43E ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE MÉDECINS SANS FRONTIÈRES

RAPPORT ANNUEL

14 ET 15 JUIN 2014

2013–2014

NOISIEL
(SEINE-ET-MARNE) FRANCE

MEDECINS SANS FRONTIERES

RAPPORT ANNUEL 2013/14 DE MEDECINS SANS FRONTIERES
43E ASSEMBLEE GENERALE

SOMMAIRE

Introduction ..... page 5

Charte de Médecins Sans Frontières ..... page 7

Rapport moral du président ..... page 9

Rapport du trésorier ..... page 17

Rapport d'activités 2013

La gestion ..... page 23
Les opérations ..... page 37
Département médical ..... page 49
Activités et techniques logistiques ..... page 52
Achat et approvisionnement ..... page 56
Ressources humaines ..... page 57
Communication ..... page 63
Pôle événementiel ..... page 67

Les missions MSF France de a à z

Afghanistan ..... page 71
Arménie ..... page 72
Burkina Faso ..... page 73
Cambodge ..... page 74
Chine ..... page 75
Colombie ..... page 76
Congo Brazzaville ..... page 77
Côte d'Ivoire ..... page 78
Ethiopie ..... page 79
Géorgie/Abkhazie ..... page 80
Haïti ..... page 81
Irak (voir Jordanie)
Iran ..... page 82
Jordanie/Irak ..... page 83
Kenya ..... page 85
Laos ..... page 86
Madagascar ..... page 87
Malawi ..... page 88
Mali ..... page 89
Niger ..... page 90
Nigeria ..... page 92
Ouganda ..... page 93
Pakistan ..... page 94
Palestine (voir Territoires palestiniens)
Papouasie Nouvelle Guinée ..... page 96
Philippines ..... page 97
République Centrafricaine (RCA) ..... page 98
République démocratique du Congo (RDC) ..... page 101
Russie (Tchétchénie) ..... page 103
Somalie ..... page 104
Soudan du Sud/Soudan ..... page 105
Syrie ..... page 106
Tchad ..... page 107
Tchétchénie (voir Russie)
Territoires palestiniens ..... page 109
Yémen ..... page 111

Les satellites de MSF

Fondation MSF CRASH ..... page 115
MSF Logistique ..... page 119
Epicentre ..... page 121

Répertoire

Antennes régionales France ..... page 123
Bases logistiques ..... page 124
Sections internationales ..... page 124
MSF Association contact list ..... page 126
MSF Executive entities ..... page 126
Members of the International Board ..... page 127
Bureau international ..... page 127
Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels ..... page 127

Conseil d'administration sortant élu à l'AG de juin 2013 ..... page 129

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 regroupe le Rapport moral du président, le Dr Mégo TERZIAN, le Rapport du trésorier, Denis GOUZERH, et le Rapport d'activités (coordonné par Odile Hardy), descriptif des activités de la section française de Médecins Sans Frontières pour l'année 2013 (et les débuts de 2014).

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 2014, qui s'est tenue cette année à Noisiel (Seine et Marne –France), les 14 et 15 juin, célébrait les 43 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 15 juin 2014.
Vous pourrez aussi trouver les coordonnées des antennes régionales de MSF France et des différentes sections et entités qui composent le mouvement international de Médecins Sans Frontières.

CHARTE

Médecins Sans Frontières est une association privée à vocation internationale. L'association rassemble majoritairement des médecins et des membres des corps de santé et est ouverte aux autres professions utiles à sa mission. Tous souscrivent sur l'honneur aux principes suivants :

a. Les Médecins Sans Frontières apportent leurs secours aux populations en détresse, aux victimes de catastrophes d'origine naturelle ou humaine, de situations de belligérance, sans aucune discrimination de race, religion, philosophie ou politique.

b. Oeuvrant dans la plus stricte neutralité et en toute impartialité, les Médecins Sans Frontières revendiquent, au nom de l'éthique médicale universelle et du droit à l'assistance humanitaire, la liberté pleine et entière de l'exercice de leur fonction.

c. Ils s'engagent à respecter les principes déontologiques de leur profession et à maintenir une totale indépendance à l'égard de tout pouvoir, ainsi que de toute force politique, économique ou religieuse.

d. Volontaires, ils mesurent les risques et périls des missions qu'ils accomplissent et ne réclameront pour eux ou leurs ayants droit aucune compensation autre que celle que l'association sera en mesure de leur fournir.

RAPPORT MORAL DU PRESIDENT

Introduction

Bienvenue à toutes et tous pour cette 43ème assemblée nationale qui est aussi la première pour moi en tant que président. L'exercice du premier rapport moral n'est évidemment pas facile, pas plus d'ailleurs peut-être que le second ou le troisième. Il s'agit de faire le bilan d'activités de notre association, alors même que les attentes sont nombreuses. Je le sais d'autant plus que j'ai été élu l'année dernière en compagnie de nombreux entrants au Conseil administration pour marquer une nouvelle étape dans la vie de notre organisation. Celle-ci a traversé un certain nombre de difficultés, et c'est sur un mandat de réforme profonde que j'ai été élu, et dont je suis comptable aujourd'hui devant vous.

Avant tout, je souhaite évoquer la situation de nos amis Chantal, Philippe, Richard et Romy enlevés depuis près d'un an en RDC. Nous n'avons toujours pas été en mesure de les retrouver malgré les efforts déployés par des équipes MSF spécialement dédiées à la recherche de nos collègues. Cet événement douloureux pour nous tous sera l'occasion d'aborder la question de l'insécurité qui touche le personnel de l'association et qui n'est pas sans conséquence sur nos activités de secours. Elle fera l'objet d'une discussion aujourd'hui et sera illustrée de façon plus concrète demain avec une présentation de notre intervention en République Centrafricaine. Je l'évoquerai aussi dans la première partie de ce rapport.

L'assemblée générale est un moment essentiel pour rencontrer les personnes qui participent à notre action, nos adhérents toujours plus nombreux. Cela témoigne du dynamisme de l'association et je les encourage à convaincre de nouvelles personnes de leur entourage à nous rejoindre. Ce sont des ambassadeurs indispensables pour renforcer nos capacités d'interventions auprès des populations les plus démunies.

L'assemblée générale est aussi un espace de débats sur les orientations de notre association dans les années à venir. Les réponses aux questions opérationnelles, médicales ou encore institutionnelles ne sont jamais simples ou uniques. Elles doivent faire l'objet de discussions contradictoires et doivent systématiquement être revisitées pour ne pas en faire des doctrines figées qui ne serviraient pas notre mission sociale. Je me suis attaché en tant que président à réunir autour d'une même table des personnes d'horizons, de culture, de formations et de métiers divers pour favoriser cette émulation.

Pour autant, les chefs de mission et leurs équipes sont encore trop souvent mis à l'écart de ces discussions. Certainement en raison de leur éloignement géographique, mais plus vraisemblablement en raison d'un mode d'organisation qui ne tient pas assez compte des compétences que nous avons sur nos terrains. Je profite de leur venue lors de cette assemblée générale pour les encourager à mieux faire entendre leur voix.
Pour évoquer l'année écoulée et envisager ensemble les orientations que nous devons prendre dans les années à venir, j'ai organisé mon rapport de manière assez classique, en deux parties : notre mission sociale, avec une attention particulière aux terrains de conflit, à nos priorités médicales et à nos positionnement public ; l'état de notre association ensuite (nos institutions).

Nos opérations cette année ont nécessité l'envoi de 1775 volontaires internationaux – dont la moitié pour les urgences – dans l'un de nos 33 pays de mission (moyenne sur l'année). Ce nombre très important doit nous interroger sur le format de certaines de nos missions.

Nous avons eu à faire face à des nombreuses urgences. Et je dois ici saluer les efforts considérables fournis par tous pour que ces projets réussissent au mieux. Il est de mon rôle en tant que président de l'association d'avoir un regard critique sur les opérations que nous menons à travers le monde. Mais je souhaite saluer le travail souvent remarquable effectué par nos équipes dans des conditions souvent difficiles et parfois particulièrement dangereuses.

L'aide aux victimes de guerre

Comme je le mentionnais lors de mon introduction, je souhaite développer plus particulièrement dans un premier temps le thème de la sécurité des équipes et de la prise de risque qui fait écho à l'enlèvement de nos camarades en RDC mais aussi aux kidnappings de nos collègues MSF des sections espagnole (OCBA) en Somalie et belge (OCB) en Syrie. Dans un deuxième temps, j'évoquerai trois situations parmi les plus importantes en volume et les plus complexes en termes de déploiements des activités ces derniers mois, la Syrie, la RCA et le Soudan du Sud. Enfin je terminerai sur un sujet transversal, la multiplication des réfugiés dans les conflits récents.

Notre politique de prise de risque

Dans un article à paraître dans « L'état du monde 2015 », Fabrice Weissman questionne la tentation actuellement dominante de décrire les organisations humanitaires comme victimes de la brutalité des nouveaux conflits. Tout en évoquant « la relative stabilité du taux d'attaque contre les travailleurs humanitaires à mettre en parallèle avec la diminution globale de la létalité des conflits », il reconnaît que certains « conflits connaissent des épisodes de violences extrêmes, source d'une surmortalité aiguë par massacres et privations de biens essentiels à la survie ». Or ce type d'épisodes a été vécu au cours des derniers mois par les équipes MSF plus particulièrement au Soudan du Sud, en RCA et en Syrie.

Nous avons alors été confrontés à des menaces et attaques contre nos structures de santé et contre notre personnel. Des hôpitaux ont été bombardés, des centres de santé pillés, des ambulances violemment fouillées. Des patients ont été arrachés de leur lit et enlevés pour être exécutés. Ces phénomènes ne sont pas nouveaux, mais l'accumulation d'épisodes violents marque bien entendu les esprits.

Par ailleurs, la pratique du kidnapping à l'égard des travailleurs humanitaires a évolué ces dernières années. Le rapt de quelques heures ou quelques jours, pouvant servir de bouclier humain au moment d'un repli militaire ou de pression dans le cadre d'une négociation locale, s'est transformé en business des otages ou en stratégie de reconnaissance internationale. De plus, des violences sont exercées à l'égard de nos

collègues retenus, comme ce fut le cas en Somalie où deux employées espagnoles de MSF OCBA (centre opérationnel de Barcelone) ont été détenues pendant plus de 18 mois et enfin libérées en 2013. De même, cinq collègues de l'OCB (centre opérationnel de Bruxelles) ont été kidnappés en Syrie en janvier 2014 au même titre que d'autres humanitaires ou journalistes occidentaux, pour faire plus tard, en avril 2014, l'objet d'une négociation avec les ravisseurs.

Nous faisons face à de nouveaux groupes de combattants qui se sont éloignés progressivement de la mouvance Al-Qaida pour former une nébuleuse en pleine expansion sur nos terrains d'intervention au Moyen Orient mais aussi sur le continent africain. Dans ce type de contexte où notre présence s'accompagne d'une prise de risque importante, il est essentiel de revenir aux fondamentaux. La réduction des dangers passe en priorité par un travail de négociation politique avec toutes les forces en présence, par un ajustement au plus serré de notre déploiement opérationnel et par la voie politique pour négocier la libération de nos employés retenus en otages.

J'ai le sentiment que nous nous sommes éloignés de ces « Règles d'or » ces dernières années, prenant ainsi le risque de ne plus pouvoir intervenir dans ces contextes particuliers sauf à devoir nous exposer au même titre que n'importe quel étranger ou opposant. Peut-être devons-nous réfléchir à nos volumes opérationnels dans ce type de contexte, ainsi qu'à ce que nous entendons par 'qualité', concept évidemment sans limite, tout comme nous devons savoir utiliser la prise de parole publique afin de dénoncer publiquement les manquements à la parole donnée et le non-respect des engagements. Pour terminer sur cette question de sécurité, je ne veux pas sous estimer le caractère difficile de nos interventions aujourd'hui au Moyen Orient et en zone sahélienne, mais leurs particularités vont se généraliser sur nombres de terrains où nous devrons être présents pour répondre aux crises à venir. Notre intervention au Mali, suite à la prise de pouvoir du nord du pays par des groupes djihadistes, a montré notre capacité à engager le dialogue avec des groupes les plus radicaux et à trouver des terrains d'entente avec eux.

La Syrie en guerre depuis 3 ans et un positionnement MSF toujours aussi fragile

Plus de trois ans déjà que la guerre en Syrie se poursuit inlassablement au gré des conquêtes territoriales des uns ou des autres, des alliances et fractionnements au sein de l'opposition armée, des soutiens militaires de puissances étrangères à tel ou tel belligérant et d'une volonté maintes fois réaffirmée du gouvernement de Damas de refuser tout compromis à ses adversaires. Dans ce contexte souvent imprévisible, MSF rencontre de réelles difficultés à déployer ses opérations de secours. Depuis deux ans, nous gérons cependant une structure chirurgicale dans le nord du gouvernorat d'Idlib et depuis un an, nous soutenons un hôpital général dans le district d'El Bab (Alep).
Je souhaite mettre en évidence dans ce rapport deux raisons pouvant expliquer au moins partiellement les faiblesses de notre positionnement. Tout d'abord la pertinence des secours médicaux proposés aux populations syriennes, et dans un deuxième temps l'obtention de garanties de sécurité auprès des différents groupes armés.

La population syrienne avant le début du conflit bénéficiait d'un système de soins de pays intermédiaire. Des pathologies telles que le diabète, les cancers ou les maladies cardiovasculaires étaient prises en charge. Les combats à partir du début de l'année 2011 ont progressivement mis à mal le dispositif médical à travers le pays. Les hôpitaux ont été ciblés, 40% d'entre eux sont aujourd'hui hors service, et les stocks de consommables médicaux n'ont pas pu être renouvelés. D'autre part, les violences ont provoqué un afflux de blessés dans des structures qui devenaient progressivement inopérantes. La réponse MSF de façon assez classique s'est portée sur cette population et notre savoir faire nous a permis d'ouvrir des centres de traumatologie. Cependant dans les 6 mois qui ont suivi le début du conflit, des intervenants extérieurs, en provenance du Golfe et de la diaspora, ont été en mesure de concurrencer l'offre de soins MSF, et en 2013, nous n'avons pas été capables, au sein du mouvement MSF, de transformer nos modes opératoires pour répondre aux besoins quotidiens d'une population qui tentait de survivre au milieu des affrontements armés. A titre d'exemple, je peux citer des services hospitaliers ou ambulatoires qui pourraient être développés par nos équipes pour renforcer notre offre de soins en Syrie, des services pédiatriques, des services spécialisés dans la leishmaniose cutanée, des services de dialyse ou encore des services médicaux pour la thalassémie.

Une deuxième faiblesse de notre dispositif tient à la difficulté rencontrée à maintenir et enrichir nos contacts avec tous les groupes armés. Nous ne serons pas en mesure de redéployer nos équipes (qu'on a évacuées) demain en Syrie ou dans des contextes similaires sans obtenir des garanties de sécurité de la part des belligérants, et tout particulièrement de ceux qualifiés de « radicaux » par les puissances occidentales. Pendant plus de 18 mois, MSF est intervenu au nord de la Syrie avec des équipes venant de l'étranger et avec des collègues syriens sans rencontrer de problèmes majeurs de sécurité. Des garanties de sécurité nous avaient été données par des commandants rebelles et djihadistes. Aujourd'hui, après l'enlèvement de nos 5 collègues de l'OCB (centre opérationnel de Bruxelles) en janvier 2014 – tous ont été libérés depuis –, nous travaillons sans être en mesure d'y envoyer du personnel international. Cette solution ne peut être à mes yeux que provisoire et nous devons rapidement reprendre contact avec au moins 4 groupes d'interlocuteurs possibles : les bailleurs de fonds de combattants notamment ceux de l'EIIS, les chefs religieux, les gouvernements de la région et les disséminateurs d'information sur les réseaux sociaux pro-djihadistes.

La RCA, MSF face à un exode forcé des populations musulmanes

L'arrivée des forces rebelles de la Séléka au pouvoir en mars 2013 a marqué une nouvelle étape dans l'effondrement de l'Etat centrafricain. Les combats violents entre les Sélékas et les milices d'auto-défense -les anti-Balakas-, au cours du dernier trimestre 2013, et l'intervention des forces françaises avec le soutien de l'Union Africaine – MISCA – à Bangui en décembre 2013 ont été le point de départ d'un phénomène sans précédent : l'exode massif des populations musulmanes de la capitale et de l'ouest du pays qui ont été contraintes de fuir pour se réfugier dans les pays voisins dans des conditions particulièrement dramatiques – familles séparées, morts écrasés dans des camions surchargés, conditions de vie déplorables dans les pays d'accueil. On estime à plus de 150 000 le nombre de musulmans en fuite. Ceux qui sont restés en Centrafrique sont menacés quand ils doivent se rendre à l'extérieur des zones de regroupement sous protection de la MISCA, pour se ravitailler en eau ou en nourriture.

Cette situation a créé de nombreuses discussions au sein de notre association, sur l'attitude à adopter, notamment en termes de positions publiques et notamment sur l'appel aux troupes. J'ai pour ma part estimé que la situation telle que rapportée par les équipes de terrain justifiait de bousculer certains dogmes anti-interventionnistes de MSF. Face à ces phénomènes, nous n'avons longtemps pas eu de réponse cohérente et notre prise de parole a pu sembler minimiser la gravité de la situation. Mais reconnaissons ici les limites de l'acteur humanitaire quand il s'agit de faire face à des évènements particulièrement exceptionnels ou graves. Nos équipes ont été exemplaires.

Dans un même temps nous devons être en mesure de protéger notre personnel qui lui aussi se retrouve menacé, exposé, dans cet environnement extrêmement violent, soit parce qu'il est étranger, soit parce qu'il est personnel soignant, ou simplement parce qu'aujourd'hui, les ressources des organisations non gouvernementales sont particulièrement attractives pour toutes sortes de combattants et hommes armés. En avril de cette année, l'hôpital de Boguila, soutenu par MSF Hollande au nord de la RCA, a été attaqué par des miliciens de l'ex-Séléka et 17 personnes y ont été tuées dont 3 collègues centrafricains. Au total, à ce jour, plus de 2300 employés MSF – dont 300 internationaux – sont déployés en RCA – 81 internationaux et 550 Centrafricains pour notre section - pour répondre aux urgences médicales à travers le pays. La capacité de nos très nombreux interlocuteurs à garantir notre sécurité est discutable. Dans ce contexte, il est temps, à mes yeux, de questionner ce nombre important de salariés et par la-même notre volume opérationnel. Plus on a de monde, plus on augmente les risques.

Le Soudan du Sud : OCP absent dans les zones de combats

Je voulais terminer ma revue des principales urgences de l'année et des mois passés par le Soudan du Sud. Alors que des combats font rage depuis décembre 2013 entre partisans des deux leaders, Salva Kiir, président du pays, et Riek Machar, son ex vice-président, notre intervention se résume à une prise en charge récente des patients atteints par le choléra dans la capitale Juba et à une intervention de grande ampleur auprès des réfugiés sud soudanais en Ouganda et en Ethiopie. Ce conflit, moins médiatisé, en France et en Europe, que la guerre en Centrafrique, est pourtant d'une très grande violence.

Je souhaite mettre en avant deux éléments de réflexion pour le futur de nos opérations. Tout d'abord nous avons au sein du Mouvement MSF dans son ensemble un réel problème quant à la division des territoires d'intervention lors de certaines crises. En particulier quand il s'agit de lieux, autrefois – dans un passé récent ou proche – « humanitairement occupés » – j'emploie ces mots à dessein- par l'une ou l'autre des sections. C'est ainsi le cas pour le Soudan du Sud et ce n'est pas tenable comme position en situation de crise aiguë où toutes les compétences sont nécessaires. Un équilibre doit être trouvé entre les 5 centres opérationnels pour permettre une intervention la plus efficace possible. De façon plus interne à l'OCP (centre opérationnel de Paris), je crois que la crise soudanaise est arrivée à un moment de surchauffe opérationnelle au sein du bureau des urgences. Les Philippines, la Syrie, la RCA occupaient déjà de façon intense nos collègues et une quatrième urgence pouvait être perçue comme la mission impossible à gérer faute de temps, de ressources humaines dédiées et de disponibilité pour appréhender un nouveau contexte. Pour mémoire, il y a quelques années (quand Thierry Allafort était responsable des urgences) nous discutions encore des moyens à donner au bureau des urgences pour pouvoir mener de front deux urgences en même temps. Nous en sommes aujourd'hui à trois. Il est certainement nécessaire de revoir notre dispositif afin de faire face demain à une augmentation de volume imprévue.

Je rappellerai également que l'année 2013 a vu la fermeture des programmes de MSF en Somalie, décision prise par le Conseil international de MSF après la libération de nos deux collègues espagnoles en juillet dernier, qui s'est accompagnée d'un moratoire d'un an sur toutes tentatives de retour. Ce moratoire a été respecté bien que l'on sente les appétits des uns et des autres s'aiguiser. Je souhaite pour ma part confirmer la prolongation de ce moratoire. Il peut bien sûr sembler regrettable que MSF ne semble pas pouvoir trouver sa place aujourd'hui en Somalie. Toutefois, le prix à payer du maintien de notre présence, tant au point de vue humain qu'au point de vue financier, justifie à mes yeux pleinement ce temps de pause. Une évaluation de la gestion du kidnapping est actuellement en chantier (par Christian Captier, ancien DG de MSF Suisse) ; on peut espérer qu'elle contribuera à la réflexion concernant un éventuel retour de MSF dans le pays.

Pour clore cette première partie consacrée à l'aide aux victimes de guerre, je souhaite m'arrêter quelques instants sur la question spécifique du « retour » des réfugiés dans les opérations de MSF.

Les réfugiés, le retour

La fin des années 1990 et le début des années 2000 ont été marqués par une volonté des Nations-Unies et des Etats de maintenir les populations au sein de leur pays d'origine en cas de conflit interne les obligeant à fuir leur domicile. Le nombre de déplacés a augmenté durant cette période de façon exponentielle et les acteurs de l'aide se sont mobilisés pour leur venir en aide.

Cependant, depuis le début des années 2010, nous assistons, en quelque sorte, au retour des réfugiés fuyant des guerres qui ne leur laissent d'autres choix que de franchir une frontière. Pour reprendre les exemples précédents et sans prétendre tenir une comptabilité exacte, les trois conflits évoqués dans ce rapport ont généré autour de 3 millions de réfugiés dans les pays voisins à ce jour, avec une forte majorité d'entre eux en provenance de Syrie – environ 2,3 millions.

La prise en charge de ces réfugiés dans des camps gérés le plus souvent par le HCR (Haut commissariat aux réfugiés des Nations unies), en collaboration avec les agences locales, n'a pas été une difficulté majeure pour MSF, fort de son expérience passée. Il est à noter cependant que nous faisons face aujourd'hui à des problèmes spécifiques en **Ethiopie**, dans la région de Gambella, où les autorités nationales multiplient les obstacles administratifs ne favorisant pas ainsi le déploiement correct de l'aide. Dès lors, la situation sanitaire des réfugiés est aujourd'hui catastrophique et nous avons décidé de témoigner, fin mai, auprès des différents acteurs influents en Ethiopie pour qu'ils fassent pression sur les autorités afin de faciliter notre intervention dans ces camps.

En **Jordanie**, la plupart des réfugiés syriens vivent en dehors des camps. Leur présence pèse de façon excessive sur les différents services du pays, ce qui contribue à une augmentation des prix et à une incapacité du système de santé jordanien de répondre correctement aux attentes des populations locales et réfugiés. A Irbid, ville qui accueille plus de 100 000 Syriens, MSF a décidé de créer un service privé, en parallèle du service public, de consultations et hospitalisations maternelles et pédiatriques. Ouvert en octobre 2013, nous devons encore tirer un bilan de cette expérience pour nous autoriser à reproduire une telle initiative dans des situations où les populations réfugiés sont mélangées aux populations locales et représentent un poids trop important pour les structures de santé. Il s'agit véritablement d'une expérimentation qui devrait nous aider à mieux intervenir dans de telles situations à l'avenir.

Il ne sert à rien de distinguer artificiellement la médecine de la guerre, car comme on le voit, nos missions auprès des victimes de guerre sont bien des missions médicales, de plus en plus élaborées, techniques et complexes à mettre en œuvre. Mais il est exact également que certaines de nos missions s'inscrivent dans un cadre plus strictement médical, et je pense ici bien évidemment à nos projets TB, VIH, ou pédiatrique. Je ferai ici la synthèse de nos activités médicales, en situation de conflit ou en situation stable, ainsi que des perspectives et chantiers à venir.

La Médecine

La chirurgie

La chirurgie reste toujours la première réponse aux conflits. 5 missions chirurgicales ont été ouvertes en 2013, dont 4 dans le cadre des urgences. Depuis 2006, le nombre d'interventions a pratiquement doublé : 34 689 en 2013, avec seulement 7 % de chirurgie programmée en dehors des urgences. La chirurgie des brûlés représente la première activité chirurgicale (26%). Pour répondre aux besoins des patients brûlés, les protocoles de réanimation, de nutrition et de lutte contre l'infection pour ces patients sont en constante évolution. Un projet spécialisé dans la prise en charge des brûlés devrait voir le jour à Port-au-Prince en Haïti.
La surveillance à long terme des interventions orthopédiques, à l'exception du programme de reconstruction d'Amman en Jordanie, reste malheureusement le talon d'Achille de ces projets spécialisés.

L'hôpital long terme

Il me faut évoquer l'abandon du projet FOSSAP en **Haïti**. Avec lui s'est interrompu au moins pour un temps notre ambition de nous doter d'une mission hospitalière généraliste dans un établissement privé à but non lucratif, où tout le personnel serait employé directement par MSF, un hôpital s'inscrivant dans la carte sanitaire d'un pays à faible revenu, un lieu privilégié de formation et de recherche, et qui puisse nous apprendre à mieux gérer et piloter nos divers projets hospitaliers. Un certain nombre de carences internes et de dysfonctionnements sont à l'origine de cet échec.

On peut quand même penser que l'hôpital d'Amman en **Jordanie** remplit une partie des ambitions allouées à l'origine au projet Fossap : c'est un hôpital loué au Croissant-Rouge jordanien ; le personnel est totalement rémunéré par MSF ; il inclut un volet formation et un projet de recherche épidémiologique embryonnaire. Mais cette structure reste très spécialisée dans la chirurgie réparatrice, et demeure une réponse aux séquelles fonctionnelles graves des conflits régionaux (Irak, Syrie, Yémen, Libye, Palestine). Cette année, 1378 interventions y ont été pratiquées.

La vaccination

Dès que c'est possible, dès qu'il se trouve une fenêtre pour d'autres activités médicales que la chirurgie dans les urgences, il faut s'y jeter. Le premier réflexe, c'est d'initier des vaccinations préventives en urgence. La vaccination contre la rougeole est établie depuis vingt-cinq ans comme un des dix piliers de la réponse médicale urgente. Mais le projet actuel, c'est de diversifier cette vaccination et de protéger les enfants contre d'autres maladies tueuses. C'est ce qu'on a réussi cette année à Yida en négociant, avec le ministère de la santé du Soudan du Sud, l'introduction du vaccin contre le pneumocoque. Ce qui est dommage, c'est qu'on n'ait pas pu initier cette vaccination dès l'ouverture du camp de Yida, et éviter ainsi un nombre non négligeable de pneumonies souvent mortelles pendant la toute première phase de l'urgence.

On doit citer comme un grand échec l'arrêt forcé de la vaccination contre le choléra à Kalémie pour des raisons de sécurité et de bureaucratie administrative locale ayant entrainé un gâchis scandaleux. Espérons que nous pourrons vacciner cette année les réfugiés soudanais en Ethiopie et à temps.

Si la décision internationale de porter les vaccinations comme une priorité est bienvenue, ceci est resté longtemps au niveau de l'intention. Et si nous avons constamment répondu depuis aux différentes épidémies auxquelles nous avons eu à faire face, y compris de manière parfois discutable sur les épidémies de méningite, la vaccination de routine est demeuré très stagnante jusqu'en 2012. Mais en 2013 la proportion de vaccination de routine par rapport aux vaccinations d'urgence s'est inversée : 822 000 doses administrées en routine, cette activité a décuplé par rapport à 2008.

Tuberculose

Depuis 2008 Francis Varaine travaille sur ce qu'on appelle un protocole compassionnel pour les patients tuberculeux multi résistants pour lesquels il n'existe plus aucun médicament efficace sur le marché. L'utilisation exceptionnelle de certaines molécules non encore disponibles car encore au stade expérimental est possible. Mais il faut travailler sur un mécanisme d'attribution exceptionnelle auprès du fabriquant. Après cinq ans de travail, deux patients ont été mis sous traitement avec une nouvelle molécule en **Arménie** en avril 2013. Une vingtaine de patients ont pu ensuite bénéficier de cette dernière chance, avec un taux de guérison de 88%. Cela parait une petite victoire, mais en réalité, c'est un pas considérable dans ce qui est considéré comme un des défis médicaux principaux de l'association à savoir le traitement de la tuberculose multi résistante pour les trois à cinq années à venir.
Mais il s'agit encore d'un traitement difficile à supporter car associant plusieurs molécules qui provoquent des effets secondaires importants, et dont la durée reste très longue, deux ans. Cela sauve des cas désespérés mais encore au prix fort.

L'espoir d'une solution plus acceptable, c'est-à-dire avec un traitement beaucoup plus court, efficace et provoquant moins d'effets secondaires est né d'une initiative du mouvement en juillet 2012 : c'est la proposition d'un essai clinique avec un ou des protocoles comprenant deux nouvelles molécules, la betaquiline et la delamanide associées à des médicaments plus classiques. Malheureusement la rédaction de ce protocole a fait l'objet d'un conflit majeur entre sections opérationnelles, ce qui a entrainé un retard d'un an sur le début de sa mise en œuvre. Un accord a enfin été conclu en juillet dernier entre les quatre sections opérationnelles concernées sur deux types d'essai clinique avec par ailleurs l'arrivée opportune d'une proposition de financement d'UNITAID très conséquent. Les sites de l'essai sont encore en discussion.

Le SIDA

Nous mettons en œuvre la partie de notre stratégie qui consiste à réduire le nombre des grandes cohortes avec la fermeture des projets de Mathare au **Kenya** en novembre 2013 et d'Arua, en **Ouganda**, en avril 2014. La passation du programme de Homa Bay est engagée et son achèvement prévu pour fin 2015. La cohorte des patients dans les programmes OCP (centre opérationnel de Paris) dépasse encore les 50 000 (dont 33 000 pour le seul programme au Malawi), mais les inclusions de malades sont en diminution.
En revanche notre présence dans des contextes de plus faible prévalence et de faible couverture par les ARV ne s'est pas franchement développée, de même que nos activités à destination des populations clés ou vulnérables : femmes jeunes, enfants, homosexuels. A noter qu'en février nous avons pris publiquement position à propos des conséquences néfastes pour l'accès aux soins du durcissement de la loi anti-homosexualité en Ouganda.

Un nouveau programme démarré en février à Ndhiwa, **Kenya**, a l'objectif inédit et ambitieux de réduire l'incidence du VIH dans une zone à forte prévalence.
La bonne nouvelle, c'est le résultat de l'étude d'impact de 12 ans de dispensation des ARV sur la population de Chiradzulu (**Malawi**) réalisée par Epicentre : l'incidence y serait aujourd'hui de 0,4% ce qui est très faible pour une population auparavant très infectée. Tout laisse à penser que la transmission du VIH y est aujourd'hui très réduite, grâce à la bonne couverture et les très bons résultats des traitements par les ARV.

Gynécologie / Obstétrique / Santé des femmes

Le nombre d'accouchements gérés par l'association montre une croissance régulière, avec simultanément un accroissement du nombre de programmes centrés sur la santé de la femme : aujourd'hui 33 programmes dans 22 pays. L'absence de visibilité sur les avortements, malgré des consignes internationales reste une constante de ces misions : 47 interruptions de grossesses rapportées uniquement sur une seule mission. Les raisons évoquées pour cet échec sont multiples (problèmes légaux, sous-notification dans les données, résistance des équipes internationales et nationales). Elles doivent être analysées, pour qu'on puisse s'y attaquer sans délai et enfin donner accès à ce type de soins dans nos programmes.

La pédiatrie

L'un des objectifs prioritaire de la pédiatrie, c'est l'amélioration de la prise en charge des pathologies graves en hôpital. Aujourd'hui, la mortalité ne dépasse pas le plus souvent 5% dans la vingtaine de programmes hospitaliers que comptent nos opérations. C'est un résultat très honorable, même s'il ne s'agit évidemment pas de s'en satisfaire. En périphérie le modèle du « paquet de soins pédiatriques » qui, au Mali, associe prévention et traitement en nutrition, vaccination et chimio prophylaxie saisonnière du paludisme, montre des résultats prometteurs malgré un coût trop important encore aujourd'hui. Les questions restent ouvertes par rapport à la reproductibilité de ce projet et au rapport coût / efficacité. Il est important que MSF continue à travailler à une baisse des prix des aliments thérapeutiques.

La pédiatrie néo-natale semble lentement progresser dans les missions hospitalières pédiatriques. Près de 34 000 enfants malnutris sévères de 6 mois à 5 ans ont été pris en charge, sur environ 19 projets, soit une baisse de 29% par rapport à l'année 2012. Cette diminution est en partie explicable par l'absence de crise nutritionnelle majeure en 2013 et le plus grand nombre d'acteurs présents dans ce secteur.

Le **paludisme** a été considéré comme une priorité stratégique pour les 3 années à venir. En effet après le succès relatif de l'accès aux combinaisons thérapeutiques avec les dérivés de l'artémisinine, mise en place au début des années 2000 en Afrique, l'ombre des résistances à ces produits vient assombrir les perspectives de contrôle de la maladie. Les premières résistances sont apparues ces deux ou trois dernières années en Asie du Sud Est et ne sauraient tarder à se répandre, malgré les tentatives actuelles de la contenir géographiquement par des traitements de masse et l'utilisation systématique d'action de lutte contre les vecteurs.
426 000 traitements contre le paludisme ont été dispensés en 2013. La distribution systématique de traitement à tous les enfants de moins de 5 ans pendant les 4 mois de transmission dans 3 pays de la zone sahélienne (Mali, Niger, Tchad) a montré des pourcentages intéressants de réduction des risques de paludisme (60 à 80% au Mali). Il existe donc une mobilisation importante de l'association contre cette tueuse. Mais il va falloir imaginer d'autres stratégies étant donné ces menaces de résistance.

Les dossiers médicaux à venir

L'épidémie **d'Ebola** actuelle en Guinée nous laisse à penser que même si nous avons décidé il y a plusieurs années (après la flambée de fièvre hémorragique de Marburg en Angola en 2005*)* de déléguer la responsabilité de l'entretien de la compétence nécessaire au contrôle de ces terribles épidémies à la section MSF de Bruxelles, il faut également maintenir chez nous une sorte de vigilance, au cas où la réponse espérée de cette section éprouverait des faiblesses opérationnelles. Pour autant, la réponse, et j'y reviendrai, montre également la difficulté pour chacun des centres opérationnels de maintenir des compétences sur l'ensemble des champs médicaux sur lesquels nous sommes censés intervenir. Il y a nécessité de réfléchir à une répartition de certaines des responsabilités entre les différents centres opérationnels de MSF.

Après des discussions courant sur ces cinq dernières années, nous avons enfin proposé avec Epicentre et l'Institut Pasteur un appel d'offre sur un test diagnostic rapide, et signé en décembre un contrat pour un projet de recherche avec une équipe pluridisciplinaire. D'ici 3 ans, on devrait pouvoir voir naître un test qui nous permettra au lit du malade le diagnostic d'une fièvre d'origine bactérienne (salmonelle, pneumocoque, staphylocoque). Cela changerait totalement nos moyens diagnostiques sur le terrain, du moins c'est ce que nous espérons, surtout en pédiatrie. Ce projet est cofinancé par MSF et l'institut Pasteur.

Hépatite C : le nouveau combat. On estime à 185 millions de personnes infectés par ce virus dans le monde soit 3% de la population mondiale, 350 000 morts par an. Le traitement de base aujourd'hui, peginterferon + ribavirine, coûte déjà en Europe environ 2000 $ par mois, pendant 12 mois, ne guérit pas tous les malades et produit de redoutables effets secondaires. Cela n'a pas découragé la section belge qui a inauguré ce type de traitement en Inde. Mais le coup de théâtre, c'est l'apparition de nouvelles molécules dites antivirales à action directe, qui guériraient tous les malades avec peu d'effets secondaires et en 12 semaines. Le laboratoire Gilead vient d'obtenir une autorisation de mise sur le marché du sofosbuvir, et le vend en Europe à 1000$ le comprimé : traitement de 12 semaines à 90 000$. Que va faire MSF ? Va-t-on se contenter de déléguer la pression sur les laboratoires à la CAME (campagne pour l'accès aux médicaments essentiels de MSF) ? Ce ne sont pas les coûts de production qui justifient de tels tarifs, ni même l'amortissement de l'investissement en recherche et développement. C'est du profit pour le profit.

