ne se dessine. En mai 2013, les Syriens sont toujours plus nombreux à fuir ce conflit d'une extrême violence. D'après les Nations unies, 1,5 million d'entre eux seraient réfugiés dans des pays limitrophes et 4,25 millions seraient déplacés en Syrie. Le conflit aurait par ailleurs fait plus de 90.000 morts.

En Syrie, la population est confrontée à une situation humanitaire catastrophique. Le pays disposait d'un système de santé opérationnel avant le conflit, mais les réseaux de soins s'effondrent du fait des problèmes d'approvisionnement et des pénuries de médicaments. Des structures de santé sont ciblées et détruites. Les bombardements ont également détruit les systèmes d'approvisionnement en eau et en électricité dans le nord du pays. Le coût de la vie a fortement augmenté.

Alors que les besoins sont considérables, l'aide internationale déployée à l'intérieur du pays est insuffisante et déséquilibrée. Les zones gouvernementales sont mieux loties que les territoires insurgés car la quasi-totalité des secours internationaux transite par les zones gouvernementales. Ces secours sont encadrés par le Croissant-Rouge syrien. En revanche, dans les zones sous contrôle rebelle, l'aide est acheminée au moyen d'opérations humanitaires transfrontalières, que les agences onusiennes refusent d'entreprendre sans l'accord du Conseil de sécurité.

Activités

Donations de médicaments et matériel médical

MSF a développé des activités d'approvisionnement en médicaments et équipements médicaux de différentes structures médicales se trouvant dans les zones gouvernementales et dans les territoires insurgés. En mai 2013, 5 hôpitaux de campagne et 27 postes de santé situés en zone rebelle qui prennent en charge des blessés et d'autres patients recevaient ce type de soutien. Par ailleurs, MSF effectue des donations de traitements pour maladies chroniques, en particulier pour la leishmaniose cutanée, une maladie endémique en Syrie.

Autres opérations de soutien à des médecins et à des structures médicales

Des formations à la prise en charge des urgences et en cas d'afflux de blessés ont été organisées en Turquie et Jordanie pour des personnels de santé syriens. Un soutien a aussi été apporté à un poste médical avancé, dans la région d'Idlib, dont le personnel inexpérimenté a reçu une formation pour les premiers soins à dispenser aux blessés. En outre, une banque de sang a été aménagée dans la région d'Alep pour approvisionner les hôpitaux environnants.

Hôpital de chirurgie traumatologique (région d'Idlib)

Pour soigner les blessés, MSF a transformé une villa inhabitée en une unité d'urgences chirurgicales et traumatologiques. Cet hôpital de 15 lits ouvert en juin 2012 comprend un bloc opératoire, une salle d'urgences et une salle de réveil. De juin 2012 à avril 2013, 1.324 interventions chirurgicales y ont été pratiquées et 3.699 patients ont été soignés en salle d'urgence. Des patients victimes de brûlures causées par des poêles à mazout ou en raffinant artisanalement du pétrole ont aussi été pris en charge. Un kinésithérapeute assure la rééducation des blessés ayant subi des opérations chirurgicales. Si nécessaire, les patients peuvent aussi bénéficier du soutien d'un psychologue.

Hôpital général (région d'Alep)

Un hôpital général de 30 lits a été aménagé dans une petite ville pour que les adultes comme les enfants puissent avoir accès aux soins médicaux courants dont ils étaient privés à cause du conflit. Cet hôpital ouvert en mai 2013 comprend une maternité, des services de chirurgie et de médecine ainsi qu'une salle de consultations externes.

Aide matérielle aux populations

Pour venir en aide aux populations résidentes et déplacées, MSF a effectué des donations de farine et de lait maternisé. Dans la région de Deir Ezzor particulièrement délaissée, MSF a fourni des matelas et des couvertures. Dans la région d'Idlib, un approvisionnement en eau a par ailleurs été assuré dans un camp de personnes déplacées où ont été construites 60 latrines et 40 douches. Des tentes ont également été distribuées.

Dépenses 2012 : 3.132.000 €
Financement : 100 % de fonds privés
Equipe 2012 : 192 locaux et 19 expatriés

Autres centres opérationnels MSF présents dans le pays : centres opérationnels de Bruxelles, de Barcelone, d'Amsterdam et de Genève.

tchad

En bref

L'action de MSF au Tchad s'articule autour de deux axes. Le programme en cours à Moissala, dans le sud du pays, vise à réduire la mortalité liée au paludisme et à renforcer les activités de vaccination.

Par ailleurs, MSF continue de répondre aux urgences. En 2012, les équipes ont ainsi répondu à une épidémie de méningite dans le sud du Tchad, puis à une crise nutritionnelle dans le centre du pays et à des inondations à Maro.

Début 2013, MSF est également intervenu pour vacciner une partie de la population du District de Goz Beida contre une épidémie de fièvre jaune et en soutien aux populations ayant fui le Soudan pour se réfugier dans l'est du pays.



Contexte

Au Tchad, le paludisme représente la première cause de morbidité 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.

Malgré une relative stabilité interne, tant sur le plan politique que militaire, le Tchad continue d'être tributaire de la situation sécuritaire dans les pays voisins, affectée par le renversement de pouvoir en République centrafricaine (RCA), par l'instabilité au nord du Nigeria et au Darfour voisin ou encore par la chute du régime de Kadhafi en Libye.

En 2013, la menace pourrait également résulter de la participation du Tchad à l'intervention militaire française menée au Mali, en raison de la présence de groupes islamistes armés, très actifs dans le nord du Nigeria.

En ce début d'année 2013, c'est surtout à l'est que la situation se détériore rapidement, avec l'afflux en quelques semaines de plus de 50.000 personnes ayant fui les combats opposant plusieurs communautés du Darfour et l'intensification des affrontements entre groupes rebelles et forces gouvernementales.

Activités

Paludisme

Ouvert en août 2010, le programme de Moissala vise à lutter contre le paludisme, principale cause de morbidité et de mortalité dans la région, et à renforcer les activités de vaccination de routine. Quand l'accès à des traitements efficaces n'est que rarement assuré et que les villages se trouvent parfois à plusieurs heures de marche du centre de santé le plus proche, il est essentiel d'amener des soins performants au plus près des patients et de dépister précocement les cas de paludisme pour éviter les complications.

Pendant la période de haute transmission de la maladie, quand le nombre de cas peut être multiplié par dix, MSF déploie plusieurs dizaines d'« agents palu » 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 38.000 enfants ont ainsi été soignés en 2012.

MSF a soutenu également huit centres de santé du district, en assurant la gratuité des soins pour le paludisme, pour les enfants et les femmes enceintes. Les cas sévères ont été transférés vers une unité d'hospitalisation au sein de l'hôpital de Moissala, dont la capacité atteint plus de 80 lits pendant le pic annuel. 2.100 enfants y ont été hospitalisés en 2012.

Enfin, le programme s'étoffe avec des mesures préventives (la chimio prévention du paludisme saisonnier : CPS). En 2012, MSF a introduit -en collaboration avec le ministère tchadien de la santé- un traitement antipaludéen à but préventif, pendant la période de pic de juillet à octobre, à destination de 10.000 enfants de moins de 5 ans. Six semaines après le début du programme, les équipes ont enregistré une baisse de 78 % de cas de paludisme simple et de 67 % de cas présentant des formes sévères de la maladie. En 2013, MSF compte étendre ce programme préventif à 13 aires de santé, soit environ 41.000 enfants.

Afin de lutter contre les autres pathologies de la jeune enfance, MSF participe également en 2013 au renforcement des capacités de gestion des activités de vaccination de routine des districts de Moissala et Bouna, et dans le district de Bouna.

Urgences

Epidémie de Méningite

En avril 2012, MSF a répondu à une épidémie de méningite survenue dans la région du Mandoul (Moissala, Bedjondo) en appui au ministère tchadien de la santé publique, en développant plusieurs volets : le renforcement de la surveillance épidémiologique ; la prise en charge de plus de 650 patients ; la vaccination de quelque 180.000 personnes âgées de 1 an à 29 ans avec le vaccin MeningoA conjugué.

Crise nutritionnelle

A Yao, dans la région du Batha, où des taux de malnutrition aiguë allant jusqu'à 20 % ont été relevés, MSF a mené de mars à septembre 2012 un projet nutritionnel d'urgence. 1.549 enfants malnutris aigus sévères ont été admis en ambulatoire et 258 enfants avec complications au CNTH (Centre Nutritionnel Thérapeutique Hospitalisé), un résultat bien supérieur à celui de la dernière intervention de la section française de MSF dans le Fitri en 2010 (661 enfants de moins de 5 ans).