Du côté de la DNDi (Drugs for neglected diseases intiative), on espère recevoir le fruit de leur travail sur une présentation pédiatrique d'un médicament antirétroviral, le lopinavir/ritonavir, avec l'approbation des autorités américaines de régulation pharmaceutique (US FDA) qui était attendue en 2013, et en attendant la sortie d'une combinaison à dose fixe de 3 antirétroviraux. Le mouvement a souhaité prolonger son investissement dans la DNDi pour 5 années, à hauteur de 4 millions euros par an. C'est une excellente nouvelle. Evoquer la DNDi, c'est également rappeler que MSF ne peut pas penser son rôle dans les innovations et la recherche sans observer ce qui se passe à l'extérieur.

Depuis deux ou trois ans il existe une forte pression au sein du mouvement pour organiser une meilleure prise en charge des maladies chroniques non transmissibles : diabète, hypertension, etc. Non que nous ne les traitions pas sur le terrain ainsi que notre devoir l'exige, mais qu'elle n'apparaisse pas comme une priorité opérationnelle. MSF OCB (centre opérationnel de Bruxelles) tente de tels programmes. Même si nous n'éliminons pas l'organisation des soins de telles maladies, surtout si nous les traitons lors de nos admissions dans nos salles d'urgences à

l'occasion d'accidents graves générés par ces maladies, elles ne seront pas considérées aujourd'hui comme un exercice prioritaire. Mais il n'est pas impossible que l'on envisage dans un futur proche d'étendre notre champ d'action thérapeutique à la pathologie cancéreuse, en particulier en pédiatrie.

Certains pensent que nous avons besoin de nouveaux défis médicaux pour motiver le mouvement MSF, sans pour autant oublier ou négliger la base, comme l'urgence de la prise en charge sanitaire de populations déplacées. Il n'est pas certain que ce soit cette motivation pour des pratiques innovantes qui anime les volontaires. Il est probable qu'il s'agisse d'abord de mieux traiter les patients que nous rencontrons – en lien avec le changement des profils épidémiologiques, des populations qui tendent à vivre plus longtemps, etc., et parfois de proposer des modèles de soins originaux à nos partenaires et patients. A l'horizon des prochaines années, on pourrait envisager outre le traitement de certains cancers, la chirurgie de la hanche avec la pose de prothèses, la chirurgie endoscopique, l'ophtalmologie, le laboratoire de bactériologie mobile, la vaccination sans seringue et sans chaîne de froid, etc. Dans ce dernier domaine de la vaccination, nous avons travaillé avec Epicentre sur une étude consistant à tester l'efficacité de vaccins contre le tétanos qui avaient été maintenus non plus en chaîne de froid, comme cela est classiquement fait, mais à des températures plus élevées.

Je souhaiterais faire un commentaire sur notre réponse au typhon Haiyan aux **Philippines** de novembre 2013. La capacité de MSF à faire la différence dans les situations de catastrophes naturelles est souvent discutée. Notre opération a pourtant montré la pertinence de notre réponse à ce type de situations. Nous avons je crois beaucoup appris de nos expériences passées. Mais il est également exact que nous rencontrons des difficultés dans le déploiement des ressources humaines et l'acheminement du matériel dans des délais rapides.

Comme on le voit, les réussites sont nombreuses, mais nos points faibles sont également apparents. Une part importante du discours de notre organisation semble s'organiser autour de la critique du « système de l'aide », la critique des « autres » acteurs de secours, agence des Nations unies en tête. Et il est exact que, par exemple, dans le cas de la Centrafrique, le dispositif de secours pêche depuis longtemps. MSF a eu raison de le rappeler à plusieurs reprises. Mais il est important de ne pas perdre de vue que notre première responsabilité est de faire progresser nos pratiques, avant de pointer du doigt l'insuffisance des autres.

La prise de parole publique

Ceci me permet de faire une transition vers notre bilan en termes de prises de parole publiques. Le silence de MSF avait beaucoup été critiqué ces dernières années. On se souvient, par exemple, des interventions de Thierry Durand lors d'Assemblées générales précédentes ou encore du travail du Crash (centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires de MSF) sur le sujet. Pourtant, malgré des insuffisances sur lesquelles je reviendrai, la voix de MSF me semble avoir été plus audible ces derniers temps. Sur la Centrafrique, et je suis bien placé pour le savoir pour avoir déclenché les cris d'une partie du mouvement MSF pour avoir constaté l'insuffisance du nombre de troupes internationales, nous avons été très présents. Sur la Syrie, nous avons également tenté à plusieurs reprises de communiquer sur les déséquilibres de l'aide internationale et sur les violences commises par le régime.

Reste une grande tentation au sein de MSF, qui est celle de s'en prendre publiquement à ceux qui sont le moins susceptibles de s'en prendre à nous, Nations unies, Etats unis, etc. alors que nous nous montrons parfois d'une prudence extrême à l'égard des régimes répressifs ou de terreur. Faire l'évaluation de notre prise de parole, c'est non seulement regarder ce qui a été fait, mais aussi les occasions perdues.

Etre dans le tempo, prendre des risques, ne pas se faire aspirer dans les spirales institutionnelles – qui sont autant celles de notre propre association que celles du mouvement, ne pas être dogmatiques, multiplier les portes paroles, quitte à moins contrôler les messages, voilà il me semble les orientations susceptibles de faire progresser encore ce bilan. Je tiens à saluer le travail de Michel Janssens qui à la tête du département de la communication pendant quatre ans a œuvré dans cette direction avec efficacité. Et j'adresse tous mes vœux de réussite à sa remplaçante, Claire Magone.

L'institution

J'aimerais maintenant évoquer l'état de notre association, de notre mouvement.
Le mouvement MSF : sa forme et son poids ne cessent d'évoluer. On compte aujourd'hui 23 associations régionales et nationales, des bureaux qui se multiplient. Son budget consolidé 2013 sera probablement en croissance.

Le Conseil international a lancé un travail spécifique sur la croissance, destiné à indiquer des pistes pour une croissance gérée plus intelligemment. Mais ces pistes, nous les anticipons déjà pour la plupart : une meilleur équilibre entre les dépenses siège et support, d'une part, et les dépenses terrain, d'autre part ; un effort plus grand de mutualisation et de cohérence entre les différents centres opérationnels de MSF. Si nous n'y prenons pas garde, le budget de MSF doublera d'ici à 2020, pour passer d'1 milliard à 2 milliards d'euros. Cette perspective ouvre deux séries de questions : d'une part, est-ce faisable ? D'autre part, est-ce souhaitable ? C'est autour de ces questions que les débats ont lieu. Nous avons souhaité partager ces réflexions et vous donner l'occasion de vous exprimer à l'occasion d'un débat de l'Assemblée générale qui se tiendra cet après-midi.

Parmi les dossiers sur lesquels le Conseil international a souhaité avancer il y a celui de la « mutual accountability » (rendu de compte), inscrit dans les accords de La Mancha (2006). En deux mots, il s'agit de faire en sorte que les directions exécutives du mouvement MSF soient comptables auprès des instances associatives MSF des initiatives que celles-ci souhaitent mettre en place. Il en a été ainsi lorsque le Conseil international avait voté il y a quelques années des résolutions exigeant la mise sous traitement des patients atteints par le VIH, ou la modification des protocoles de prise en charge du paludisme. MSF a mis sa collecte au pot commun, il est donc logique que soient discutées plus concrètement les questions liées aux dépenses et à l'efficacité de nos activités de secours.

Sur ces dossiers, les avancées sont trop lentes. C'est pourquoi il est indispensable que notre section montre la voie, en affirmant des choix clairs : priorité des secours sur la structure de support, réduction des dépenses au niveau des sièges bien sûr, mais sans faire l'économie d'une réflexion sur nos dépenses terrain. En tout cas, la direction générale à qui est déléguée cette responsabilité par le Conseil d'administration est comptable

d'avancées rapides en la matière. Il est indispensable que nous nous impliquions de très près sur ces dossiers, sans quoi nous prenons le risque de les voir aboutir dans des directions très discutables. La réforme de l'IRP II (projet de rémunération international II), portant sur une révision de la grille de fonction et de salaires du personnel national est aujourd'hui l'exemple le plus criant d'une initiative qui nécessiterait qu'on la revoit de fond en comble. Conçue à l'origine avec l'objectif d'attirer du personnel, de motiver nos employés à s'engager sur le long-terme, elle s'est transformée en machine à créer de la discrimination et aboutira en l'état à des baisses de salaires pour certains de nos employés.

Notre groupe

L'événement marquant de l'année en ce qui concerne le Centre opérationnel de Paris est très certainement le plan stratégique, élaboré conjointement par les directions des sections française, américaine, japonaise et australienne, puis adopté à l'occasion de la réunion du Comité de Groupe en février dernier. Celui-ci affirme notamment des priorités en matière de ressources humaines terrain, d'optimisation des relations entre sièges et terrain, d'une plus efficacité de nos prises de positions publiques.

Par ailleurs, un certain nombre de dossiers communs ont progressé, qu'il s'agisse du Health Information System (Système d'information santé), sous la direction de l'unité médicale de MSF-USA, ou encore de l'unité médicale de Sydney (Australie).

Des voix ici et là se sont élevées pour contester la faible implication des sections partenaires dans l'élaboration de la « stratégie du changement » récemment présentée par la direction générale ainsi que sur le regard autocentré autour du siège parisien du travail Oscar. On peut effectivement regretter que le regard n'ait pas été décalé davantage au moment même où l'on multiplie les appels à la mutualisation et alors que les modifications en termes de priorité ou d'organisation chez les uns impactent invariablement chez les autres.

L'occasion m'est ici donnée de rappeler que le protocole d'accord gouvernant le partenariat OCP (centre opérationnel de Paris qui regroupe dans un partenariat les sections française, américaine, australienne et japonaise de MSF) arrive à échéance cette année et qu'il doit donc être renégocié. C'est peut-être l'occasion de se reposer un certain nombre de questions sur les intérêts et les limites du modèle actuel. En effet, nos discussions sur les ambitions en termes de régulation de croissance à l'échelle du mouvement MSF semblent parfois prises en tenaille dans des logiques groupo-sectionnelles qui paralysent les avancées. En termes d'opérations, on pourrait penser que les compétences construites par les groupes – en matière de pédiatrie ou d'obstétrique à Sydney pour l'OCP ou en matière de programme à destination des migrants en Italie pour l'OCB (centre opérationnel de Bruxelles), pour ne citer que deux exemples – pourraient être utiles à l'ensemble du mouvement. Le plus souvent, c'est malheureusement insuffisamment le cas.

Un mot rapide sur le bureau des Emirats-Arabes-Unis. Nous n'avons pas été en mesure de présenter un plan ambitieux de développement de ce bureau, qui continue de nous coûter plus cher qu'il ne nous rapporte, une situation dont l'ironie n'échappe à personne. Un nouveau directeur vient d'être nommé : souhaitons lui, à son équipe – ainsi qu'à l'ensemble des personnes impliquées au sein du groupe OCP, de réussir là où les acteurs investis depuis 23 ans dans ce dossier depuis plusieurs années ont échoué.

Là encore, il me faut évoquer notre situation financière. Elle n'est pas alarmante, sans être rassurante pour autant. Nos niveaux de réserves destinées aux opérations du groupe atteignent 5 mois. Nous anticipons une baisse en 2014 et 2015. Il est probable que la collecte puisse être accrue dans un certain nombre de pays du groupe et du mouvement, Etats-Unis en tête. Nous travaillons également déjà à présent au RSA III (resources sharing agreement), l'accord qui au sein du mouvement répartit les ressources entre groupes opérationnels. Mais il faut être lucide, ces efforts ne porteront pas immédiatement leurs fruits.

Notre association

Un nouveau directeur général a pris ses fonctions en avril 2013. Depuis, le comité de direction a été profondément remanié. Il convient de saluer cette dynamique de travail. Mais il me semble important de rappeler également que les changements doivent être ressentis par les personnels de terrain, qui sont les principaux acteurs de notre réponse opérationnelle. Les efforts doivent porter dans cette direction. Il est utile de le rappeler, dans la mesure où entre la mise en œuvre du projet de l'opération Oscar, programme de réorganisation des départements et projet de déménagement des locaux, on pourrait penser que ce sont les sièges qui constituent les priorités du Conseil d'administration. Je tiens à rassurer les membres de notre association : ce n'est pas le cas. En particulier, il me semble utile de rappeler ici que le travail d'analyse structurelle conduite par le Bureau international a montré que le groupe de Paris n'était pas parmi les bons élèves en termes de ratio siège/terrain. Si cet indicateur a de nombreuses limites, pour autant, ce serait une erreur de ne pas s'attacher à augmenter la part de nos ressources allouées à nos programmes de terrain.

En France particulièrement, les équipes ont poursuivi leurs travaux pour accroître la collecte auprès des entreprises et des grands donateurs, deux axes jusqu'alors insuffisamment développés. Pour ce faire, nous avons choisi d'être plus agressifs dans nos démarches auprès des entreprises privés en abandonnant la règle de l'arbitraire qui nous permettait de juger telle ou telle entreprise en fonction de nos ressentis, ou celle des principes moraux qui voulaient que certains secteurs d'activité soient considérés comme impurs par MSF. Dorénavant nous jugeons la qualité de nos donateurs potentiels en fonction de critères plus appropriés à nos ambitions de collecte comme la Responsabilité sociale de l'entreprise (RSE), son impact en termes d'environnement ou encore sa gouvernance. C'est un choix que nous allons devoir défendre en face de nos collègues du mouvement MSF qui, pour beaucoup, restent sur des positions mélangeant vertu et bonne conscience.

Par ailleurs, nous entamons un processus de modification des statuts de la Fondation MSF. Longtemps coquille creuse de l'association pouvant servir à l'occasion de gestionnaire d'une partie de notre patrimoine immobilier – MSF Logistique –, la Fondation, après deux votes de son Comité de direction et un vote du Conseil d'administration de l'association, va prendre un nouvel élan en se transformant statutairement en Fondation abritante. Conscients du développement important, en France, de la philanthropie au début des années 2000, nous avons voulu permettre à des fonds ou fondations de financement, créées par des personnes de leur vivant, d'être accueillis au sein de notre Fondation. Ils participeront ainsi à l'objectif général de la Fondation qui est de soutenir les actions de l'association MSF et de devenir acteurs de notre développement.

Il a été également décidé de poursuivre le renforcement de notre notoriété en France avec le lancement en novembre de « l'année 2 » de la campagne de notoriété « Médecins Sans… » initiée en 2012, avec le « SANS vous, nous ne pouvons être médecins SANS frontières !
Le département collecte a véritablement été le moteur de ce renouveau en termes de recherches de fonds privés et je tiens particulièrement à remercier Mélanie Cagniart et son équipe.

Nous poursuivons par ailleurs une politique d'augmentation progressive des ressources institutionnelles : celles-ci s'élevaient à 9,6 millions d'euros, contre 8,3 millions l'année précédente.

Conclusion

Pour conclure, j'adresse des remerciements particuliers à Odile Hardy ainsi qu'aux trois présidents de nos sections partenaires, Nobuko, Deane et Matthew, qui ont très grandement facilité mon arrivée à cette fonction. Je remercie également les trois administrateurs sortants pour la qualité de leur travail et leur implication, Claire Rieux, Marie-Pierre Allié et François Enten.
Je pense également à neuf de nos collègues disparus au cours de l'année écoulée. Huit de ces décès sont intervenus sur le terrain. Nous ne les oublions pas. Merci à eux, ainsi qu'à tous ceux qui œuvrent, d'une manière ou d'une autre, à la bonne réalisation de notre mission sociale.

14 juin 2014
Dr Méguerditch TARAZIAN, dit Mégo TERZIAN
Président

RAPPORT DU TRÉSORIER

L'activité de l'année 2013

Conscients de la nécessité de faire des choix entre les interventions, nous avions entrepris, dès l'année 2011, d'arrêter ou de réorienter certaines de nos activités. Ceci a été réalisé sur ces 3 dernières années, tout en préservant notre capacité de réponses aux urgences.
En 2013, l'impact de ces repositionnements, partiellement compensé par les interventions en Syrie et aux Philippines et par une subvention accordée à la section espagnole de Médecins Sans Frontières pour ses actions en Colombie, s'est traduit par une diminution de 3 M€ des dépenses de missions qui s'établissent à 140,1 M€.
La baisse observée est également le reflet des difficultés de concrétisation de certains nouveaux projets (Afghanistan, Côte d'Ivoire, vaccination contre le choléra), qui ont été soit abandonnés, soit reportés à 2014.

Urgences

Les dépenses d'interventions initiées en urgence s'élèvent à 22 M€. Elles sont légèrement supérieures à celles de l'année précédente et ont été principalement portées par les réponses aux épidémies et aux catastrophes naturelles. Ces types d'activités, moins représentés l'année dernière, ont été développés suite aux différents typhons qui ont frappé les Philippines et aux épidémies de paludisme et de choléra en République Démocratique du Congo. Sur les conflits, le volume des activités est sensiblement à la baisse compte-tenu de la forte mobilisation de l'année précédente. Les principales urgences sont restées concentrées sur les contextes syrien (8,6 M€) et soudanais (1,3 M€), le début des interventions en République Centrafricaine représentant 0,9 M€.

Activités programmées

Les deux principales missions du centre opérationnel de Paris, d'un point de vue financier, sont le Soudan du Sud (11,1 M€) et la République Démocratique du Congo (9,4 M€). Les autres missions importantes ont été Haïti (9,2 M€), la Jordanie et l'Irak (9,1 M€), le Mali (6,0 M€), la République Centrafricaine (5,9 M€), le Yémen (5,4 M€), le Kenya (4,6 M€) et le Nigéria (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 2013
(en millions d'euros)

	2012	2013	Variation	dont ressources issues de la générosité publique (GP) en 2013	
				Collectées	Affectées
Ressources privées issues de la recherche de fonds	181,2	170,2	-6%	147,6	
Ressources institutionnelles	8,3	9,6	16%		
Autres ressources	47,4	50,3	6%		
Total ressources	**236,9**	**230,1**	**-3%**	**147,6**	
Reprises de provisions	1,7	1,2			
Total produits	**238,6**	**231,3**			
Dépenses de missions sociales	205,4	205,8	0%		126,2
dont dépenses de missions	*143,1*	*140,1*	*-2%*		
Frais de recherche de fonds	12,6	13,3	6%		11,9
Frais du fonctionnement	13,2	13,6	3%		10,3
Total emplois	**231,2**	**232,7**	**1%**		**148,4**
Dotations aux provisions	1,8	0,9			
Total charges	**233,1**	**233,6**			
Engagements sur ressources affectées	0,5	-0,2			-0,2
Investissements de l'année					2,4
Excédent / déficit	**5,9**	**-2,5**		**-3,4**	
Réserves disponibles	95,4	93,2	-2%		
dont ressources de GP non utilisées	*71,9*	*68,5*	*-5%*		
Réserves disponibles en mois d'activité	4,9	4,8	-3%		
Fonds dédiés non utilisés	0,1	0,2			

Les emplois

Les emplois de l'exercice sont globalement stables par rapport à 2012, ainsi que la part des emplois dédiée aux missions sociales qui s'élève à 205,8 M€. Les missions sociales représentent 88,4 % du total des emplois de l'année et perdent 0,4 point de pourcentage par rapport à l'année dernière (88,4% contre 88,8%).

Cette diminution s'explique par une part plus importante des dépenses consacrées à la recherche de fonds (+5%) qui traduit la continuité d'une stratégie d'investissement mise en place dès l'année précédente. Cette stratégie vise à maintenir notre capacité de réaction aux urgences sur des terrains de conflits comme en Syrie ou en République Centrafricaine et à honorer nos engagements à long terme comme la lutte contre la tuberculose, la malnutrition ou le VIH/sida en diversifiant les sources de financements et en encourageant de nouveaux donateurs à nous soutenir. Le coût de la recherche de fonds représente ainsi 5,7% des emplois soit 0,2 point de pourcentage de plus que l'année dernière (5,7% contre 5,5%). Les dépenses de fonctionnement, quant à elles, augmentent de 3% par rapport à 2012. Cette hausse est principalement portée par les pertes de change enregistrées sur les placements monétaires en dollars US. Ces frais représentent 5,8% du total des emplois en 2013 contre 5,7% l'année précédente.

Les ressources

Les ressources combinées diminuent de 7 M€ par rapport à 2012, principalement du fait des ressources privées issues de la recherche de fonds (-1 1 M€ soit -6%) qui s'élèvent à 170,2 M€. La majorité de ces dernières (101,9 M€ soit 60%) est apportée par d'autres sections du mouvement MSF et principalement par les sections partenaires du centre opérationnel de Paris (Australie, Etats-Unis et Japon). Les 40% restants (68,3 M€) sont collectés par la section française et le bureau des Emirats-Arabes-Unis pour un coût global de 13,3 M€, comme mentionné ci-dessus.
Ces ressources privées sont composées à hauteur de 87% (soit 147,6 M€) de ressources collectées auprès du public et de 13% (soit 22,6 M€) d'autres ressources privées (dons et partenariats d'entreprises, subventions reçues d'organisations diverses, etc.).
La diminution ainsi constatée est due à quatre facteurs principaux :

- ✓ Une évolution défavorable des taux de change qui induit une baisse des contributions des sections partenaires du groupe (-4,0 M€) alors que les montants en devise d'origine sont en augmentation ;
- ✓ Une diminution des libéralités de 6,1 M€ suite à l'acceptation en 2012 d'une succession d'une ampleur inhabituelle ;
- ✓ La reconnaissance l'année dernière de 4 M€ de contributions ponctuelles destinées au financement de l'extension de la plateforme logistique de MSF à Bordeaux Mérignac ;
- ✓ Une progression des dons (hors libéralités) et autres fonds privés collectés en France de 2,9 M€ qui permet de compenser partiellement les trois éléments précédents.

Les ressources d'origine institutionnelle (gouvernements ou institutions intergouvernementales) représentent 4% du total des ressources combinées et 7% des dépenses opérationnelles. Elles se montent à 9,6 M€ et sont en hausse de 17%. Les autres ressources (50,3 M€) sont principalement composées des marchandises et prestations facturées par MSF Logistique et Epicentre aux autres sections MSF et autres organisations. Leur évolution (+2,9 M€ soit +6%) 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 232,7 M€. Les ressources ont, quant à elles, diminué de 7 M€ soit 3%, engendrant un déficit de 2,5 M€.
Les ressources collectées auprès du public en 2013 ont été entièrement utilisées, à l'exception de 0,2 M€ de dons dédiés aux Philippines (0,07%). Ces dernières étant insuffisantes, 3,4 M€ ont été prélevés sur les réserves de générosité publique pour couvrir les emplois et investissements de l'exercice.
La part utilisée est ainsi répartie à hauteur de 84% sur les missions sociales (126,2 M€), de 8% sur la recherche de fonds (11,9 M€), de 7% sur le fonctionnement (10,3 M€) et de 1% sur les investissements (2,4 M€).

Les réserves disponibles

Après affectation du déficit, les réserves disponibles de MSF à la fin 2013 sont de 93,2 M€ soit 4,8 mois. Elles sont constituées de 68,5 M€ de réserves issues de la générosité publique et ont pour objectifs 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 2013 à 65,5 M€, soit 3,4 mois d'activité. Elle est répartie sur quatre banques principales ; les placements sont effectués sur des produits peu risqués tels que SICAV monétaires, livrets d'épargne, bons de caisse ou bons à moyen terme négociables garantis en capital.

Les organes de contrôle externes

Au-delà des contrôles diligentés par les organismes réglementaires comme la Cour des Comptes ou l'Inspection Générale des Affaires Sociales ou par les bailleurs de fonds comme ECHO (organisme humanitaire de l'Union Européenne), les associations faisant appel à la générosité publique doivent faire appel à un commissaire aux comptes pour le contrôle de leurs états financiers.
Par décision de l'Assemblée Générale précédente, l'année 2013 constitue le premier des six exercices dont les comptes sont contrôlés par un collège de deux commissaires aux comptes : Deloitte & Associés et Ernst & Young Audit.
Un tel dispositif, appelé co-commissariat aux comptes, consiste en un examen contradictoire, une collaboration entre deux commissaires aux comptes agissant en coordination et de façon indépendante. Il vise ainsi, par une opinion conjointe sur les comptes de l'association et des comptes combinés, à renforcer ce système de contrôle et à offrir à MSF et à ses donateurs une garantie additionnelle quant à la sincérité de ceux-ci et à l'efficacité de son contrôle interne.

Les perspectives et enjeux

Comme mentionné précédemment, les dépenses d'interventions de 2013 ont été en-deçà de celles de l'année précédente mais aussi des intentions opérationnelles initiales. Dès l'an prochain, elles devraient refléter les axes fixés par le plan stratégique 2014-2016. Celui-ci maintient la priorité sur le cœur d'activités de MSF (urgences, santé materno-infantile, hôpitaux) tout en insistant sur les activités de vaccination et de traitement du paludisme. Il met également l'accent sur le traitement de la tuberculose multi résistante ouvrant la possibilité de réaliser, suite à l'apparition de nouvelles molécules, des essais cliniques en partenariat avec Partners In Health, Harvard et UNITAID.

Le plan stratégique, défini pour les trois prochaines années, a été élaboré conjointement par les quatre sections du Centre Opérationnel de Paris (OCP) qui réunit les associations MSF américaine, australienne, française et japonaise. Au-delà des apports d'une réflexion collective, ce partenariat se traduit également par un partage de responsabilité réelle, la section américaine étant par exemple en charge du système d'information de santé et la section australienne de l'expertise en santé materno-infantile auprès des terrains d'intervention. La réorganisation des sièges, évoquée lors du précédent rapport, devrait être mise en place progressivement à partir de l'année prochaine.
Si l'année 2012 s'était terminée avec un excédent de 6 M€, il convient de noter que ce dernier était principalement dû à l'acceptation d'une succession d'une générosité inhabituelle.
L'exercice 2013 faisant état d'un déficit de 2,5 M€, la capacité de MSF à mettre en œuvre l'entièreté des objectifs définis est conditionnée au développement de sa collecte de fonds.
Les trois autres sections du groupe constituent à ce titre un enjeu particulier compte-tenu du caractère prépondérant du cumul de leurs contributions au financement du projet opérationnel.
Pour autant, la collecte de fonds en France reste la source de financement majoritaire.
La poursuite des investissements initiés depuis deux ans visant à accroître le nombre de donateurs soutenant nos actions et à diversifier les sources de financements, notamment auprès des institutions privées (entreprises et fondations), reste une priorité. Celle-ci sera ainsi déclinée non seulement au niveau de l'association MSF mais aussi de la Fondation MSF.
S'agissant des bailleurs institutionnels, nous sommes, avec 7% en 2013, en deçà de l'objectif de 10% du volume opérationnel qui avait été posé. Cet objectif est ainsi maintenu pour l'année 2014.
Le groupe de Paris (OCP) s'inscrit bien entendu dans le cadre plus large du mouvement international MSF au sein duquel cinq centres opérationnels sont interdépendants et liés par des principes de solidarité et de mutualisation. Ces principes permettent notamment de faire partager les enjeux financiers de chacun par l'ensemble du mouvement, et ainsi de préserver tant que faire se peut les patients et bénéficiaires des aléas économiques que peuvent subir ces centres.
L'OCP met donc en œuvre directement ses propres opérations (151 M€ pour 2014) tout en finançant les activités opérationnelles des autres centres grâce aux collectes américaine, australienne et japonaise (104 M€ pour 2014). L'importance des collectes levées par ses quatre sections fait du groupe de Paris non seulement le principal contributeur aux opérations du mouvement MSF, mais également le principal redevable auprès des donateurs en termes de rendu de compte.

Denis Gouzerh
Trésorier de Médecins Sans Frontières France

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'ACTIVITES 2013

LA GESTION

Ce rapport de gestion 2013 comporte deux chapitres complémentaires :
- les faits marquants de l'année écoulée (avec quelques perspectives pour les années à venir) décrivent à la fois les principales évolutions de l'association en 2013 et ses perspectives sur un plan institutionnel et organisationnel et permettent également d'avoir une vue d'ensemble du déploiement de nos opérations en 2013 avec un zoom spécifique sur les activités médicales rendues possibles ;
- la présentation des comptes 2013, qui explicite, avec de nombreuses illustrations en termes opérationnels et d'activité, l'utilisation qui a été faite de nos ressources.

Outre ce rapport synthétique et financier principalement, dont l'objectif premier est d'accompagner la publication des comptes annuels, le rapport annuel 2013 comporte des chapitres particuliers pour chaque grand domaine d'activité (Opérations, Médical, Logistique, Ressources Humaines, Achats et Approvisionnement, Communication, les missions…) qui permettent de mieux appréhender l'ensemble de nos activités.

Les faits marquants de l'année 2013

L'année 2013 a été une année de changements importants pour la gouvernance et l'organisation de MSF-France avec **un fort renouvellement des dirigeants** et la volonté affirmée de faire évoluer nos modes de travail qui ont atteint leurs limites.

Un nouveau Directeur général a été nommé fin 2012 et a pris ses fonctions en avril 2013, avec une feuille de route claire donnée par le Conseil d'administration pour faire évoluer l'organisation. Suite à la décision de la présidente de ne pas poursuivre son mandat après l'AG à suivre, l'année 2013 est devenue une année présidentielle, moment clé pour l'association. Une campagne présidentielle s'est donc engagée, permettant comme à chaque fois d'ouvrir des débats porteurs pour l'association, et un nouveau président a été élu en juin 2013 avec un programme politique clairement affiché, une partie du Conseil d'administration ayant été à cette occasion renouvelée.

Un des premiers enjeux organisationnels a été de constituer **un Comité de Direction en grande partie renouvelé** - du fait de postes vacants ou d'autres qui le sont devenus - avec la nomination de six nouveaux directeurs ou responsables de département sur la première année de mandat du Directeur général : aux Ressources Humaines, au Médical, à la Logistique, aux Achats et Approvisionnement (nouveau département, cf. infra), à la Communication et à la Direction générale adjointe. Le Comité de Direction est aujourd'hui entièrement constitué et doit être le porteur, collectivement et avec exemplarité, des changements annoncés.

Le second enjeu majeur pour l'année 2013 a été d'élaborer, au sein du Centre Opérationnel de Paris (OCP) qui regroupe les sections française, japonaise, australienne et américaine de MSF, **un plan stratégique commun pour la période 2014 – 2016**. Ce travail a été conduit de manière participative et constructive par l'ensemble des départements et des sections partenaires, sous le pilotage et la coordination de la plateforme des quatre directeurs généraux d'OCP, chacun s'étant particulièrement engagé sur un ou plusieurs volets du plan.
A noter un travail conséquent et conjoint des départements des Opérations et du Médical pour définir ***des orientations médico-opérationnelles stratégiques communes*** : réponses aux urgences, soins hospitaliers, soins materno-infantiles, VIH/TB, avec trois priorités médicales spécifiques autour de la vaccination, de la malaria et de la tuberculose multi-résistante, ainsi qu'une attention particulière au Moyen-Orient. A noter également une attention particulière de l'ensemble des autres départements pour intégrer ces priorités dans leur propre agenda.

Ce plan comporte trois parties (et documents) complémentaires :
- Un bilan détaillé du précédent plan, comprenant des éléments d'activités et les principaux résultats obtenus et difficultés rencontrées ;
- Le plan à proprement parler, mettant en évidence les grandes orientations stratégiques et les priorités pour OCP dans les trois ans à venir ;
- La déclinaison annuelle sur 2014-2016, pour chaque département ou plateforme-métier, des principaux résultats attendus avec des éléments de suivi.

Quatre priorités transversales à OCP ont été affirmées afin d'assurer le meilleur support possible à nos terrains et permettre le meilleur développement de nos opérations selon les priorités précitées :
a) La construction et le développement de nos ressources humaines de demain, terrain et siège (recrutement, formation, accompagnement, création de parcours…) avec la nécessité d'investir massivement et sur la durée.
b) L'optimisation des relations entre sièges et terrain avec une délégation accrue de responsabilités et un rôle réaffirmé du siège sur les orientations stratégiques et le support au terrain.
c) Des prises de positions publiques encore plus réactives et appropriées et une communication qui promeut davantage nos activités et ambitions médicales auprès du grand public et en soutien à la collecte.
d) Un nouveau mécanisme de partage des ressources (RSA : *resources sharing agreement*) au sein du mouvement qui assure une répartition équitable des ressources permettant à chaque centre opérationnel de porter ses ambitions médico-opérationnelles.
(à noter, fin 2013 et début 2014, des décisions d'ajustement du RSA en vigueur ont été prises afin de corriger les impacts d'évolutions économiques sensiblement différentes des hypothèses initiales, avec un rôle clé d'OCP dans cet ajustement, au niveau associatif et exécutif)

L'année 2013 a vu également des changements importants au niveau de **la logistique et des approvisionnements** :
- finalisation du projet « Surf » (Supply Reorganized for the Field) initié en 2012 et dont l'enjeu majeur était de définir la meilleure organisation possible pour garantir aux terrains un approvisionnement qui assure le meilleur équilibre entre qualité, délais et coût, quelle que soit la provenance des produits. Ce projet a conduit à la création d'un département Achat & Approvisionnement ;
- lancement fin 2013 d'un projet ambitieux d'optimisation de MSF Logistique à Mérignac, plateforme clé pour nos opérations et dont l'extension a été en grande partie finalisée, avec le recrutement d'un nouveau Directeur général pour accompagner ce changement ;
- recrutement d'un nouveau Directeur Logistique avec une attention spécifique à la mise en place d'une collaboration plus fluide avec le

département des Opérations et une priorisation nécessaire des enjeux en termes de support mais aussi d'innovation.

Concernant **le développement de nos ressources**, les équipes ont poursuivi leurs travaux pour accroître la collecte auprès des entreprises et des grands donateurs, deux axes jusqu'alors insuffisamment développés. Il a été également décidé de poursuivre le renforcement de notre notoriété en France avec le lancement en novembre de « l'année 2 » de la campagne de notoriété « Médecins Sans… », initiée en 2012, avec le « SANS vous, nous ne pouvons être médecins SANS frontières ! ». Plus spécifiquement pour ***le bureau des Emirats Arabes Unis***, le Comité de Groupe d'OCP a validé la recommandation de relancer ce bureau autour d'un objectif prioritaire affiché et assumé de développement des ressources, avec le maintien d'un rôle de communication et de sensibilisation dans la région du Golfe.

Notre **communication** a été marquée en 2013 par des prises de positions fortes sur des crises majeures et complexes, notamment la crise syrienne et celle en Centrafrique :

- en Syrie, communications récurrentes sur la situation humanitaire et la nécessité d'une aide transfrontalière, puis l'épisode très médiatisé de dénonciation d'usage d'armes chimiques ; la communication s'est raréfiée début 2014 suite à l'enlèvement de cinq collègues (aujourd'hui libérés) ;
- en République Centrafricaine, de nombreuses communications de témoignage sur la gravité de la situation (MSF restant un des seuls acteurs présent dans une grande partie du pays) avec des appels répétés à l'engagement massif de la communauté internationale (bailleurs, Etats, acteurs de l'aide), puis à compter de décembre 2013, de multiples dénonciations de l'insécurité grandissante au sein des structures de soins.

Un autre moment clé fut aussi l'annonce de la fermeture de toutes nos missions en Somalie du fait de l'absence d'espace de travail humanitaire suffisant (qui avait conduit à l'enlèvement de deux collègues espagnoles, libérées après près de deux ans de captivité, enlèvement dans lequel ont pu être impliqués certains des acteurs avec lesquels nous discutions).

Enfin, concernant **l'enjeu majeur d'améliorer significativement notre fonctionnement**, pour des raisons propres à la situation à Paris mais aussi liées au mouvement MSF et à nos contextes d'intervention, l'année a vu la clôture du processus Oscar initié fin 2012 et qui a permis de formuler de manière participative nos principaux dysfonctionnements ainsi que des premières pistes de recommandations. A noter que les difficultés identifiées (pour la plupart déjà connues) concernant davantage le fonctionnement au sein de MSF-France, la plupart des recommandations concernent surtout Paris et dans une moindre mesure OCP (ce qui n'était pas une volonté en soi et a parfois pu être mal perçu, peut-être du fait d'une communication insuffisante). Suite à ces recommandations, des travaux détaillés ont été conduits pendant quelques mois par le Comité de Direction afin de proposer un schéma global de réorganisation. ***Cette stratégie de changement MSF-F 2015*** aborde un grand nombre de sujets tels que les modalités de prise de décisions et leur suivi, la collaboration entre les Opérations et le Médical, l'amélioration des relations entre siège et terrain (meilleur support, plus de délégation) ou encore l'amélioration de notre gestion des ressources humaines. Ce plan a été présenté au Conseil d'administration en avril 2014 pour discussion puis formellement au Comité d'entreprise en mai 2014. Il sera progressivement mis en place avec une première échéance à l'AG 2015.

Principales perspectives pour 2014 et années suivantes

La mise en œuvre des propriétés médico-opérationnelles est évidemment notre priorité, avec notamment la réponse à des crises majeures comme celles en RCA ou au Sud-Soudan qui seront des enjeux majeurs en 2014.
Pour être en capacité de relever tous ces challenges identifiés (urgences, santé mère enfant, tuberculose multirésistante…), nous devrons collectivement mener à bien les quatre chantiers suivants :

- Mise en place du changement d'organisation annoncé, avec une attention à la communication autour de ce changement (à Paris et au sein d'OCP) et au rythme de changement (volontairement assez rapide pour amorcer un changement concret et rapide, mais devant permettre à tous de monter à bord dans les meilleures conditions) ;
- Réaffirmation des enjeux et du fonctionnement du groupe OCP avec le renouvellement à venir de l'Accord d'agrément entre les sections partenaires ;
- Intégration et analyse encore plus sensibles et complexes des enjeux sécuritaires sur nos terrains ;
- Forte contribution aux débats internationaux clés autour de la croissance à venir (souhaitée et/ou possible) pour le mouvement ou l'amélioration de nos mécanismes de « mutual accountability » (responsabilité mutuelle).

Vue générale de nos opérations en 2013

Le portfolio opérationnel en 2013 a été composé de 70 à 90 projets dans 30 à 35 pays, toujours majoritairement en Afrique, malgré une augmentation de la part des dépenses au Moyen Orient.
L'année a été marquée par les incidents de sécurité au sein du mouvement, notamment plusieurs kidnappings, avec un nombre croissant d'interventions dans des pays à risques (Syrie, Somalie, Mali, Nigeria, Yemen, RCA, Pakistan…) qui doivent nous conduire à une réflexion large sur notre exposition aux risques et les choix à faire. L'année 2013 a vu le retrait de tous les centres opérationnels MSF de Somalie, mais a vu aussi la consolidation de nos activités au Sud Kordofan au Soudan (à partir du Soudan du Sud), au Yemen, au Pakistan ou en Tchétchénie.

La réponse aux urgences s'est diversifiée avec 37 interventions (78% en zones de conflit, 20% sur des catastrophes naturelles, au premier rang desquelles figurent la Syrie, la RCA et les Philippines (typhon Haiyan), mais également l'épidémie de paludisme en RDC et la prise en charge des réfugiés, activité très importante sur l'année (réfugiés de Syrie, RCA, Soudan du Sud…).

La gestion de volumes importants d'activités reste un point fort : cohortes VIH, vaccinations de masse, traitement de la malaria par chimio-prévention saisonnière, malnutrition.

Malgré la décision d'abandonner le projet d'hôpital Fossap en Haïti, le développement de perspectives à moyen long terme s'est poursuivi avec l'ouverture d'un programme santé des femmes à Katiola en Côte d'Ivoire et d'un programme tuberculose multi-résistante en Papouasie-Nouvelle-Guinée, ainsi que la mise en place de planifications pluriannuelles dans les programmes existants : hôpital pédiatrique de Koutiala (Mali), projet VIH

à Ndiwah (Kenya), …

La revue de la pertinence de certains programmes a été poursuivie, conduisant à des décisions de fermeture : Madagascar, Colombie, Laos, Congo Brazzaville.

Parmi les échecs de 2013, on peut citer les obstacles à nos interventions en Ethiopie, le manque de temps et de ressources pour identifier une intervention pertinente en Egypte ou en Erythrée, l'absence de témoignage sur la situation au nord du Nigéria (Borno) et de prise de position sur les attaques contre des vaccinateurs polio au Pakistan ainsi que les retards pris sur certaines ouvertures (Côte d'Ivoire, Nigeria, Haïti, Afghanistan).

Vue générale de nos activités médicales en 2013

En **vaccination de routine**, la tendance à l'augmentation du nombre de doses administrées chez les enfants se poursuit depuis plusieurs années. Après avoir plus que doublé entre 2011 et 2012, on observe aussi en 2013 un bond considérable de 64 % (822 000 doses administrées). A cela s'ajoutent 570 000 personnes vaccinées au décours d'épidémies, principalement de rougeole.

En 2013, le nombre de cas de **paludisme** traités dans les programmes a augmenté de 7% (426 000 cas). Par ailleurs, 234 000 enfants de moins de cinq ans ont bénéficié chaque mois du traitement prophylactique saisonnier au Mali avec des résultats très satisfaisants, dont l'impact à plus long terme reste néanmoins à étudier.

Le traitement de la **tuberculose** simple a été intégré dans 81% des programmes. Une nouvelle technologie de diagnostic, le GenXpert, a été introduit dans cinq de nos programmes et l'utilisation de la Bedaquiline à usage compassionnel autorisée en Arménie.

On constate une baisse des **activités nutritionnelles** de 29% par rapport à 2012, liée notamment à l'absence de crise nutritionnelle majeure en 2013.

En pédiatrie, les **hospitalisations** ont augmenté de 21% (45 000 hospitalisation) et les consultations ambulatoires de 30% (350 000). En hospitalisation, les efforts portent sur l'amélioration des protocoles et des algorithmes appropriés pour la prise en charge de l'enfant sévèrement malade. A cet effet et dans une perspective pluriannuelle, il a été décidé de développer l'hôpital pédiatrique de Koutiala (Mali) comme centre de référence MSF de la région. En pédiatrie ambulatoire, un paquet de soins pédiatriques a été développé qui combine des mesures de prévention en nutrition, vaccination et prévention saisonnière du paludisme en même temps qu'un accès aux soins. La mise en place de services de néonatologie dans nos projets a permis l'hospitalisation de 6900 nouveau-nés (presque le double de 2012).

La **gynéco-obstétrique** fait partie de l'offre de soins dans 22 pays. Le nombre d'accouchements dans les structures MSF augmente chaque année : 29 000 en 2013 dont 3 900 césariennes.

7700 cas de **choléra** ont été traités en 2013. La vaccination choléra, initiée pour la première fois à Kalémie (RDC) a dû être suspendue pour des raisons sécuritaires.

En 2013, la stratégie des programmes **VIH/sida** a été réorientée, des grandes cohortes en contexte de forte prévalence vers des domaines de prise en charge négligée et permettant une recherche opérationnelle : contextes de faible prévalence où l'accès au traitement est difficile voire inexistant (Nigeria, RDC), diminution de l'incidence et de la transmission du VIH (Ndhiwa, Kenya), prise en charge du patient sévèrement malade. A la fin 2013, 51 060 patients étaient suivis dans les cohortes VIH. A Chiradzulu (Malawi), une étude d'incidence et prévalence dans la population a donné un éclairage sur les résultats de nos actions depuis la mise en place des ARV débutée en 2001, suggérant que la stratégie adoptée par MSF et le ministère malawite de la santé a permis de contrôler au moins partiellement l'épidémie.

Un des plus gros points forts reste les activités du **pôle chaud** (salles d'urgence, soins intensifs et chirurgie) et par extension des soins hospitaliers. 24% des programmes comportent une activité de chirurgie. L'activité chirurgicale est en augmentation de 6% environ tous les ans avec un nombre d'actes de 33 000 en 2013 pour 14 000 patients. La chirurgie plastique des brûlés fait partie de nos spécificités reconnues dans le mouvement ; les équipes à Haïti traitant, par exemple, 500 cas par an.
Certains hôpitaux spécialisés nous permettent de faire évoluer les pratiques hospitalières, de développer des protocoles, de nouveaux outils et aussi de fidéliser du personnel : Koutiala-Mali/pédiatrie, Peshawar-Pakistan/santé maternelle et néonatologie, Haïti/brûlés, Amman-Jordanie/ chirurgie reconstructrice.

Le montant des dépenses de médicaments et matériels médicaux est stable, autour de 20 M€. La proportion des achats internationaux a diminué par rapport aux achats locaux.

Présentation des comptes de l'année 2013

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'activités, de résultats, de patrimoine ou d'effectifs. 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 Etats-Unis 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 (disponible au siège de l'association).
Côté emplois, les dépenses sont présentées en fonction de leurs destinations (missions sociales de l'ensemble des entités contrôlées par Médecins Sans Frontières, recherche de fonds, fonctionnement). Les ressources sont présentées en fonction de quatre sources principales (ressources collectées auprès du public, autres fonds privés, fonds institutionnels publics, autres produits).
Par ailleurs, le compte d'emploi des ressources porte l'accent sur le suivi des ressources collectées auprès du public. Il permet d'appréhender l'utilisation des ressources de la générosité publique ainsi que la part des réserves provenant de ces ressources.
L'ensemble des comptes de Médecins Sans Frontières (MSF Association et MSF combiné) est arrêté par le trésorier.
Conformément aux résolutions de l'Assemblée Générale 2013, les comptes combinés et les comptes de l'association de l'année 2013 (ainsi que ceux des cinq prochains exercices) sont contrôlés et certifiés par Ernst & Young Audit et Deloitte & Associés dans le cadre d'un co-commissariat aux comptes. Ce choix a été dicté par la volonté de renforcer les processus de contrôles externes auxquels MSF est soumis en y adjoignant des approches différentes et en bénéficiant de la complémentarité de chacun des cabinets.

Le compte d'emploi des ressources combiné

COMPTE D'EMPLOI DES RESSOURCES COMBINE SIMPLIFIE AU 31 DECEMBRE 2013
(en millions d'euros)

	2013	**2012**
Ressources privées issues de la recherche de fonds	170,2	181,2
Ressources institutionnelles	9,6	8,3
Autres ressources	50,3	47,4
Total ressources	**230,1**	**236,9**
Reprises de provisions	1,2	1,7
Total produits	**231,3**	**238,6**
Dépenses de missions sociales	205,8	205,4
dont dépenses de missions	*140,1*	*143,1*
Frais de recherche de fonds	13,3	12,6
Frais du fonctionnement	13,6	13,2
Total emplois	**232,7**	**231,2**
Dotations aux provisions	0,9	1,8
Total charges	**233,6**	**233,1**
Engagements sur ressources affectées	-0,2	0,5
Excédent / déficit	**-2,5**	**6,0**

Les charges s'élèvent en 2013 à 233,6 millions d'euros (M€) et sont globalement stables par rapport à l'année précédente (233,1 M€).
Les dépenses de missions sociales sont également stables, la diminution des missions étant compensée par la hausse des activités de MSF-Logistique et d'Epicentre avec les autres sections du mouvement MSF. Les investissements en recherche de fonds (+5%) et l'inflation de 3% des frais de fonctionnement sont couverts par la diminution des dotations aux provisions de 0,9 M€.
Quant aux produits, ils sont passés de 238,6 M€ à 231,3 M€, soit une diminution de 7,3 M€ (-3%). Cette diminution est principalement portée par les ressources privées issues de la recherche de fonds (-11,0 M€) et les reprises de provisions (-0,5 M€) et est partiellement compensée par l'augmentation des ressources institutionnelles (+1,3 M€) et des autres ressources (+2,9 M€).
Le résultat de l'exercice 2013 est ainsi déficitaire de 2,5 M€.

Les charges combinées : 233,6 M€

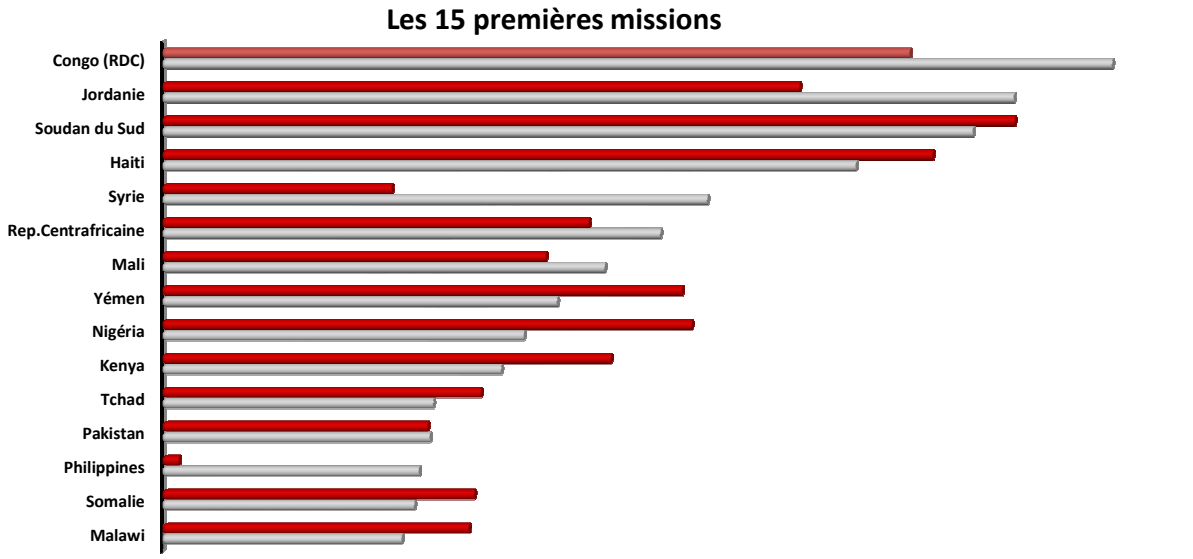
Les dépenses des missions sociales : 205,8 M€

En 2013, les dépenses liées aux missions sociales représentent 88,4% du total des emplois combinés contre 88,8% l'année précédente, soit une diminution de 0,4 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 **140,1 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 programmes de terrain ont été menés par l'association Médecins Sans Frontières. Toutefois, quelques programmes de recherche sont menés par Epicentre en Ouganda et au Niger.
Les dépenses combinées des missions menées par MSF France s'établissent à 130,6 M€, en baisse de 4,3% (soit 5,9 M€) par rapport à 2012.

Les interventions d'urgence ne sont pas concernées par cette diminution. Elles sont sensiblement plus élevées que l'année précédente, les réponses aux catastrophes naturelles et aux épidémies (+4,1 M€) ayant plus que compensé la diminution des dépenses liées aux situations de conflit (-3,0 M€).
La baisse observée tient principalement aux fermetures et réorientations de programmes effectuées sur les deux dernières années qui, en 2013, n'ont pas encore été complètement rattrapées par de nouvelles interventions.

Une analyse plus détaillée de cette évolution est présentée dans le chapitre «Analyse des dépenses de missions de l'association Médecins Sans Frontières ».



	Malawi	Somalie	Philippines	Pakistan	Tchad	Kenya	Nigéria	Yémen	Mali	Rep.Centr africaine	Syrie	Haiti	Soudan du Sud	Jordanie	Congo (RDC)
2012	4,2	4,3	0,2	3,6	4,3	6,1	7,2	7,1	5,2	5,8	3,1	10,5	11,6	8,7	10,2
2013	3,3	3,4	3,5	3,7	3,7	4,6	4,9	5,4	6,0	6,8	7,4	9,5	11,1	11,6	13,0

Les principales missions en volume financier (dépassant les 4 M€) sont les missions en République Démocratique du Congo (13,0 M€), en Jordanie et Irak (11,6 M€), au Soudan du Sud (11,1 M€), en Haïti (9,5 M€), en Syrie (7,4 M€), en République Centrafricaine (6,8 M€), au Mali (6,0 M€), au Yémen (5,4 M€), au Nigéria (4,9 M€) et au Kenya (4,6 M€). Elles représentent 61% 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 4,0 M€, en hausse de 2,4 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 (1,5 M€),
- ✓ une subvention versée à la section espagnole de MSF de 2,5 M€ en financement de ses programmes en Colombie,
- ✓ la participation de la section française de MSF au fonds international mis en place au niveau du mouvement MSF afin de promouvoir des stratégies opérationnelles innovantes (0,05 M€).

Les dépenses engagées par l'association pour le compte des opérations d'autres sections MSF sont en augmentation de 11% et s'établissent à 5,4 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 **20,7 M€** sur l'année 2013. 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 programmes. 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 Etats-Unis), participent activement à l'élaboration du projet opérationnel de la section française et s'impliquent dans son suivi. Ainsi, deux desks* décentralisés, à New York et à Tokyo, sous la responsabilité de la direction des opérations de MSF France, sont chargés de la conduite des programmes de certains pays. Les dépenses des

programmes 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.

**Desk : structure de support et coordination des opérations menées sur le terrain. Chaque desk, résidant au siège de l'association ou de ses sections partenaires, est composé d'un responsable de programmes, d'un adjoint ou d'un médecin, d'un chargé de ressources humaines, d'un superviseur logistique, d'un contrôleur de gestion et de son adjoint et d'un chargé de communication.*

Ces dépenses de support sont en légère hausse (+3%) suite au renfort des capacités initié l'année précédente. Elles représentent 14,8% des dépenses d'opérations en France et à l'étranger pour une moyenne de 13% sur les cinq dernières années et 14% en 2012.

Les dépenses **d'information et de sensibilisation du public** s'élèvent à **3,0 M€**. Elles regroupent notamment les salaires du Centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires (CRASH) de la Fondation MSF et la mise à disposition de moyens de communication (chargés de communication, événementiels, investissements technologiques) par l'association MSF, pour sa mission d'information du public. Elles sont en augmentation de 0,3 M€ par rapport à 2012 (+12%), portées notamment par les activités de publication du CRASH ou l'organisation d'expositions pour le compte d'autres sections du mouvement MSF.

Les dépenses des **autres activités liées aux missions sociales** s'élèvent à **41,1 M€** et sont en hausse de 2,5 M€ par rapport à 2012 (+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 à d'autres sections MSF, mais aussi à d'autres organisations. C'est cette activité (40,4 M€) qui constate la quasi-totalité de la hausse mentionnée ci-dessus et dont l'évolution suit principalement celle des autres sections opérationnelles du mouvement MSF.
- ✓ 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 (Drugs Neglegted Diseases initiative) – et refacturées aux entités concernées.

Les **versements à d'autres organismes non liés à des actions de secours** représentent **1,0 M€.** Cette catégorie regroupe essentiellement la participation de MSF France au financement de la Campagne pour l'Accès aux Médicaments Essentiels de MSF (0,3 M€) et de la DNDi (0,7 M€).

Le coût de la recherche de fonds : 13,3 M€

Ces dépenses correspondent au coût de la recherche de fonds en France et aux Emirats-Arabes-Unis. Elles sont à mettre en regard des seules ressources collectées dans ces deux pays et non de la totalité des ressources privées dont MSF bénéficie. Celle-ci intègre en effet des contributions reçues d'autres sections du mouvement MSF pour lesquelles aucune dépense n'est engagée par la section française.
Médecins Sans Frontières a pour objectif permanent de rentabiliser au mieux ses dépenses de collecte de fonds, mais également de garantir la stabilité de ses ressources privées, condition essentielle à la pérennité de son action sur le terrain et à son indépendance. MSF porte ainsi ses efforts d'investissement en collecte de fonds sur la mise en place de prélèvements mensuels auprès de ses donateurs. Ces prélèvements, dont le coût de traitement est moindre, permettent également de disposer de ressources immédiatement mobilisables, indépendamment de l'importance de la médiatisation des crises.
Dans la continuité de l'année précédente, MSF a poursuivi ses investissements en recherche de fonds, augmentant le coût de ces dépenses de 0,7 M€ (soit +5%).
Cette stratégie a pour objectif non seulement de compenser les effets d'un contexte économique défavorable mais également de permettre à MSF de garantir le niveau de ressources nécessaire pour répondre aux crises humanitaires et médicales présentes et à venir.
Elle se traduit par une augmentation des dépenses de prospection pour 0,5 M€, par une diversification des types de sollicitations et de donateurs (appels aux dons lors des urgences, mécénat d'entreprise) pour 0,3 M€, et par une hausse des dépenses de gestion des legs et de traitement des dons pour 0,3 M€. Ces investissements ont partiellement été compensés par une campagne d'appels à dons de fin d'année moins coûteuse (-0,4 M€), avec un investissement média (achat d'espaces et négociation d'espaces gracieux) significativement moins important.
Le coût de la recherche de fonds représente ainsi 5,7% du total des emplois contre 5,5% en 2012.

Pour l'essentiel :

- ✓ Les frais de collecte en France et aux Emirats-Arabes-Unis s'élèvent à 10,2 M€ et absorbent les deux tiers de l'augmentation mentionnée ci-dessus.
- ✓ Les frais de gestion (traitement des dons) augmentent de 8 % et s'établissent à 1,9 M€.
- ✓ Le coût de la gestion des legs, de la recherche d'autres sources de fonds privés ou de fonds institutionnels se monte à 1,2 M€ et augmente de 9%.

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 **19 euros en 2013** contre 17 euros en 2012. La dégradation de ce ratio s'explique par la réalisation l'année précédente d'un legs exceptionnel par son ampleur. Hors legs, il s'établit à 21 euros et reste stable d'une année sur l'autre.

Les frais de fonctionnement et les dotations aux provisions: 14,5 M€

Les frais de fonctionnement représentent **13,6 M€** sur l'année 2013. 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 de MSF, une part des pertes de change et diverses charges exceptionnelles.
Ils sont en augmentation de 0,4 M€ (+3%) par rapport à l'année dernière, principalement portés par les pertes de change sur les SICAV de trésorerie en dollars US. Les frais de fonctionnement représentent 5,8% du total des emplois en 2013 contre 5,7% en 2012.

Les dotations aux provisions de l'exercice s'établissent à **0,9 M€.** Elles sont isolées dans le compte d'emploi des ressources afin de permettre une meilleure lecture des ratios financiers (un même événement ne pouvant impacter ces ratios qu'une seule fois : au moment de sa réalisation). Elles couvrent sur cette année la dépréciation des stocks de MSF-Logistique (0,5 M€), de nouveaux risques fiscaux (0,2 M€) ainsi que d'autres litiges (0,2 M€).

Les engagements à réaliser sur ressources affectées: 0,2 M€

Les engagements à réaliser sur ressources affectées comprennent les dons reçus sur l'année affectés à des interventions particulières et qui n'ont pu être utilisés à la clôture des comptes. Ils sont portés au passif du bilan, traduisant ainsi l'engagement de l'association à les utiliser conformément au souhait des donateurs dans les années à venir. En 2013, ils s'élèvent à 0,2 M€ et concernent principalement les dons reçus lors de l'appel effectué suite au typhon Haiyan aux Philippines, pour lequel les interventions sont toujours en cours.

Les produits combinés : 231,3 M€

Ils sont passés de 238,6 M€ en 2012 à 231,3 M€ en 2013 et sont composés de ressources privées issues de la recherche de fonds à hauteur de 170,2 M€, de financements institutionnels pour 9,6 M€, d'autres produits pour 50,3 M€ et de reprises de provisions à hauteur de 1,2 M€.

Les ressources privées issues de la recherche de fonds : 170,2 M€

Les ressources privées issues de la recherche de fonds s'établissent à 170,2 M€ en 2013, soit une diminution de 11,0 M€ (- 6%). L'ensemble des ressources privées est composé de 68,2 M€ de fonds collectés en France et aux Emirats-Arabes-Unis, de 100,7 M€ de contributions reçues des sections partenaires du projet opérationnel et de 1,3 M€ provenant des autres sections du mouvement MSF.

En France, environ 535.000 donateurs ont soutenu MSF pendant l'année, parmi lesquels plus de 356.000 ont choisi de faire leur don par prélèvement mensuel. Le montant des dons reçus des particuliers s'élève ainsi à 57,6 M€, soit une augmentation de 2,8 M€ (+5%). Les legs s'établissent à 8,1 M€ et enregistrent une forte baisse (- 6,1 M€). Celle-ci s'explique par la réception en 2012 d'une succession importante dont la réalisation a été moindre sur cette année. 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 0,5 M€. Sur l'ensemble des fonds collectés en France et aux Emirats-Arabes-Unis, 65,9 M€ ont été collectés auprès du public.

Les contributions reçues des sections partenaires du projet opérationnel et des autres sections du mouvement diminuent de 7,4 M€ (-7%). Cette baisse s'explique pour plus de la moitié (4 M€) par la reconnaissance en produits des contributions des sections américaine et suisse de MSF au financement de l'extension de la plateforme logistique de Bordeaux-Mérignac sur 2012. En dehors de ces financements spécifiques, les contributions des sections partenaires du projet opérationnel s'élèvent à 100,7 M€, constatant une diminution de 4,0 M€ due à une évolution défavorable du cours des dollars américain et australien et du yen japonais. Ainsi, la contribution de MSF Australie (23,0 M€) baisse de 9% bien que stable en devise d'origine, celle de MSF Japon (19,9 M€) baisse de 7%, malgré une hausse de 18% du yen, et celle de MSF Etats-Unis reste stable à 57,8 M€ bien qu'en hausse de 2% en dollars. Les autres financements reçus des sections du mouvement s'élèvent à 1,3 M€ (2,1 M€ en 2012).
A noter que l'évolution du cours des devises en 2013 a au global un impact négatif d'environ 9,6 M€ sur l'évolution du montant total de ces ressources.
Sur 170,2 M€ de ressources privées issues de la recherche de fonds, 147,6 M€ ont été collectés auprès du public (soit 87%), dont 46% en France et aux Emirats.

Les ressources institutionnelles (ou subventions publiques) : 9,6 M€

Dans la poursuite d'une politique d'augmentation progressive de ce type de ressources, les financements institutionnels publics s'élèvent à 9,6 M€ contre 8,3 M€ en 2012. Ils représentent ainsi 5 % du total des ressources privées et institutionnelles issues de la recherche de fonds et 7% des dépenses d'opérations. Ils proviennent majoritairement des institutions européennes (40%), du gouvernement suédois (19%) et du gouvernement norvégien (14%).
Les principaux pays financés ont été :

- ✓ le Soudan du Sud pour 1,5 M€ (gouvernements norvégien et suédois) sur le programme d'Aweil,
- ✓ le Mali pour 1,4 M€ (Union Européenne / ECHO) sur le programme de Koutiala,
- ✓ la République Centrafricaine pour 1,2 M€ (Union Européenne / ECHO et gouvernement suédois) sur les programmes de Bria et Paoua,
- ✓ la République Démocratique du Congo pour 0,9 M€ (gouvernements allemand et suédois) sur les programmes de Kabalo et Kalémie,
- ✓ le Niger pour 0,7 M€ sur le programme nutritionnel réalisé avec l'ONG nigérienne ForSani (Union Européenne / ECHO),
- ✓ les Philippines pour 0,7 M€ (gouvernement canadien et municipalités françaises) sur l'intervention consécutive au typhon Haiyan,
- ✓ l'Ethiopie pour 0,6 M€ (Union Européenne / ECHO) sur les activités d'assistance aux réfugiés soudanais.

Par ailleurs, un projet d'expérimentation d'un outil diagnostic de la charge virale (développé par l'université de Cambridge), adapté à des contextes à ressources et technicité limitées, est mené au Malawi et en Ouganda et est financé par Unitaid pour 0,7 M€.

Les autres produits et reprises de provisions: 51,5 M€

Les autres produits regroupent des revenus issus d'activités liées aux missions sociales ainsi que d'autres ressources. Ils observent une augmentation de 2,9 M€ (soit +6%) par rapport à l'année précédente.

Les ressources issues des missions sociales représentent **44,7 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, matériel médical et matériel logistique) et Epicentre (consultations, recherches et formations épidémiologiques) aux autres sections et organisations. Elles connaissent une augmentation de 2,2 M€ par rapport à 2012 et suivent l'évolution des volumes opérationnels des autres sections.

Les autres ressources sont également en hausse de 0,6 M€ et s'élèvent à **5,6 M€**. Elles comprennent des activités marchandes diverses (films et activités externes de EUP…), les produits financiers et gains de change, les produits exceptionnels et les autres produits d'exploitation (facturations diverses par MSF, MSF Logistique et Epicentre aux autres sections de MSF, 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 **1,2 M€** sur l'exercice 2013 et correspondent principalement à 0,7 M€ de reprises de provisions récurrentes (dépréciation des stocks de MSF-Logistique, couverture des pertes de changes latentes) et à 0,3 M€ de reprises de provisions pour des fermetures de programmes qui se sont réalisées.

En conclusion, les comptes du groupe Médecins Sans Frontières présentent **un déficit** de **2,5 M€**.

Ainsi, de manière synthétique :
- ✓ La totalité des ressources collectées en 2013, à l'exception de 0,2 M€ de dons dédiés aux Philippines (0,07%), a été utilisée en 2013.
- ✓ Sur 100 euros employés en 2013, 99 euros ont été financées par les ressources collectées dans l'année et 1 euro par les réserves.
- ✓ Sur 100 euros employés en 2013, 88 euros l'ont été pour les missions sociales, 6 euros pour la recherche de fonds et 6 euros pour le fonctionnement de la structure.

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

Ce chapitre présente les dépenses des opérations en France et à l'étranger menées par l'association Médecins sans Frontières. Il ne s'agit donc pas ici des dépenses combinées, et les chiffres sont présentés avant retraitements et éliminations dus à la combinaison des comptes.
Ces dépenses sont engagées soit sous sa seule responsabilité, soit pour des programmes menés conjointement avec d'autres acteurs et sections de MSF (en faible proportion).
Les dépenses d'opérations de l'association sont composées de dépenses de programmes pour 99,0 M€, de dépenses de coordinations et autres supports pour 26,0 M€, de dépenses engagées pour le compte d'autres sections pour 6,7 M€, de consultations et recherches épidémiologiques menées par Epicentre, de diverses dépenses opérationnelles pour 7,5 M€ et d'un financement de 2,5 M€ à la section espagnole de MSF.
Elles passent ainsi de 144,1 M€ à 141,8 M€ en 2013 soit une diminution de 1,6%.
Si les dépenses d'interventions d'urgences ont été d'un ordre de grandeur similaire à celles de l'année précédente (près de 22 M€), la dynamique générale des programmes a été profondément modifiée sur ces deux dernières années.
Les réorientations et fermetures engagées ont eu pour effet une diminution des dépenses d'opérations de 17,3 M€ sur 2013 dont 6,5 M€ concentrés sur deux pays, la Côte d'Ivoire et le Nigéria. Elles avaient pour objectif de permettre à MSF de pouvoir accompagner l'évolution de nouveaux contextes de crises humanitaires, et ceci dans un climat économique défavorable.
Ainsi, sur l'année 2013, près de 13,3 M€ additionnels ont pu être consacrés aux conséquences du conflit syrien (+7,4 M€), à celles du typhon Haiyan qui a dévasté les Philippines (+3,3 M€) et à l'assistance aux déplacés et aux réponses aux épidémies en République Démocratique du Congo (+2,8 M€).
Par ailleurs, comme mentionné ci-dessus, la section française de Médecins Sans Frontières a pu venir en aide à la section espagnole en finançant une partie des activités de soins de santé primaires menées par elle en Colombie à hauteur de 2,5 M€.

L'analyse des dépenses de programmes est effectuée à partir de la typologie de présentation des opérations de Médecins Sans Frontières. Celle-ci cherche à traduire les motifs principaux qui ont conduit à l'ouverture des projets et fait le lien avec le contexte général dans lequel se trouvent ces populations. Toutefois, elle n'illustre pas la nature des activités. Ainsi, la typologie « Réponses aux épidémies-endémies/sida » ne regroupe pas tous les programmes dans lesquels MSF soigne des patients atteints du sida, mais inclut les programmes 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 programmes, et d'autres activités médicales peuvent être conduites dans ces programmes.

Aujourd'hui, suivant cette même définition, 69% de nos dépenses de programmes se concentrent sur des populations victimes de conflits armés ou d'épidémies/endémies et 27% sur des contextes de violence sociale ou d'exclusion des soins. Les coordinations sont isolées dans une catégorie distincte : leurs dépenses ne sont pas ventilées entre les différents programmes menés conjointement dans un pays donné. 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 2013, plus de 80 programmes ont été menés (hors coordinations et divers), pour un montant total de 99,0 M€.

Interventions auprès des victimes de conflits armés : 43,1 M€

Ces interventions ont représenté 43% de nos programmes et 43% des dépenses de programmes en 2013. Parmi ces interventions, les réponses aux violences directes subies par les populations ont représenté 46% des programmes et 68% de leurs dépenses. Celles-ci sont passées de 30,0 M€ en 2012 à 29,1 M€ en 2013. Cette relative stabilité masque une augmentation des dépenses de programmes (+1,8 M€) au Moyen-Orient (Jordanie, Palestine, Syrie, Yémen) et le début des interventions d'urgence à Bangui en République Centrafricaine (0,9 M€). Ces impacts sont compensés par les fermetures de programmes de Guiglo et Duékué en Côte d'Ivoire (- 2,8 M€).

Ces interventions comprennent notamment les programmes menés :
- ✓ *en Jordanie, à l'hôpital d'Amman (8,2 M€),* plateforme chirurgicale dédiée aux victimes de conflits dans la région nécessitant de la reconstruction orthopédique, maxillo-faciale ou plastique, qui a enregistré sur l'année 430 nouvelles admissions et 1 380 interventions chirurgicales. Les patients de cet hôpital sont principalement originaires de Syrie (42%), d'Irak (33%) et du Yémen (24%).
- ✓ *en Syrie (6,4 M€)* où, dans un contexte d'une extrême violence, MSF a élargi son offre médicale d'urgence initiale aux soins de santé primaires et maternels et à de l'approvisionnement en médicaments et équipements pour une trentaine de structures de santé. Sur les deux principaux dispositifs (une unité d'urgences chirurgicales traumatologiques et un hôpital couvrant également les soins d'urgences médicales et

obstétriques), 1 300 hospitalisations, 3 600 interventions chirurgicales et 420 accouchements ont été réalisés. Par ailleurs, 9 100 consultations générales, 2 200 consultations en salle d'urgence et 1 150 consultations anténatales ont été dispensées.
MSF a également porté assistance aux déplacés par la fourniture de biens de première nécessité (construction de latrines, distribution de 4 000 tentes, de 10 000 couvertures et 5 000 kits d'hygiène) et par des campagnes de vaccination (6 800 enfants vaccinés contre la rougeole, 3 300 contre la polio). Par ailleurs, la dangerosité de la situation a conduit, sur l'année 2013, à initier des interventions sans pouvoir les mener à leur terme (0,5 M€).

- ✓ *au sud du Yémen, dans le gouvernorat d'Aden,* où MSF gère un centre chirurgical d'urgence de 3ème niveau à l'hôpital d'Al Wehdah et apporte un support à des structures de santé dans la région d'Abyan *(2,6 M€)*. Sur ce programme, 2 570 interventions chirurgicales ont été réalisées ainsi que 13 200 consultations et 985 hospitalisations. Au nord, dans le *gouvernorat d'Amran (2,1 M€)*, l'hôpital général de Khameer a vu une augmentation de plus de 50% des hospitalisations (4 000) avec près de 1 900 interventions chirurgicales et 1 300 accouchements.
- ✓ *en République Démocratique du Congo, dans la région du Nord Kivu à Rutshuru (4,3 M€)*, dans un hôpital général de référence de près de 260 lits où, en raison des conflits qui ont perduré jusqu'en octobre, l'activité a augmenté de manière importante, témoin la hausse de 48% des consultations aux urgences (près de 20 500). Dans cette structure, MSF gère également les services de chirurgie (7 600 interventions), les soins intensifs (1 050 admissions), les grands brûlés et prend également en charge les victimes de violences sexuelles (475 sur l'année).

Les interventions auprès des réfugiés et déplacés ont représenté 26% des dépenses des «projets conflits» (15 projets pour 11,2 M€). En raison des situations au Mali et au Soudan, les dépenses de ces programmes avaient été conséquentes en 2012. Cette année est restée à un niveau similaire, n'enregistrant qu'une baisse de 0,7 M€.
L'arrêt des activités *en Somalie* et la fermeture du programme de *Bétou en République du Congo* ont eu pour conséquence une baisse des dépenses de 2,1 M€.
Cette diminution a été compensée par les *interventions d'assistance aux réfugiés syriens*. Celles-ci ont représenté 2,2 M€ sur l'année et se sont traduites en *Jordanie* par des activités hospitalières pédiatriques dans le *camp de Zaatari* et materno-infantiles dans le *gouvernorat d'Irbid*, et au *Kurdistan irakien* par des activités de soins de santé primaires. Sur ces trois programmes, environ 33 900 consultations, 650 hospitalisations et 150 consultations anténatales ont été réalisées.