Inondations dans le camp de Maro, dans le sud du pays

Près de 20.000 réfugiés en provenance de Centrafrique (RCA) vivent depuis plusieurs années dans le camp de Maro, dans la région du Moyen-Chari. En octobre 2012, de très fortes pluies ont inondé le camp et les réfugiés ont dû être relocalisés. MSF leur a apporté une assistance médicale et logistique jusqu'en février 2013 : 8.000 consultations médicales, construction de 100 latrines, distribution d'eau potable, de couvertures, de moustiquaires, de jerrycans et de savons à près de 4.000 familles.

Epidémie de fièvre jaune

Fin février 2013, une épidémie de fièvre jaune a éclaté au Darfour de l'autre côté de la frontière, amenant quelques cas positifs et surtout un risque élevé d'épidémie à l'est du Tchad. Les équipes de MSF sont intervenues en urgence pour vacciner une partie de la population du District de Goz Beida, soit environ 180.000 personnes du 22 février au 05 mars 2013, et 274 consultations externes ont pu être réalisées en même temps que la vaccination.

Afflux de réfugiés soudanais et de rapatriés tchadiens à Tissi dans l'est du pays

De violents combats entre plusieurs communautés du Darfour ont provoqué le déplacement de plus de 50.000 personnes selon le HCR, le plus important mouvement de populations observé dans cette région depuis 2006. MSF s'est rendu auprès d'eux à la fin du mois de mars 2013 pour évaluer leurs besoins médicaux, et a démarré fin avril une intervention d'urgence. L'équipe assure notamment la prise en charge médicale et pédiatrique des femmes et des enfants, l'installation d'une unité d'observation et d'un système de référencement des cas nécessitant une hospitalisation, la distribution de biens de première nécessité (moustiquaires, savons, jerricans et couvertures), le forages de puits et le rattrapage vaccinal contre la rougeole.

<i>Dépenses 2012 : 4.346.000 € Financement : 16 % de fonds institutionnels et 84 % de fonds privés Equipe 2012 : 19 expatriés et 192 locaux</i>	<i>Autres centres opérationnels MSF présents dans le pays : centre opérationnel de Genève et centre opérationnel d'Amsterdam</i>
---	--

territoires palestiniens

En bref

Dans les territoires palestiniens, depuis 2007, un conflit interne opposant le Hamas (qui est au pouvoir dans la bande de Gaza), au Fatah (dont relève l'Autorité Palestinienne, basée à Ramallah, en Cisjordanie), s'est ajouté au conflit israélo-palestinien.

Médecins Sans Frontières travaille dans les territoires palestiniens depuis 1989.

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 et de soins postopératoires spécialisés.

A Naplouse, en Cisjordanie, MSF mène un programme psycho-médico-social.



Contexte

La région est tendue et instable en raison de plusieurs facteurs : révolutions dans les pays voisins, guerre en Syrie, crise financière en Cisjordanie et tensions avec l'Iran. La question israélo-palestinienne semble au point mort.

Le 29 novembre 2012, la Palestine obtient le statut d'État observateur non-membre auprès de l'ONU. Cette décision qui intervient en marge des élections législatives israéliennes provoque des représailles de l'État israélien qui décide de poursuivre la construction de milliers de nouveaux logements dans des colonies illégales, en Cisjordanie et à Jérusalem. En refusant de transférer les recettes des taxes d'importation des produits destinés aux territoires palestiniens (en avril 1994, l'OLP et le gouvernement israélien avaient signé un protocole sur les relations économiques, dit « Protocole de Paris » qui créait une semi-union douanière entre Israël et les Territoires occupés palestiniens. Par cet accord, il revenait à Israël de définir un régime douanier externe commun ainsi que d'autres éléments de la politique commerciale), les autorités israéliennes aggravent encore la crise financière que subit déjà l'Autorité palestinienne et manifestent leur volonté d'étrangler économiquement la Cisjordanie.

Le refus d'Israël de reverser les droits de douane aux Palestiniens participe à la détérioration de la situation socio-économique déjà extrêmement précaire. Les prix des denrées de base et le chômage flambent, la population se paupérise. À compter du mois d'août, les manifestations de contestation sociale se multiplient en Cisjordanie comme à Gaza. Dans le même temps, certains bailleurs de fonds internationaux se désengagent des Territoires palestiniens (c'est notamment le cas d'ECHO, aide humanitaire de l'Union européenne, dans le secteur de la santé à Gaza).

De plus, depuis six ans, les pénuries chroniques de certains médicaments et matériels médicaux s'aggravent et constituent une question politique sensible qui empêche la mise en place de solutions durables.

Le 14 novembre 2012, une opération militaire israélienne baptisée « Pilier de Défense » est lancée sur Gaza. Le conflit prend fin huit jours plus tard. Le bilan fait état de 180 morts et de plus de 500 blessés côté palestinien, et de cinq morts et 240 blessés côté israélien. Le Hamas sort politiquement et diplomatiquement plus fort de cette crise. Face à l'urgence, les professionnels de la santé gazaouis démontrent leur capacité à s'organiser et leur efficacité dans la prise en charge médicale des blessés.

Activités

Bande de Gaza

En 2010, un programme de chirurgie spécialisée a été ouvert à l'hôpital Nasser de Khan Younis, au sud de Gaza. Depuis la fin 2011, cette activité s'est spécialisée sur la chirurgie de la main. Fin 2011, des soins postopératoires systématiques (kinésithérapie et pansements) ont été inclus au projet chirurgical. En 2012, 11 chirurgiens se sont relayés et ont opéré 282 patients, 63 % étaient des enfants. Grâce à la venue de deux chirurgiens spécialistes de la main et à l'activité de l'unité de kinésithérapie spécialisée, MSF a pu aider de jeunes enfants présentant une syndactylie (malformation congénitale caractérisée par l'accolement et une fusion plus ou moins complète de deux ou plusieurs doigts) à retrouver la mobilité indispensable à leur développement. Ce type de mission est également l'occasion pour MSF et les équipes médicales de Gaza d'échanger et de se former, notamment sur la prise en charge chirurgicale des jeunes enfants.

Nos équipes interviennent également auprès des victimes d'accidents domestiques (dues notamment aux nombreuses coupures d'électricité et à l'utilisation de matériels de substitution). Par des opérations de chirurgie reconstructrice secondaire et des soins postopératoires, MSF tente d'atténuer les séquelles et la déficience fonctionnelle qui handicapent ces blessés, dans un contexte où l'accès à des soins médicaux spécialisés est difficile.

Dans les jours qui ont suivi le début de l'opération israélienne « Pilier de défense », MSF a effectué par ailleurs des donations de médicaments et de matériels à la pharmacie centrale de Gaza et dans les hôpitaux de la ville afin de pallier les ruptures de stocks.

Naplouse, Cisjordanie

70% de la Cisjordanie, dont la population totale est estimée à 2,4 millions d'habitants, est sous contrôle de l'armée israélienne. 50.000 Palestiniens et 300.000 colons israéliens vivent sur cette portion de territoire. Dans les districts de Naplouse et Qalqilya, la violence et la pression psychologique générées par cette cohabitation forcée se poursuivent.

Depuis 2004, MSF y mène un programme psycho-médico-social. Nos patients sont des victimes - directes et indirectes - de la violence israélo-palestinienne ou inter-palestinienne (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, basée à Ramallah, en Cisjordanie). La majorité de la population (76%) vit dans des villages ou dans des camps de réfugiés (19%). Ces personnes présentent des syndromes post traumatiques et souffrent de stress aigu, de troubles anxieux et de dépression. Autant de souffrances qui entravent leur vie quotidienne. Notre objectif est de rétablir un

niveau acceptable de santé médicale et psychologique. Les thérapies psychologiques sont brèves (entre 10 et 15 consultations en moyenne). 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 et de donner suite à certains processus administratifs. C'est là le rôle de nos travailleurs sociaux. En 2012, MSF a suivi 479 patients, mené 3.144 consultations psychologiques, 1.055 consultations médicales et 710 consultations sociales. 55% de nos patients étaient des enfants, 63% des femmes.