Les interventions auprès des réfugiés et déplacés soudanais se sont élevées, comme en 2012, à 4,3 M€. Elles ont été réalisées *au Soudan du Sud dans la région d'Yida,* où les réfugiés fuyant les conflits du Kordofan du Sud (Soudan) continuent de dépendre des organisations internationales et des Nations unies, avec, pour MSF, plus de 122 000 consultations et 2 400 hospitalisations enregistrées. Des soudanais ou sud soudanais ont également été pris en charge en *Ethiopie dans les régions de Gambella et de Benishangul* ou au *Tchad* dans la *sous-préfecture de Tissi*. Sur ces zones, près de 1 900 vaccinations contre la rougeole et la méningite ont été dispensées et plus de 24 000 rations individuelles mensuelles ont été distribuées dans les activités nutritionnelles.
Les interventions auprès des Maliens réfugiés au *Burkina Faso* et au *Niger* ont représenté 1,2 M€, et l'assistance aux Congolais réfugiés en *Ouganda* (*à Bundibugyo et Kyangwali*) et à ceux déplacés dans la région du *Nord Kivu en République Démocratique du Congo*, 1,0 M€.

Les interventions menées en réponse à la déstructuration des systèmes de soins représentent 6% des dépenses des «projets conflits» (4 projets pour 2,6 M€), soit une augmentation de 0,3 M€ par rapport à 2012. Les fermetures des programmes effectuées l'année précédente au Sri Lanka et en Russie ont été compensées par l'ouverture en urgence d'un projet pédiatrique à *Bria*, dans l'est de la *République Centrafricaine,* en juillet 2013 (0,6 M€). Ce dernier avait vocation, suite au coup d'Etat de mars de la même année, d'aider la population à faire face au pic de paludisme dans un contexte d'isolement médical. Plus de 18 000 consultations et 1 100 hospitalisations y ont été dispensées.

Sur l'ensemble de ces interventions, 28% des dépenses (12,1 M€) ont été engagées dans des situations d'urgence. Par ailleurs, 34% de ces programmes possédaient un ancrage opérationnel hospitalier comprenant des activités de chirurgie. Certains d'entre eux intégraient bien évidemment d'autres activités non hospitalières. En 2013, ces types de programmes ont représenté 64% des dépenses d'interventions auprès des populations victimes de conflits armés.

Interventions en réponse aux épidémies/endémies : 25,1 M€

Les interventions menées en réponse aux épidémies/endémies ont représenté 32% des projets et 25% des dépenses de projets en 2013.

Le traitement du **sida** et celui de la co-infection **sida/tuberculose** ont représenté 7,8 M€, soit environ 31% des dépenses de cette catégorie et des projets (8 projets). Il s'agit principalement de *Chiradzulu (2,5 M€) au Malawi, de Homa Bay et Mathare au Kenya (3,5 M€), d'Arua (1,7 M€) en Ouganda.* Au total sur ces projets, la cohorte des patients suivis par MSF représente environ 51 000 personnes, dont 42 000 sont traitées avec des antirétroviraux de première ligne et 1 400 avec des antirétroviraux de seconde ligne. Le renforcement des capacités sanitaires ces trois pays nous permet d'envisager de réorienter nos objectifs en les assistant sur d'autres zones ou dans la mise en place des recommandations de l'OMS, dans le traitement de la co-infection par la tuberculose, dans la simplification de la prise en charge des patients ou dans le développement d'outils diagnostics plus adaptés. Sur l'ensemble de ces trois pays, des passations progressives d'activités, totales ou partielles, aux ministères de la santé ou à d'autres partenaires sont en cours (Arua, Chiradzulu, Homa Bay) ou achevées (Mathare).

En 2013, le mouvement MSF a initié un projet de recherche dont l'objectif est de démontrer la faisabilité d'un déploiement au niveau de 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 dans des contextes à ressources et technicité limitées. Les dépenses engagées par la section française dans le cadre de ce projet au Malawi et en Ouganda ont été de 0,7 M€. A Chiradzulu, au Malawi, deux dispositifs de diagnostic de la charge virale et trois compteurs de taux de cellules CD4 ont été ainsi mis en place sur trois centres de santé ; un dispositif de diagnostic de la charge virale a été introduit à l'hôpital régional de référence d'Arua. Ce projet est financé (pour le mouvement MSF et la section française) par UNITAID.

Les dépenses affectées à cette catégorie de projets diminuent de 38% (soit 4,8 M€). Cette baisse est représentative, d'une part, des passations d'activité en cours et de la capacité croissante des ministères à prendre en charge leur approvisionnement en médicaments, mais est aussi due

pour 2,0 M€ à un reclassement du projet de Carnot en République Centrafricaine dans la catégorie « exclusion des soins / violence sociale » dont les objectifs se sont élargis bien au-delà du traitement du SIDA.

Les réponses aux épidémies de **malnutrition** ont concerné 8% des projets et 22% des dépenses dans cette catégorie. Par rapport à 2012, les dépenses consacrées à ces projets diminuent de 26%, conséquence principalement de la fermeture des projets de Titao au Burkina Faso et des urgences nutritionnelles de l'année précédente.

Nos interventions les plus représentatives sont localisées :

- ✓ *au Mali dans les districts de Koutiala et de Konséguela (2,9 M€),* où MSF et le ministère malien de la santé ont développé une unité pédiatrique de 300 lits, un accès aux soins de santé primaires dans cinq centres de santé ainsi qu'une activité préventive de chimio-prophylaxie saisonnière (CPS) du paludisme dans l'objectif de faire reculer celui-ci. Sur l'année 2013, 82 000 consultations, 5 300 hospitalisations et 30 000 cas de paludisme ont été pris en charge. Par ailleurs, 7 200 enfants malnutris ont été admis dans le programme nutritionnel et 166 000 enfants du district ont pu bénéficier d'une chimio prévention.
- ✓ *au Niger (2,7 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 (5 projets) et 13% des dépenses. Il s'agit notamment de nos programmes *en Arménie à Erevan et dans les provinces du nord (1,6 M€)*, *en Géorgie dans la région de l'Abkhazie (0,5 M€)* et *au Cambodge à Kompong Cham (1,2 M€)*. Sur ces projets, près de 1 600 patients atteints de tuberculose, dont 215 sous des formes multi-résistantes, sont sous traitement. Les dépenses de ces projets sont globalement stables par rapport à l'année précédente.

La prise en charge du **paludisme** a représenté en 2013 environ 4,2 M€, soit 1,9 M€ de plus que l'année précédente. Les principales interventions ont été effectuées à *Kabalo,* dans le centre nord de la province du Katanga de *la République Démocratique du Congo* (54.000 patients traités) et à *Moissala au Tchad* (33.000 patients traités).
Les réponses aux épidémies de choléra ont représenté 2,7 M€, soit une augmentation de 1,6 M€ par rapport à 2012. Celle-ci est principalement due à l'avancement du projet de *Kalémie*, dans la province du *Katanga* de *la République Démocratique du Congo,* qui a pour objectif non seulement la prise en charge des cas de choléra mais également l'extension du réseau d'adduction d'eau potable de la ville.

Nos autres projets ont concerné des interventions de prise en charge d'autres pathologies telles que la **méningite**, la **rougeole** ou la **fièvre jaune**. Leurs dépenses s'élèvent à 1,5 M€.

Sur l'ensemble des interventions menées en réponse aux épidémies et endémies, 15% des dépenses (soit 4,0 M€) ont été engagées dans des situations d'urgence.

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

Les réponses aux catastrophes naturelles n'ont concerné que 5 interventions en 2013 et n'ont engagé que 4% de nos dépenses de programmes. Elles se sont concentrées sur les Philippines suite aux typhons Bopha et Haiyan (3,4 M€). C'est ce dernier qui a engendré la majorité des activités avec la mise en place en novembre de deux hôpitaux gonflables à Tacloban et à Palo Talosa Taluan. En un mois, sur ces deux sites ont été prises en charge 8 400 consultations générales et d'urgence, 530 consultations anténatales, 770 consultations de soutien psychologique, 260 hospitalisations et 260 interventions chirurgicales. Des biens de première nécessité ont par ailleurs été distribués dont 1 500 tentes, 3 000 kits hygiènes et 22 000 couvertures.
La totalité de ces interventions a été menée dans des situations d'urgence.

Interventions auprès des victimes d'exclusion des soins ou de violences sociales : 27,4 M€

Ces programmes, au nombre de 16 pour l'année 2013 (soit 20% des programmes), ont engagé 28% 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 69% des projets de cette catégorie. Parmi celles-ci, on retrouve les interventions :

- ✓ *En Haïti, à Port-au-Prince (7,8 M€),* dans l'hôpital modulaire construit suite au tremblement de terre de l'année 2010. En février 2013, les services de médecine pédiatrique et de médecine interne ont été fermés afin de rationaliser l'offre de soins réduisant ainsi la capacité de la structure à 126 lits. Ce programme a pris en charge près de 500 grands brûlés et vu sur l'année 13 200 admissions en urgence chirurgicale, 2 500 hospitalisations et 7 100 actes chirurgicaux y ont été effectués ;
- ✓ *à Aweil, au Soudan du Sud (4,8 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 6 200 admissions, la pédiatrie près de 4 600, et plus de 3 000 interventions chirurgicales ont été réalisées ;
- ✓ *à l'hôpital de Paoua, en République Centrafricaine (2,4 M€)*, où MSF gère les services de pédiatrie (3 300 admissions), chirurgie (1 800 interventions), médecine générale (1 100 admissions), maternité (1 500 accouchements) et consultations externes (74 000) et prend également en charge en charge les patients atteints du sida (1 200 patients suivis) ou de la tuberculose (250 patients).

Les programmes s'adressant à des populations n'ayant pas accès aux soins représentent 31% des programmes de cette catégorie et 16% de leurs dépenses. Parmi ceux-ci, le programme de *Jahun, au Nigéria (2,2 M€),* prend en charge les urgences obstétricales ainsi que la réparation des fistules vésico-vaginales, avec sur l'année près de 5 600 accouchements réalisés et 370 interventions dans le service dédié aux patientes souffrant de fistules.

Les dépenses de ces programmes sont en diminution de 2,3 M€ comparativement à l'année précédente. Cette évolution s'explique principalement par la fermeture du centre de traumatologie de Port-Harcourt au Nigéria (-3,6 M€) dont l'impact est partiellement compensé par le « reclassement » du projet de Carnot en République Centrafricaine dans cette catégorie suite à l'évolution du contexte de ces interventions (+1,4 M€).
Aucune de ces interventions n'a été réalisée en situation d'urgence. Par ailleurs, 44% de ces programmes possédaient un ancrage hospitalier intégrant des activités chirurgicales. Ils ont représenté environ 76% des dépenses d'interventions auprès des victimes d'exclusion des soins ou de violences sociales.

Consultations et recherches épidémiologiques Epicentre - postes opérationnels régionaux – missions diverses : 10,0 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 (6,0 M€). Elle regroupe également des postes opérationnels régionaux (formations locales, support médical pour 0,6 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 (0,05 M€) et le financement versé à la section espagnole précédemment mentionné (2,5 M€).

Coordinations et autres supports : 26,0 M€

Les dépenses de coordinations et bases arrière représentent, comme l'année précédente, 20% du total des dépenses de missions hors dépenses engagées pour le compte des autres sections. Elles ne sont pas réparties sur les différents programmes menés par l'association, mais sont clairement relatives à leur conduite.
Elles diminuent au global de 1,0 M€ (soit -4%), dont 1,4 M€ consécutivement aux fermetures de programmes et réductions d'activité engagées sur ces deux dernières années qui sont partiellement compensées par la hausse de 0,4 M€ des dépenses de coordinations des urgences en Syrie.

Dépenses pour le compte d'autres sections MSF : 6,7 M€

Ces dépenses regroupent les dépenses de programmes effectuées pour le compte d'autres sections MSF ou de satellites MSF et sont principalement constituées de médicaments, de carburant et de salaires de personnels nationaux et d'expatriés.
Elles augmentent de 0,8 M€ (soit 13%) par rapport à 2012 et suivent l'activité d'Epicentre et des autres sections opérationnelles de Médecins Sans Frontières.

Le bilan combiné

BILAN COMBINE SIMPLIFIE AU 31 DECEMBRE 2013
(en millions d'euros)

ACTIF	2013	2012	PASSIF (avant affectation du résultat)	2013	2012
Bâtiments et terrain	12,1	11,5	Fonds disponibles	95,4	93,3
Autres immobilisations	6,9	6,6	Subventions et réserves d'investissements	5,5	1,3
			Résultat combiné	-2,5	6,0
Actif Immobilisé	**19,0**	**18,1**	**Fonds propres**	**98,4**	**100,6**
Stocks	13,0	17,6	**Fonds dédiés et affectés**	**0,2**	**0,1**
Dons et financements à recevoir	6,8	5,9			
Créances diverses	10,9	9,3	**Provisions risques et charges**	**1,1**	**1,2**
Trésorerie	75,1	75,9			
Comptes de régularisation	1,9	2,5	Dettes fournisseurs	8,7	11,8
			Autres dettes	14,6	15,4
			Comptes de régularisation	3,6	0,2
Actif Circulant	**107,7**	**111,2**	**Passif exigible**	**26,9**	**27,4**
TOTAL	**126,7**	**129,3**	**TOTAL**	**126,7**	**129,3**

L'actif (utilisation des fonds)

L'actif immobilisé s'élève à **19,0 M€**, net d'amortissements et de provisions pour dépréciation. Il est composé d'actifs immobiliers (12,1 M€), d'actifs incorporels (0,3 M€), d'actifs financiers (0,7 M€), d'autres actifs corporels (4,8 M€) et d'immobilisations en cours (1,1 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. L'évolution de l'actif immobilisé au cours de l'année 2013 est principalement liée à la poursuite du programme d'extension de la plateforme logistique de Bordeaux-Mérignac dont l'inauguration devrait avoir lieu en septembre 2014. Elle se traduit dans les comptes de la Fondation MSF par une augmentation des immobilisations de 1,3 M€ sur l'exercice.

Les stocks représentent à la fin de l'année 2013 un montant de **13,0 M€**. Ils se composent principalement des items gérés par la centrale MSF Logistique à Bordeaux-Mérignac (12,5 M€). Ils sont constitués d'articles médicaux pour 8,1 M€ et d'articles logistiques pour 4,5 M€. La diminution du volume stocké est à mettre en regard d'un niveau de stock devenu trop important en fin d'année dernière au regard du volume d'activités constaté.

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 6,8 M€. Ils regroupent les sommes dues par les autres sections MSF au titre du financement des projets opérationnels (2,7 M€), par les bailleurs de fonds institutionnels publics (1,7 M€), ainsi que les dons reçus des particuliers, des légataires et des entreprises au titre de 2013 mais encaissés en 2014 (2,4 M€). Les créances diverses s'élèvent à 10,9 M€. Elles comprennent principalement les sommes dues par les autres sections du mouvement (9,4 M€) et les avances et acomptes versés aux fournisseurs. L'augmentation de ce poste de 2,6 M€ porte principalement sur les créances dues par les sections du mouvement.

Le passif (origine des fonds)

Les fonds propres de l'ensemble combiné représentent **98,4 M€** à la fin de l'année 2013. Les réserves disponibles, définies comme étant les fonds propres hors réserves et subventions d'investissement, s'élevaient au début de l'exercice à 95,4 M€. Elles comprenaient 71,9 M€ de ressources disponibles collectées auprès du public. Sur l'année 2013, le déficit combiné de 2,5 M€ porte le niveau de réserves disponibles à 93,2 M€, dont 68,5 M€ de ressources collectées auprès du public. Ces réserves, qui représentent 4,8 mois d'activités ou également 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 5,5 M€ à la fin de l'année 2013, 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 Bordeaux-Mérignac, ainsi que pour l'extension actuellement en cours.

Les fonds dédiés résiduels représentent **0,2 M€.** L'augmentation de 0,1 M€ correspond à la part des dons reçus en 2013 et dédiés aux conséquences du typhon ayant frappé les Philippines qui n'a pas encore été utilisée à la clôture, nos interventions étant toujours en cours à cette date.

Les provisions pour risques et charges s'élèvent à **1,1 M€.** Elles sont principalement destinées à couvrir des risques fiscaux et sociaux sur nos activités (0,3 M€) ainsi que des litiges en cours (0,7 M€).

Le passif exigible totalise **26,9 M€**. Il est composé de dettes envers les autres sections MSF (2,4 M€), de dettes courantes auprès des fournisseurs (8,7 M€), de dettes sociales et fiscales (11,5 M€) et d'autres dettes à hauteur de 4,3 M€. La baisse de 0,5 M€ observée sur ce poste s'explique par le décalage de paiement des dettes dues à aux autres sections du mouvement (-2,5 M€) et aux fournisseurs (-3,0 M€), diminutions partiellement compensées par l'augmentation des dettes fiscales et sociales (+1,1 M€) et des financements constatés d'avance (+3,4 M€).

La trésorerie et le suivi des ressources collectées auprès du public

Situation de trésorerie de fin d'année

La trésorerie, qui s'élève à 75,0 M€ à la fin de l'année 2013, 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 22,4 M€ placés sur des SICAV de trésorerie en euros ou en dollars US, de 21 M€ sur des bons de caisse, de 3,0 M€ sur des bons à moyen terme négociables, de 17,1 M€ sur des livrets et de 11,5 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 38% du montant total, et les trois autres 8%.

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

MSF est exposé aux fluctuations des cours de change dans la mesure où 59% des ressources issues de la recherche de fonds sont réalisées en devises étrangères et où 64% des dépenses d'opérations directement menées sont en devises étrangères. Si les devises utilisées pour les

opérations dépendent des lieux d'interventions, les ressources en devises étrangères proviennent principalement des Etats-Unis (55%), du Japon (19%) et de l'Australie (22%). Il n'y a pas de politique active de couverture du risque de change menée par MSF en France. Toutefois, sur l'année 2013, la diminution du yen a été atténuée par des couvertures prises par la section japonaise. Par ailleurs, une part importante de la trésorerie disponible est libellée en dollars américains et directement utilisée pour approvisionner les missions dans cette devise ou en devises locales qui pour la plupart suivent généralement l'évolution du cours du dollar.

Evolution de la trésorerie et des ressources collectées auprès du public

En millions d'euros				
Variation de la trésorerie	**2012**	**2013**	**Suivi des ressources collectées auprès du public**	**2013**
1. Trésorerie provenant des donateurs et bailleurs privés	182,3	172,1	1. Ressources collectées auprès du public	147,6
+ Ressources collectées auprès du public et autres fonds privés	*181,2*	*170,2*	*+ Ressources collectées en France et aux Emirats*	*65,9*
+ Variation des créances et dettes liées aux dons et fonds privés	*1,1*	*1,8*	*+ Ressources collectées dans les autres sections MSF*	*81,7*
2. Trésorerie provenant des donateurs et bailleurs institutionnels	8,0	10,2	2. Variation des ressources affectées non utilisées des exercices antérieurs	-0,2
+ Financements institutionnels publics	*8,3*	*9,6*	*+ Variation des fonds dédiés*	*-0,2*
- Quote-part des subventions d'investissements versées au résultat	*-0,1*	*-0,0*		
+ Variation des créances et dettes liées aux financements institutionnels	*-0,2*	*0,6*		
3. Trésorerie liée aux activités humanitaires et au fonctionnement	-184,6	-181,0	3. Utilisation des ressources sur les activités humanitaires et le fonctionnement	-148,0
+ Autres ressources	*49,1*	*51,5*		
- Dépenses de missions sociales	*-204,5*	*-205,8*	*- Dépenses de missions sociales*	*-126,2*
- Dépenses de collecte, de fonctionnement et provisions	*-28,6*	*-27,8*	*- Dépenses de collecte et de fonctionnement*	*-22,2*
+ Variation des amortissements et provisions	*1,7*	*1,4*		
- Gains / pertes générés par les actifs et pertes financiers	*-0,4*	*-0,3*		
+ Variation des stocks, autres créances et dettes	*-2,0*	*0,0*		
Variation de la trésorerie liée à l'activité (a)=1+2+3	5,6	1,3	Variation des ressources liées à l'activité (a)=1+2+3	-1,0
Variation de trésorerie liée aux activités d'investissement (b)	-6,1	-2,3	Variation de ressources non affectées liée aux activités d'investissement (b)	-2,4
Variation de trésorerie liée aux activités de financement (c)	0,4	0,3		
Variation globale de trésorerie (a+b+c)	**-0,1**	**-0,8**	**Variation des ressources non affectées et non utilisées (a+b)**	**-3,4**
Trésorerie en début d'exercice	**75,9**	**75,8**	**Ressources non affectées et non utilisées en début d'exercice**	**71,9**
Trésorerie en fin d'exercice	**75,8**	**75,0**	**Ressources non affectées et non utilisées en fin d'exercice**	**68,5**

Entre le début et la fin de l'année 2013, la trésorerie diminue légèrement de 0,8 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 172,1 M€ soit 10,2 M€ de moins que l'année précédente ;
- ✓ La trésorerie provenant des financeurs institutionnels représente 10,2 M€, soit +2,2 M€ par rapport à 2012, reflet d'une sollicitation accrue de ces bailleurs sur 2013 conformément aux objectifs engagés ;
- ✓ Les missions sociales et le fonctionnement ont consommé 181,0 M€, soit 3,6 M€ de moins qu'en 2012. La majorité de cette diminution vient des effets simultanés de hausse des autres ressources (2,3 M€) et d'une moindre variation des stocks, créances et dettes associées à ces activités (-0,2 M€) ;
- ✓ Les investissements de l'année ont utilisé 2,3 M€ de trésorerie, dont 1,3 M€ ont concerné le projet d'extension de la plateforme logistique de Bordeaux-Mérignac ;

- ✓ Les activités de financement ont généré 0,3 M€.

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 MSF a ainsi été de 65,5 M€ sur l'exercice, soit l'équivalent de 3,4 mois d'activité, contre 59,5 M€ l'année précédente (soit 3,1 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 2013 de 5,0 M€ contre 5,8 M€ l'année précédente.

Les réserves issues de la générosité publique (ressources collectées auprès du public non affectées et non utilisées) ont diminué de 3,4 M€ et s'élèvent à 68,5 M€ à la fin de l'année 2013. Cette évolution est en lien avec le déficit de l'exercice et s'explique de manière détaillée comme suit :

- ✓ Les ressources collectées auprès du public se sont élevées sur l'année à 147,6 M€. 44% (soit 65,9 M€) ont été directement reçus par l'association MSF, la Fondation MSF et le bureau des Emirats-Arabes-Unis, 55% (81,4 M€) ont été reçus des sections partenaires du projet opérationnel (MSF-Australie, MSF-Japon et MSF-Etats-Unis) et 1% (0,2 M€) des autres sections du mouvement MSF ;
- ✓ A l'exception de 0,2 M€ de dons affectés aux conséquences du typhon aux Philippines, la totalité des ressources collectées auprès du public en 2013 a été utilisée sur l'année. Ces ressources étant insuffisantes pour couvrir les emplois et investissements de l'exercice, les réserves issues de la générosité publique ont été mises à contribution à hauteur de «3,4 M€ (soit 5% de leur montant d'ouverture) ;
- ✓ Les ressources utilisées collectées auprès du public sur l'année ou les années précédentes sont ainsi affectées en 2013 à hauteur de 84% (126,2 M€) aux emplois des missions sociales, de 8% (11,9 M€) aux frais de recherche de fonds, de 7% (10,3 M€) aux frais de fonctionnement et de 2% (2,4 M€) aux investissements de l'exercice.

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

Stéphane Roques	**Rémi Obert**
Directeur Général	Directeur Financier

LES OPERATIONS

Au moment de la rédaction de ce rapport, nous sommes toujours sans nouvelle de nos quatre collègues congolais (Chantal, Philippe, Romy et Richard) qui ont disparu le 11 juillet 2013 dans la province du Nord Kivu, alors qu'ils menaient une mission exploratoire à Kamango. Aucune preuve de vie n'a été portée à notre connaissance et, même si les moyens mis en œuvre et les contacts nombreux ne nous ont pas permis de les localiser à ce jour, nous restons mobilisés pour leur libération que nous espérons proche.

Bilan du plan stratégique 2011-2013

Méthodologie

Depuis le mois de juin 2013, des concertations ont eu lieu au sein d'OCP (centre opérationnel de Paris, qui regroupe les sections française, japonaise, américaine et australienne de MSF)) afin de définir les orientations des trois années à venir. Cet exercice a débuté par une consultation des chefs de mission au moment de la semaine de coordinateurs en juin 2013 et s'est poursuivi au travers de diverses rencontres en comité de groupe (représentants des 4 sections) et au sein du bureau de Paris.
L'objectif d'avoir une approche inclusive à l'OCP a rendu le processus long, parfois répétitif, et pas suffisamment en interaction avec le terrain. Il est également à noter que des changements à la tête de certaines directions, notamment médicale, se sont produits durant la période d'élaboration de ce plan, conduisant à une discontinuité dans le travail collectif et un décalage dans l'établissement des priorités. La conduite parallèle de l'opération Oscar (consultation des personnels pour une mise à plat et une réorganisation d'OCP) est également venue se télescoper avec l'écriture du plan stratégique, rendant la charge de travail difficilement gérable par moments.
La méthodologie proposée par le Crash (Centre de Réflexion sur l'Action et les Savoirs Humanitaires de MSF France) pour le bilan passé s'est axée sur les obstacles rencontrés à la mise en œuvre de la mission sociale et les défis à relever afin de dessiner les grandes lignes du plan futur sous forme d'orientations stratégiques, de déterminer les dossiers prioritaires et les investissements pour OCP. C'est cette méthode qui a également été utilisée lors d'un séminaire des opérations en septembre. Centrée sur les dysfonctionnements et les challenges, elle fait apparaitre un bilan négatif de la période écoulée mais les rapports détaillés des activités donnent un meilleur éclairage des aboutissements.

Résultats

Une croissance difficilement gérable à l'échelle du mouvement

Le budget du mouvement MSF a doublé en 9 ans pour approcher le milliard d'euros, ce qui représente un des taux de croissance les plus élevés du monde humanitaire. Cette croissance est-elle supportable ou même souhaitable pour MSF ? Sommes-nous capables d'assumer un budget à 2 milliards d'euros dans les années qui viennent ? Car cette croissance s'accompagne de questions managériales inévitables en nous faisant ressembler aux entreprises privées à mode de gestion s'éloignant d'un modèle à taille humaine et plus « familial ».
Dans le même temps que cette croissance s'opérait, elle était accompagnée d'un déficit budgétaire au sein d'OCP perçu comme chronique et qui a grevé la dynamique opérationnelle pourtant annoncée comme un des objectifs centraux du plan précédent. Si les mécanismes de revenus sont négociés au niveau international, le contrôle des dépenses de siège est la responsabilité de chaque section ou groupe. Durant les trois dernières années, ce déficit chronique a freiné un certain nombre d'orientations envisagées et a exigé une rigueur de gestion des programmes nécessaire mais difficilement compatible avec une relance opérationnelle de masse.

Enjeux sécuritaires

Une analyse à l'échelle du mouvement, de 1980 à 2013, a dénombré 15 morts parmi le personnel national et 13 parmi les expatriés, dont 5 en Somalie et 4 en Afghanistan. Sur la même période, on peut compter 13 kidnappings de nationaux et 55 d'internationaux, dont 10 en Afghanistan en 1987 et 5 en Syrie en 2013. Si les 55 enlèvements s'échelonnent sur 30 ans, leur fréquence a cependant augmenté ces dernières années : 30 depuis 2000 et 25 depuis 2005, donc presque 50% sur les 10 dernières années... Il est également à noter que les incidents les plus graves se concentrent sur un nombre restreint de pays : Afghanistan, RDC, Somalie, RCA, Syrie.

Un sentiment global de prise de risque élevée s'est donc accru ces dernières années, sans doute majoré par le nombre important de programmes situés dans des zones considérées comme dangereuses. Il est accompagné d'une pression interne de professionnalisation de la gestion sécuritaire se traduisant par l'utilisation d'outils qui auraient pour vertu de rendre plus lisibles les risques encourus et de faciliter les décisions. Si les outils de comptage sont une part de l'arsenal des procédures, ils ne remplacent pas l'analyse d'un contexte, le maintien de contacts locaux et internationaux et la nécessaire réflexion sur l'adaptation des opérations dans leur mode d'action ou leur volume.

Ce sentiment est cependant à pondérer au regard d'un déploiement plus conséquent de moyens et de personnels, donc d'une exposition plus grande. En 2012, OCHA (Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations unies) répertoriait 3200 ONG nationales ou internationales et 150 000 personnels sur le terrain. Au plus fort de ses activités, MSF (toutes sections) avait déployé 100 personnels internationaux en Syrie, autant qu'en Somalie et en Afghanistan, avant que des incidents sécuritaires graves ne nous contraignent à en évacuer une bonne partie ou la totalité. Nous avons aujourd'hui au Soudan et en RCA 300 staffs internationaux et plusieurs milliers de staffs nationaux. Ce qui veut dire que MSF sait déployer des équipes conséquentes dans des environnements dangereux mais peut prendre également des décisions radicales lorsque des incidents mortels surviennent. Il faut également se souvenir que nos opérations ont changé de nature dans les zones de conflit et, si les années 80 nous avaient vu souvent confinés en périphérie des conflits, l'amélioration de nos pratiques nous a permis de nous rapprocher des épicentres de violence. L'exposition est par conséquent à mettre en lien avec la nature des interventions, « la criticalité » de nos opérations et le ratio bénéfice-risque qui en découle. Si aucune immunité pour les humanitaires n'a été revendiquée dans aucune période de notre histoire, la tendance est moins à l'évacuation des équipes et, si de manière institutionnelle la chose n'est pas actée, nous sommes bien passés dans notre esprit et dans les faits de « quand partir à comment rester ».

Sur trois ans, 133 incidents ont été rapportés pour OCP, mais le comptage des deux premières années peut être décrit comme erratique. 19% ont été des cas sévères, 29% des vols et 25% des menaces. Trois grandes catégories semblent se distinguer : celle liée à la prédation de nos

ressources, celle en relation avec des patients « difficiles à gérer » en raison de leur profil ou de leurs réseaux (familles notamment) et, enfin, celle liée à des menaces proférées par notre propre personnel.

L'année 2013 aura été marquée par la prise de poste d'un Chargé de sécurité au sein du département des opérations et par la mise en place d'un outil de monitoring des incidents (Sindy) qui est disponible désormais sur un grand nombre de terrains. 82 incidents ont ainsi été répertoriés, 60% concentrés dans trois pays (Yémen, RCA et Syrie). Ces incidents sont en majorité des menaces, des braquages, de voiture ou de maison, et des balles perdues touchant les habitations lors de pics de violence, notamment en RCA. Nous avons subi deux braquages à Kalémie (RDC) par des hommes en armes qui ont attaqué la base de vie, attirés par l'appât du gain. Personne n'a été blessé, bien que les attaques aient été violentes. Après une suspension de plusieurs semaines, le temps de reprendre tous les contacts, nous sommes revenus sur le site en changeant notre organisation (moins de monde, moins de visibilité). Cette suspension a de nouveau mis en péril le volet de vaccination préventive contre le choléra…
Une grenade a également été lancée dans notre base de vie à Peshawar (Pakistan), provoquant la mise à l'abri de l'équipe le temps de faire l'analyse d'un éventuel ciblage. Après vérification, MSF ne semble pas avoir été visé en tant que tel et l'équipe est revenue.
Si aucun mort n'est à déplorer, le kidnapping de nos quatre collègues congolais du pool d'urgence en RDC nous a beaucoup atteints et durablement marqués. Une cellule de crise est toujours en place sur le terrain et le contact est maintenu avec les familles.
Reste que les incidents les plus critiques (kidnappings, assassinats) sont encore trop marqués par le sceau du secret, ce qui entretient un paradoxe : au lieu d'initier un éventuel changement de certaines de nos pratiques, la réflexion est paralysée par la confidentialité et nous empêche de progresser.

La réflexion sur les enjeux sécuritaires a progressé durant ces trois dernières années à MSF France, nos pratiques ont été revues et des modules de formation ont été élaborés.
Deux situations demeurent critiques pour un maintien des opérations : celle où les interlocuteurs sont absents, peu fiables ou en refus d'interaction (groupes radicalisés qui peuvent éventuellement nous voir comme la représentation d'ennemis idéologiques) et celle qui nous confronte à des groupes hors contrôle (banditisme). En règle générale, nous ne devrions pas travailler sur des zones où le contrôle de la sécurité (donc d'une violence potentielle) n'est pas assurée par des interlocuteurs avec lesquels nous pouvons engager des discussions sur nos conditions de travail. Restera à explorer les décisions radicales de retrait dès qu'un incident dramatique survient et les nécessaires limites à fixer à notre exposition aux risques.
D'autre part, le règlement des situations de kidnappings devra être abordé de manière transparente, seule condition pour qu'un débat serein puisse prendre place. Le silence sur ce sujet induit la prolifération de rumeurs et de spéculations qui nous discrédite et risque de provoquer une banalisation de ces situations puisque l'issue en est finalement favorable, quelles qu'aient pu être les négociations.

Enjeux des ressources humaines

Des opérations de plus en plus complexes et volumineuses, comportant plusieurs volets d'activités, dont certaines demandent parfois des compétences techniques poussées.
Des environnements de travail demandant un sens des négociations et une appétence pour l'analyse politique afin de conduire des opérations pertinentes et de faire progresser nos pratiques. Voilà les enjeux principaux du futur.

Alors que le plan stratégique précédent faisait la part belle à la délégation de responsabilités et à la redéfinition des rôles de chacun, ces objectifs sont largement restés lettre morte et n'ont pas été traduits dans les faits. L'absence de réelle politique d'accompagnement des cadres de l'association au niveau des sièges et des terrains, doublée d'un gap générationnel non comblé depuis de nombreux départs en 2007, ont lourdement handicapé l'identification des futurs cadres et coordinateurs et rendent frileux sur l'accompagnement des premières missions. Il existe une perception globale que les gens sont propulsés dans des postes à responsabilités beaucoup trop vite et sans préparation.

Enjeux de management

Notre organisation actuelle ne permet pas aux responsables opérationnels de prendre de la distance et d'analyser les enjeux afin de nous projeter dans l'avenir. Tous les niveaux de conduite des opérations sont cantonnés à la gestion du quotidien et au manque de prise de recul. Deux raisons principales sont sans doute à évoquer : une carence dans l'accompagnement, l'encadrement et la formation des personnels alors que les programmes devenaient plus lourds et complexes à gérer, et une croissance parallèle des supports et des postes institutionnels. Cette dernière a induit une gestion par domaine de support découpant les opérations en tronçons techniques ; les responsables opérationnels, tant sur le terrain qu'au siège, se retrouvent au centre de tout et ne connaissent pas toujours leur périmètre de décision, subissent les doubles injonctions par le haut, via les départements de support, et celles par le bas, via des terrains de plus en plus demandeurs de soutien techniques.
Les postes institutionnels quant à eux, invoquant le support aux opérations, produisent parfois des analyses basées sur des hypothèses et déconnectées de la réalité. Cet engorgement ne pourrait être qu'anecdotique s'il ne provoquait une gestion à courte vue à tous les niveaux et une remontée d'informations non triées.
A cela s'ajoute une prolifération anarchique et mécanique des outils de suivi et de pilotage des opérations, rendant l'analyse complexe parce que dispersée, la diffusion des résultats et des savoirs aléatoire et désorganisée, et conduisant à une capitalisation en deçà des attentes. Au moment de l'audit de 2008, 800 fichiers différents avaient été dénombrés…

Au siège, un manque de travail transversal entre les départements n'a pas aidé non plus à favoriser une lecture globale des résultats, chacun finissant par ne s'occuper que de son propre domaine sans que des liens entre les départements soient construits.
Le nombre et l'interaction des plateformes internationales entre elles rendent opaques certaines décisions et rendus de comptes. Ce mille feuillage produit redondances et lourdeurs et, alors qu'il devrait nous permettre de faire progresser nos opérations et notre réflexion, le sentiment est que l'inverse s'opère.

En résumé, alors que MSF est devenu une organisation renommée et respectée, que notre taille s'est énormément accrue, que les défis de terrain sont de plus en plus nombreux et les opérations complexes, une impression de perte de temps et d'énergie globale se dégage.
La remontée d'informations du terrain au siège, analysée et problématisée à tous les niveaux, devrait nous permettre de mettre en lumière les défis les plus saillants afin de mieux définir nos stratégies. Le bilan des différents problèmes cités fait apparaitre une asphyxie qui, s'ils ne sont pas réglés, pourraient entrainer une perte de réactivité et un manque d'anticipation des enjeux futurs.

Certains ont également le sentiment qu'OCP a perdu depuis quelques années son influence politique dans le mouvement global MSF. S'il faut sans doute modérer ce constat, il nous faut cependant nous donner les moyens de conserver le maintien d'un rôle prépondérant dans l'organisation.

Enjeux médico-opérationnels

La connaissance des systèmes d'aide et de gouvernance des mandats politiques et militaires en réponse aux crises est dispersée dans le mouvement, ne favorisant pas une approche précise et conduisant à des prises de position mécaniquement accusatoires et qui, à la longue, peuvent apparaître dogmatiques et dépolitiser la parole de MSF.
L'amélioration de la qualité de nos opérations a parfois été vécue comme un facteur limitant à l'action. Si la recherche d'une meilleure qualité de nos pratiques doit rester dans nos gènes, elle doit cependant s'adapter aux réalités de terrain et ne pas être interprétée comme un impératif obérant notre réactivité. Les équipes terrain et siège doivent être engagées dans des actions ambitieuses mais réalistes et adaptées à chaque zone d'intervention.
Le plan stratégique précédent faisait la part belle à un nombre important de nouvelles idées ou initiatives : hôpital long terme, santé environnementale, maladies chroniques (notamment cardio-vasculaires et diabète) sans toutefois préciser les moyens dédiés à ces activités, la priorisation et la traduction dans les programmes, rendant ces orientations très théoriques. Au moment où nous faisions face à une situation financière difficile, la demande faite aux équipes de proposer des projets dans ces domaines a parfois été vécue comme une contradiction puisque certaines de ces nouvelles orientations n'ont pas pu être mises en œuvre.
L'absence d'un dossier médical fédérateur avec une assise politique de plaidoyer pour un changement de pratiques ou un nouveau traitement, comme cela avait pu être pour le HIV dans les années 90, ou la nutrition au milieu des années 2000, a également fait défaut.

La situation de déficit sur plusieurs années nous a contraints à faire des choix. La pertinence des programmes a été revue et plusieurs pistes ont été abandonnées : Fossap (Hôpital long terme à Haïti), Laos, Mongolie, Angola. Nous avons entamé une revue des pays à un seul programme, notamment dans l'organisation de la coordination. Les nouvelles ouvertures de pays, potentiellement mono-projet, ne feront pas l'économie de cette réflexion à l'initiation d'un projet (Côte d'Ivoire). Il ne s'agit pas de pousser à l'ouverture de plusieurs projets dès l'ouverture d'un pays si leur pertinence n'est pas avérée, uniquement pour maintenir un ratio coût de coordination/terrain acceptable, mais de lutter contre l'automatisme de support et de le réfléchir chaque fois en fonction des besoins.

Lors du séminaire des opérations fin 2013, les équipes listaient également des contraintes liées au volume de certains programmes qu'il s'agisse d'hôpitaux, d'un nombre d'activités important ou de populations cibles étendues lorsque un objectif de santé publique est visé (SMC : chimio prévention saisonnière), package pédiatrique préventif, HIV), notion avec laquelle nous sommes confortables à nouveau.
La collaboration avec certains Etats est vécue comme un obstacle, surtout lorsque nous intervenons dans des structures publiques où nous ne sommes pas en charge de la gestion de l'entièreté de l'activité hospitalière mais que nous avons l'objectif d'un partenariat qui s'établit sur la durée (Aweil/Soudan, Koutiala/Mali, RCA, Rutshuru/RDC). Viser une planification pluriannuelle et des perspectives à moyen-long terme impose un engagement de la part des autorités sanitaires nationales (personnels, participation aux coûts de maintenance et de réhabilitation), mais il incombe également aux équipes MSF d'entamer ces discussions le plus tôt possible, sur la base d'objectifs communs où les intérêts des deux parties seront entendus et respectés.

Le nombre croissant d'interventions dans des pays à revenus moyens (dans le Moyen Orient mais pas seulement) nous confronte à d'autres défis : des plateaux techniques performants, une approche médicale visant les traitements individuels défiant notre approche pragmatique de santé de masse, des besoins et donc des soins spécifiques (soins aux brûlés, chirurgie tertiaire, psychiatrie) et un besoin de qualité de nos soins non médicaux lorsque nous répondons à des déplacements de populations. Sur ce dernier point, les techniques ont peu évolué depuis deux décennies à MSF et il y a une nécessité impérative de progresser notamment sur l'eau et les abris ; il existe donc une attente particulière de support du département logistique.
Pour relever ces défis, et si nous voulons restés engagés et pertinents dans ces environnements, une amélioration/évolution continue de nos pratiques médicales et logistiques sera nécessaire, autant qu'une adaptation des profils RH et de nos mises en oeuvre au regard des enjeux de sécurité ou de la gestion d'hôpitaux spécialisés. Il faudra également explorer les partenariats possibles avec d'autres entités (organisations privées ou systèmes publics) ayant déjà travaillé sur ces sujets ou développer des savoir-faire.

Enjeux de communication

Sur la période des trois dernières années, le sentiment d'être hors tempo se dégage dans les prises de parole institutionnelles. Même si la Syrie, la Somalie (à l'occasion de sa fermeture) et plus récemment la RCA ont fait l'objet de prises de parole courageuses et parfois controversées au sein du mouvement MSF, une dichotomie se dessine entre les centres opérationnels. Notre virulence à l'égard du système des Nations unies et des démocraties occidentales n'a d'égal que notre silence et notre complaisance vis-à-vis de certains gouvernements et groupes armés, notamment ceux impliqués dans des crimes de masse. Les Nations unies et le système de l'aide dans son ensemble apparaissent comme des cibles de choix dès lors que nous ne voulons pas nommer et condamner (*naming and shaming*). Cette tendance s'est lourdement ancrée dans certains Centres opérationnels du mouvement et risquent de dépolitiser la parole de MSF. Il ne s'agit pas d'avoir une approche naïve et empreinte d'angélisme vis-à-vis des acteurs internationaux mais de savoir pointer du doigt la responsabilité des acteurs nationaux lorsqu'il y a un détournement de l'aide ou des obstacles délibérés au déploiement des secours. La RDC est un exemple frappant de cette dérive antimilitariste, antioccidentale et anti-impérialiste où nous préférons focaliser notre énergie sur des attaques contre la force d'intervention des Nations unies (Monusco) plutôt que de désigner le manque d'engagement des pouvoirs publics congolais. Ce combat nous concerne tous et ne peut s'opérer si une analyse des dérives et des obstacles ne se fait pas à partir du terrain.

Grandes lignes du bilan médico-opérationnel 2011-2013 et de l'année 2013

Description chiffrée et typologie de la dynamique opérationnelle

Sur trois ans, le nombre de programmes a connu une baisse de 22% alors que le budget global demeurait aux alentours de 130 à 140 millions d'euros dont 25% pour les coûts de coordination. Ces chiffres s'expliquent par plusieurs facteurs :

- moins d'urgences après 2 années exceptionnelles en 2010 et 2011, donc moins de programmes d'urgence qui perdurent ;

- le coût des soins secondaires et une croissance mécanique financière, même à activité stable : parmi les cinq pays où les dépenses sont les plus élevées, trois d'entre eux comportent un hôpital où une chirurgie spécialisée est pratiquée (Soudan/Aweil, Jordanie/Amman, Nigéria/ Port Harcourt, avant sa fermeture) ;
- l'augmentation des coûts des programmes et l'augmentation des activités sur certains programmes ;
- une revue de la pertinence de certains programmes entamée en 2012 et poursuivie en 2013 pour regagner de la flexibilité et qui a conduit à des fermetures.

Nous sommes donc confrontés à des choix pour à la fois conserver une flexibilité d'intervention, maintenir nos objectifs globaux et faire évoluer nos pratiques, mais en nous inscrivant dans le cadre des ressources disponibles qu'elles soient financières ou humaines. Afin de préserver une marge de manoeuvre opérationnelle pour nos opérations de terrain et ne pas diminuer le nombre de nos bénéficiaires, des décisions devront être prises concernant les coûts du siège.

Nous intervenons dans une moyenne de **30 à 35 pays** et gérons de **70 à 90 programmes/an**. Alors que le pourcentage des dépenses a augmenté de 9 à 17 dans le Moyen Orient sur trois ans, 50 à 60% se concentrent toujours sur le continent africain ; 63% des projets sur trois ans se sont déroulés en zone de conflit ; la réponse aux réfugiés est passée de 10 à 20% sur la même période.
Selon le classement de la typologie internationale sur trois ans (cette typologie compte les programmes et non leur coût)

- 41% sont des **urgences**, ***en baisse*** depuis 2012. 10 projets d'urgence se sont pérennisés en programme moyen long terme (Haïti, Yémen, RCA, Cote d'Ivoire, Mali/Tombouctou, Soudan/Yida), soit dans une activité hospitalière, soit en réponse à un afflux de réfugiés
- 22,5% de nos programmes s'adressent à des **endémies** (tuberculose, VIH, Nutrition, vaccination, malaria/SMC (chimio prévention saisonnière), maladies tropicales – pian, leishmaniose), ***en baisse***
- 13% sont des **hôpitaux** de 2ème ou 3ème niveaux (activité de chirurgie générale ou spécialisée), ***en baisse*** (fermeture de Port Harcourt au Nigéria)
- 13,5% sont des **soins généraux** consultations/hospitalisations (programmes pour les réfugiés inclus), ***en hausse***
- 10 % sont des **soins spécifiques** (psychologie, cardiologie, gynéco-obstétrique), ***stable***

Cette typologie sera revue au sein d'OCP pour mieux refléter nos activités et correspondre au monitoring que nous voulons avoir.

La proportion de pays à mono-projet est passée de 28% en 2011 à 20% en 2013. 35% des pays ont deux projets et 45% en ont trois, mais ces chiffres sont à pondérer puisque les projets d'urgence sont inclus (souvent multi-projets) ainsi que les pools nationaux. Il faut donc considérer qu'un nombre accru de pays a plus d'un projet en 2013. Là encore, la nécessité d'un outil plus performant pour le pilotage des opérations se fait sentir. Certains pays à mono-projets sont assumés : lorsqu'il y a un hôpital lourd à gérer (Haïti), une activité que nous voulons développer (cardiologie en Tchétchénie) ou une implantation à conserver (Iran).

Les faits marquants de 2013

L'année 2013 a été marquée par les incidents de sécurité au sein du mouvement, notamment plusieurs kidnappings. Quatre collègues ont été kidnappés en RDC le 11 juillet ce qui nous a empêchés de nous réjouir pleinement de la libération de Mone et Blanca le 18 du même mois après 20 mois de captivité en Somalie. Cinq de nos collègues de MSF-Belgique ont été également enlevés en Syrie le 2 janvier 2014 (libérés récemment). A l'échelle du mouvement, nous n'avons pas connu de période sans prise d'otages depuis l'enlèvement de Mone et Blanca en octobre 2011.
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.
Les liens entre les groupes aux discours et aux pratiques les plus radicaux, qu'il s'agisse d'ISIS en Syrie, AQPA au Yémen, AQMI, Mujao et Ansar Eddine au Sahel, Boko Haram au Nigéria et la nébuleuse Al Shabbabs en Somalie, restent opaques. Faisant régner la terreur par leur rhétorique et leurs actions spectaculaires (attaques suicides, enlèvements, exécutions sommaires et décapitations postées sur Youtube), il est difficile de savoir si un dialogue sur la base de l'intérêt de notre présence peut s'établir.
L'exemple de Tombouctou mis à part, où le leader d'AQMI nous avait clairement dit comprendre notre utilité et apprécier notre travail, les contacts restent aléatoires. Les garanties données par les leaders locaux en Syrie et les discussions avec ISIS n'ont cependant pas empêché des kidnappings de survenir. Revendiquant une idéologie très radicale, souvent condamnée et rejetée par les musulmans eux-mêmes, l'activité de kidnapping semble toutefois dictée pour ces groupes par des intérêts purement économiques.
L'intervention de la France au Mali, au nom de la lutte anti-terroriste, puis celle en RCA, vécue comme antimusulmane, et les prises de position récentes sur Boko Haram via le sommet de Paris, pourraient mettre MSFF dans une position particulière et problématique en faisant l'amalgame entre l'Etat français et nous.
Nous ne pouvons désormais plus faire l'économie d'une réflexion large sur notre exposition qui devra prendre place entre l'exécutif (terrains et sièges) et les Conseils d'administration. Cette exposition correspond pour OCP 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.
La première étape sera la décision sur la poursuite de nos opérations en Syrie et les éventuels modes d'intervention ; il faudra pour cela élargir les contacts politiques auprès de ceux qui pourraient exercer une influence véritable sur ces groupes.

Le retrait de Somalie de tous les centres opérationnels de MSF à l'été 2013 a été l'événement le plus marquant de l'année pour le mouvement. Après la libération de nos collègues espagnoles, confrontés au mieux à une acceptation tacite, au pire à une complicité de certains de nos interlocuteurs, la décision d'une fermeture totale a été prise. Même si elle a été mal vécue par certains centres opérationnels de MSF, le niveau de compromis sans précédent auquel nous étions arrivés au cours des 22 années de présence dans ce pays paraissait conduire à cette décision radicale qui reste exceptionnelle. Nous avons utilisé des escortes armées, travaillé en contrôle à distance, eu un accès imité à la population, été incapables de mener des évaluations indépendantes là où les besoins nous semblent les plus importants, eu une plus-value médicale questionnable au regard des conditions de sécurité et subi la perte de 16 personnes et le kidnapping de 7 (international et national). Si un moratoire a été décidé pour une période d'un an, qui se termine en septembre 2014, le temps de l'analyse sera sans doute plus long. Avant qu'il y ait un changement politique majeur dans ce pays, le retour de MSF ne semble pas immédiat. La revue du kidnapping menée en international au moment de la rédaction de ce rapport devra éclairer les zones d'ombre qui ont entouré ce cas. Un niveau de transparence est nécessaire si nous voulons prendre des décisions adaptées pour le futur.

Nous avons poursuivi la revue de la pertinence de certains programmes, initiée en 2012.
La décision de fermer quatre pays a été prise et sera effective en 2014 : Madagascar, Colombie, Laos et Congo Brazzaville.
Nous n'avons pas trouvé de piste opérationnelle pertinente qui rencontre à la fois l'adhésion des autorités locales et l'intérêt de MSF à **Madagascar**. Malgré une crise économique et sociale importante et une fuite de capitaux élevée, il semble que cela ne se traduise pas en crise humanitaire nécessitant notre présence. Les pistes proposées tournaient autour de l'accès aux soins dans des zones enclavées et négligées par les pouvoirs publics. Notre présence à Békily a toutefois permis d'élever le niveau de soins et a motivé les autorités sanitaires à s'impliquer dans l'hôpital. Nous avons donc jugé qu'il était temps de partir et pris la décision de fermer « le pays » en y conservant cependant notre enregistrement jusqu'en 2016.

Après plus de 20 années de présence en **Colombie** et la redéfinition du projet autour de la tuberculose en 2012, notre implication a été revue de manière exhaustive en passant en revue les besoins aigus et les tentatives et expériences passées. Le programme national tuberculose fonctionne bien et les MDR/DR TB (cas de tuberculose résistante et multirésistante) enrôlés peuvent être désormais absorbés. La situation politique s'est apaisée et les autorités sanitaires ont un vaste plan de mise à niveau des structures de premier et troisième niveaux. Nous allons donc fermer « le pays » en fin 2014 ; la section espagnole de MSF y restera présente.

Pour ces deux pays, Madagascar et Colombie, un travail de capitalisation est envisagé, à la fois sur le mode de « memory project » (mémoire historique des programmes) et sur l'analyse des hypothèses de départ qui ont rencontré des difficultés dans leur mise en œuvre (violences urbaines, tuberculose, programme psy).

Nous avions pris la décision d'ouvrir une mission au **Laos** en 2010, mais avons rencontré beaucoup de difficultés administratives pour concrétiser cette ouverture. Nous avons été finalement confrontés à une population très dispersée et la nécessité de moyens conséquents à mettre en place en raison des distances, pour une plus-value médicale limitée. Nous n'étions, d'autre part, pas autorisés à importer des médicaments en présence d'un marché local à la qualité douteuse. Notre plus-value devenait alors de former des personnels à correctement utiliser des médicaments dont nous ne pouvions pas garantir la qualité. Les compromis nous ont semblé trop importants et le programme a fermé début 2013. Malgré la durée limitée du programme, les relations avec les autorités sont restées collaboratives et le programme de formation à des protocoles adaptés aux difficultés de la zone (accès difficile, population dispersée) a été apprécié et mis en place. Le programme a été transféré à un personnel médical motivé pour poursuivre les activités.

Nous étions revenus au **Congo Brazzaville** à l'occasion de l'afflux massif de réfugiés de RDC suite à des combats intenses. Le nombre de réfugiés ayant diminué de manière importante et pouvant désormais être absorbé par les acteurs locaux et internationaux présents, nous avons fermé le projet de Bétou en 2013. Une piste de programme VIH avait été proposée mais non retenue au regard d'autres pays prioritaires dans ce domaine.

Le Burkina Faso et la Chine feront l'objet d'une analyse critique des opérations dans le courant de l'année 2014.
Alors que la présence en **Chine** avait été réaffirmée l'an dernier, l'impossibilité de concrétiser les pistes opérationnelles identifiées, notamment l'hépatite C, par manque d'intérêt voire de refus des autorités sanitaires, nous fait envisager d'arrêter les frais. Nous nous sommes fixés une date buttoir à mi-juin 2014 afin de prendre une décision définitive.
Concernant le **Burkina Faso**, notre implication auprès des réfugiés maliens prenant fin et aucune autre piste ne s'étant matérialisée, nous allons probablement quitter le pays au dernier trimestre 2014.

Enfin, le programme de prise en charge du VIH à Arua (**Ouganda**) va fermer en 2014. Notre présence dans le pays n'est pas questionnée pour l'instant étant donné notre implication dans la prise en charge des réfugiés soudanais dans le Nord. Mais il nous faut déjà anticiper une organisation pour répondre aux urgences (épidémies et afflux de réfugiés du Soudan ou de RDC) si nous n'avons plus de programme actif. Cette réflexion est en cours.

Le **Nigéria** connait depuis deux ans des bouleversements sociopolitiques importants qui nous ont conduits 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 deux ans dans cette zone. 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. L'accélération de la dégradation de la sécurité fait craindre une situation très chaotique au cours de l'année 2014 précédant les élections qui doivent se tenir en fin d'année.

Pour les projets MLT (moyen long terme), plusieurs missions exploratoires ont été entreprises dont certaines ont mené à une ouverture. C'est le cas de la **Côte d'Ivoire** où un programme santé femmes va ouvrir, et celui de la **Papouasie Nouvelle Guinée**, où un programme de MDR TB (tuberculose multirésistante) vient de s'ouvrir après la fermeture du projet que nous menions à Bougainville. Nous avons conduit de multiples évaluations dans l'Etat de Borno au **Nigéria** où nous avons réussi à mener des programmes de soins de santé primaires, soit en réponse à des déplacements de populations (Baga), soit en support à des centres de santé (Chibok). Nous avons également procédé à des donations de matériel médical et de médicaments après chaque attaque. Au cours de l'année 2014, nous allons revoir notre implication dans cette zone en fonction des conditions de sécurité qui deviennent de plus en plus difficiles exigeant des profils particuliers d'expatriés.
Après diverses réponses pour des urgences de taille moyenne aux **Philippines** suivies d'évaluations dans le pays, nous avons décidé de rester après le dernier typhon (voir partie urgences).

Les responsables opérationnels de **l'Irak** ont désiré refaire un bilan des possibilités d'intervention dans le pays. Après diverses visites et l'exploration de plusieurs pistes (prise en charge des brûlés, support aux salles d'urgence des hôpitaux de taille moyenne), la conclusion rejoint celle que nous avons faite depuis 10 ans : bons standards de soins dans les grandes villes (Bagdad spécifiquement), des conditions de sécurité qui restent difficiles pour permettre un accès aux zones rurales, des possibilités de se concentrer sur des « niches » médicales mais qui demandent des profils spécialisés et une présence expatriée difficile à maintenir avec de telles contraintes de sécurité. Nous avons donc décidé de ne pas développer de projet MLT mais de rester vigilants sur des besoins urgents qui pourraient survenir, surtout au moment du retrait des troupes internationales.

Les succès de 2011-2013 (détails pour l'année 2013)

La gestion de volumes importants d'activités reste un de nos points forts. Qu'il s'agisse de cohorte VIH, de prise en charge de vaccination de masse ou de certaines pathologies (malaria), nous parvenons à mettre en place des opérations parfois complexes et de taille conséquente.
En 2013, cet aspect peut être mis en avant pour les activités de SMC (chimio prévention saisonnière) au **Mali** (160.000 enfants), au **Tchad** (50.000) et au **Niger** (20.000).
En dehors de la stratégie SMC, nous avons traité 110 000 cas de malaria en **RDC** en 2013 au Katanga et au Nord Kivu, dont 9 500 ont été hospitalisés. Une réflexion est entamée sur les raisons de ce volume vécu comme soudain : est-ce le meilleur accès, un changement dans le profil épidémiologique ? Les résultats de cette étude permettront de mieux orienter notre réponse et d'adapter notre stratégie.
Au **Niger** ont été par ailleurs pris en charge 16.000 enfants atteints de malnutrition sévère dont 30% venant du Nigéria voisin, l'accès à partir du Nigéria restant hors limite pour nos équipes.

Nous avons connu des succès en termes de consolidation de nos activités et d'accès dans des environnements contraints sur le plan sécuritaire. Nous avons pu maintenir nos opérations au Sud Korfofan (**Soudan**) en transfrontalier à partir du **Soudan du Sud**. Si les conditions d'accès restent complexes, elles demeurent possibles et notre objectif est d'essayer de rester et d'y développer des activités.
Malgré des défis sécuritaires importants, nos programmes au **Yémen** se développent. Nous pouvons observer une lente dégradation de la situation avec des activités criminelles (assassinats ciblés) en nette augmentation, notamment dans la capitale Sanaa. Les responsables opérationnels sur le terrain et au siège devront avoir une réflexion sur la possibilité de maintien de notre présence et d'établir les limites à l'action. Le programme d'Aden sera redéfini au cours de l'année 2014 avec une possibilité de le faire évoluer vers un centre de traumatologie.

Au **Pakistan**, la présence d'une équipe expatriée à Qurram a progressé et nous y avons séjourné à plusieurs reprises au cours de l'année. Ceci a permis de revoir les objectifs médicaux du programme et envisager son extension.
Il en va de même pour notre programme de cardiologie à Grozny (**Tchétchénie**) qui, grâce à une présence accrue nous permet aujourd'hui de mettre en place l'angiographie, ce qui reste une activité unique à MSF. 830 cas ont été admis dans ce programme en 2013 dont 51 ont bénéficié d'une fibrinolyse.

Le **Kenya** connait une dynamique opérationnelle intéressante avec un projet VIH à Ndiwah ayant pour objectifs la réduction de la transmission et de l'incidence et une intégration avec le système de santé dès l'initiation. Dans le même temps, nous allons développer la prise en charge des patients hospitalisés et atteints de co-infections. La planification pluriannuelle permet aux équipes de déterminer des objectifs prioritaires de mise en œuvre, de les adapter selon la dynamique locale et de faire des choix. Le projet de Matharé comporte un volet SGBV (sexual and gender-based violence : victimes de violences sexuelles et sexistes) qui a pris en charge 1600 cas sur 2013 dont 10% de cas de moins de 5 ans (17% de moins de 15 ans) et 7% de sexe masculin.
Une planification pluriannuelle a également été appliquée au projet de Koutiala au **Mali** avec une validation des objectifs pour quatre ans. Un laboratoire de microbiologie sera mis en place en 2014.
Ces modes de gestion en pluriannuel ont pour ambition d'apporter plus de flexibilité aux équipes de terrain et du siège et d'établir les objectifs de recherche de manière plus sereine. D'autres projets du portfolio pourront évoluer dans ce sens. Il est cependant à noter que ce type d'engagement peut faire perdre de la flexibilité au portfolio en « protégeant » des programmes qui ont des orientations long terme difficiles à arrêter en cours de route. Une diversité est donc nécessaire dans les programmes que nous gérons afin de ne pas figer les orientations stratégiques.

La réponse aux urgences reste un de nos meilleurs atouts

Les équipes sont en mesure de déployer rapidement des équipes conséquentes pour prendre en charge de gros volumes de patients victimes d'épidémies : 45.000 cas de choléra pris en charge à **Haïti** en 2011 et 2012, 2 millions d'enfants vaccinés contre la rougeole en **RDC** en 2011.
Les interventions dans les zones de conflit ne sont pas en reste et que ce soit la réponse effectuée en **Syrie** depuis fin 2011, celles en **Lybie** et en **Côte d'Ivoire** en 2011 et plus récemment les activités menées à Bangui en **RCA**, elles ont prouvé que nous pouvons opérer au cœur des conflits (relatif en Syrie), y développer des programmes de qualité même dans les environnements les plus complexes (Lybie).
L'objectif qui visait en 2009/2010 de pouvoir gérer deux urgences volumineuses en même temps a été largement atteint et le dispositif terrain (pool d'urgence) et celui au siège a montré sa performance et son efficacité.
La réponse aux catastrophes naturelles a été conséquente sur les trois dernières années, notamment en ce qui concerne la poursuite de notre investissement à Haïti après le tremblement de terre, et plus récemment dans l'intervention aux Philippines.
Enfin, nous sommes également intervenus lors de la catastrophe de Fukushima (Japon) et avons à cette occasion développé des protocoles de protection en cas d'exposition nucléaire.

En matière d'activités médicales

- La vaccination de routine, longtemps négligée sur les dernières années, a vécu un bond de 200.000 à 500.000 enfants vaccinés sur nos programmes entre 2011 et 2012.
  Le PCV (Vaccin conjugué antipneumococcique) a par ailleurs été pour la 1ère fois introduit dans une urgence à Yida (Soudan du Sud) en 2013.
- Nous prenons en charge 24% des cas de malaria traités dans le mouvement, 20% en RCA, 16% au Tchad, 15% au Mali et 14% au Niger. 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. Une étude a démontré au Mali et au Tchad que le coût avoisine 1,1€/enfant/passage.
-- Nous sommes parvenus à intégrer le traitement de la tuberculose simple dans 81% de nos programmes lorsque cette activité est pertinente (nutrition, soins de santé primaires, soins hospitaliers). Le GenXpert (test de diagnostic) a été introduit dans cinq de nos programmes et l'utilisation de la Bedaquiline à usage compassionnel a été autorisée en Arménie.
- Les activités pédiatriques ont beaucoup progressé sur les trois dernières années, intégrées dans 30 de nos programmes. Nous souhaitons poursuivre l'extension du paquet de soins pédiatriques de proximité afin d'augmenter l'efficience de ce type de stratégie. L'objectif est de continuer à simplifier, décentraliser et ajouter des activités (vaccination et prévention de la malnutrition notamment), ce qui sera rendu possible avec l'apparition de nouveaux outils diagnostiques ou de nouveaux traitements (nouveaux vaccins, pas de nécessité de chaîne du froid) que

nous intègrerons à chaque fois que nous en aurons la possibilité ou dès qu'une innovation le permettra. Ces activités de soins de santé primaires n'obèrent pas notre objectif de poursuivre l'amélioration de la prise en charge des enfants hospitalisés.

- La santé maternelle est également un domaine où les progrès ont été significatifs, intégrée dans 26 programmes, notamment dans les urgences. Des services de néonatologie ont été mis en place à Rutshuru/RDC, Paoua/RCA, Aweil/Soudan du Sud, Peshawar/Pakistan, Jahun/Nigéria. Restent les zones d'ombre de l'avortement et des victimes de violences sexuelles à clarifier. Ces deux activités sont censées faire partie de nos préoccupations mais nous peinons à augmenter le nombre de patients pris en charge.
- Notre stratégie de réponse à l'épidémie de VIH/SIDA a été repensée en 2013. Elle ne tournera plus uniquement sur la gestion de grandes cohortes dans les pays à forte prévalence mais s'orientera vers des domaines de prise en charge négligés en permettant la recherche opérationnelle : pays à faible prévalence mais où l'accès au traitement est difficile voire inexistant (Nigéria, RDC), le traitement des co-infections pour les patients hospitalisés et la diminution de l'incidence et de la transmission (Kenya).
- Un de nos plus gros points forts reste les activités de ce que l'on nomme le « pôle chaud » (salles d'urgence, soins intensifs et chirurgie) et par extension les soins hospitaliers. 24% de nos programmes comportent une activité de chirurgie. Les procédures chirurgicales sont en augmentation de 6% environ tous les ans avec un nombre d'actes de 33 000 en 2013 pour 14 000 patients. La chirurgie plastique des brûlés fait partie de nos spécificités reconnues dans le mouvement, Haïti traitant 500 cas par an. La chirurgie traumatologique et orthopédique fera l'objet d'une revue en 2014 afin de déterminer les orientations futures.
  Certains hôpitaux spécialisés nous permettent de faire évoluer nos pratiques hospitalières, de développer des protocoles, de nouveaux outils et aussi de fidéliser du personnel : Koutiala (Mali)/pédiatrie, Peshawar (Pakistan)/santé maternelle et néonatologie, Haïti/brûlés, Amman (Jordanie)/chirurgie reconstructrice. Il nous faudra cependant rester vigilants afin de ne pas figer ces programmes et de ne pas faire perdre de la flexibilité au portfolio. En revanche, les avancées dans ces domaines nous permettront de nous adapter aux pays à moyens revenus et de pouvoir proposer des soins de qualité.

Les échecs de 2011-2013 (détails pour l'année 2013)

La non concrétisation du projet Fossap (hôpital long terme en **Haïti**) restera un des échecs les plus cuisants du plan précédent. Après trois ans de tentatives infructueuses, nous avons décidé de mettre un terme au projet tel qu'il était envisagé. Les raisons principales de ce revers peuvent être résumées comme suit : un manque d'engagement politique et institutionnel, des désaccords profonds sur le projet médical, un soutien faible voire inexistant de certains départements, des difficultés à organiser un management du projet en dehors d'un modèle classique d'équipe de desk, des difficultés avec les autorités sur place dans la sécurisation du terrain, des interrogations internes sur la création d'une fondation locale afin de pérenniser le projet. Le projet médical, la localisation (rural versus urbain, zone identifiée à Port-au-Prince), la taille du projet, les engagements financiers n'ont jamais eu une totale adhésion au sein d'OCP et il était préférable d'arrêter cette initiative en l'état. Elle a néanmoins permis de remettre à l'ordre du jour les débats sur des engagements moyen/long terme et de faire évoluer certains des outils qui seront utiles pour d'autres projets que nous souhaitons pérenniser. L'engagement moyen/long terme n'est pour autant pas abandonné à Haïti mais s'orientera très vraisemblablement sur la prise en charge des brûlés, que nous souhaitons faire progresser.

Au rang des échecs pour 2013, il faut une nouvelle fois citer la vaccination préventive pour le choléra en **RDC**. Alors que nous sommes en bonne voie pour le volet watsan (eau et assainissement) avec la planification du projet d'adduction d'eau et la mise en place de systèmes de filtres à eau intra-domiciliaires ou intra-communautaires, le volet vaccinal a une nouvelle fois souffert de retards importants, cette fois-ci à cause d'incidents de sécurité qui nous ont affectés à deux reprises. Alors que 27 000 personnes avaient reçu une première dose, nous avons été contraints d'évacuer l'équipe. Le temps de renouer le contact avec les autorités et de revoir notre organisation, 100 000 doses de vaccins avaient expiré, risque que nous connaissions au moment de la décision d'évacuer et en sachant qu'aucun partenaire ne pouvait reprendre notre activité….Les négociations avec les autorités congolaises sont en cours pour réduire la population cible en restant pertinent sur l'impact et les objectifs de recherche, et utiliser les doses disponibles. Les aires de santé les plus affectées ont donc été redéfinies car les activités watsan ont d'ores et déjà permis une baisse importante du nombre de cas. Espérons que nous parviendrons à concrétiser cette activité en 2014 et que nous pourrons poursuivre le package global visant à contrôler la maladie.

Nous n'avons pas témoigné sur la situation du Nord du **Nigéria** affectant l'état de Borno. Alors que les bombardements de l'armée nigériane ont provoqué des déplacements internes de population et des blessés et que nous avions une équipe sur place témoin de cette situation difficile, nous sommes restés muets.
Les attaques contre les vaccinateurs polio sont un sujet pour lequel une table ronde au **Pakistan** était prévue, pas nécessairement à visée de communication publique mais pour provoquer un échange entre les divers acteurs impliqués, que ce soit l'OMS ou les autorités sanitaires locales. La stratégie d'éradication mondiale mobilise des moyens importants pour une maladie qui reste une préoccupation, mais qui peine parfois à rencontrer l'adhésion des pouvoirs publics confrontés à d'autres challenges sanitaires de masse. Cette stratégie éveille alors les soupçons des populations et leaders locaux et fait suspecter un agenda caché. Ces sujets auraient pu être évoqués et permettre de poursuivre la réflexion entamée au siège durant l'année. Malheureusement, certains centres opérationnels de MSF présents au Pakistan ont trouvé opportun de céder à la panique et ont préféré le silence à l'échange. Nul doute que ce sujet sera remis à l'ordre du jour, même en cavalier seul, en 2014.

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 tiraillés 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 parait cependant exagéré, et contribue à nous entrainer collectivement dans une forme de paranoïa qui empêche la prise de parole alors que notre accès aux réfugiés soudanais et somaliens est constamment compromis. La question revient à l'ordre du jour en raison de l'afflux massif de réfugiés sud soudanais dans la province de Gambella. Les conditions d'intervention et de travail ainsi que les obstacles devront être regardés à la loupe afin de ne pas retomber dans nos travers silencieux.

Des pistes opérationnelles évoquées n'ont pas pu se concrétiser par manque de temps, de ressources humaines ou de réelles difficultés d'accès. C'est le cas pour **l'Egypte** où, après avoir effectué plusieurs missions exploratoires dans des moments de crise aiguë, nous avions décidé de nous donner un temps plus long d'analyse. Nous continuons de suivre la situation et verrons si une visite longue est possible et pertinente. **L'Erythrée** avait également été évoqué tant le nombre de départs du pays soit vers l'Europe ou l'Ethiopie soulevait des inquiétudes. Plusieurs centres

opérationnels s'intéressent à la question (celui de Barcelone et celui de Bruxelles). Là encore, le manque de temps ne nous a pas permis de creuser ce contexte dont on connait les complexités et les défis d'accès. Ce type d'environnement contraint est en général remis au goût du jour à la faveur d'opportunités via des contacts personnels. Si c'est le cas, nous reverrons la possibilité de nous y rendre, mais pour le moment cette piste parait relativement gelée.

Enfin, des projets discutés et acceptés ont connu des retards dans leur mise en place. C'est notamment le cas pour la **Côte d'Ivoire** où la mission exploratoire pour un programme de santé maternelle a été effectuée et les contours du projet dessinés en 2012 au moment de la fermeture de Douékoué. Le projet a été présenté et validé en 2013 mais son démarrage tarde. Ce programme comporte plusieurs volets innovants (collaboration avec les autorités, projet pilote de gestion du personnel, étude de la possibilité de traitement de certains cancers, partenariat locaux et externes). Il verra le jour, espérons-le, en 2014. Si ce n'est pas le cas, il faudra sérieusement nous poser la question de sa faisabilité.

Le projet au Sud du **Nigéria** de SGBV (sexual and gender-based violence : victimes de violences sexuelles et sexistes) qu'un volet HIV devrait venir compléter a été repoussé alors que les contacts sont pris et que les autorités attendent notre retour sur Port Harcourt. La fréquence et la taille de la réponse aux urgences dans le Nord (choléra à Bauchi et violences à Borno) et l'attention compréhensibles des équipes vers le Nord sont pour beaucoup dans le retard de mise en place.