<i>Dépenses 2012 : 2.395.000 € Financement : 100 % de fonds privés Equipe 2012 : 9 expatriés et 55 locaux</i>	<i>Autre centre opérationnel MSF présent dans le pays : centre opérationnel de Barcelone.</i>
---	---

yémen

En bref

Au Yémen, en 2012, MSF a délivré des soins de santé maternelle et infantile et des soins de santé primaires. Les équipes ont aussi pratiqué des opérations chirurgicales sur les victimes de violences et de traumatismes. Elles ont mené des activités ambulatoires dans les zones isolées, effectué de petits travaux de réhabilitation des structures de santé, fourni des services ambulanciers (notamment pour les références), distribué de l'équipement médical et formé le personnel du ministère yéménite de la santé. MSF a également pratiqué des consultations médicales à la prison de Mansoor à Aden. En 2012, 104 patients nécessitant des interventions de chirurgie reconstructrice ont par ailleurs été référés à l'hôpital chirurgical MSF d'Amman, en Jordanie. La section française de MSF gère actuellement deux programmes au Yémen.



Contexte

Le contexte global de violence a perduré au Yémen tout au long de 2012, tandis que le pays poursuivait son processus de transition. En février, l'ancien président Ali Abdallah Saleh a officiellement quitté le pouvoir après 33 ans à la tête de l'État et suite à l'élection d'Abd Rabbo Mansour Hadi, ancien vice-président et unique candidat. Plusieurs personnes ont été tuées et blessées au cours des violences survenues pendant la période électorale, en particulier dans le sud, suite à des appels au boycott des élections. Une Conférence de dialogue national a été lancée en mars 2013 en vue d'élaborer une nouvelle Constitution et d'instaurer un nouveau système électoral.

La violence, les difficultés socioéconomiques et l'instabilité politique ont sévi dans plusieurs régions du Yémen tout au long de l'année, limitant l'accès aux structures médicales et le fonctionnement des services de santé. MSF, qui travaille dans le pays depuis 1986 et qui y est présent de manière permanente depuis 2007, a néanmoins continué à mener ses activités et à délivrer des soins essentiels.

Malgré les progrès réalisés par le Yémen au cours des dix dernières années afin d'étendre et d'améliorer les services médicaux, le système de santé reste très insuffisant. Selon l'Organisation mondiale de la santé, les dépenses de santé par habitant s'élevaient à 31,85 dollars en 2011, et d'après la Banque mondiale, seulement 2 docteurs en médecine et 7 lits d'hôpitaux étaient disponibles pour 10.000 personnes en 2010.

Activités

Nord du Yémen

MSF apporte un soutien au ministère yéménite de la santé dans la gestion de la quasi-totalité des services de l'hôpital de Khamer, dans le gouvernorat d'Amran. Un service infirmier a été ouvert en mars 2012, un service pédiatrique en octobre. En 2012, des équipes regroupant du personnel MSF et du ministère yéménite de la santé ont traité 485 cas d'infection des voies respiratoires, de gastro-entérite et de malnutrition secondaire, pratiqué plus de 1.300 accouchements, dont 162 césariennes et soigné 61 cas de rougeole.

MSF a également renforcé ses activités dans les vallées d'Osman et d'Akhraf, situées dans la partie orientale du gouvernorat d'Amran. Ces activités, lancées en 2011, ont permis de dépister et de soigner 343 cas de paludisme en 2012.

Entre 2010 et septembre 2012, MSF a soutenu le centre de santé de Huth (gouvernorat d'Amran) dirigé par le ministère de la santé. Ses activités incluaient la gestion du service des urgences et de maternité, le soutien d'un programme de nutrition thérapeutique pour les mères et les enfants et la stérilisation du service d'hospitalisation. Le centre de Huth a également référé des patients à l'hôpital Al-Salam de Khamer.

En 9 mois, 3.910 consultations médicales ont ainsi été réalisées et 678 patients ont été hospitalisés. À cause d'un grave incident de sécurité survenu en septembre 2012, le ministère de la santé s'est vu contraint de suspendre ses activités médicales et MSF a dû réduire ses activités.

Sud du Yémen

En avril 2012, avec l'aide des autorités d'Aden et du ministère de la santé, MSF a ouvert un centre de chirurgie d'urgence indépendant dans le quartier d'Othman de la ville d'Aden. Entre avril et décembre, les équipes ont pratiqué 1.217 opérations chirurgicales d'urgence sur 567 victimes de violences survenues dans Aden et le gouvernorat voisin d'Abyan. Ces personnes n'avaient pas pu se faire soigner localement.

Dans le gouvernorat d'Abyan, entre août 2011 et juillet 2012, après le bombardement de l'hôpital Al-Razi de Jaar, le personnel du ministère de la santé, soutenu par MSF, a continué à travailler dans le bureau de poste du district de Jaar, transformé en poste médical. Un service ambulancier a été mis en service 24h/24 et 7j/7 pour transférer les patients d'Abyan à Aden. Au total, 193 patients ont été transférés au cours de cette période. Depuis la réouverture de l'hôpital Al-Razi de Jaar, MSF a maintenu une collaboration étroite avec les équipes et les patients du service des urgences, qui peuvent être référés au centre chirurgical de MSF en cas de besoin.

En 2012, MSF a fourni des traitements hospitaliers et apporté un soutien financier à une moyenne mensuelle d'environ quinze médecins, infirmières et sages-femmes du ministère de la santé à l'hôpital de Lawdar, dans le gouvernorat d'Abyan. À l'hôpital Al-Nasser du gouvernorat d'Ad-Dhali, MSF a soigné des cas de rougeole (261 cas ont été référés à l'hôpital Al-Nasser). Avant la création du centre traumatologique MSF d'Aden en avril 2012, l'association avait référé 485 patients des gouvernorats d'Al-Dhale, d'Abyan, de Lahj et d'Aden à l'hôpital Al-Naqib d'Aden. Tous les frais médicaux liés aux traitements ou aux interventions chirurgicales ont été couverts par MSF.

Pour répondre à l'afflux de personnes fuyant les conflits à Abyan et déplacées dans la ville d'Aden, MSF a prêté main forte à trois polycliniques de la ville. Elle leur a fourni des médicaments, a supervisé certaines activités et a amélioré l'hygiène, la stérilisation et la gestion des déchets. Cette coopération a pris fin en avril 2012. Depuis le 12 décembre 2012, MSF a également prodigué 148 consultations à la prison de Mansoor. Ces consultations devraient continuer tout au long de l'année 2013.

Dépenses 2012 : 7.096.000 €
Financement : 100 % fonds privés
Equipe 2012 : 25 expatriés et 320 locaux

Autres centres opérationnels MSF présents dans le pays : centre opérationnel d'Amsterdam à l'hôpital Al-Nasser - gouvernorat d'Ad-Dhali ; centre opérationnel de Barcelone : gouvernorat de Sanaa et gouvernorat de Hajjah.

les satellites de médecins sans frontières

La mission sociale du CRASH est de favoriser, au sein de Médecins Sans Frontières, 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. ci-dessous). Cette implication est nécessaire au travail d'analyse critique afin de l'ancrer dans les logiques de l'action. L'équilibre entre ces deux impératifs contraires doit être tenu.

Par ailleurs, le CRASH participe activement à la formation des cadres de MSF ainsi qu'à l'animation du débat interne (organisation de conférences, publication 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 Organisations intergouvernementales et des ONG.

En 2012, le CRASH a fonctionné à effectif réduit en raison de congés de longue durée de deux des directeurs d'études. Suite à la publication d'*Agir à tout prix ?* en 2011, priorité a été donnée au cours de l'année écoulée à :

- la **promotion** interne et externe du livre (conférences, interviews, articles de revues)
- aux activités de **conseil** auprès de la direction et des autres départements de MSF
- à la **formation** interne des cadres de MSF (refonte et encadrement de la semaine environnement ; construction d'une formation diplômante en partenariat avec Epicentre et le département des opérations de MSF)

Le travail de fond de **revue critique des pratiques médico-opérationnelles** a été poursuivi dans les domaines suivants :

- Les relations entre soignants et soignés, le cas du projet chirurgical d'Amman
- Les évolutions dans la prise en charge des urgences par MSF
- Les innovations médicales et thérapeutiques en situation humanitaire (en particulier, rapport, colloque, articles portant sur le bilan des dix dernières années d'innovations destinées aux maladies négligées)

Publications et événements principaux en 2012

Livres & Cahiers

Rony **BRAUMAN**, *Médecine Humanitaire*, Cahiers du Crash, Paris, 2012.