Le déménagement de l'hôpital d'Amman (**Jordanie**) vers une structure plus appropriée, permettant une meilleure prise en charge, s'est heurté à la complexité de l'administration jordanienne, chacun se renvoyant la balle en termes de responsabilité et restant réticents à formaliser par écrit les activités existantes depuis des années. Nous nous sommes retrouvés ballottés entre les fourches caudines des pouvoirs ministériels et certains intérêts privés. Il a fallu également revoir les objectifs du programme et réitérer le fait que ce sont bien les victimes de conflits/violences que nous voulons admettre en priorité en fonction des soins que nous pouvons leur apporter. Le conflit syrien a fait augmenter les admissions mais a toutefois permis de mettre en lumière certaines dérives de gestion et de critères d'admission. Les autorisations sont désormais signées et, pour la première fois, nous sommes reconnus comme une organisation médicale privée en droit et capacité de pratiquer la médecine.

Revoir les objectifs et la pertinence de notre présence à **Haïti** et les activités menées est également un défi qu'il faut relever. Tous les centres opérationnels de MSF présents sont confrontés aux mêmes problèmes. La gestion de structures de soins secondaires lourdes, qui pour certaines ont fait l'objet d'investissements conséquents, et la poursuite d'activités, dont nous connaissons la pertinence mais qui deviennent des automatismes, semblent empêcher l'évaluation des besoins les plus criants dans le pays, notamment en pédiatrie ou dans des pathologies verticales (drépanocytose). Les équipes, tous centres opérationnels de MSF confondus, ont du mal à sortir de la capitale pour évaluer le niveau de besoins en périphérie et nous nous retrouvons finalement tous à gérer l'existant. La réorientation en cours devrait permettre de corriger cela.

Enfin, l'ouverture de **l'Afghanistan** a été un long chemin de croix tant le cadre fixé en intersections était rigide et conservateur. Le maintien à toute force du modèle d'organisation avec coordination unique a contaminé les esprits et pollué beaucoup de discussions, étant présenté comme un modèle répondant aux défis sécuritaires à appliquer à d'autres contextes. Si nous devons rester vigilants lors d'un retour consécutif à un retrait de tous les centres opérationnels, notamment au niveau de la prise de contacts, il faut reconnaitre qu'au-delà d'un certain volume d'activités, il devient déraisonnable de faire reposer toutes les responsabilités sur une coordination unique. L'argument de la sécurité invoqué pour la poursuite de ce modèle (une seule ligne de décision) provoque en fait une appropriation exclusive de la connaissance du contexte et des personnes contacts, et condamne les débats à n'être qu'une chambre d'enregistrement plutôt que nourris de contradictions. Ces désaccords ont énormément ralenti le démarrage de nos activités alors que le projet que nous envisagions à Tirin Kot prenait dans le même temps une tournure négative (partenariat difficile avec d'autres organisations, accès compromis). La mise en oeuvre ayant été clarifiée et assouplie, le projet de l'hôpital de santé maternelle à Kabul dans le quartier Harazah devrait se concrétiser en 2014 après signature du Protocole d'accord.

Objectifs du plan précédent non réalisés ou activités « négligées »
Les soins psychologiques peinent à faire partie du paquet général d'activités, en dehors des activités de liaison dans les programmes accueillant un nombre important de victimes de violence. Nous n'avons par ailleurs aucun programme de psychiatrie.
Ceci est également le cas de la physiothérapie et, si elle fait partie des programmes chirurgicaux, elle n'est pas nécessairement proposée dans d'autres programmes, notamment de pédiatrie ou de santé maternelle.
On peut reprendre ici ce qui est déjà évoqué plus haut concernant l'engagement long terme, les maladies chroniques et la santé environnementale. Nous ne pourrons progresser dans ces domaines qu'au travers de projets pilotes (déjà le cas en cardiologie) et non par incantations surtout dans un environnement financier qui nous contraint à faire des choix.
Enfin, certains s'interrogent sur une tendance à la spécialisation de nos activités hospitalières traduite par un manque d'hôpitaux généraux. Si le portfolio comporte trois hôpitaux généraux (Paoua/RCA, Khameer/Yémen, Rutshuru/RDC en cogestion), la spécialisation nous fait progresser dans nos pratiques et permet la mise en place dans les programmes d'urgence d'hôpitaux généraux adaptés et bénéficiant des protocoles travaillés ailleurs, notamment lorsque nous prenons en charge des réfugiés ou des déplacés.

Les urgences 2013 (voir plus haut pour les urgences 2011-2013)

Si l'année 2012 avait été atypique dans la dynamique, la typologie et le volume opérationnel, car beaucoup concentrée autour de notre réponse en Syrie, celle de 2013 a été plus diversifiée surtout dans la deuxième moitié.
37 interventions d'urgence ont pris place, la moitié gérée par le desk des urgences, ce qui confirme la dynamique et la réactivité des desks réguliers sur ces activités.
78% ont concerné des zones de conflit (65% en 2012) et 20% des catastrophes naturelles ; l'enveloppe de 20 millions d'euros a été entièrement consommée. 10 missions exploratoires se sont converties en programmes, notamment pour des déplacements de populations.
Au rang des interventions d'urgence gérées par les desks réguliers, la réponse au pic de malaria en **RDC** fait figure d'exception par son volume (100 000 cas traités). Les desks et les équipes terrain du **Soudan du Sud** et de la **RCA** ont également réagi précocement à la dégradation de la situation avant que les opérations ne soient transférées sur le desk urgences pour la RCA.
Les desks et équipes réguliers ont également répondu présents dans la gestion des réfugiés, activité très importante en 2013 : réfugiés soudanais en **Ouganda** et réfugiés darfouris au **Tchad**. Dans la réponse aux réfugiés soudanais en Ouganda, la prise en charge de la watsan (eau et

assainissement) nous a permis de nous remettre à jour et de tester de nouveaux dispositifs. L'amélioration des activités de fourniture en eau va être un objectif important pour 2014.
Trois interventions majeures gérées par le desk urgences se dégagent de l'année 2013 : la **Syrie**, la **RCA** et les **Philippines** (typhon Haiyan). Nous pouvons y ajouter l'intervention pour les réfugiés soudanais en **Ethiopie** qui a débuté en fin d'année 2013.
456 départs de volontaires ont été enregistrés dont 10% de premières missions (9% en 2012), ce qui reste faible et peut s'expliquer par les particularités sécuritaires dans lesquels ces opérations prennent place. 40 détachements ont eu lieu.
Les interventions au bénéfice des réfugiés devraient faire augmenter le chiffre des premiers départs. Le turn over sur la Syrie est problématique car nous devons garantir une continuité des contacts et un bon suivi du contexte.
Les opérations en **RCA** sont le succès de l'année 2013. Hormis les trois projets réguliers que nous avons pu maintenir (Paoua, Carnot et Bria), trois projets d'urgence ont vu le jour : intervention à Bangui dans le quartier mixte de PK5, à l'hôpital communautaire puis à l'hôpital général, intervention dans l'Ouest du pays à Bozoum/Bossemtélé/Bocaranga et mise en place d'une équipe de chirurgie volante. Ce dispositif a montré une réactivité exemplaire et les équipes ont déployé des secours impressionnants. Au plus fort des combats (décembre 2013 et janvier 2014), elles ont pris en charge 2 000 blessés. Elles ont à la fois répondu aux afflux de blessés et à leur référence mais également aux problèmes médicaux notamment les cas de malaria surtout dans l'Ouest via des cliniques mobiles, puis une installation dans l'hôpital de Bocaranga.
Les équipes ont été confrontées à un niveau de violence élevée et se sont parfois retrouvées en directe protection de certains patients dans les hôpitaux ou les sites de regroupements des minorités musulmane et peulh. La tournure confessionnelle du conflit nous a mis face à des situations particulières, notamment pour la protection de nos employés musulmans dont certains ont trouvé refuge dans nos locaux. Nous avons assisté impuissants à un exode de masse des musulmans vers les pays limitrophes et à l'intérieur de la RCA. Si les premières évacuations ont concerné des ressortissants étrangers pris en charge par leur pays d'origine, il s'est très vite agi d'une fuite désordonnée et éperdue de populations subissant des attaques ciblées et une mise au ban de leur propre société. Les conditions de ces départs ont été terribles, certains mourant dans les camions les transportant vers le Tchad, ceux qui restaient demeurant enclavés dans leur propre quartier, étrangers et indésirables dans leur propre pays, laissant leur maison à l'abandon et prenant le risque d'en être expropriés. Les civils musulmans ont payé au prix fort leur assimilation à la Séléka ayant renversé le président Bozizé en mars 2013 dont les membres s'étaient rendus coupables d'exécutions sommaires et de traques dans les quartiers.
La situation politique reste incertaine, un gouvernement de transition est en place mais devrait être confronté à des élections en 2015. La partition du pays selon des lignes ethnico-religieuse semble en marche. Si elle n'est pas actée politiquement, elle l'est dans les faits et militairement, et le futur ne s'annonce pas sous de bons auspices. Les forces armées française (Sangaris) et internationales de l'Union africaine (MISCA) semblent dépassées par des actes de violence qui continuent à se produire dans un contexte d'impunité et de déliquescence de l'appareil d'Etat, sans possibilité d'assurer les fonctions régaliennes. Une force de maintien de la paix des Nations unies devrait être mise en place à l'automne 2014 pour prendre le relai.
Les défis qui nous attendent sont de taille : comment limiter notre volume opérationnel devant une telle masse de besoins et un système de soins quasi inexistant, comment réduire ou fermer des activités lorsque nous sommes parfois les seuls pourvoyeurs de soins, comment concilier réponse adéquate en limitant notre exposition ? Aujourd'hui, 300 personnels MSF internationaux et 2 000 employés nationaux sont déployés sur le terrain, mais jusqu'à quand pourrons nous maintenir cette exposition sans compromettre notre sécurité ? Les desks en charge devront fixer les limites à l'action, nul n'est tenu à l'impossible et il n'y a pas d'obligation d'agir si les risques sont considérés trop élevés, notamment lorsqu'aucun interlocuteur ne s'estime responsable de la zone dont il revendique le contrôle.
La communication publique a été un des points forts de notre intervention, même si nous sommes restés bien silencieux sur la période où la Séléka a été au pouvoir, les milices affiliées pratiquant cependant des exactions. Débutée en décembre 2013 pour relater les faits et nos actions, notre communication s'est poursuivie sur la question de l'exode et de la protection des civils. L'opération Sangaris, débutée début décembre 2013, a renversé le rapport de force entre les Sélékas et les anti-Balakas (milices d'autodéfense à l'origine villageoise mais se transformant en groupe armé regroupant des combattants aux intérêts divers), en désarmant les Sélékas. Ceci a été vécu par les anti-Balakas comme un signal d'impunité laissant le champ libre à des attaques ciblées contre les musulmans. Il est apparu évident pour les équipes MSF de terrain comme du siège que le nombre de troupes était alors insuffisant pour contrôler une violence qui se répandait au-delà de Bangui ; ceci a été acté dans diverses interviews qui ont semé la controverse dans le mouvement. Si nous n'avons jamais appelé à une intervention armée (déjà présente), ni demandé un renforcement spécifique des forces françaises de Sangaris, nous avons estimé que le dispositif n'était pas à la hauteur des violences et que son renforcement pouvait avoir un effet dissuasif. Si les divergences d'opinion ont subsisté, ces désaccords ont eu le mérite de remettre à l'ordre du jour le sujet de la protection des civils et notre communication vis-à-vis des crimes de masse, 20 ans après le génocide au Rwanda. Cela nous a également démontré qu'il est très difficile pour les équipes en charge de prendre du recul, de comprendre les dynamiques et de qualifier les faits lorsque l'histoire se déroule sous nos yeux.
Parallèlement à notre intervention en RCA, les équipes se sont également déployées au **Tchad** pour prendre en charge 50 000 réfugiés dont le statut reste un problème épineux pour le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés. Nous sommes là aussi engagés dans les discussions sur le sujet.

La **Syrie** reste un défi opérationnel majeur. Ce conflit a généré 150 000 morts (dont 1/3 de civils) et un nombre incalculable de blessés, provoqué l'effondrement du système de santé, notamment en raison du ciblage des structures médicales et des déplacements de populations, internes (4 millions) ou externes (2.3 millions), qui inquiètent les pays limitrophes. 60% des hôpitaux ont été touchés et 70% des industries pharmaceutiques sont non fonctionnelles.
Nous avons ouvert un deuxième projet en 2013, l'hôpital de soins généraux de Qabassin, dans l'objectif de diversifier notre offre de soins et de mieux correspondre aux besoins de cette zone proche de AlBab qui regroupe un nombre important de déplacés suite à des bombardements. La prise de contrôle de la zone par le groupe armé ISIS en août 2013 et les combats entre les différents groupes armés présents ont complexifié notre présence car il a fallu faire comprendre nos intentions et objectifs aux nouveaux leaders. L'exposition est forte, le maintien des opérations constamment challengé par des incidents répétitifs (réquisitions d'ambulances notamment). La résolution du kidnapping de nos collègues du centre opérationnel de Bruxelles aura des conséquences indéniables sur le dispositif déployé par MSF sur cette zone et il n'est pas garanti que tous les projets puissent être maintenus. Le programme d'Atmah continue de fonctionner, en gestion à distance, depuis quelques temps. Il est désormais orienté vers la prise en charge des brûlés et des déplacés de la zone, mais a pu également répondre à un afflux de blessés lors de l'attaque à la voiture piégée de l'hôpital Orient à Atmeh (proche de la frontière turque) le 23 février 2014.
Un sentiment de frustration demeure au sein du département des opérations sur la réponse à ce conflit ; nous avons l'impression de ne pas faire assez, de ne pas être suffisamment proches des zones où les besoins sont les plus importants, mais les conditions de sécurité ne nous ont malheureusement pas permis à ce jour de nous éloigner de la frontière turque.

Opérer en transfrontalier reste un défi majeur étant donné les restrictions des autorités turques à l'accès à des points de passage plus proches de nos opérations. Depuis deux ans, MSF échoue à traiter ce sujet. Au lieu d'engager des discussions politiques afin d'avoir une autorisation orale et un accord tacite, nous restons focalisés sur l'obtention d'un enregistrement écrit dont on sent que les autorités turques ne veulent pas.
Nous avons mené des missions exploratoires dans les pays limitrophes, n'avons rien développé au Liban mais avons ouvert un projet de prise en charge des réfugiés au Kurdistan irakien et continuons notre implication auprès de ceux présents en Jordanie, où nous avons ouvert une maternité à Irbid après notre départ du camp de Zaatari.

Nous sommes restés mobilisés sur le positionnement public concernant la Syrie : 10 communiqués de presse et 5 tribunes ayant été produits en 2013. Une bonne collaboration entre le département des opérations, celui de la communication et le Crash (Centre de Réflexion sur l'Action et les Savoirs Humanitaires de MSF France) a permis de continuer à positionner MSF dans le débat public, notamment sur la nécessité du transfrontalier, quand une partie de l'aide a pour objectif de toucher les populations vivant dans les zones d'opposition et qui échappent à la distribution organisée et contrôlée par Damas. Ce déséquilibre commence à être reconnu et les Nations unies sont désormais sommées de le corriger en initiant du transfrontalier. Nous sommes restés cependant très discrets sur les contraintes imposées par les autorités turques et les groupes armés extrémistes afin de ne pas prendre le risque de compromettre une présence jugée comme modeste au regard des besoins.

La communication publique de l'année a concerné l'utilisation des armes chimiques par la Syrie. L'information n'était pas nouvelle, plusieurs Etats et organisations en avaient déjà fait mention, particulièrement à l'occasion de l'attaque du 21 août 2013 à Damas qui a causé des centaines de morts. En revanche, le témoignage de MSF venait apporter la caution d'une organisation médicale et indépendante. Initiée par le centre opérationnel de Bruxelles, elle a provoqué des réactions et une récupération politiques qui n'avait pas forcément été anticipées. Le soutien continu à un réseau de médecins dans la banlieue de Damas par nos collègues belges leur a permis d'être confiants dans les informations données, mais la question de la source des informations a été un élément de controverse au sein des centres opérationnels de MSF. A Paris, nous avons adhéré à cette communication car les informations nous ont semblé fiables ; et le volume de patients touchés a été tel que la possibilité de falsification était limitée.
A cette occasion, les dispositifs de réponse aux attaques chimiques ont été revus et des kits de prévention mis en place.

Enfin, l'intervention aux **Philippines** a été l'occasion d'y déployer de nouveau notre **hôpital gonflable**. Ces interventions sont toujours des paris, car les zones les plus affectées sont par définition celles qui sont le moins accessibles. Le temps de déploiement sur les zones ciblées est toujours vécu comme frustrant car l'épicentre est souvent encombré et les moyens d'acheminement compromis. Le pari a cependant payé et cette intervention est considérée comme un succès.
Elle nous a permis de revoir notre dispositif de scanning en Asie, qui est désormais rattaché au desk de Tokyo (Japon), la position d'assistante responsable de programme urgences Asie-Pacifique a en conséquence été supprimée.

Il nous faudra rester vigilants en 2014 sur les contextes soudanais et nigérian, au vu de la dégradation accélérée de la situation socio-économico-politique et de l'approche des élections au Nigéria, période souvent chaotique. Nous surveillons par ailleurs la situation nutritionnelle au Soudan du Sud, qui pourrait se dégrader rapidement si des populations déplacées se retrouvent enclavées par les combats ou les pluies.

L'équipe des urgences a un nouveau responsable de programme à sa tête et deux assistant(e)s responsables de programme basé(e)s à Paris. Cette équipe doit en 2014 définir les domaines de progrès à réaliser sous la forme d'un projet d'urgence.

Perspectives du plan stratégique 2013-2015

Nos opérations restent orientées sur trois grands axes : la réponse aux conflits, les épidémies/endémies et les interventions dans des contextes de systèmes de soins dégradés produisant l'exclusion des soins de certaines populations affectées (tuberculose, VIH).
Ce plan stratégique ne doit pas être vécu comme restrictif mais à pour but d'orienter et de fixer des priorités en opposition au précédent. Nous conserverons des approches opportunistes sur les maladies négligées, la santé environnementale ou les maladies chroniques dès lors que nous serons confrontés à des besoins dans les pays existants. Il ne s'agit pas de brider des initiatives de terrain mais de donner un cap.
Ce plan devra faire l'objet de revues dans sa mise en œuvre afin de pouvoir l'adapter en cours de route si nécessaire, il est donc flexible et ne doit pas être vu comme un cadre rigide.

Afin de mutualiser nos ressources humaines et aussi de faire correspondre nos possibilités d'intervention au pool existant de coordinateurs, nous aurons une approche limitant le nombre de pays (surtout mono-projet) mais en augmentant le nombre de programmes par pays. Nous souhaitons également des approches nouvelles sur de possibles mutualisations de ressources entre les centres opérationnels (sur des questions non stratégiques) ou de propositions de mises en oeuvre régionales au sein du centre opérationnel de Paris.
Nous voulons conserver une diversité géographique et thématique dans le portfolio mais également un équilibre entre les pays stables, qui nous permettent de développer de la recherche, d'améliorer nos pratiques et de former des ressources humaines, et les pays instables où les conditions nous poussent souvent à revoir nos modes d'intervention et l'adaptation de nos protocoles.
Sauf urgence, nous n'investirons pas en Amérique latine ou centrale dans des projets MLT (moyen long terme).
Un équilibre entre les programmes de soins secondaires (techniques) et les démonstrations de santé publique (complexes, volumineuses) est recherché, c'est-à-dire un équilibre entre soins individuels et traitements de masse.

Le plan comporte deux parties distinctes : une sur les priorités et l'autre sur la continuation des activités visant l'amélioration de nos pratiques médico-opérationnelles.

Définition des priorités

Elles ont été définies autour de divers facteurs venant de nos réalités de terrain :
- poids des maladies en volume de patients ou complexités de suivi (malaria, tuberculose multirésistante), maladies évitables (par la vaccination)

- existence d'un momentum politique ou technique (opportunités dans la recherche, introduction de nouvelles molécules/vaccins, possibilités de lobbying)
- possibilité de changement de politique où notre nature indépendante pourra challenger les acteurs globaux de santé (vaccination)

Les objectifs sont de quatre natures :
- améliorer/modifier nos pratiques
- augmenter le volume de patients traités et/ou la population cible
- orienter la recherche opérationnelle et le plaidoyer
- provoquer une mobilisation interne

Les priorités bénéficieront de moyens dédiés (financiers, humains), autant que d'un support politique du groupe. Pour éviter les écueils du plan précédent qui contenait beaucoup de sujets sans préciser leur traduction opérationnelle, ces orientations bénéficieront d'une mise en place volontariste et graduelle dans certains pays/projets via de nouvelles activités.
C'est le cas par exemple des challenges médicaux posés par la région du Proche et Moyen Orients.

Même si l'évolution des contextes est un pari imprévisible, la région du Proche et Moyen Orients, où notre présence a beaucoup augmenté ces dernières années, bénéficie d'une attention continue en raison du nombre de conflits actifs (notamment le conflit syrien). Ces interventions confrontent MSF à des challenges spécifiques qui demandent
(1) une **adaptation** de nos mises en oeuvre et des profils RH en raison des conditions sécuritaires,
(2) une **évolution** de nos pratiques confrontées à la prise en charge individuelle des patients, à des besoins en soins spécifiques de chirurgie de 3ème niveau, à des plateformes techniques de pays à moyens revenus, à la résistance aux antibiotiques,
(3) une **amélioration** de nos secours non médicaux pour les populations déplacées.

Dans les programmes existants, nous pourrons continuer à faire progresser notre prise en charge avec les supports disponibles aujourd'hui à OCP et/ou en développant des partenariats dans la région. Ces évolutions pourront ensuite être mises en place ailleurs. Il faudra en revanche spécifiquement développer le recrutement de profils adéquats.

Mise en place des priorités en 2014 : traduction opérationnelle

Malaria
- travail continu sur la SMC (chimio prévention saisonnière) dans la région du Sahel dans 3 pays : Tchad, Niger et Mali
- mise à l'échelle et poursuite de cette stratégie sur trois ans
- travail sur une stratégie de traitement précoce pour la prise en charge d'un volume important de patients en RDC
- réflexion sur le contrôle vectoriel
- développement de sites sentinelles pour le monitoring de l'apparition de résistance aux ACT : traitement anti-paludisme (exploration Birmanie ?)
- anticiper l'introduction et les essais cliniques d'un vaccin dès son apparition

Vaccination
Momentum politique avec l'initiative « decade of vaccines » (décennie des vaccinations) 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. Il s'agit pour nous de pousser à une délivrance de vaccins plus adaptée aux pays du Sud et à une administration de masse et à utiliser des tests rapides plus adaptés pour objectiver certains diagnostics (infections respiratoires, diarrhées) dès qu'ils existent.
- introduction de nouveaux vaccins, élargissement des classes d'âge, adaptation des calendriers vaccinaux et des populations cibles
- introduction de nouveaux dispositifs (innovation dans la chaîne du froid, modes d'administration non invasif) dans les urgences et les programmes pédiatriques en ajout au package de soins de proximité
- pays ciblés : Tchad, Mali. La mise en place en RCA, au Soudan du Sud et en Syrie dépendra des conditions de sécurité. Il y aura une attention particulière apportée à l'introduction du PCV dans les urgences car sa délivrance via GAVI/Unicef à un coût abordable ne se fait que dans les pays éligibles et uniquement pour l'introduction dans le Programme élargi de vaccination. Avoir une politique volontariste dans les urgences a pour objectif de mettre en lumière le manque de flexibilité du système, les situations nombreuses de déplacements de populations actuelles nous permettant d'être opportunistes sur le sujet
- investissement dans la recherche
- mise en place d'une stratégie de lobbying envers les acteurs globaux via des exemples concrets, des démonstrations de terrain et des campagnes ciblées

Essai clinique MDR TB (tuberculose multirésistante)
- nouvelles molécules disponibles pour régime plus court et moins toxique
- partenariat avec Harvard et PIH (Partners In Health) pour l'essai clinique dont l'objectif est d'identifier de nouveaux régimes de traitement pour les MDR mais à terme également pour les tuberculoses simples
- «réouverture » de mission en Géorgie intéressée par l'essai, discussion en cours en Arménie

Les activités essentielles sont celles que décrivent le portfolio existant et se concentrent autour de plusieurs thèmes :
- populations cibles : MCH (mother child health, santé mère enfant)
- thématiques médicales : tuberculose simple et coinfection, VIH
- réponse aux urgences
- mise en œuvre spécifique : hôpitaux

Ces domaines bénéficieront d'un support continu existant aujourd'hui dans OCP ou d'autres centres opérationnels. Ce support continu et l'approche opportuniste pour répondre à des besoins identifiés sur les terrains permettront d'identifier les priorités futures

Les principes de la réorganisation des opérations

Le travail effectué lors de l'opération Oscar (consultation des personnels pour une mise à plat et une réorganisation de MSF) a permis d'identifier les grands domaines prioritaires nécessitant des modifications. Etant données les défis sécuritaires et les volumes opérationnels, nous n'avons pas d'autre choix que le changement.

Au niveau des opérations, et suivant les constats établis sur la période des trois ans passés, plusieurs objectifs sont mis en avant :

- une meilleure interaction entre les responsables médicaux et opérationnels à tous les niveaux de la chaine de responsabilités
- un accompagnement et la formation des cadres afin d'identifier et former les futurs cadres et directeurs de l'association
- une favorisation des temps d'analyse sur le terrain et au siège, la remontée d'informations devant permettre d'orienter les supports nécessaires (et non l'inverse) et de nourrir la réflexion sur les orientations futures
- un meilleur travail collectif

La réorganisation doit donc refléter ces ambitions. Aujourd'hui, les chefs de mission sont davantage des gestionnaires de programmes que des responsables de pays. Il faut donc trouver une structure qui leur offre le support nécessaire, mais leur permette une certaine autonomie et une prise de recul afin de sortir de la simple gestion du quotidien. Il faut que les responsables médico-opérationnels fassent des choix et ne se bornent plus uniquement à gérer des activités, c'est comme cela que nous formerons les futurs directeurs.

Les responsables de desks doivent continuer à aider les équipes de coordination à gérer les projets afin que celles-ci puissent prendre le temps de l'analyse. Ceci devra se répercuter le long de la chaine décisionnelle entre les desks et les directions médicales et opérationnelles afin de permettre également une prise de distance des responsables de desks. Si nous voulons inverser la tendance qui fait remonter toutes les décisions vers le haut, un degré d'autonomie devra être mis en place pour que les équipes de coordination et les desks aient moins l'impression de subir les supports que d'en être les instigateurs.

La bonne distance et un niveau adéquat de délégation de responsabilités entre siège et terrain dans les prises de décision est le sujet central de cette réorganisation.

Un certain nombre de modifications ont déjà été apportées pour correspondre davantage à la dynamique des terrains qu'à des tempos définis par le siège : calendrier des mises à plat des programmes libre pendant l'année (session obligatoire en fin d'année), assouplissement des révisés budgétaires en constituant des enveloppes pour des besoins identifiés par les équipes de terrain et du siège, budgets pluriannuels permettant aux desks et coordinations de faire des choix…

Le nombre de desks est en cours de réduction mais les équipes seront étoffées, laissant la place à des demandes de supports ponctuels. Les desks décentralisés feront également l'objet d'une revue dans leur nombre et localisation. La réforme en cours nécessite de pouvoir encadrer les équipes dans de bonnes conditions et une certaine proximité, même si cette étape peut s'avérer temporaire. Il est également urgent de créer du collectif, difficile à maintenir avec les distances. D'autre part, le bilan du plan précédent nous a montré que, s'il fallait renforcer OCP, les décisions de délocalisation basées sur des logiques purement institutionnelles n'étaient pas toujours compatibles avec les injonctions contradictoires de meilleur management et de mutualisation et de réduction des coûts de siège. Il appartiendra donc aux sections composant OCP de définir leur niveau de contribution à la mission sociale, en élargissant le champ du simple modèle d'hébergement d'un desk.

Les audits précédents avaient déjà identifié ces domaines mais la mise en place ne s'était pas produite. Il faut désormais traduire les intentions en actes, il en va de la survie de notre organisation.

Marie-Noëlle Rodrigue
Directrice des opérations

LE DEPARTEMENT MEDICAL

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 opérationnelle 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 aux différents contextes d'intervention. Il s'assure que cette prise en charge soit effective et conforme aux stratégies médicales 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, adaptés sur l'ensemble des missions
- une pratique qui s'appuie sur l'évolution des connaissances médicales et sur la recherche.

Bilan 2013

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 2013» disponible au bureau de l'Assemblée générale et au siège parisien de Médecins sans Frontières.

Nutrition et Pédiatrie

En nutrition, 33 768 enfants malnutris sévères de 6 mois à 5 ans ont été admis sur 19 programmes dans 12 pays. On constate une baisse des activités nutritionnelles de 29% par rapport à 2012. Elle n'est pas le résultat d'une volonté de désengagement de la prise en charge des enfants malnutris. Elle reflète au contraire la dynamique opérationnelle. Il n'y a pas eu de crise majeure nutritionnelle en 2013, mais pour répondre aux besoins des populations, quatre projets nutritionnels ont été ouverts, d'autres fermés ou transmis à d'autres acteurs.

En pédiatrie, on compte 44 968 hospitalisations et plus de 350 000 consultations ambulatoires, ce qui représente une augmentation d'activités de plus de 21% pour les hospitalisations et de 30% pour les consultations ambulatoires par rapport à l'année précédente.

En hospitalisation, les efforts portent sur l'amélioration des protocoles et des algorithmes appropriés pour la prise en charge de l'enfant sévèrement malade. A cet effet, et dans une perspective pluriannuelle, il a été décidé de développer l'hôpital pédiatrique de Koutiala (Mali) comme centre de référence MSF de la région.

Dans les pays en voie de développement, la mortalité néonatale contribue pour 40% aux décès des enfants au-dessous de 5 ans. Une attention particulière a été mise sur l'amélioration de la prise en charge du nouveau né dans nos programmes avec une diffusion de nouveaux protocoles adaptés et un déploiement plus large de ce type de soins. En conséquence, 6 900 nouveaux nés ont été hospitalisés, presque le double qu'en 2012.

En pédiatrie ambulatoire, un « paquet pédiatrique » a été développé, en particulier dans les contextes de la zone sahélienne. Ce paquet combine des mesures de prévention en nutrition, vaccination et prévention saisonnière du paludisme en même temps qu'un accès aux soins. L'intention est de développer un paquet adapté aux causes de morbidité de la région. Même si les résultats sont prometteurs, des questions restent ouvertes par rapport à la reproductibilité et au rapport efficacité/coût.

Gynécologie/Obstétrique/Santé des femmes

En 2013, dans les programmes du Centre opérationnel de Paris (OCP), la gynéco-obstétrique et la prise en charge médicale du nouveau-né sont intégrées sur deux niveaux de soins :
- **BEmONC** (*Basic Emergency Obstetric and Newborn Care* : soins obstétricaux d'urgence et néonatals de base) au niveau des structures de soins de santé primaires avec une prise en charge des accouchement non compliqués et une possibilité de références.
- **CEmONC** (*Comprehensive Emergency Obstetric and Newborn Care* : soins obstétricaux d'urgence et néonatals complets) au niveau des structures de soins de santé secondaires permettant la prise en charge des urgences obstétriques y compris la chirurgie.

En 2013, les soins gynéco-obstétriques/santé des femmes ont fait partie des offres de soins dans 22 pays. Les équipes ont effectué 53 464 consultations anténatales. 29 224 enfants sont nés dans les structures dont 3 904 par césarienne (+ 10,28% vs 2012). Depuis 2009, le nombre d'accouchements augmente constamment chaque année ce qui reflète l'intérêt que porte OCP aux soins aux femmes, notamment dans les projets d'urgence.

Un accès aux soins pour les victimes de violences sexuelles est souvent offert sous une forme intégrée ou dans des projets verticaux. Au total, 3 696 victimes de violences sexuelles ont été soignées. Le plus grand projet est aujourd'hui celui de Mathare où 1 662 personnes ont été prises en charge dont 17% avaient moins de 15 ans.

Malgré tous les efforts de formation et d'information, les équipes n'ont pas pu atteindre l'objectif de mieux prendre en charge la problématique des interruptions volontaires de grossesses. Les raisons évoquées pour cet échec sont multiples (problèmes légaux, sous-notification dans les données, résistance des équipes internationales et nationales). Elles doivent être analysées et adressées sans délai afin d'atteindre notre objectif de donner accès à ce type de soins dans nos programmes.

Vaccination

En vaccination de routine, la tendance à l'augmentation du nombre de doses administrées chez les enfants se poursuit depuis plusieurs années. Après avoir plus que doublé entre 2011 et 2012 (194 000 à 499 000 doses), on observe aussi en 2013 un bond considérable de 64 % (822 000 doses administrés). 94% des doses sont administrées dans les consultations, ce qui souligne la consolidation de l'accès à la vaccination dans ces structures.
En 2013, 569 613 personnes ont été vaccinées au décours d'épidémies (39% des activités vaccinales). Les réponses étaient principalement liées aux épidémies de rougeole qui continuent à survenir dans de nombreux pays. En revanche, les campagnes préventives (campagnes hors réponses aux épidémies : réfugiés/déplacés et renforcement de la couverture vaccinale par exemple) représentent une faible part de nos activités vaccinales, 4% (62 217 doses).
Dans les programmes OCP, beaucoup plus d'enfants ont accès à la vaccination dés la naissance. La couverture vaccinale a fortement augmenté (nombre de doses proposées à la naissance : 46 000 en 2012 et 88 000 en 2013).

L'extension du paquet vaccinal en urgence pour introduire d'autres vaccins dès la phase initiale des urgences est une priorité afin de diminuer la mortalité et le nombre de cas pour certaines maladies « tueuses ». Le pneumocoque (PCV) et l'haemophilus (DTC-Hib-HepB) ont été introduits mi-2013 au Sud Soudan dans le camp de Yida.

Chirurgie et anesthésie

L'augmentation régulière de l'activité chirurgicale de 6 à 9% par an depuis 2006 s'est poursuivie en 2013. En chirurgie, 33 036 interventions ont été pratiquées pour près de 14 500 patients. 20% des ces interventions étaient liées à la violence. 52% des actes chirurgicaux relèvent de la chirurgie du traumatisme. La chirurgie des brûlés représente la première activité chirurgicale (26%). Seulement 7% des interventions concernent la chirurgie élective et non urgente.
5 missions chirurgicales ont été ouvertes, dont 4 dans le cadre des urgences (Syrie, Philippines et RCA en mars et décembre 2013).

Le volume des actes anesthésiques est en cohérence avec les actes chirurgicaux soit 34 689 anesthésies. La proportion d'anesthésies concernant des enfants est toujours importante : 23% de ces anesthésies concernent des enfants de moins de 10 ans et 6% de ces actes concernent des enfants de moins de 2 ans. 53 % des actes chirurgicaux et anesthésies pour ces enfants de moins de 2 ans étaient liés à des brûlures.
Pour répondre aux besoins des patients brûlés, les protocoles de réanimation, de nutrition et de lutte contre l'infection pour ces patients sont en constante évolution.

La kinésithérapie est intégrée dans toutes les missions de chirurgie orthopédique/reconstructive (Haïti, Yémen, Jordanie, Syrie, Gaza, Pakistan). 4 480 patients ont été pris en charge pour un total de 73 953 séances prodiguées.

Salles d'urgences polyvalentes/Soins intensifs

La compréhension de la fonction première d'une salle d'urgence polyvalentes (SU) et des structures des soins intensifs dans des programmes OCP a progressé, ainsi que les outils théoriques et pratiques permettant une meilleure prise en charge des patients.
L'activité dans les salles d'urgences polyvalentes (SU) de MSF a encore augmenté en 2013 (110 010 soit 30% de consultations d'urgence en plus par rapport à 2012). L'ouverture des projets hospitaliers incluant des salles d'urgence (Syrie, Philippines, RCA) explique en grande partie l'augmentation globale d'activités, mais d'autres salles d'urgence implantées depuis longtemps ont aussi vu leurs activités augmenter au décours de crises aiguës (Rutshuru, RDC). 46% des patients vus dans les salles d'urgence sont hospitalisés. Les pathologies les plus fréquentes sont les traumatismes accidentels et le paludisme.

Grâce à un financement du Fonds d'innovation MSF, le BASIC DHS (Developing Healthcare Systems : développement de systèmes de santé), un outil pour former des médecins non spécialistes à la prise en charge des patients en état critique, a été adapté à l'utilisation par nos équipes. L'outil BASIC pour les infirmiers est encore en développement.

VIH/ Sida

En 2013, OCP a réorienté sa stratégie des programmes VIH vers les objectifs suivants : réduire le nombre des grandes cohortes en contexte de forte prévalence, renforcer notre présence dans des contextes de faible prévalence où les patients atteints du VIH rencontrent des problèmes d'accès, mener un projet pilote visant à impacter l'incidence du VIH (Ndhiwa, Kenya), développer la prise en charge du patient sévèrement malade.

A la fin 2013, 51 060 patients VIH étaient suivis dans les cohortes VIH d' OCP dont 41 918 sous traitement antirétroviral et 9142 en surveillance pré-traitement. La baisse régulière, depuis 2009, des nouvelles inclusions d'adultes s'est poursuivie en 2013 (moins 32% par rapport en 2012). Cette baisse s'explique principalement par la passation en cours des cohortes de Mathare et Homa Bay au Kenya et d'Arua en Ouganda.

A Chiradzulu (Malawi), une étude d'incidence et prévalence dans la population a donné un éclairage sur les résultats de nos actions depuis la mise en place des ARV débutée en 2001. L'étude a démontré une bonne couverture des soins avec 73,4% de la population VIH sous traitement. L'incidence du VIH y est actuellement très basse, à 0,4%, et on a estimé que 90,7% de la population VIH du district sous traitement présente une charge virale inférieure à 1000 copies/ml, pourcentage sous traitement qui rend la transmission horizontale de la maladie improbable. La prévalence reste élevée à 17%, mais elle rend compte de la survie des patients. Bien qu'il soit difficile d'établir un rapport de cause à effet, ces résultats suggèrent que la stratégie adoptée par MSF et le ministère malawite de la santé a permis de contrôler au moins partiellement l'épidémie.

Dans les projets de Chiradzulu (Malawi) et Arua (Ouganda), des tests « point of care » de charge virale (test réalisé et interprété sur place pour prendre une décision clinique immédiate) et des tests CD4 PIMA ont été mis en place grâce à des fonds d'UNITAID associés à des activités de

recherche opérationnelle (Unitaid : organisation internationale d'achats de médicaments, chargée de centraliser les achats de traitements médicamenteux afin d'obtenir les meilleurs prix possibles, en particulier à destination des pays en voie de développement ; financée par une taxe de solidarité sur les billets d'avion).
2.9% des patients sont en seconde ligne et nous avons 4 patients sous 3ème ligne fournie par MSF. L'accès amélioré au test de charge virale (SAMBA – projet financé par UNITAID) va certainement permettre un diagnostic et une thérapie plus conséquents des échecs de traitement.

Tuberculose

Dans nos programmes, 4 832 patients ont été diagnostiqués avec la tuberculose, dont 365 patients avec une tuberculose résistante. La diminution du nombre des patients par rapport à 2012 (5 554) s'explique principalement par la passation des cohortes VIH du Kenya et de l'Ouganda. Le taux de guérison pour la tuberculose non-résistante est acceptable et reste autour de 70%.

Pour la première fois depuis les années 60, deux nouvelles molécules contre la tuberculose, Bedaquiline et Delamanide, ont été enregistrées en 2013. Dans le cadre du projet Arménie, 33 patients XDR (tuberculose ultra résistante) ou en échec de traitement MDR (tuberculose résistante) ont été traités avec une combinaison de médicaments incluant la Bédaquiline avec de bons résultats. Le programme Arménie a été inclus dans le « best practice compendium » (résumé des meilleures pratiques) de l'OMS. Afin d'accélérer l'accès à ces nouvelles molécules, MSF a soumis en collaboration avec Partners in Health (PIH) une demande de financement à UNITAID. La proposition vise à introduire les deux nouvelles molécules dans le traitement des patients MDR dans15 pays et à financer un essai clinique avec le but d'identifier des traitements plus courts, plus efficaces et plus tolérables pour ces patients.

Paludisme/ Traitement prophylactique saisonnier

En 2013, c'est un total de 426 180 cas de paludisme qui ont été traités dans les programmes OCP, avec une augmentation de 7% qui peut être principalement attribuée à l'ouverture de nouvelles activités de prise en charge du paludisme en RCA et RDC (Kinyandoni, Buturandi).
5 pays représentent à eux seuls 91,5% des cas de paludisme traités : RCA, RDC, Mali, Tchad et Niger.
90,8% des cas sont confirmés biologiquement dans les pays qui notifient cette confirmation.

En moyenne, 234 344 enfants de moins de 5 ans ont bénéficié chaque mois du traitement prophylactique saisonnier au Mali, au Tchad et au Niger, avant et pendant la saison de paludisme (3 à 4 mois). Le coût de traitement saisonnier par enfant et par cycle est similaire dans les trois pays à environ 1,10 €/enfant/mois. A Koutiala, un enfant recevant un traitement prophylactique a significativement moins de risque de développer un paludisme qu'un enfant non inclus. Plusieurs projets de recherche opérationnelle essayent de répondre aux questions liées à cette nouvelle stratégie d'intervention - notamment des études concernant l'évolution des profils de résistances dans la population et l'évaluation de l'impact sur les types de paludisme sévère observés.

Choléra

Dans les programmes MSF OCP, 7744 cas de choléra ont été traités avec une létalité de 0,4%. 40% de ces cas ont été inclus dans les programmes de Haïti et à Kalemie (RDC).
La vaccination avec le vaccin choléra, comme élément d'une stratégie de prévention dans un contexte endémique, a été initiée à Kalémie, (RDC), pour la première fois au sein d'OCP. Cette introduction de vaccin a été accompagnée d'un projet de recherche opérationnelle. La vaccination a dû être suspendue pendant le premier tour de vaccination pour des raisons sécuritaires.

Pharmacie

On peut considérer que le montant des dépenses en pharmacie en 2013 (19,61 M€) est sensiblement le même qu'en 2012 (20,34 M €). Il est proche de celui de 2009 (19,40 M €). Le premier choix d'approvisionnement reste l'importation via MSF logistique (centrale logistique de MSF située à Mérignac). L'approvisionnement local n'est utilisé que dans les pays où il n'est pas possible d'importer. En 2013, la proportion d'achats internationaux versus achats locaux a diminué. Elle représente 19,9% des dépenses totales (26,9% en 2012).

Médecine environnementale

Suite à l'utilisation des armes chimiques dans le conflit en Syrie et le risque d'exposition pour les équipes, un plan de contingence pour le personnel MSF a été développé et introduit sur les terrains.

Perspectives

En 2013, certaines activités dans des domaines comme la chirurgie, la pédiatrie et la vaccination ont considérablement évolué. Cette augmentation des activités ainsi que les évolutions de nos programmes en fonction des contextes demandent des efforts continus pour adapter la pratique médicale de MSF et la faire évoluer.

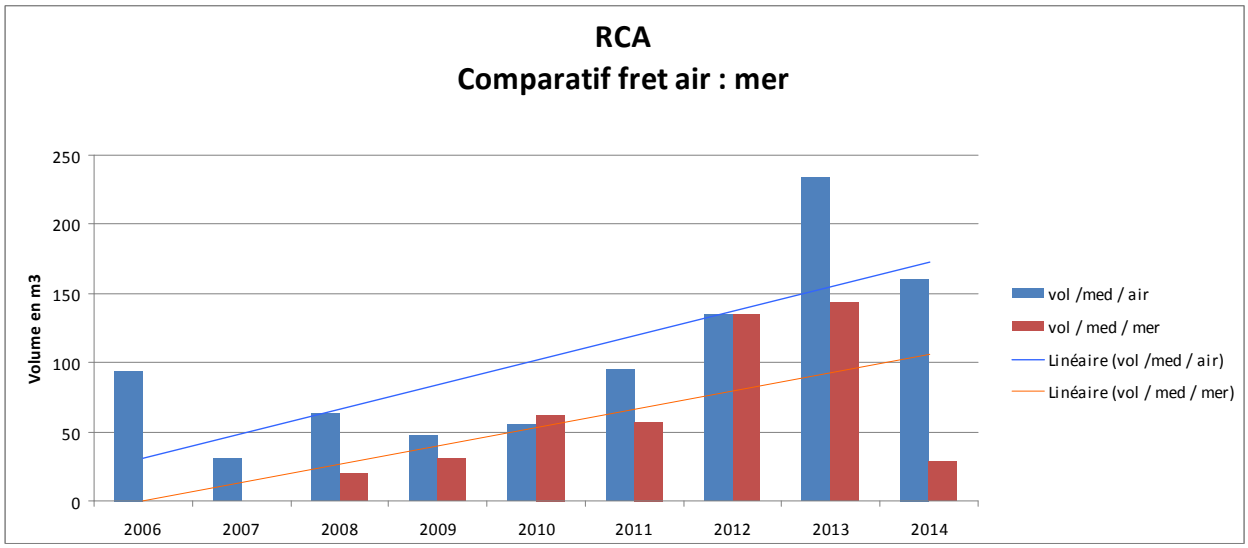
Les activités médicales du Centre opérationnel de Paris s'inscrivent dans la continuité d'un plan stratégique médico-opérationnel de trois ans qui a été renouvelé pour la période 2014-16. Même si des moyens particuliers vont être attribués aux priorités de ce plan stratégique (la tuberculose MDR, la vaccination et le paludisme), les autres domaines médicaux d'intervention d'OCP ne vont pas cesser d'évoluer dans les années à venir. Il faudra notamment anticiper les besoins de prise en charge des maladies non transmissibles, la réponse aux problèmes liés à la résistance aux antibiotiques et les besoins dans le domaine de la gestion hospitalière
La définition de stratégies pour répondre à ces questions et le développement des protocoles et outils médicaux adaptés exige un travail de fond continu. Le département médical doit s'ouvrir à l'extérieur et construire plus de partenariats avec d'autres acteurs, surtout universitaires, afin d'assurer les innovations nécessaires.

ACTIVITES TECHNIQUES ET LOGISTIQUES

Le département logistique de Médecins Sans Frontières a pour mission de fournir des solutions techniques et logistiques nécessaires aux opérations du centre opérationnel MSF de Paris (OCP). Il entretient la connaissance des tactiques opérationnelles afin d'entretenir la capacité de déployer les actions médicales et non médicales sur les terrains dans les meilleures conditions d'efficacité.
L'année 2013 a été ponctuée par la création du département Achat et approvisionnement, le départ anticipé du directeur logistique, et a été caractérisée par un cloisonnement croissant entre départements, ce qui n'a pas facilité un travail collectif au siège. Notons toutefois que le département à continué à fonctionner sans défaut majeur malgré l'absence de directeur pendant trois mois tout en répondant à l'urgence Philippines.
Le travail constant et soutenu des logisticiens a permis le soutien aux opérations médicales des missions notamment sur le théâtre des urgences. Leur engagement pour améliorer les secours non-médicaux, principalement à Kalémie (RDC), Tissi (Tchad), Yida (Sud Soudan) et Abala (Niger), est aussi à mentionner au moment de faire ce bilan.

La logistique opérationnelle

République Centrafricaine - Des stratégies de transport efficientes.
Les pays enclavés représentent souvent un défi pour l'acheminement de marchandises. Les réseaux routiers sont parfois en mauvais état mais surtout les compagnies de transport maritime n'offrent pas toujours de solution pour le transport de conteneurs en température contrôlée. Garantir la qualité du transport se fait parfois en décuplant son prix lorsqu'on passe du mode maritime au mode aérien. Depuis fin 2012, un travail de fond a été amorcé pour la RCA et a abouti à l'identification de solutions sur mesure en collaboration avec les centres opérationnels MSF de Genève et d'Amsterdam. Ainsi, on évalue les économies pour 2013 à environ 255 000 € dont 173 000 € pour OCP. La tendance se poursuit pour 2014 et s'ajoute au même travail initié au Mali dès 2011.



Haïti – Gestion des déchets dangereux.
En tant qu'acteur médical, MSF s'est penché sur les effets délétères de ses déchets. De fait, les interventions de MSF génèrent des déchets dangereux qui, s'ils ne sont pas traités, sont dommageables pour la santé et l'environnement. Dans l'objectif d'améliorer nos pratiques de gestion des déchets et de prendre en compte les problématiques environnementales dans nos opérations, MSF a mené une étude sur le traitement des déchets dangereux pendant quatre mois, de septembre à décembre 2010. Cette évaluation a conduit à la mise en œuvre d'un projet pilote de 2011 à 2013. Le choix du pays s'est orienté sur Haïti où sont présents quatre centres opérationnels de MSF. Le fait que ce pays n'ait pas ratifié la convention de Bâle sur les déchets dangereux, le fait qu'il produise un volume important de déchets ainsi que sa proximité avec les Etats-Unis (qui n'a pas non plus ratifié la Convention), constituent des éléments qui justifient ce choix. L'étude a permis de définir les différents types de déchets dangereux produits, les pratiques actuelles au sein de MSF, les possibilités d'exportation vers une usine de traitement ainsi que les réglementations en matière de transport de déchets.
Pour ce projet, MSF s'est chargé directement de collecter et stocker les déchets. On a recouru à un prestataire de service pour le processus d'exportation et de traitement des déchets à partir du stock de la mission MSF à Haïti. Après deux ans de collecte de déchets par OCP pour les quatre centres opérationnels MSF présents à Haïti, 9 601 kg de déchets ont ainsi été collectés et traités.
Cette opération a montré qu'il était possible de traiter les déchets dangereux et ce, sans grandes difficultés administratives. Les motivations qui nous ont conduits à mettre en œuvre cette opération de traitement des déchets dangereux sont toujours d'actualité. Nous sommes capables de reproduire ce programme sur d'autres terrains. Enfin, s'agissant des pays enclavés, le passage de plusieurs frontières pour accéder à un port représente une difficulté supplémentaire.
Coût total de l'opération : environ 50 000 $.

Côte d'Ivoire – Isolation de la pharmacie centrale à Abidjan.
La gestion du bâti des pharmacies devient une priorité pour les équipes en termes d'isolation et de contrôle d'humidité afin de mieux stocker les médicaments, les tests et le matériel médical. De plus, une meilleure isolation et une gestion plus efficiente des équipements de climatisation contribuent à réduire les dépenses énergétiques. L'équipe logistique a travaillé en étroite collaboration avec les pharmaciens pour définir un agencement rationalisant les espaces, un circuit de distribution des médicaments lors de la réhabilitation du bâtiment existant et l'atteinte des standards adéquats. Les techniques utilisées sont reproductibles et représentent un ratio de coût/retour sur investissement acceptable. La pharmacie d'Abidjan contient des produits pour une valeur de 1 200 000 €. Coût total de l'opération : environ 50 000 €.

République Démocratique du Congo – Approvisionnement d'eau à l'hôpital de Bétou à l'aide de pompes solaires.
La qualité et la quantité d'eau fournie dans nos structures est une priorité. Ainsi, MSF a réalisé un forage équipé d'une pompe submersible solaire dans une structure du ministère congolais de la santé. Alors que le programme MSF est terminé, l'hôpital bénéficie toujours d'un approvisionnement en eau de qualité avec une solution solaire qui requiert peu de frais de fonctionnement.

Pôle opérationnel de support technique

Biomédical – Au cours de l'année 2013, 16 pays ont été visités par les techniciens biomédicaux. La mise en place de techniciens biomédicaux dans les pays avec de nombreux équipements prend forme et commence à donner des résultats intéressants. Ce travail est à poursuivre, au Soudan du Sud en particulier, ou pour des affectations régionales lorsque les volumes par pays ne sont pas importants.

Chaîne de froid – Le département logistique s'est doté d'un référent chaîne du froid en 2009. Le premier bilan porte sur les années 2010 à 2013, il en ressort que les ruptures critiques, dues à la congélation et au froid, sont en diminution d'année en année (65%, 45%, 41% et 29% respectivement). Ceci est lié notamment à la révision des procédures de chaîne du froid passive en 2012, avec diminution des accumulateurs de froid dans les glacières et porte-vaccins. Cette nouvelle procédure fait suite à des tests terrain concluants, effectués au Tchad et au Mali.
De plus, les ruptures de chaîne du froid sur les médicaments, tests et vaccins se produisent à 70% lors du stockage et à 30% lors du transport. Ce ratio est stable sur la période du bilan.
Enfin, la valeur des pertes augmente de 2010 (23k€) à 2012 (61k€) et chute en 2013 (20k€). La hausse progressive sur les 3 premières années peut s'expliquer par la mise en place d'une procédure de remontées d'informations lors de ruptures depuis mi 2010.
Depuis début 2013, les enjeux liés à la chaîne de froid mettent l'accent sur le contenu des briefings et formations dispensés aux pharmaciens, coordinateurs médicaux et logisticiens. La volonté de travailler en transversalité avec le département médical est accrue.

Construction – Si le processus de construction a été pointé du doigt au cours des dernières années comme étant laborieux et lent, MSF aura néanmoins travaillé 62 projets de construction ou de réhabilitation, représentant 4 100 m² en 2013. Le budget global pour ces projets, dont certains ont été abandonnés ou ne sont pas terminés – notamment l'hôpital de Koutiala ou Alpha 2 en Syrie – est de 4 102 560 €. Des 62 projets, la moitié sont d'une valeur entre 20 et 50 K€ ; l'un représente 28% du budget global et quatre projets complexes représentent 63% du budget global. Ainsi, l'activité construction est la deuxième activité – sur laquelle nous avons une bonne lisibilité – la plus consommatrice de ressources après la gestion du parc motorisé. Soulignons que les écarts entre les budgets définitifs et les dépenses réelles sont plutôt limités, il y a une variation positive de 13%. En revanche il y une variation positive de 53% entre les budgets anticipés lors de la conceptualisation des projets *versus* les dépenses réelles. C'est donc une invitation à ne pas confirmer les hypothèses de coût des projets avant la réalisation de l'étude de faisabilité.
La construction fait partie des enjeux prioritaires pour les prochaines années sur lesquels MSF doit se focaliser. Nous souhaitons notamment simplifier le processus de construction-réhabilitation et la programmation médico-opérationnelle et les rendre plus efficaces ; rendre disponibles les plans types et les cahiers des charges pour les activités médicales et les cahiers des charges par type de construction (tentes gonflables, conteneurs, préfabriqué, etc.).

Eau Hygiène Assainissement (EHA) - Deux dossiers techniques principaux ont été travaillés en 2013 :
1) La transmission environnementale et l'étude de la sensibilité du virus de l'hépatite E (chlore et UV). Nous avons appuyé l'Université de Barcelone pour qu'elle obtienne un financement, les prélèvements ont eu lieu sur des terrains MSF (Soudan du Sud). Ils continueront en 2014 et nous attendons également les résultats de l'étude de sensibilité qui devraient aboutir à l'élaboration d'un protocole de traitement de l'eau contaminée au virus de l'hépatite E.
2) Le traitement des effluents cholériques. Il s'agit d'étudier pendant une épidémie deux méthodologies de traitements des effluents cholériques (par modification de pH ou sur-chloration) afin d'élaborer un protocole standard et contrôler le rejet des effluents.
S'agissant des ressources humaines EHA (les *watsans*), l'un des deux référents EHA a consacré environ 40% de son temps au projet Kalémie en 2013 et 17 postes watsans internationaux ont été pourvus sur 12 pays pour un total de 55,5 mois de mission.
- 16 expatriés (dont 4 Premières Missions) s'y sont succédé.
- Deux seules visites des référents siège (Tchad et urgences Philippines) réalisées en 2013. La faible demande de visites est en partie compensée par l'ouverture de postes sur les terrains.

Energie – En 2013, 16 visites ont été réalisées sur 13 pays pour garantir le dimensionnement adéquat et la sécurité des installations électriques. Ainsi, tous les nouveaux projets – incluant les missions d'urgences – furent contrôlés dans les six premiers mois par un électricien. Enfin, depuis 2010, les autres centres opérationnels du mouvement MSF ont adopté les mises aux normes, les politiques et les guides définis par le centre opérationnel de Paris.

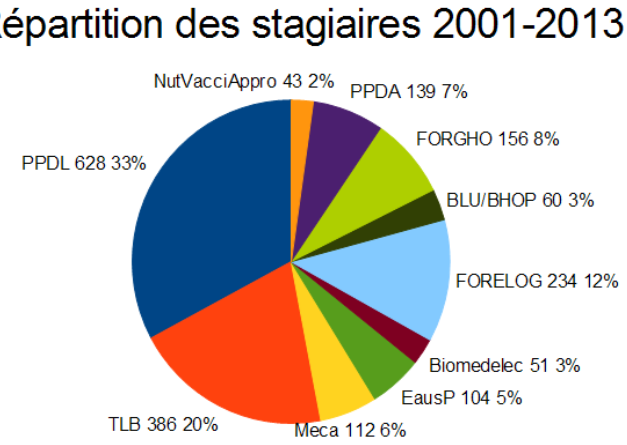
Gestion de parc motorisé – La taille du parc demeure plutôt stable d'une année à l'autre, ainsi les grands chiffes demeurent les mêmes : MSF est propriétaire de 375 véhicules ; le capital que représente notre parc motorisé est estimé, après décote due au vieillissement, à 10 000 000 € et les dépenses annuelles pour cette famille sont équivalentes (10 500 000 €) en recul de 600 000 € depuis 2012. Enfin, nous estimons le volume de carburant consommé à 1 500 000 litres.
En revanche, pour 2013, le travail de rationalisation des véhicules loués a été poursuivi, avec plus de pugnacité, sur les projets à moyen long terme. Ainsi les dépenses continuent de diminuer depuis 2011 pour toutes les missions : 2 851 418 € (2011), 1 355 382 € (2012), 1 115 690 €

(2013) tout en poursuivant la rationalisation des dépenses liées aux achats de véhicules : 1 426 148 € (2011), 1 015 393 € (2012), 842 016 € (2013) et en améliorant la composition au regard de sa vétusté, les véhicules anciens ayant été cédés.

Radiocommunication – Cette famille (radio et satellite) cumule 675 000 € de dépenses pour 2013, dont 35% pour les radios et 65% pour les satellites. L'utilisation (phonie et data) des satellites représente 48% de toute l'activité radiocommunication pour 327 000 € ; 5 pays sont responsables de 33 % des dépenses totales de la famille ~ 219 000 €.
MSF est propriétaire de 458 terminaux satellitaires gérés depuis l'atelier radio du siège ; dans ce chiffre ne son pas comptabilisés les achats anarchiques faits sur le terrain.
Quatre enjeux pour les années à venir : rendre possible le déploiement des applications informatiques – notamment médicales – sur toutes les missions n'ayant pas accès aux réseaux nationaux ; interrompre les abonnements (cartes SIM) des terminaux satellitaires stockés à Paris pour 40 000 $/ an ; promouvoir l'utilisation de la radio HF, notamment sur les 5 pays consommateurs de communications satellitaires et améliorer la gestion du stock de l'atelier radio, de concert avec le département Achat et approvisionnement de Paris.

Centre de formation logistique (CEFORLOG)

Depuis 2001, 1913 stagiaires ont été formés au CEFORLOG, toutes sections et tous stages confondus, représentant 1 079 personnes physiques Pour l'année 2013, 151 stagiaires ont bénéficié d'une formation, dont 21 médicaux lors de la ***Formation à la gestion hospitalière*** (Forgho). Soulignons un repli du nombre de stagiaires formés de 26% par rapport à 2012. Il s'explique par l'annulation de 3 stages ***Préparations au premier départ logistique*** (PPDL), par manque de besoins de logisticiens Premières Missions sur les terrains et par une activité opérationnelle ralentie par rapport aux années précédentes ; par l'annulation des stages ***Biomedelec*** ((biomédical et électricité) et ***Méca*** (stage dédié à l'activité transport) de décembre, liée aux départs des intervenants du Pôle Opérationnel de Support sur l'urgence Philippines ; et dans une moindre mesure par le stage ***Techniques logistique de base*** (TLB) qui n'a pas été rempli dans sa totalité.



Le taux de remplissage moyen (rapport entre le nombre de stagiaires reçus et le nombre de places initialement offertes) sur l'ensemble des stages a sensiblement chuté cette année, passant de 99 % en 2011 et 2012 à seulement 87 %. Cette baisse est notoire sur le FORELOG (75 %, 12/16), le MécaAdhoc (63 %, 5/8) ou encore le TLB (82 %, 44/54).

PPDL (Préparation au Premier Départ Logistique) : 34 stagiaires formés en 2013. Ainsi, à la fin de l'année, MSFF dispose de 159 logisticiens (hors coordinateurs logistiques : cologs) disponibles et ayant suivi le PPDL. Si l'on ajoute les logisticiens qui n'ont pas suivi le PPDL mais qui ont participé à d'autres stages comme le TLB ainsi que les nationaux devenus expatriés, le nombre de logisticiens disponibles, hors cologs monte à 193, contre 186 fin 2011 et 161 en 2010.

TLB (Techniques logistique de base) : 44 stagiaires formés en 2013, portant le total de stagiaires à 386 depuis 2001. Pour les 371 logisticiens formés pour MSFF, la proportion de personnels recrutés dans nos missions est autour de 30% (113/371), cette proportion est stable depuis 2011. Seuls 76 logisticiens avec PPDL et TLB sont encore disponibles.

.

Forgho (Formation à la Gestion Hospitalière) : 29 stagiaires formés en 2013. Au total, 122 personnes ont participé au FORGHO (version médecin/infirmier/logisticiens) dont 43 logisticiens (35%). 60 % des logisticiens avaient suivi le TLB avant. 10 % était du personnel recruté dans nos missions. Aujourd'hui, 58% des logisticiens expatriés ayant suivi ce stage sont encore disponibles dont 10 sont cologs.

NutVacciAppro (Nutrition – Vaccination - Approvisionnement) : 43 participants ont découvert les 3 sessions de ce stage créé en 2011. Seuls 2 stagiaires faisaient partie du personnel national. Aujourd'hui, 34 logisticiens expatriés (79%) ayant suivi ce stage sont encore disponibles dont 6 cologs.

Forelog (Formation responsable logistique) : 12 stagiaires formés en 2013. MSFF dispose de 41 Cologs validés et disponibles ayant suivi le Forelog. En incluant les 9 cologs validés cologs et disponibles qui n'ont pas suivi le Forelog, on obtient un total de 50 cologs. Soulignons que 83% des 41 cologs disponibles ont été formés à une session du Forelog antérieure à 2010, il s'agit donc d'un pool de cologs relativement anciens.

EauSP (Eau en Situation Précaire) **:** 8 personnes ont suivi ce stage en 2013 et 104 personnes dont 96% pour MSFF depuis 2002. Pour MSFF, 11 participants (11%) sont des nationaux ou anciens nationaux maintenant devenus expatriés. Aujourd'hui, 41 logisticiens expatriés (41%) ayant suivi ce stage sont encore disponibles dont 21 cologs.

Gestion Parc Mécanique : 112 stagiaires ont suivi ce stage dont 106 pour MSFF depuis 2001 dont 5 en 2013. 29 stagiaires nationaux ou anciens nationaux ont participé à cette formation. Aujourd'hui, 33 logisticiens expatriés (31%) ayant suivi ce stage sont encore disponibles dont 12 cologs.

Biomedelec (bio-médical et électricité) **:** 44 personnes ont participé au stage **Biomedelec** depuis sa création en 2010. 19 participants (43%) sont des nationaux ou anciens nationaux maintenant devenus expatriés. Aujourd'hui, 22 logisticiens expatriés (50%) ayant suivi ce stage sont encore disponibles dont 11 cologs.

Suivi des stagiaires : sur la base d'une analyse sommaire faite avec la gestionnaire de pool et les spécialistes, le pourcentage de logisticiens ayant mis en application sur le terrain les compétences acquises dans les stages est le suivant : Forgho : 74 % ; EauSP : 67 % ; Meca : 63 % ; NVA : 51 % ; BiomedElec : 48 %. C'est-à-dire qu'un logisticien sur deux qui a suivi la formation nut-vacci-appro ou le Biomedelec n'a pas eu l'opportunité d'utiliser les compétences développées en situation professionnelle sur le terrain.

Points à travailler :

- 1 stagiaire sur 10 qui suit un PPDL ne part pas
- 17 % des stagiaires du PPDL ne conviennent pas après une ou plusieurs missions
- les critères de sélection pour le Forelog sont à affiner
- le taux de remplissage des stages, en validant en début d'année la liste des candidats par les Desks et le gestionnaire de pool
- la mise en pratique en situation professionnelle des compétences travaillées en stage

Perspectives

S'appuyant sur le bilan des dernières années et au terme de différentes réunions de brainstorming et d'échanges de vues avec les départements médical et des opérations pour préciser les attentes logistiques issues du plan médico-opérationnel, le département logistique se dote d'un plan stratégique pour les prochaines années. Il s'articule autour de trois volets :

- Soutenir le déploiement et la mise en œuvre du plan médico-opérationnel, notamment dans la réponse aux urgences, la gestion hospitalière, les soins materno-infantiles.
- Piloter les activités logistiques et réduire les risques.
- Anticiper les besoins futurs, en capitalisant les expériences, développant de nouvelles pratiques et adaptant le fonctionnement du département autour du coordinateur logistique.

ACHAT & APPROVISIONNEMENT

Le Département Achat et approvisionnements 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.

Le contexte et les constats établis ces dernières années ont amené la Direction Générale du Centre opérationnel de Paris (OCP) à lancer fin 2012 un projet dont l'enjeu majeur était de garantir aux terrains un approvisionnement qui assure le meilleur équilibre entre qualité, délais et coût, quelle que soit la provenance des produits.

L'objectif du projet SuRF (Supply Reorganized for the Field) pour répondre à cet enjeu était de mettre en place pour OCP une responsabilité unique et une organisation cohérente de la chaîne d'approvisionnement, à même de s'adapter aux évolutions du contexte, et compatible avec les choix faits par les autres sections opérationnelles de MSF.
Parallèlement, au niveau international, le projet OSS (Organizational Supply Strategy) porté par la plate-forme des directeurs logistiques a été lancé fin 2012 et a travaillé à une stratégie d'approvisionnement (supply) pour le mouvement MSF en 2013.

La démarche générale du projet SuRF a été :
- dans un premier temps, de partager un diagnostic global de la situation avec l'ensemble des acteurs (siège, terrain, Centrale logistique de Mérignac, tous métiers confondus) entre janvier et mai 2013, afin d'identifier les forces et les faiblesses du fonctionnement existant.
- sur la base de cette analyse, de proposer une nouvelle organisation de la gestion des achats et des approvisionnements, validée par le Comité de pilotage en juillet 2013.
- enfin, de définir le mode d'organisation adapté pour mettre en place cette proposition.

Le Comité de pilotage a recommandé de confier la mise en œuvre de la proposition à un département Achat & Approvisionnement au sein de la Direction Générale.

Ce nouveau département a été créé début 2014.
Il regroupe les compétences nécessaires afin de travailler sur les quatre axes stratégiques suivants en 2014 :
- développer une vision globale et définir les mécanismes permettant un meilleur pilotage des activités d'achat et d'approvisionnement.
- créer, organiser et professionnaliser une fonction Achat pour le groupe OCP, maîtrisant les achats pour les terrains et pour les sièges
- améliorer la coordination et l'efficience des flux d'approvisionnement et le support à leur mise en œuvre
- assurer la pérennité des actions entreprises en investissant sur les compétences des équipes et en consolidant les relations entre les différents acteurs au sein du mouvement MSF (Centrales logistiques et sections)

LES RESSOURCES HUMAINES

Les activités du département des ressources humaines (RH) seront développées par service dans les différents chapitres ci-après. Les enjeux prioritaires demeurent étroitement liés à une réponse adaptée en termes de recrutement, de parcours et de formation pour mener à bien nos programmes que MSF mène sur le terrain.
Une analyse, partagée avec le département des opérations sur les difficultés récurrentes de construction de parcours pour nos cadres, nous a amenés, fin d'année 2013, à établir une stratégie de collaboration sur les enjeux prioritaires décrits dans le plan stratégique annuel.
Enfin une nouvelle organisation du département des RH sera finalisée au premier semestre 2014 avec trois principaux pôles d'activités pour un meilleur suivi et une meilleure intégration des salariés nationaux, expatriés et salariés du siège:

- **Pôle RH opérationnelles** : en interface du Responsable de programme (RP) et en support au terrain : Chargé de ressources humaines (CRH) - Politiques outils terrain (POT) - Gestion stress - Bureau des départs.
- **Pôle Gestion de parcours et développement de compétences** : en interface avec les RH opérationnelles et en support aux différents départements (Recrutement-Gestion de parcours-Formation).
- **Pôle Administration RH** : en interface avec les 2 autres pôles et les différents départements.

Le recrutement

Recrutement terrain par l'équipe de Paris

- 2015 dossiers de candidatures ont été reçus à Paris en 2013.
- 310 candidatures ont été validées par les référents techniques et ont donné lieu à un entretien de recrutement, dont 40 en régions (France), 16 en Afrique, 15 ont été délégués aux terrains, 4 à l'équipe MENA (Middle East North Africa) et 7 aux autres sections MSF.
- 202 candidats ont été recrutés.
- 162 personnes sont parties pour leur première mission avec MSF en 2013.

Afin de répondre à des contraintes liées aux impératifs opérationnels, une campagne de recrutement a été effectuée en Afrique (à Kinshasa - RDC) et plusieurs recrutements ont été délégués aux équipes de coordination de terrain.
En ajoutant les recrutements effectués par les autres sections, 352 expatriés sont partis en 2013 pour leur première expérience au sein du Centre opérationnel de Paris (OCP), dont 19 étaient d'anciens personnels nationaux validés à l'expatriation.

Actions de sensibilisation

Nos actions de sensibilisation ont été davantage ciblées en 2013 sur les événements concernant des profils de spécialistes (annonces, congrès et salons), en collaboration avec les référents techniques du département médical. Une importance particulière a été portée sur les manifestations professionnelles internationales (salons médicaux à Kinshasa, Berlin, Dubaï, Istanbul, Hyderabad, Milan).
Pour ces mêmes publics, nous avons développé nos réseaux et partenariats déjà identifiés en 2012 (diplômes universitaires humanitaires, établissements de santé, réseaux d'anciens élèves, syndicats de professionnels…).
En 2013, l'équipe de recrutement s'est mobilisée pour la création d'un premier partenariat avec une polyclinique du groupe Santé Cité (Groupe Bordeaux Nord Aquitaine) en y incluant un cadre de coopération sur les aspects RH (réunions d'information, échanges sur nos besoins, engagements de l'établissement à faciliter les départs en mission de ses personnels). Le groupe Santé Cité représente aujourd'hui 52 établissements de santé indépendants en France. Ce partenariat est en cours d'élaboration avec trois autres établissements pour début 2014. Un accord cadre au niveau de Santé Cité, en 2014, devrait permettre de le dupliquer rapidement dans d'autres établissements. Outre un apport financier, ces partenariats assurent à MSF une visibilité de nos opérations auprès des personnels médicaux et paramédicaux, de nos besoins en RH et ouvre les discussions sur des formes de collaborations innovantes (collaborations techniques, échanges de pratiques, formations, partages de fichiers de fournisseurs…).
Il nous reste à exploiter des vecteurs de communication opérationnelle et RH comme les réseaux sociaux de professionnels afin de communiquer de manière encore plus ciblée sur nos opérations et nos besoins.

Recrutement au siège

Depuis début 2013, le département RH apporte son soutien au recrutement du siège et accompagne les directeurs en amont et lors du processus de recrutement.
Sur 79 ouvertures de postes (dont 22 CDI, 44 CDD, 3 contrats d'intérim, 1 contrat professionnel en alternance, 4 stages, 2 contrats aux USA, 1 au Japon et 1 aux EAU (Emirats Arabes Unis) en 2013, le département RH a été impliqué dans 71% des recrutements.

La gestion de pool

Généralités

En 2013, il y a eu 1775 départs en missions de volontaires avec MSF-France/Centre opérationnel de Paris (OCP), en augmentation de 2% par rapport à l'année 2012.
La part des départs sur des missions d'urgences est remontée en 2013 à 35% alors qu'elle ne représentait que 22% en 2012**.** Plus de 50% de ces départs sur des urgences en 2013 étaient liés à l'urgence en **Syrie**, incluant les interventions dans les pays voisins. Le contexte sécuritaire difficile et les conditions de vie et d'isolement sur ces terrains expliquent le turn over et les durées de mission très courtes : moins de 2 mois en moyenne en Syrie. Cette part accrue des urgences a eu un impact important sur les durées moyennes de mission qui chutent de 3,84 mois en 2012 à 3,50 mois en 2013.
L'urgence en Syrie illustre par ailleurs les **restrictions** de nationalité, de genre, parfois ethniques voire religieuses, imposées de plus en plus fréquemment sur nos terrains. Si certaines nationalités occidentales sont à éviter pour des raisons de sécurité (par exemple au Sahel, en Syrie, au

Pakistan…), d'autres ressortissants sont exclus pour des raisons administratives, leur interdisant de fait le passage par certains pays de transit (espace Schengen, USA, Kenya, Turquie, etc.). Ces restrictions réduisent à terme les opportunités de parcours professionnels et de diversification des expériences.