Articles

Rony **BRAUMAN**

- « Deux poids, deux mesures », chronique dans *Alternatives Internationales*, décembre 2012.
- « Toubib or not toubib », chronique dans *Alternatives Internationales*, septembre 2012.
- Entretiens avec les revues *Etudes* (médecine humanitaire), *Interzone* (recherche et erreurs), *Reflets* (médecine humanitaire)

Jean-Hervé **BRADOL**

- « The drug and vaccine pipeline for neglected diseases, 2000-2011 : a systematic assessment » (article scientifique en cours de soumission dans une revue médicale)
- « En finir avec les décès dus aux tuberculoses résistantes » (Le Quotidien du médecin)
- « Libye, des lendemains qui déchantent ? » (Le Monde)
- « En Syrie, l'aide est chère, peu efficace et très frustrante » (La Croix)
- « Les grandes avancées dans le domaine de la santé n'ont jamais été obtenues aux conditions initiales du marché » (Issues de Secours, blog MSF/Libération)
- « Rwanda : les idiots utiles de Kagame » (Marianne)
- « Médecins ou militaires : tous les professionnels de l'urgence ont des modes opératoires comparables » (Aetos, CESA : Centre d'études stratégiques aérospatiales)

Fabrice WEISSMAN

- « Bérés en Syrie : Là où MSF ne va pas » (Issue de Secours, mars 2012).
- « Ethique de l'action humanitaire », in *Ethique des relations internationales. Problématiques contemporaines*, sous la direction de Ryoa Chung et Jean-Baptiste Jeangène Vilmer, Paris, Presses Universitaires de France, à paraître en 2013 (préface de Stanley Hoffmann, Harvard University et postface de Pierrre Hassner, CERI Sciences Po).
- « Criminalising the Enemy and its Impact on Humanitarian Action », article revu et corrigé pour publication in Michele Acuto (eds), *Negotiating Relief: The Dialectics of Humanitarian Space*, Hurst & Co, décembre 2012.
- « Crisis and Humanitarian Containment », in Thomas G. Weiss and Rorden (eds), *International Organizations and Global Governance*, Routledge, printemps 2013

Michaël NEUMAN

- « Des médecins pour torturer en paix » (Issues de secours, 2012)
- « Comment la crise grecque affecte-t-elle la section grecque de Médecins Sans Frontières ? » (Issues de secours, 2012)
- « Gaza : vivre et laisser maigrir » (Issues de secours, 2012)
- « Corne de l'Afrique : les faiblesses d'une intervention en débat » (Issues de secours, 2012)
- « Pakistan : la bourse ou la vie ? » (Issues de secours, 2012)
- « Arche de Zoé » (Issues de secours, 2012)
- « En Somalie, MSF s'accroche », avec Michel-Olivier Lacharité (en attente)

Claire MAGONE

- « Nigeria : poliomyélite, vacciner les enfants jusque sous les lits » (Issues de secours, 2012)
- « Haïti : choléra, on a trouvé l'irresponsable » (Issues de secours, 2012)
- « Sri Lanka : Massacre des 17 employés d'ACF, réclamer justice ou dire la vérité » (Issues de secours, 2012)
- Sollicitation/soutien contributions : « Les blessés en Irak » (Gilles Guerrier) ; « The Ambiguous Potential of Private Funding », (Jeroen Jansen) ; Tribune/oped Syrie, janvier 2012 ; Contribution écrite à Borderline (revue interne MSF) : spécial vaccination (janvier 2012)

Rapports & notes internes

Laurence BINET

- « Scaling-up of the MSF France HIV/AIDS Programme in Chiradzulu, Malawi, Through Decentralization and Task-Shifting (1993-2012), Rapport pour le département des opérations du centre opérationnel de Paris (OCP)

Jean-Hervé BRADOL

- « Medical and health innovations within a global health framework, (rapport pour ISGlobal et MSF)

Claire MAGONE

- Plusieurs notes de cadrage sur le projet de formation interne (cadres opérations) et externe (formation en alternance)
- Note de cadrage : « proposition de suivi du projet hôpital long terme avec une méthodologie issue des sciences sociales »

Michaël NEUMAN

- « Why MSF should take action in Greece – and in other European countries affected by the financial crisis »
- « Somalie : Nouveaux visages, vieux dilemmes », Avec Gwenola Seroux,
- Note interne consacrée au projet de formation externe

Fabrice WEISSMAN

- « Syrie : La médecine comme champ de batailles », rapport de visite.

Interventions et représentations extérieures

PROMOTION DE L'OUVRAGE « AGIR A TOUT PRIX »

Six éditions : française (octobre 2011), anglaise / américaine (novembre 2011 / février 2012), italienne (novembre 2011), espagnole, arabe (avril 2012), japonaise (novembre 2012).

Medias

Blog and Internet website : 20 mai 2012, Dave Algozo - www.findwhatworks.wordpress.com ; 6 avril 2012, www.raya.com ; 5 avril 2012, www.raya.com ; 5 avril 2012, www.al-sharq.com ; 5 avril 2012, www.alarab.qa ; 4 avril 2012, www.studies.aljazeera.net ; 4 avril 2012, www.aljazeera.com ; 14 mars 2012, Blog du CICR sur [Le Monde.fr](http://LeMonde.fr) ; 27 janvier 2012, Simon Schorno - intercrossblog.icrc.org.

Presse écrite : 17 avril 2012, Sandra Moro - *Le Temps* ; 5 avril 2012, *Watch your step*, Jo Chandler.

Radio : 13 avril 2012, Radio New Zealand National ; 26 mars 2012, late night live - abc.net.au ; 31 février 2012, The Leonard Lopate Show ; 15 février 2012, CBC Daybreak, Montreal ; 15 février 2012, Radio Canada, Desautels ; 15 février 2012, Médium large - Radio Canada ; 15 février 2012, The Richard Brown Show - CKOM News Talk Radio, Saskatchewan ; 15 février 2012, Joyce Hackel – PRI, TheWorld.org ; 14 février 2012, RaCBC Ottawa morning ; 3 février 2012, Joe DeCapua - *Voice of America* ; 30 janvier 2012, WBAI's Wake Up Call ; 16 janvier 2012.

Télévision : 14 février 2012, Canadian TV News

Critique de livre : décembre 2011, Lieutenant General Louis Lillywhite – Chatam House, Independent Thinking on International Affairs; February 2012, The Art of necessary compromise, Canadian Medical Association Journal.

Débats internes

MSF-Japon (novembre 2012) ; MSF-Hollande (février 2012) ; MSF Genève (février 2012) ; MSF-USA (janvier 2012) ; FAD 2012 (Débats associatifs de terrain) en Ethiopie, au Nigeria, au Pakistan.

Débats externes et conférences

- Australie et Nouvelle Zélande (mars – avril 2012) : discours à l'Australian Institute of International Affairs (Sydney) ; conférence à l'Australian National University School of International, Political & Strategic Studies (Canberra) ; débat à l'University of Melbourne School of Social and Political Sciences (Melbourne) ; débat à New Zealand Institute of International Affairs (Wellington);

- Belgique : conférence à PHAP, Bruxelles (septembre 2012)
- Canada : conférence, Université de Toronto ; conférence, Université d'Ottawa ; table ronde à l'université Mac Gill (Montréal) ; table ronde à l'Université de Laval (Montréal)
- France : conférence à l'Université Panthéon-Sorbonne ; conférence à l'Université de Lille ; conférence à l'Université de Bordeaux ; événement dans une librairie de Marseille ; événement dans une librairie de Toulouse
- Japon (novembre 2012) : conférence à l'Université Waseda ; table ronde à l'Université de Tokyo ; conférence publique à l'Université de Tokyo
- Pays-Bas : débat à La Haye (février 2012)
- Norvège : table ronde, Forum d'Oslo (juin 2012)
- Qatar : conférence à l'Université du Qatar ; conférence en collaboration avec le Centre d'Etudes d'Al-Jazeera
- Espagne : conférence au Cressib (Centre de recherche en santé internationale de Barcelone)
- Suisse : conférence à la Mairie de Genève (avril 2012) ; conférence devant des Organisations intergouvernementales, des ONG et des délégations étrangères à Genève (décembre 2012)
- Royaume Uni ; discussion académique : Université d'Edimbourg (mai 2012) ; discussion académique : Université d'Oxford, ELAC (juin 2012).
- Etats-Unis (janvier – février 2012) : conférence à l'Office de Coordination des Affaires Humanitaires des Nations-Unies (novembre 2012) ; Conférence à la Bibliothèque Publique de Boston ; à l'Université de New York.

Autres interventions et représentations extérieures

Jean-Hervé BRADOL,

- Ecole des Hautes études en santé publique / L'introduction de nouveaux médicaments dans le contexte de la médecine humanitaire
- Association APC / forum des métiers de la santé publique
- Inserm Marseille / Supplément nutritionnel adapté aux personnes sans abri
- Université Paris VII / Triage et intervention humanitaire,
- Goldsmith University, London / Forensic epidemiology
- ISGlobal / Innovations médicales dans un contexte de globalisation de la santé
- Médiathèque de Reims / Action humanitaire et ingérence

Fabrice WEISSMAN,

- Bellagio Darfur Symposium, Center on Law & Globalization, (Italy)
- Forum Espace Humanitaire (Fondation Mérieux, Annecy)
- Conférence à l'Humanitarian and Conflict Response Institute (HCRI) à Manchester : L'Humanitaire, passé, présent et futur.

Rony BRAUMAN,

- Présentation (et co-organisation) du séminaire « Forensic Epidemiology » Smith College (London)
- Interventions à : Croix-Rouge, France Inter, Université Paris2, Unesco, BBC, Dessous des cartes, OCHA, Pole Emploi, CICR, L'Etudiant, Lyon 3, RFI, France Télévision, La Croix, Paris 1, France O, Sorbonne, Salon des Solidarités, Le Monde, Maison de l'Amérique Latine, La Mutualité, Libération, France Culture, CMIC, CERA, Conseil Général de Marseille, Faculté La Timone à Marseille.

Débat interne « 1er mardi du mois ».

Co-organisation avec la direction générale et le département de la communication de MSF des réunions du 1er mardi du mois

Sélections du CRASH

- Sélection n°16, Médecins et tortionnaires
- Sélection n°17, Mélange de fin d'année

Visites terrains

Rony BRAUMAN : Mali ; Michaël NEUMAN : Pakistan ; Jean-Hervé BRADOL : Syrie/Turquie ; Fabrice WEISSMAN : Syrie/Turquie

Formations

FORMATIONS INTERNES

- Mise en place et animation de la session « Gestion de la sécurité », Semaine environnement, septembre 2012, M. Neuman
- Participation à la construction et à l'animation de la semaine des coordinateurs en juin 2012, C. Magone
- Construction (en cours), en collaboration avec Epicentre, d'une refonte de la formation des cadres opérationnels, C. Magone
- Conception/participation à des modules de formation : journées d'accueil ; formation chefs de mission (Genève) ; préparation au 1^{er} départ logistique (Bordeaux), C. Magone

FORMATIONS EXTERNES (HORS RB):

- Sciences Po / Master Affaires internationales, simulation de résolution de conflits : Interventionnisme, humanitaires et militaires, C. Magone & M. Neuman

Sciences Po/PSIA, "Globalisation, health crises and humanitarian action", J.H. Bradol & C. Magone

- Institut d'études catholiques de Paris, Master Métiers du Politique et de la gouvernance, Module « Introduction à l'action humanitaire », M. Neuman
- Mise en place et animation du module « Action humanitaire » du Master « Métiers du politique et de la gouvernance », Institut Catholique de Paris (16 heures), M. Neuman
- Co-animation du module « Gestion de crise » au Master « Sécurité internationale », Sciences Po (8 heures), M. Neuman
- Session « Humanitarian principles », PHAP (Belgique), août, M. Neuman
- Session « Humanitarian ethics », CERAH / Hugo Slim, octobre, M. Neuman
- Co-animation du séminaire « Santé globale et action humanitaire », PSIA Sciences Po, C. Magone
- Intervention au GIAMC de Lyon, février 2012, C. Magone

Association loi 1901 à but non lucratif, MSF-Logistique (appelé aussi « la Centrale ») 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 tous les centres opérationnels 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 de la 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 différents centres opérationnels de MSF pour les besoins de leurs missions.

Son siège est situé à **Mérignac**, partie de la Communauté Urbaine de **Bordeaux** (Gironde) dans le sud-ouest de la France.

Bilans 2012 : activités et finances

Sans urgence majeure depuis deux années consécutives, la Centrale a traité 69.600 lignes de commande et expédié 3.330 tonnes dans 81 pays avec une répartition entre médical et non médical de 86% et 14% respectivement.

Le chiffre d'affaire 2012 s'établit à 54,4 millions d'euros. Les activités médicales demeurent la part prédominante du volume d'activités de la centrale et représentent, pour 2012, près de 65% du chiffre d'affaires.

Les activités dites « régulières » (les autres étant celles liées aux urgences) de la centrale assurent la limite basse de ce que peut offrir une structure dimensionnée pour répondre à des urgences majeures, impactant par là même son système de recouvrement qui ne pourra plus longtemps assumer des prestations de services complémentaires peu ou pas du tout liées à son cœur de métier.

Approche qualité

Pour « améliorer sa capacité de réponse », l'objectif général du plan trisannuel de MSF-Logistique consistait à formaliser et mettre en œuvre un projet capable d'assurer à l'ensemble de ses clients et partenaires la pérennité des engagements de la centrale d'une part, mais aussi de proposer à l'ensemble de son équipe en interne une vision collective et partagée de la manière dont la centrale doit faire face à ses engagements actuels, à l'évolution de sa mission et comment chacun des membres de l'équipe pouvait participer à ces transformations. L'année 2012 a permis de consolider les axes stratégiques choisis pour cette période : *Management, Assurance Qualité et Ressources humaines, sur trois objectifs particuliers et leurs déclinaisons.*

Autonomie et efficacité 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 son fonctionnement et de ses 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 2012, comme au cours des années passées et à venir, l'écoute et la prise en compte des besoins de ses clients demeure et demeurera l'axe majeur de la démarche de la Centrale. Elles s'appuient sur les ressources humaines internes dans un cadre clairement défini tout en encourageant les initiatives individuelles.

Reprise du portail clients « Espace commande ».

Rédaction d'une « Charte d'Engagement » avec les clients

Consultation tarifaire et négociations annuelles avec les fournisseurs.

Définition et/ou amélioration d'indicateurs dédiés aux 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 des commandes clients et fournisseurs

Politique d'approvisionnement de la centrale

- Appropriation d'un module CBN (calcul de besoins net) dans l'ERP (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 (Emirats-Arabes-Unis) au service des 5 centres opérationnels de MSF.
- Nouvelle politique tarifaire et plus largement politique financière.
- Travail sur le Plan de continuité et le plan de reprise de l'activité de la Centrale (PCA et PRA).

Evolutions

L'ensemble des actions listées ci-dessus ont été appréhendées. Lancées, en cours de finition ou terminées, ces actions avaient 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 la mission actuelle et future de la centrale. La structure issue de ce concept et de ces méthodes devait être et sera capable d'assurer la permanence et de préparer l'évolution de MSF-Logistique.

Le quoi : ses activités, ses actions, son 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 ses ressources limitées, son engagement envers la mission sociale de MSF et ses origines obligent la centrale à faire preuve d'innovation dans son management et son organisation. L'équipe ne doit 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.

Projets

Le contexte et les constats établis ces dernières années ont amené le centre opérationnel de Paris, appuyé par le Conseil d'administration de MSF-Logistique, à demander à ce que la centrale dessine un projet dont l'objectif à terme aurait été de centraliser la responsabilité « de bout en bout » de sa chaîne d'approvisionnement. La note de cadrage de ce projet fut transformée par le Conseil d'administration de MSF-France en une étude comparative dénommée SURF (Supply Reorganized for the Field) au sein de laquelle le Directeur de la chaîne d'approvisionnement intègre le groupe de travail et son directeur général le Comité de pilotage.

Au niveau international, les directeurs participent au suivi du projet informatique « UNIFIELD » (Directeur général adjoint), celui de la « Codification internationale » (Directeur de la Chaîne d'approvisionnement), et de « l'International Supply Strategy » (Directeur général)

Le projet d'agrandissement du site de Mérignac se poursuit. Validé par le Conseil d'administration de MSF-France, géré par la Fondation MSF, ce projet est financé en partie par les sections partenaires, deux centres opérationnels et les collectivités territoriales d'aquitaine. 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 (normes des installations classées pour la protection de l'environnement), achat de terrains), d'appel et de choix des entreprises terminées, les travaux ont démarré en janvier 2011 pour une réception définitive prévue en janvier 2013. Malgré quatre mois de retard dus à des problèmes de suivi de chantier de la part de la maîtrise d'œuvre, le nouvel entrepôt est livré en octobre 2012. L'entrepôt libéré permettra, une fois réhabilité et remis aux normes, de réintégrer une grosse partie des produits et matériels actuellement stockés dans des entrepôts externes loués pour la durée des travaux.

L'une des finalités du projet d'extension était de pouvoir accueillir, dans les espaces libérés, des membres de l'équipe du siège dont la présence à Paris, en termes d'obligation professionnelle, n'était pas obligatoire. Bien que les travaux ne sont pas terminés, le site héberge déjà, dans des conditions transitoires (préfabriqués Algecos), une douzaine de personnes issues des départements logistique, informatique et RH du siège.

La gestion de l'ensemble du site est sous la responsabilité 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.

Revue des activités 2012-2013

Le propos de ce texte est de passer en revue les activités 2012 et celles planifiées pour 2013 ainsi que l'évolution des ressources mobilisées sur cette période.

Eléments généraux

Après un accroissement en 2012, le nombre de jours d'activité planifié en 2013 revient au niveau de 2011. La croissance budgétaire des années 2010 et 2011 (+ 25%) est freinée en 2012 et 2013 (+ 15%). Le nombre de personnels au siège est stable. Dans les centres de recherche du Niger et d'Ouganda, l'activité, le nombre de personnels et le budget sont en croissance. De nouvelles thématiques et de nouvelles approches sur des thématiques plus anciennes ont été développées (VIH, chirurgie, helminthiases, antibiorésistance, santé environnementale). Certains partenariats ont pris de l'ampleur, notamment avec l'OCB (centre opérationnel MSF de Bruxelles), le bureau international de MSF, la DNDi (Drugs for neglected diseases initiative) et l'ANRS (agence nationale française de la recherche sur le sida).

Revue des activités

Nous passerons en revue l'activité liée aux conditions de l'exercice de soin, puis celle relative aux projets opérationnels puis à la formation. Les projets cités ne représentent pas l'intégralité du portefeuille d'activité.

Le diagnostic clinique : cette activité de recherche est toujours intense notamment sur les maladies infectieuses : par exemple, validités des tests de diagnostic rapide ou de la microfluorescence dans le paludisme, utilité des tests « point of care » de mesure des CD4 et de la charge virale VIH dans le cadre du financement UNITAID (organisation internationale d'achats de médicaments), études de multiples techniques diagnostiques de la tuberculose (String test, Small membranes filtration, Détection de LAM dans les urines, Apport du GenXpert, de la technique de PCR sur lame).

Dans le domaine des soins psychiques, l'étude des échelles transculturelles de mesure de la souffrance psychique chez l'enfant se poursuivra sur la classe d'âge 6 mois-3 ans à la suite du travail mené chez les 3-6 ans.

Enfin Epicentre coordonne un projet de développement de tests biologiques répondant aux besoins des cliniciens dans le cadre des syndromes infectieux sévères de l'enfant. Ce projet est le fruit d'un partenariat entre MSF-OCP (centre opérationnel de Paris regroupant MSF-France, MSF-USA, MSF-Japon et MSF-Australie) et l'Institut Pasteur.

Ainsi notre travail ne se réduit pas à évaluer mécaniquement la fiabilité d'outils diagnostiques développés mais également à évaluer leur place dans les conditions d'utilisation des projets de MSF et permettre ainsi de peser en amont par l'expression des besoins des cliniciens.

La prévention : plusieurs axes de travail notables tels que la prévention de la malnutrition aiguë chez l'enfant avec un important essai mené au Niger dans le cadre d'un partenariat entre le PAM (Programme Alimentaire Mondial) et MSF-OCP (comparaison de stratégies reposant sur divers types de produits alimentaires associés ou non à une allocation d'argent), la prévention des séquelles du paludisme grave chez l'enfant (essai de phase II sur le monoxyde d'azote en partenariat avec l'Hôpital Général du Massachussets) ou la prévention de la tuberculose (intérêt de l'isoniazide en prévention). Le volume de travail est toujours important dans le cadre de l'efficacité vaccinale : celle du vaccin contre le choléra en réponse aux épidémies, du vaccin tétanos délivré en chaîne de froid contrôlée, du vaccin anti-pneumococcique à dose réduite dans un groupe d'âge élargi par rapport à l'indication initiale, du vaccin antitrotavirus dans le cadre du développement d'une nouvelle formulation.

La diversité de nos objectifs de recherche sur la prévention (simplification, mode de délivrance, adaptation au contexte) nous permet de rester cohérents avec les priorités de MSF. Certains de ces projets ont un fort potentiel de transformation de politique médicale par la remise en question de standards de pratique que leurs résultats pourraient mettre en avant.

Traitement : cet axe de travail concentre toujours une intense partie de notre savoir faire. Nous relevons notamment, comme maladie sujet d'étude, le paludisme (essai comparatif des ACT (combinaisons à base d'artémisinine) au Niger et au Soudan du Sud, efficacité des ACT chez les enfants malnutris) et la tuberculose (toxicité de la rifampicine à haute dose, y compris parmi les séropositifs VIH, traitement présomptif chez les patients séropositifs pour le VIH). Chez ces derniers, nous débiterons une étude visant à évaluer l'efficacité d'une stratégie reposant sur une unique consultation annuelle en l'absence de complications intercurrentes. Par ailleurs, nous menons au Niger un important essai comparatif de l'efficacité de la prescription systématique d'amoxicilline chez les enfants malnutris sévères non compliqués. Plusieurs hypothèses d'étude proviennent de collaborations extérieures, ce qui démontre, s'il en était encore besoin, l'apport du positionnement d'Epicentre entre les besoins de MSF et les idées et capacités d'institutions de recherche externes. Nous souhaiterions être plus présents sur la recherche de modes efficaces et efficaces de délivrance des moyens thérapeutiques (hormis le projet pilote en cours d'introduction d'une pharmacie intra-domiciliaire).

Dans le registre de la mesure du poids de certaines maladies ou étiologies, nous avons initié des enquêtes de mesure de la prévalence de

l'infection à VIH et de la couverture thérapeutique dans un district du Kenya. Ce projet s'inscrit dans une intention d'apprécier ultérieurement l'impact des projets de dépistage et de soins sur l'évolution de l'épidémie.

Nous avons achevé des études sur l'étiologie des syndromes neuro-méningés fébriles chez l'enfant admis en service de pédiatrie dans l'hôpital de Mbarara (Ouganda), sur la sensibilité de *Plasmodium falciparum* à certains traitements antipaludéens au Niger, sur la place en consultation des filarioses lymphatiques, de l'onchocercose et de la loase (projet pour le compte de la DNDi). Dans ce champ d'étude, des questions d'apparence scientifique simple peuvent être exploitées ultérieurement avec un fort potentiel de modification des connaissances et des pratiques.

L'activité d'Epicentre consiste également à monitorer et analyser des situations ou des programmes. Cette demande « opérationnelle » de la part de MSF est toujours forte. Il peut s'agir de suivre ainsi l'évolution des résultats de prise en charge de l'infection à VIH, de la dénutrition infantile, de la tuberculose résistante ou de la prise en charge chirurgicale. Le risque pour l'équipe d'Epicentre est de se substituer sur ce type d'activités aux personnels de MSF qui devraient en avoir la responsabilité.

Notre activité auprès des équipes de MSF consiste aussi à éclairer l'action au cœur des situations d'urgence notamment par le biais d'enquêtes en population. Cette année, nous avons particulièrement enquêté sur la mortalité au Soudan du Sud, sur les couvertures vaccinales en RDC, en RCA et au Tchad. Au Mali, nous avons poursuivi une série d'enquêtes sur les couvertures vaccinales et les niveaux de mortalité et de dénutrition infantile. Nous avons également tenté de conduire, sans succès jusqu'à présent, une enquête d'accès aux soins dans les faubourgs d'Athènes (Grèce).

Nos activités de mise en place de systèmes de surveillance se sont concentrées sur la RCA, le Soudan du Sud et Haïti. Toujours dans ce registre des enquêtes en population menées en condition d'urgence, nous avons investigué des épidémies de fièvres Ebola en RDC, de Marburg en Ouganda, de paludisme en RDC, d'hépatite E au Soudan du Sud et de pian en République du Congo Brazzaville. Mais au-delà de ces travaux qui ont exigé une flexibilité et une réactivité à saluer, nous n'avons pas bien vécu les attermoissements dans la sollicitation de nos compétences au Soudan du Sud. Par ailleurs, nous nous efforcerons de progresser sur l'analyse spatiale en temps (presque) réel au service de l'investigation d'épidémies. Nous souhaitons également nous appuyer sur des compétences externes pour aborder les questions théoriques de la validité des méthodes d'enquête.

Le volume et la qualité de notre production scientifique sont restés satisfaisants : 11 communications orales, 10 posters et 29 articles publiés dans des revues à comité de lecture en 2012. Nous souhaitons davantage publier les rapports d'enquête en situation d'urgence, ce type de travaux constituant un témoignage significatif sur les situations d'intervention de MSF.

La formation reste le deuxième pilier « historique » de l'activité d'Epicentre. Cette activité est en croissance surtout dans notre relation bilatérale avec les centres opérationnels de MSF. Nous avons par ailleurs réussi à progresser sur une revue partielle des modules du PSP (stage Populations en situation précaire). Nous allons également nous investir dans la mise sur pied d'une formation destinée aux cadres de terrain de MSF-OCP. Nos capacités pédagogiques seront également utilisées dans le cadre de formation de personnels scientifiques ougandais à Mbarara. Nous avons poursuivi à un moindre degré le mouvement entamé ces deux dernières années de formation des personnels de MSF et de leurs partenaires sur leur terrain d'intervention (formations dites décentralisées).

Centres opérationnels de recherche de Maradi et Mbarara

A Maradi, Niger, une nouvelle équipe de direction est en place à Niamey, la capitale. Nos axes d'études sont diversifiés (par exemple : essais cliniques dans le champ de la dénutrition, du paludisme, enquêtes de mortalité). Nous avons renforcé nos capacités de gestion et d'analyse des données d'étude ou de programmes. Sur le plan administratif, nous avons (enfin) achevé la révision du règlement intérieur. Notre équipe a montré sa capacité à surmonter les contraintes importantes tant politiques que de sécurité et de volume opérationnel d'études ; des études complexes y sont aujourd'hui menées. L'efficacité et la raison d'être de notre présence reposent sur les partenariats établis avec nos homologues nigériens (notamment la faculté de médecine de Niamey).

A Mbarara, Ouganda, un ambitieux plan de formation s'est mis en place au profit des personnels scientifiques ougandais, autour d'une nouvelle direction (création d'un poste dédié à cette initiative). Un poste de moniteur interne a également été pourvu. Sur le plan des études, outre la poursuite du travail dans le champ de la tuberculose, nous avons étendu notre spectre d'action notamment sur le paludisme (évaluation des temps de négativation des tests rapides de diagnostic en zone de haute et basse transmission) et la vaccination (essai de réduction des doses du vaccin anti-pneumococcique). Comme toujours à Mbarara, les interactions avec les partenaires extérieurs d'étude se révèlent constructives et productives.

Partenariats

Nos partenariats dans les études reposent sur une ambition d'ordre stratégique (par exemple R&D avec l'Institut Pasteur, prévention de la malnutrition avec le Programme Alimentaire Mondial, appui de compétences scientifiques avec l'IRD (Institut de la recherche pour le développement)). Par ailleurs, nos études ont été présentées dans de nombreuses réunions ad hoc dans les instances du PAM, de GAVI (Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation) ou de l'OMS (Organisation mondiale de la santé). Nous devons chercher à mieux exploiter nos résultats pour les inscrire dans une démarche d'influence qui va au-delà de la publication scientifique.

Nous restons présents dans les instances de MSF (groupes de travail médicaux, grande réunion de réflexion sur la vaccination fin 2012) et sommes sollicités pour travailler en commun divers sujets transversaux (DNDi, politique de partage des données qui sera mise en œuvre en 2013, comité de sélection de la Journée scientifique de MSF-Royaume Uni, soutien à la CAME (Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels de MSF) sur les dossiers de la tuberculose ou de la vaccination). Nous sommes de plus en plus sollicités dans le cadre de la soumission et la réalisation de projets d'études entrant dans le cadre du « Fonds pour l'innovation ». Nous avons également été sollicités par le bureau international de MSF pour produire une description des projets de l'ensemble du mouvement et proposer des pistes d'élaboration et de présentation d'une typologie des projets plus accessibles et plus pertinentes. Nous devons renforcer cet axe de développement afin de mieux assoir notre crédibilité en interne – parfois prise en défaut – afin de rester une force de proposition dans MSF.

Ressources

Nos effectifs se sont stabilisés au siège et ont augmenté sur les centres de recherche. La masse salariale est en légère progression en raison de l'application d'une nouvelle grille de rémunération du personnel scientifique et pédagogique. Cette dernière met en avant la capacité de gestion de projet et les résultats obtenus et non plus seulement le diplôme et l'expérience individuelle. Le plan de formation prévisionnel est en

hausse. Le plan d'égalité homme/femme sera mis en place en 2013. Nous serons amenés à revoir avec MSF le choix de notre mutuelle commune.

Enfin le travail sur l'harmonisation des prises en charge et de la mobilité sera engagé dans les mois à venir.

Outre la majeure partie de l'équipe basée à Paris et dans les deux centres opérationnels de recherche, nous comptons aujourd'hui, au sein des sièges de MSF, 4 postes à MSF Genève (un cinquième en 2013), 1 à MSF Barcelone (ouverture 2012), 1 MSF à New-York (ouverture 2012) et 2 à MSF Bruxelles.

Nous avons également établi un partenariat privilégié avec l'épidémiologiste de MSF à Rome. Notre leitmotiv sur ce dossier des ressources humaines sera de préserver les spécificités d'Epicentre par rapport aux institutions externes (publiques ou privées) et à MSF.

Sur le plan logistique, nous travaillons sur la question du transport sécurisé des échantillons. Nos liens se sont constamment renforcés avec MSF-Logistique à Bordeaux.

La sécurité des équipes, dossier de mobilisation majeure compte tenu de l'évolution des contextes d'intervention de MSF et Epicentre, justifie une veille constante, une attitude de réactivité face aux événements. Le déploiement opérationnel de nos études s'adapte selon l'évolution des contextes. Les guides sécurité et leurs applications seront revus ainsi que certaines procédures internes.

La mutualisation de notre système d'information avec MSF-OCP s'est révélée difficile. Certains projets ont avancé : intranet avec partage d'informations et outils collaboratifs, dématérialisation des contenus, back up informatique, préparation des ordinateurs. D'autres sont restés en carafe tels que le système d'information des RH ou des achats. Deux dossiers importants feront l'objet de notre mobilisation en 2013 : un système plus moderne d'information financière et l'externalisation des bases de données d'étude. Nous sommes donc à la croisée des chemins entre une mutualisation qui repose sur un département de MSF-OCP en souffrance et une autonomie partielle.

Sur le plan financier, nous accusons un résultat 2012 négatif (456.089€) couvert par nos réserves. Nous observons un rééquilibrage de la part de l'OCP en-dessous de 60%. La création d'un poste de contrôleur de gestion et celle de nouveaux formats budgétaires devraient permettre un meilleur pilotage et une meilleure intégration et automatisation des tâches de comptabilité. Nous limitons le coût de journée à 740€ pour 2013. Le budget 2013 se présente comme déficitaire de 335.985€. Un retour à l'équilibre est prévu en 2014. Nous allons par ailleurs réfléchir avec le département collecte de MSF-OCP sur l'opportunité de financer par mécénat d'entreprise ou par grands donateurs certains de nos projets.

Divers

Nous avons constitué un groupe de réflexion afin de faire évoluer le format de la Journée scientifique annuelle d'Epicentre. Nous souhaitons en effet mieux mettre en avant la dimension et la perspective opérationnelle et politique des résultats de nos études.

Un des grands chantiers collectifs de cette année sera l'écriture d'un plan stratégique 2014-2017. Il prendra en compte la modification du paysage économique et politique de la recherche, mettra en avant l'importance du développement de nos centres de recherche et des ressources humaines qui y sont affectées, donnera ainsi des pistes d'adaptation de notre structure à une croissance de MSF possiblement freinée et redéfinira la communication et la place d'Epicentre au-delà de la production de résultats. Ce plan devra être soumis à notre Conseil d'administration en janvier 2014.

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 : Gwenaël 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

<p>BELGIQUE</p>	<p>MSF Supply Chée de Vilvorde / Vilvoordsestweg 140 1120 Neder-Over-Heembeek BELGIUM</p>	<p>+32 (0)2 249.10.00 (réception) +32 (0)2 249.10.01 (fax) office-msfsupply@brussels.msf.org http://www.msfsupply.be</p>
<p>FRANCE Directeur général : Gérald Massis</p>	<p>Médecins Sans Frontières Logistique 14 Avenue de l'Argonne 33700 Bordeaux / Mérignac</p>	<p>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</p>

sections internationales

<p>ALLEMAGNE Président : Tankred STOEBE Dir. Gén. : Frank DOERNER</p>	<p>Arzte Ohne Grenzen Lieselingsweg 102 D-53119 Bonn Allemagne</p>	<p>tél. : +49 228 55 95 00 fax : +49 228 55 95 011 e-mail : office@bonn.msf.org</p>
<p>AUTRICHE Président : Reinhard DOERFLINGER Dir. Général : Mario THALER</p>	<p>Arzte Ohne Grenzen Josefstaedter Strasse 19, A-1082 Wien (ou Postfach 53) Autriche</p>	<p>tél. : +43 1 409 72 76 fax : +43 1 409 72 76 40 e-mail : office@vienna.msf.org</p>
<p>AUSTRALIE Président : Matthew CLEARY Dir. Gén. : Paul MCPHUN</p>	<p>Médecins Sans Frontières Level 4, 1-9 Glebe Point Road, Glebe, 2037 ou GPO Box 847 Broadway NSW 2007 Australie</p>	<p>tél. : +61 2 - 95 52 49 33 fax : +61 2 - 95 52 65 39 e-mail : office@sydney.msf.org</p>
<p>BELGIQUE Présidente : Meinie NICOLAI Dir. Général : Christopher STOKES</p>	<p>Médecins Sans Frontières Duprèstreet, 94 1090 Bruxelles Jette Belgique</p>	<p>tél. : +32 2- 474 74 74 Ur. : +32 2-474 74 70 fax : +32 2- 474 75 75 e-mail : zoom@brussels.msf.org</p>
<p>CANADA Président : Dr Bruce LAMPARD Dir. Général : Marilyn McHARG</p>	<p>Médecins Sans Frontières 720, Avenue Spadina, suite 402 Toronto, Ontario ON M5S-2T9 Canada</p>	<p>tél. : +1 416 964 06 19 fax : +1 416 963 87 07 e-mail : msfcan@msf.ca</p>
<p>DANEMARK Président : Jesper H.L. JORGENSON Dir. Général : Michael NIELSEN</p>	<p>Læger uden Grænser / MSF Kristianiagade 8, 2 DK-2100 Copenhagen Ø Danemark</p>	<p>tél. : +45 3977 5600 fax : +45 3977 5601 e-mail : info@msf.dk</p>
<p>ESPAGNE Présidente : José Antonio BASTOS Dir. Général : Joan TUBAU</p>	<p>Médecos Sin Fronteras Nou de la Rambla 26 08001 Barcelona Espagne</p>	<p>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</p>
<p>ÉTATS-UNIS Président : Matthew SPITZER Dir. Général : Sophie DELAUNAY</p>	<p>Médecins Sans Frontières/ Doctors Without Borders 333 7th Avenue 2nd Floor New York, NY 10001 Etats-Unis</p>	<p>tél. : +1 212 679 68 00 fax : +1 212 679 70 16 e-mail : doctors@newyork.msf.org</p>
<p>FRANCE Président : Mégo TERZIAN Dir. Général : Stéphane ROQUES</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 : firstname_lastname@msf.org.hk e-mail : office@msf.org.hk</p>
<p align="center">ITALIE Présidente : Loris DE FILIPPI Dir. Général : Gabriele EMINENTE</p>	<p>Médecins Sans Frontières Via Volturmo, 58 00185 ROME Italie</p>	<p>tél. : 00.39.06.448.69.21 fax : 00.39.06.448.69.220 e-mail : first.lastname@rome.msf.org</p>
<p align="center">JAPON Présidente : Nobuko KUROSAKI Dir. Gén. : Jérémie BODIN</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 : Monika OSWALDSSON Dir. Général : 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 : Charles Kiplangat Ronoh	Association officer : Caroline Odunga officer-eea@msf.org Cell +254 0705 866 643 Tel +254 (02) 2726864
LATIN AMERICA President : Jonathan Novoa Cain jonathannovoacain@hotmail.com Jonathan NOVOA/BCN/UMSF	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	Carbajal 3211 Codigo Postal 1426 Belgrano Ciudad de Buenos Aires Argentina
BRAZIL Tel: + 55 21 3527 3636 Presidente: Mauro Nunes General Director : Susana de Deus + 55 21 3527 3647 (direct) + 55 21 9530 0329 (cell) Susana.de.deus@rio.msf.org	Fax: + 55 21 3527 3641 Rua Santa Luzia, 651 / 11° Andar - Centro 20030-041 Rio de Janeiro Brasil
CZECH REPUBLIC Tel: + 420 257 090 150 Director : Pavel Gruber	Fax: + 420 257 090 155 MSF – Lékaři bez hranic Seifertova 555/47 Žižkov 130 00 Praha 13
INDIA/SOUTH ASIA Tel: + 91 11 4658 0216 Mob: +91-9650061063. President : Dr.Chanjiv Singh	Fax: + 91 11 4650 8020 C-162, first floor Defence Colony, New Delhi India 110024
IRELAND Tel: + 353 1 660 3337 Head of office : Jane-Ann McKenna	9-11 Upper Baggot St. Dublin 4 Ireland
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	Champoton 11 Col. Roma Sur CP 06760 Mexico D.F.
UAE (Emirats Arabes Unis) Tel: + 971 2 631 7645 Executive Director : Ghada Hatim + 971 552 412 909 (cell) ghada.hatim@paris.msf.org	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

(le Board international sera renouvelé au cours de l'AGI des 27/29 juin 2013)

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 Executive assistant : Thomas LAHOUSSE 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 : Amelia FOLKES</p>	<p>Médecins Sans Frontières 78 rue de Lausanne 1207 Genève 6 (Case Postale 116 /1211 Geneva 6) Suisse</p>	<p>Tél. : + 41 22 849 84 05 Fax : + 41 22 849 84 04 e-mail : www.accessmed-msf.org</p>



*composition du conseil d'administration
issu de l'assemblée générale
des 1^{er} et 2 juin 2013*

Composition du nouveau Conseil d'administration

A l'issue de sa première réunion, le 2 juin 2013, la composition du nouveau Conseil d'administration est la suivante (15 membres élus) :

Président	Dr Méguerditch TARAZIAN dit Mégo TERZIAN (élu en 2013, sort en 2016)
Vice-présidente	Dr Claire RIEUX (élue en 2011, sort en 2014)
Vice-présidente	Dr Isabelle DEFOURNY (élue en 2013, sort en 2016)
Trésorier	Denis GOUZERH (élu en 2012, sort en 2015)
Secrétaire Général	Gilles DELMAS (élu en 2012, sort en 2015)
Secrétaire Général	Gabriel TRUJILLO (élu en 2013, sort en 2014, termine le mandat de Marc Gastellu Etchegorry (élu en 2011)
Membres	Dr Marie-Pierre ALLIÉ (élue en 2011, sort en 2014)
	François ENTEN (élu en 2011, sort en 2014)
	Aurélie PAGNIER (élue en 2012, sort en 2015)
	Emmanuel DROUHIN (élu en 2012, sort en 2015)
	Thierry ALLAFORT-DUVERGER ((élu en 2013, sort en 2016)
	Gwenola SEROUX (élue en 2013, sort en 2016)
	Fred EBOKO (élu en 2013, sort en 2016)
	Dr Jean-Paul DIXMERAS (élu en 2013, sort en 2015, termine le mandat de Didier Bompangue Nkoko (élu en 2012)
	Mickaël LE PAIH (élu en 2013, sort en 2014, termine le mandat de Bernard Guillon (élu en 2011),

Représentants des sections partenaires

Dr Deane MARCHBEIN - MSF USA

Véronique AVRIL - MSF Australie

Dr Nobuko KUROSAKI – MSF Japon

Coopté, conseiller auprès du trésorier : Michel COJEAN