De 2011 à 2012, les départs sur des programmes réguliers étaient légèrement en hausse. En 2013, il y a eu un net recul : pool GAS (Gyneco-Obstétriciens/Anesthésistes/Chirurgiens) - moins 26% ; les Coordinateurs (chefs de Mission, coordinateurs médicaux, coordinateurs logistiques, coordinateurs financiers/et ou de RH, coordinateurs de programmes, coordinateurs Pharmacie et leurs adjoints, moins 18% ; les Premières missions (PM) dans leur ensemble, moins 18%.
Malgré tous les efforts entrepris, le nombre de départs de PM a reculé de 7% en 2013 par rapport à 2012.
Le nombre de premiers détachements (28) et de première expatriation (28) de membres du personnel national a augmenté de façon significative : **70% par rapport à 2012.** Notamment pour des missions au Sahel (Nord-Mali, Niger, Burkina-Faso) et au Moyen-Orient.

Les équipes de coordination

35% des **Chefs de mission** (CdM) partis en 2013 partaient pour la première fois dans cette fonction. En moyenne, les CdM partis en 2013 avaient 11 missions et 52 mois de terrain MSF derrière eux, dont 2,5 missions et 16 mois en tant que CdM. Seulement cinq personnes sans expérience MSF antérieure sont parties en 2013 sur des postes de Coordinateurs opérationnels.
Quant aux **Coordinateurs de Projet** (Coproj) partis en 2013, ils avaient déjà fait en moyenne 8 missions antérieures avec 40 mois de terrain MSF, dont 2,7 missions et 12 mois en tant que CoProj.
Deux tiers des CdM étaient non médicaux, 28% paramédicaux et 6% médecins, alors que chez les CoProj la proportion était de 45% non médicaux, 44% paramédicaux et 11% médicaux. Seulement **1/3 des CdM sont des femmes**, alors qu'elles représentent la moitié des CoProj.
Pour presque 40% des **Coordinateurs médicaux** (CoMed) partis en 2013, c'était leur première prise de ce poste, 40% étaient au moins pour la 4ème fois CoMed. 72% des CoMed étaient médecins, 27% infirmiers ; **les 2/3 des CoMed partis en missions en 2013 sont des femmes**.
Le pool des **Coordinateurs logistiques** (CoLog) s'est engagé en 2013 dans une phase de rajeunissement : des 15% premières prises de poste en 2012, on passe à plus de 35% en 2013. Toutefois la population des CoLog reste assez expérimentée, avec en moyenne 10 missions et 43 mois de terrain ; nos CoLog sont à 70% des Français et à 80% des hommes.
Le pool des **Coordinateurs de Finances et/ou de Ressources Humaines** (CoFi/RH) est en train de se construire. Au-delà de la 5ème mission la majorité évolue vers d'autres fonctions (CoProj ou vers les sièges).
Avec 54% des CdM, 51% des CoProj, 33% des CoMed, 70% (!) des CoLog et 56% des CoFiRH, les Français restent de loin la nationalité la plus présente dans nos équipes de coordination (43,5% de tous les départs en 2013). L'âge moyen des CdM partis en 2013 est de 43,3 ans, de 45 ans pour les CoMed, 41,3 ans pour les CoProj, 39,6 ans pour les CoLog et 37,8 ans pour les CoFi/RH.

Pool par pool

Le nombre de postes de Chef de mission et de CoProj adjoints restent insuffisant pour assurer des parcours satisfaisants.
Alors que le nombre de postes de **CoMed** et de **CoMed Adjoints** reste stable, celui des **Medical Team Leaders (MTL)** a fortement progressé (65 départs en 2013 : + 63%), accentuant ainsi - de fait - la pénurie chronique sur le pool des CoMed/Adjoints.
En revanche, à moyen terme, ces postes de MTL constitueront une étape dans le parcours de nos cadres médicaux et paramédicaux ; les postes de CoMed/Adjoint ainsi que de MTL sont désormais à nouveau ouverts aux infirmières.

Les spécialistes parmi les médecins gagnent du terrain face aux généralistes : si le nombre de **médecins terrain** a légèrement augmenté de 3%, ceci est exclusivement dû aux médecins spécialisés, dont le nombre de départs (44 en 2013) explose : + 144%, en majeure partie dû à des départs d'urgentistes sur les programmes hospitaliers, notamment d'urgence. En contrepartie, le nombre de départs de médecins généralistes recule de 138 en 2012 à 115 en 2013 (- 17%). Ils étaient encore 175 en 2011.

En ce qui concerne le **pool GAS** (Gyneco-Obstétriciens/Anesthésistes/Chirurgiens) qui recule légèrement dans son ensemble, le recul des programmes réguliers au profit des urgences se traduit notamment par un effondrement du nombre de départs de **chirurgiens orthopédiques** (- 82%), qui passe de 38 en 2012 à 7 en 2013. La fermeture du programme de Port Harcourt (Nigéria) et la situation sécuritaire sur d'autres terrains (Rutshuru en RDC) en sont l'explication.
Une certaine baisse des départs de **gynéco-obstétriciens** (- 22%), une quasi-stabilité pour les **médecins anesthésistes** et les **infirmières de bloc**, une hausse certaine pour les **kinésithérapeutes**, les **infirmiers anesthésistes** ainsi que pour les **chirurgiens viscéraux** (+ 53%, + 22% et + 15% respectivement) complètent la photo actuelle du pool.

Le pool des **infirmier(e)s** (Inf) reste fragile : le recul de départs sur des postes terrain continue. De 209 départs en 2012, on passe à 194. Les infirmières généralistes, quant à elles, ne représentent plus que 6,6% des départs, soit 117 (- 15 % / 2012, - 44% / 2011). Seule lueur positive à l'horizon : le nombre d'infirmier(e)s généralistes première mission s'est enfin stabilisé avec 46 départs, comme celui des infirmières en chef **(head-nurse)** (37) qui reste également stable.

On a une légère hausse du nombre de départs de **logisticiens** (+ 5%), et on voit que le nombre de départs de généralistes porte la plus grande partie de l'augmentation. Le nombre de départ de **LogAppro (38 en 2013)** a augmenté de façon significative (+ 46%). A contrario, les postes de **LogAdmin** sont en nette baisse (- 52%) du fait de la clarification des rôles avec les administrateurs ; le nombre de départs de **CoLogs** reste stable ; les postes de **CoLogs Adjoints** occupés par des internationaux restent marginaux (5).
Dans le pool des **administrateurs,** on constate une tendance vers une disparition des postes de CoFiRH Adjoint (plus que 5) au profit d'une division entre des postes de coordinateurs RH (**CoRH)** et de Coordinateur finances (**CoFin)** (20 et 18 respectivement). De même, le nombre de postes de **Responsable comptabilité** ou **Responsable RH** est en légère progression (11 et 8 départs respectivement), même si la grande majorité des postes d'**administrateurs terrain** et aussi de **CoFIRH** restent des postes généralistes (99 et 44 départs respectivement).

Les **autres professions et pools** connaissent des situations très diverses. Quasi-stabilité à très bas niveau pour les pools de **laborantins-techniciens** (21 départs, -2) et de **psychologues** (14 départs, +1) ; recul de plus ou moins un cinquième chez les **pharmaciens** (- 20%, 61 départs

dont 17 CoPharmas) et chez les **sages-femmes** (- 20%, 41 départs). Enfin effondrement complet des départs de **psychiatres**, qui en 2 ans passent de 14 départs en 2011 à 3 départs en 2013.

Dossiers transversaux et internationaux

- Mise en place du « certificat d'aptitude médicale » désormais obligatoire avant chaque départ en mission.
- Inscription de MSF comme Organisation de formation auprès de l'organisme de DPC (Développement Professionnel Continu). Cela signifie que la participation à des formations MSF pourra désormais entrer dans le dispositif de DPC pour tout médecin français. La coopération avec l'Université de Brest a abouti à l'acceptation par cette université d'une mission MSF comme pouvant être validante. Le suivi de ce dossier sera transféré à l'Unité de Formation.

La formation

La formation terrain

Nous avons formé 735 personnes en 2013 contre 889 en 2012, soit une baisse de 17% comparée à l'année 2012 qui s'explique principalement par l'annulation de formations en fin d'année 2013.
Parmi ces 735 personnes, 612 étaient des expatriés (83%), 115 des employés nationaux (16%) et 8 des permanents du siège (1%). On observe une augmentation du nombre d'employés nationaux formés (13% en 2012) et une diminution du nombre de permanents du siège (5% en 2012).
53% des formés étaient des hommes pour 47% de femmes.
Le nombre de formations accessibles en interne par le personnel MSF a été de 42 formations, qui correspondent à 65 sessions de formation (contre 44 formations et 83 sessions en 2012).
27,3% de l'effectif formé l'ont été lors des Journées d'Accueil (JA) ou des Préparations au départ logistiques ou administratives (PPDA/PPDL). 31 personnes ont suivi un cours de français ou anglais.

En 2013, la « Formation Opérationnelle Orientée Terrain » (FOOT) a vu le jour. Cette nouvelle formation s'adresse principalement aux Coordinateurs de projet (CP). 2 sessions ont été réalisées, la première en avril et la seconde en octobre, en version française. Ces 2 sessions ont permis de former 42 personnes.

Un briefing « Vaccination rougeole » a été organisé en début d'année pour répondre aux besoins de former en urgence un grand nombre de personnes qui partaient sur l'épidémie de rougeole en RDC.

La formation siège

Sur un effectif moyen de 282 salariés, 132 salariés du siège ont accédé à une formation en 2013 (124 en externe et 8 en interne), soit 47% de l'effectif (contre 169 en 2012, 165 en 2011 et 74 en 2010).
Ces personnes ont suivies pour 41% des formations spécifiques aux métiers, 19 % des formations en langue, 16% des formations « Santé Sécurité au Travail (SST) », 11% des formations bureautiques, 6% des formations dites « transversales » (gestion de projet, formation de formateurs, communication…) ; 5% des formations au management et 2% étaient des validations d'acquis de l'expérience ou de reconversion.

Les objectifs de 2013, qui étaient de développer la politique de formation du siège centrée sur les besoins des départements et la formation des managers, n'ont pas été atteints. Ils sont reportés sur l'année 2014 et sont identifiés comme prioritaires.

La formation dans son ensemble

Le travail mené en 2013 sur la formation a permis de définir la stratégie de formation d'OCP (centre opérationnel de Paris) pour les années à venir, avec comme finalité de préparer le personnel MSF pour qu'il soit capable de porter et de gérer le projet médico-opérationnel.
Les objectifs de la stratégie formation sont les suivants :

- Maintenir un niveau de compétences constant ;
- Permettre le développement professionnel ;
- Rester réactif par rapport à des nouveaux besoins, à des urgences.

Et les efforts vont se concentrer sur les besoins identifiés comme prioritaires : l'intégration à MSF et l'accompagnement à la prise de poste à responsabilités ; la décentralisation ; et la rationalisation de l'offre de formation existante que ce soit en interne (OCP) ou dans le mouvement international.
Pour ce faire, l'unité formation a été renforcée début 2014. Elle va prendre en charge et développer toute l'activité formation OCP pour les 3 publics concernés : employés nationaux, expatriés et salariés (siège et terrain).

Les Chargés de ressources humaines (CRH)

Les priorités du service étaient principalement centrées autour d'un rééquilibrage de la tendance de ces dernières années avec la diminution progressive du nombre de postes pour les premières missions et des postes intermédiaires (entre les postes d'entrée et les postes de coordination) sur le terrain. Le bilan de la stratégie initiale qui a permis de définir une enveloppe dédiée à l'ouverture des postes nécessaires a été globalement négatif puisque sur les 30 postes identifiés, seulement 9 ont été pourvus.
Cette étape a cependant permis, au-delà du département des RH, un début de prise de conscience de la nécessité d'avoir un ensemble de postes qui permettent de mener à bien la mission sociale tout en permettant des parcours pour nos futurs cadres.

Parmi les autres chantiers importants de l'année, principales thématiques et progrès ou réalisations obtenus en 2013

- Finalisation de la politique de prise en charge médico-sociale du personnel national qui sera mise en œuvre sur certaines missions pilotes en 2014 et devrait progressivement remplacer la politique précédente qui date de 2001 et avait été de facto remplacée dans la majorité des pays par un document de politique, préparé mais non validé, en 2010.
- Mise en marche d'un groupe de travail transversal aux différents départements concernés sur la question du briefing et du débriefing. Un premier travail sur le circuit et le contenu des briefings devrait aboutir en 2014.

- Un premier travail de mise à niveau de la base de données RH Homère avec une formation de soutien des CRH qui en avait le plus besoin sous l'impulsion des référents Homère.
- Refonte et mise à jour du Manuel d'accueil des CRH.
- Avec l'aide du département juridique, développement d'un guide de support à la gestion des problématiques disciplinaires pour le personnel national.
- Révision de la politique de détachement de 2007. Validation à suivre en 2014 et poursuite du travail par le groupe de travail sur la révision/ mise à jour de la politique d'expatriation.
- Participation à l'animation des différents modules RH de l'ensemble des formations MSF

Les enjeux et chantiers les plus importants sur 2014 seront focalisés sur les thématiques suivantes
- Définition et appropriation au niveau d'OCP d'indicateurs/objectifs de composition d'équipes de terrain (aussi appelé priorités opérationnelles et RH ou Baseline RH) revus afin de progressivement remettre sur pied les grands équilibres RH.
- Définition et mise en œuvre progressive d'indicateurs prioritaires de suivis réguliers spécifiques aux CRH et en lien avec les priorités stratégiques RH.
- Renforcement du suivi par les CRH des politiques et outils RH sur le terrain afin d'apporter un meilleur soutien et appui aux Cofirh.
- Accompagnement de la mise en œuvre du projet de rémunération internationale (projet nommé IRP2)
- Participation à la revue et à la mise à jour des statuts des personnels internationaux et nationaux
- Poursuite de l'adaptation progressive des Desks à une plus grande autonomie des décisions de la gestion de pool dans le placement de l'ensemble des pools d'expatriés.
- Mise en œuvre progressive, pays par pays, et au cas par cas, de la grille de référence internationale des fonctions.
- Anticipation du phasage progressif vers un nouveau système informatique de gestion des ressources humaines internationales en 2015 en améliorant l'outil actuel (Oracle).

Le bureau des départs

Le Bureau des Départs aide tous les départements à organiser les déplacements des expatriés et des permanents (terrain et hors terrain), se charge de l'obtention des visas (pays de mission et espace Schengen), des remboursements de notes de frais, de l'hébergement à Paris avant départ en mission ou pour des besoins spécifiques et de légalisations diverses pour les expatriés (diplômes), le siège (pouvoirs bancaires) et le terrain (pouvoirs de représentation).

Départs

En 2013, nous avons travaillé sur 2131 départs vers le terrain (pour rappel : 2297 en 2012, soit une baisse de 7.22%). Ces départs en 2013 se répartissent de la façon suivante : 1816 départs d'expatriés (pour rappel : 1938 en 2012, soit une baisse de 6,29%) et 315 départs terrain pour les salariés du siège (pour rappel : 359 en 2012, soit une baisse de 12.25%).
A noter qu'il s'agit du nombre de départs sur lesquels nous avons travaillé, certains départs ayant été ensuite annulés ou redirigés vers un autre pays.

Transport

En 2013, le bureau des départs a renouvelé ses contrats ferroviaires avec la SNCF et le Thalys ainsi que ses accords aériens avec Air France, KLM, Kenyan, British Airways, Lufthansa, SN Brussels Airlines, Emirates, Qatar, Ethiopian, Etihad, Royal Jordanian, Thai, Turkish, et un dernier venu cette année : Korean Airlines (pour Cébu aux Philippines) pour un total d'environ 3,5 millions d'euros sur l'année.

Dépenses

Le Bureau des Départs a géré pour 370.000 euros et 37.000 dollars de dépenses de visas, per diem, remboursement de billets de transports. Nous avons également travaillé sur des demandes de visas pour les autres sections pour un montant total de 26.000 euros.

Politiques et outils RH

Homère *(Gestion du personnel national)*

Le support et la formation des utilisateurs sur le terrain ont été proposés et garantis en priorité tout au long de l'année.
Un travail d'alignement de codes comptables aux nouveaux codes utilisés par les départements de finances en intersections à été réalisé, ainsi qu'un travail de préparation de la mise en place d'une interface avec le logiciel Saga afin d'améliorer le compte rendu des programmes avec contrat de financement (finalisation durant le premier semestre 2014).
De plus, l'outil statistique du logiciel a été développé dans un but de permettre aux départements de RH et des finances de poursuivre l'analyse tant qualitative que quantitative de leur activité.

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

Les principaux objectifs ont été de continuer à relever la qualité de gestion du personnel national par l'application d'une nouvelle gestion administrative du personnel national conforme au droit local et en accord avec les lignes directrices de la politique RH d'OCP dans chaque pays visé. Cela a été assuré par des chantiers de révision RI/RH et le suivi des pays où les chantiers RI/RH ont déjà été finalisés en étant en support aux desks.
Ainsi, plusieurs chantiers de révision RH et juridique pour le personnel national ont été finalisés en 2013 (Malawi, Laos, Madagascar) ; un chantier a démarré au Tchad en 2013 pour être finalisé en 2014. De plus, un chantier de plan social pour le projet en fermeture en Colombie a été mené pour être finalisé en 2014.

Révision des outils de gestion RH du personnel national

La prise en charge médico-sociale du personnel national d'OCP a été finalisée en fin d'année.

***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.
Le prestataire de service ne répondant pas aux exigences du projet, ce chantier a été suspendu fin 2013 et est en attente d'un nouveau prestataire de service. Il est attendu que le conseil du projet Symphony annonce au deuxième trimestre 2014 la date de la reprise du projet.
OCP prend la tête de ce projet en intersections.

Formation RH
Un travail d'audit du contenu de modules RH a été fait dans le but d'une montée en compétences de notre personnel RH sur le terrain. Ce travail sera poursuivi en 2014 avec la révision de ces modules et la création de nouvelles formations telle que la semaine pour les RRH.

International Remuneration Project 2 (IRP2) : projet de rémunération international 2
Tout au long de l'année 2013, OCP a participé aux discussions de définitions de principes directeurs de rémunération du personnel expatrié. En 2014, la priorité sera d'assurer le déploiement et la mise en œuvre du nouveau IRP.

International Reference Field Function Grid (IRFFG) : grille internationale de référence des fonctions de terrain
En 2013, OCP a participé de manière active à la définition des principes de l'IRFFG en lien avec tous les centres opérationnels. Cet outil intégrant tant les postes de personnel national qu'international est très étroitement lié à l'IRP2. Pour 2014, la priorité sera d'assurer le suivi du nouveau système et sa mise en place progressive sur le terrain.

La gestion stress terrain

L'activité de Support "Gestion du Stress Terrain" s'est officialisée en mai 2013 par l'ouverture d'un Poste de Référent Gestion du Stress Terrain après un travail collectif entre la direction des Ressources Humaines et celle du département médical. Ce poste, rattaché au département RH, s'articule étroitement avec le département médical mais aussi les antennes, la cellule des Abus ainsi que les autres sections de MSF. Il encadre aussi le Lieu de Parole (activité d'écoute pour les personnels).
L'objectif est d'assurer un rôle de prévention et de réduction des Risques liés au Stress sur le Terrain via :
- un support au niveau des Desks, des Coordinations et des Terrains en cas d'incident critique
- un accompagnement des équipes nationales et internationales (possibilité de débriefing émotionnel au moment du retour au niveau du siège pour les expatriés et référence en externe si besoin)
- la prévention par l'intermédiaire de formations en gestion du stress au niveau des Coordinateurs et des équipes

Sur l'année 2013, la cellule a réalisée :
- 215 entretiens au moment du retour (dont 38 par le Lieu de parole) qui aboutirent à 15 références en externe
- 11 accompagnements suite à des reprises de contacts d'expatriés après leur mission (certains plusieurs mois après)
- 55 entretiens téléphoniques avec le terrain
- 11 entretiens avec du personnel national suite à des incidents critiques
- 142 briefings avant le départ (principalement des coordinateurs)
- 14 formations Gestion du Stress (JA, FORGHO, FORELOG, PPDA, Environnement, FOOT, HRCC, kidnapping Burkina)
- 2 visites terrains (Cellule de Crise à Goma en RDC et en RCA)

L'administration des RH

Contrats et bulletins de paie
Pour le terrain, **2 448** contrats, avenants et conventions de volontariat ont été rédigés pour notre personnel expatrié en 2013, contre 2 396 en 2012, soit une augmentation de 2%. Pour information, les chiffres étaient de : 1 337 en 2008, 1 831 en 2009, 2 527 en 2010 et 2 808 en 2011. Entre 2008 et 2013 inclus, soit en 5 ans, l'augmentation représente tout de même 83%.
En 2013, 23% de ces contrats (soit environ 1/5ème) ont été réalisés pour les autres sections qui emploient des expatriés de droit français.
Pour le siège, nous avons rédigé **493** contrats et avenants en 2013, contre 430 en 2012 soit une augmentation de 15%. Pour information, les chiffres étaient de 525 en 2011, 436 en 2010 et 389 en 2009. Entre 2009 et 2013 inclus, soit en 4 ans, l'augmentation représente 27%.
12 565 bulletins de paie ont été produits par le service en 2013, pour les salariés du siège et pour les expatriés, contre 13 346 en 2012 et 13 300 en 2011 soit une diminution de 5,8% par rapport à 2012.

Effectifs
Au 31 décembre 2013, on dénombrait **900** ETP (équivalent temps plein) siège et terrain, toutes entités juridiques confondues, hors MSF Logistique :
- 38% de salariés siège (contre 36,5% en 2012) soit **345** ETP pour MSF, Epicentre, la Fondation et EUP (Etat d'Urgence Production) ;
- 62% d'expatriés (contre 63,5% en 2012) soit **555** ETP. Parmi eux, 54 % sont des volontaires (300 ETP) et 46 % sont des salariés expatriés (255 ETP).

Le ratio personnel terrain versus personnel siège est par conséquent quasiment le même qu'en 2012. Au siège, à l'instar de 2012, 18 % des salariés sont en contrat court terme (CDD majoritairement et contrat d'intérim à la marge) contre 82 % en CDI.

Perspectives 2014

Pour 2014, plusieurs axes de travail ont été identifiés afin de répondre aux priorités définies dans le plan médico-opérationnel..
Le principal est de relancer la construction de parcours pour nos futurs coordinateurs en utilisant au mieux la synergie avec les autres services RH, notamment le service formation et la gestion des parcours siège-terrain, ainsi que le recrutement et les RH dans les sections partenaires.

La gestion de parcours, le développement de compétences et le recrutement ciblé sont des éléments essentiels à la construction des cadres de demain.
Cette ambition s'appuiera sur l'intégration de ces dimensions au sein d'un même pôle ; de plus la nouvelle organisation du département en trois pôles d'activités permettra une gestion moins découpée des différents salariés (nationaux, expatriés et siège).
La mise en perspective des objectifs opérationnels permettra une réactivité pour répondre aux besoins immédiats sur les terrains, tout en tenant compte des besoins futurs de construction de nos cadres.

LA COMMUNICATION

Bilan 2013-2014

SYRIE – L'aide humanitaire dans l'impasse

Huit jours après son élection à la présidence de MSF, Mego Terzian a prononcé un discours au Palais des Nations à Genève, à l'occasion de la Conférence des Donateurs pour la Syrie, organisée par les Nations unies, sur la situation humanitaire dans le pays et la nécessité d'une aide transfrontalière, qui a été la thématique récurrente de notre communication en 2013. Elle est le prolongement des communications précédentes de MSF, où après avoir notamment pointé une « aide humanitaire dans l'impasse » (dossier publié à l'occasion de deux ans de conflit, en mars 2013, qui a eu un large écho), la section française de MSF a cherché à pousser cette analyse et prise de position dans plusieurs communications*.
La question des armes chimiques change la donne fin août 2013. Le communiqué de presse du centre opérationnel de Bruxelles *« Des milliers de patients souffrant de symptômes neurotoxiques soignés dans un hôpital soutenu par MSF »* est de loin la communication MSF la plus visible, en France et à l'international. Elle marque la fin des tentatives belges de travailler côté gouvernemental et donc rouvre la porte à d'autres positionnements* de MSF, notamment autour de la question du « blocus humanitaire », notion – ou même appellation - qui n'est pas partagée par les autres sections.
L'enlèvement de 5 membres du centre opérationnel MSF de Bruxelles le 2 janvier 2014 impose au mouvement un embargo total sur la communication sur la Syrie et sur les réfugiés syriens dans les pays frontaliers. Il n'est levé qu'à leur libération, en mai 2014.
En parallèle de ces prises de position, la communication opérationnelle de visibilité a porté sur nos activités, de la prise en charge des brûlés aux besoins de soins pour les maladies chroniques, et la situation des déplacés. Mais les contraintes sécuritaires, empêchant le recueil de matériel de communication (témoignages de patients, photos ou images) et l'accueil de journalistes sur nos terrains, ont limité de fait notre capacité à parler de nos activités.
* Tribunes, lettres ouvertes, et réseaux sociaux
- « Urgence en Syrie », par Mego Terzian, publiée sur lemonde.fr le 8 juillet 2013
- « Syrie, Stoppons le blocus humanitaire », par Mego Terzian et Jean-Hervé Bradol, sur lemonde.fr le 18 septembre 2013
- **«** Lettre de MSF aux membres du Groupe de Haut Niveau sur la Syrie » par Joanne Liu, le 18 décembre 2013
- #contreleblocushumanitaireensyrie : série de posts facebook en novembre 2013

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Face à l'ampleur des besoins et à l'explosion de la violence, MSF appelle à l'aide

En juillet 2013, pendant le le pic de paludisme, alors que nombre de structures de santé du pays ont été anéanties lors de l'offensive de l'ex-Séléka et que des milliers de personnes ont dû fuir en brousse, MSF s'est associé à quatre ONG françaises (MDM, ACF, PU-AMI et Solidarités-International) travaillant en RCA et a déclaré *« L'urgence de se mobiliser : cinq ONG françaises appellent les agences des Nations unies et les bailleurs de fonds à s'investir dans un pays à l'abandon »*.
A compter du 5 décembre 2013, début des affrontements à Bangui et de la médiatisation de la crise, la communication publique de MSF sur la RCA s'est accélérée. Il s'agissait, au début, d'une communication très opérationnelle, factuelle et descriptive, à l'image des **«** Carnets d'urgence de MSF » publiés sur Liberation.fr (une chronique par jour, du 8 au 31 décembre).
Puis, à Bangui, MSF fut rapidement confronté à l'insécurité au sein des structures de santé, et en a dénoncé, à plusieurs reprises, les conséquences pour la population et sur la conduite de ses activités, dans la capitale d'abord, dans le reste du pays ensuite, gagné à son tour par la violence. Ce message sera malheureusement de nouveau d'actualité fin avril 2014, avec l'assassinat, à Boguila, de 16 civils dont 3 membres du personnel MSF.
Malgré l'insécurité, MSF a continué d'initier des projets d'urgence et a poursuivi son appel aux financements et au déploiement de plus d'assistance (notamment de la part des agences onusiennes) pour répondre à une masse de besoins croissante.
L'exode et le calvaire des musulmans de RCA (amorcé mi-décembre) et la question de la protection et des enclaves sont tardivement abordés (premières prises de paroles publiques sur ce sujet en février 2014). Des débats ont lieu à l'intérieur de MSF : faut-il appeler à plus de forces armées internationales ? Comment décrire et qualifier l'exode des musulmans et les massacres dont ils ont été spécifiquement victimes à un moment du conflit ?

Entre le 1er janvier 2013 et le 15 mai 2014, MSF a publié une vingtaine de communiqués de presse intersections, dont 7 appels au respect des civils, de leurs accès aux soins, du personnel médical, des structures de santé et des humanitaires ; 3 appels à la mobilisation de la communauté internationale, des agences des Nations unies, du Conseil de Sécurité et des Etats africains ; 2 sur la situation des réfugiés centrafricains (au Tchad et au Cameroun).
La section française de MSF a publié 2 communiqués de presse supplémentaires :
« L'urgence de se mobiliser » – avec 4 autres ONG françaises, en juillet 2013 ;
« Un an d'escalade de la violence », accompagné d'un dossier de presse, en mars 2014.

- 1 table ronde a été organisée, en juin 2013, à Paris, avec participation d'autres ONG travaillant en RCA et de plusieurs journalistes, notamment centrafricains.
- 4 conférences de presse ont été organisées : 2 en intersections MSF : à Genève, au retour de visite en RCA de Joanne Liu, présidente internationale de MSF; en février 2014 ; à Bangui, suite aux évènements de Boguila, en mai 2014 ; 2 à Paris : *« L'urgence de se mobiliser »*, avec 4 ONG françaises, en juillet 2013, et *« Un an d'escalade de la violence »,* en mars 2014.
- 2 tribunes, signées par Mego Terzian, président de MSF France, ont été publiées : *« En Centrafrique, la faillite de l'assistance »,* Lemonde.fr, en décembre 2013 ; *« L'exode en République centrafricaine »*, Libération, en février 2014.

- 25 sujets vidéo (opérations et témoignages) ont été montés et diffusés (journaux du mois, dailymotion et site MSF) ; 51 articles ont été publiés sur www.msf.fr ; 1 dossier spécial « RCA » et une plateforme blog ont été créés, mis en ligne et régulièrement alimentés.

SOMALIE

Communication sur la fermeture de tous les programmes MSF dans ce pays en 2013

C'est avec un grand soulagement que MSF a confirmé par communiqué de presse le 18 juillet 2013 que nos collègues de la section opérationnelle de Barcelone, enlevées du camp de réfugiés de Dadaab au Kenya, le 13 octobre 2011, et détenues dans le sud de la Somalie, avaient été libérées, après 21 mois de captivité. Le 14 août, MSF a annoncé la fermeture de tous ses programmes en Somalie, information largement reprise dans les médias (66 retombées presse en France du 14 au 31 août). Dans un communiqué, suivi de nombreuses interviews radios et télé, MSF a expliqué que la tolérance et le soutien des groupes armés et des autorités civiles aux violentes attaques contre MSF ne garantissaient plus les conditions minimales de sécurité indispensables au maintien des activités. Cette décision difficile repose sur le fait que certains acteurs, présents principalement dans la région centre sud de la Somalie et avec lesquels MSF a été obligée de négocier les conditions pour continuer sa mission médicale humanitaire, ont joué un rôle dans le kidnapping de nos deux collègues espagnoles, soit par une participation directe, soit par une approbation tacite. A cela s'ajoutent d'autres agressions extrêmement graves sur les équipes comme l'assassinat de deux membres MSF à Mogadiscio, en décembre 2011, suivi de la libération anticipée du tueur condamné.

PHILIPPINES

Communication sur le typhon

Le 8 novembre 2013, le typhon Haiyan frappe les Philippines. Dans les deux premiers jours, MSF répond aux demandes médiatiques de façon essentiellement réactive puis publie un premier communiqué de presse le 11 novembre (activités MSF liées à l'urgence et appel de fonds). Le contenu de notre communication a porté sur nos activités et les difficultés d'acheminement des secours la première semaine, puis sur l'hôpital gonflable installé à Tacloban, la description des besoins médicaux non liés à la catastrophe et non couverts ; enfin, entre un et trois mois après le typhon, par le rendu de comptes sur les activités MSF et la projection sur le moyen terme.

A noter également une stratégie « live from the field » (en direct du terrain) (blogs, contenus non-officiels MSF) donnant de bons résultats en termes de suivi sur le web. Le déploiement de communicants MSF sur le terrain a également permis un nombre important de demandes médias et/ou visites gérées sur le terrain.

RWANDA

20 ans

A l'occasion de la célébration des 20 ans du génocide rwandais, plusieurs activités ont été menées conjointement par la communication, le CRASH (Centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires de MSF) et le GUPA (Guichet unique du pôle associatif), dont la production d'une exposition des photos de Xavier Lassalle, infirmier-anesthésiste sur la mission chirurgicale de Kigali en avril 1994, des conférences-débats accueillies par les antennes MSF de Reims, Toulouse et Strasbourg avec le Dr Jean-Hervé Bradol (responsable des programmes Rwanda-Burundi en 1994), une quinzaine d'interviews données aux médias au cours de la semaine du 7 avril (Le Monde, l'AFP, RFI, France 24, France Inter…), la production d'un dossier « Rwanda, 20 après », publié sur le site msf.fr, et une série de publications sur les réseaux sociaux MSF. A noter, l'initiative portée par l'antenne MSF de Toulouse qui est allée à la rencontre d'anciens volontaires originaires de la région Midi-Pyrénées pour recueillir leur témoignage. Le résultat a été publié par le GUPA sur Le Portal (site web associatif d'OCP) sous la forme d'un livret, « Toulouse-Goma, mémoires d'humanitaires au cœur du génocide ».

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Communication publique au sujet de nos collègues disparus depuis juillet 2013

Le 8 avril 2014, nous avons publiquement révélé les disparitions de Chantal, Philippe, Richard et Romy, nos quatre collègues congolais disparus au Nord Kivu, à Kamango, le 11 juillet 2013, dans un contexte d'opérations militaires menées contre les milices armées, accusées d'attaques meurtrières et notamment mises en cause dans l'enlèvement de plusieurs centaines d'habitants de la région de Béni. Dans un communiqué diffusé en RDC, MSF a insisté pour que la protection des otages soit considérée comme une priorité au cours des opérations militaires conduites par les Forces armées congolaises, avec le soutien de la Monusco (mission des Nations unies pour la stabilisation en République Démocratique du Congo).

L'ERADICATION DE LA POLIO A L'EPREUVE DES FAITS

MSF et le CRASH (Centre de Réflexion sur l'Action et les Savoirs Humanitaires de MSF) ont organisé une table-ronde à Paris le 22 octobre 2013 pour discuter des obstacles auxquels la Campagne mondiale d'éradication de la polio fait aujourd'hui face, en présence du Dr. Hamid Jafari, directeur de l'initiative mondiale pour l'éradication de la polio à l'OMS, de Johannes Evert, expert technique à l'OMS, du Dr. Rashid Jooma, chercheur à l'Aga Khan University de Karachi, et du Dr. Elisha Rennes, anthropologue spécialiste du Nigéria. La table-ronde a bénéficié de plusieurs retombées presse (notamment AFP, Nouvel Observateur, RFI).

TUBERCULOSE RESISTANTE

La Conférence mondiale de l'Union sur la santé respiratoire, qui s'est tenue à Paris du 30 octobre au 3 novembre 2013, a été l'occasion pour MSF d'appeler à ce que de nouveaux traitements pour les formes résistantes de tuberculose soient mis au point, par un communiqué de presse (*Tuberculose: le premier nouveau médicament en 50 ans risque d'être gaspillé si la recherche et les politiques de prix ne suivent pas*) et une conférence de presse.

Cet appel a été réitéré lors de la Journée mondiale contre la tuberculose, le 24 mars 2014. Les témoignages des patients auxquels MSF fournit un nouveau traitement incluant la bédaquiline, en Arménie, illustrent à la fois l'insoutenable lourdeur des traitements actuellement utilisés et les premiers retours positifs de l'utilisation, réservée pour l'heure à un usage dit compassionnel, de ce médicament.

Le 19 mai 2014, Phumeza Tisile, une patiente sud-africaine guérie d'une forme ultrarésistante de tuberculose, a remis aux délégués présents à l'Assemblée Mondiale de la Santé les quelque 50 000 signatures récoltées par le manifeste « Des diagnostics, des traitements » (*Test Me, Treat Me*) de MSF. Un communiqué de presse a demandé aux dirigeants de la santé mondiale d'adopter des mesures urgentes et concrètes pour réduire

le nombre de décès dus à la maladie, en élargissant l'accès au diagnostic, en mettant au point de nouveaux traitements et en assurant des financements à la hauteur des besoins.

ANTIBIORESISTANCES

Le 30 avril 2014, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié un rapport mettant en avant une inquiétante diffusion des bactéries résistantes aux antibiotiques à l'échelle mondiale. MSF a communiqué publiquement pour souligner l'importance de ce rapport en tant que message d'alerte, et en soulignant le besoin d'une plus grande documentation et analyse de ce phénomène. MSF a également souligné la nécessité de mettre en place des mesures de contrôle du développement et de la transmission des bactéries résistantes, comme une utilisation rigoureuse des antibiotiques, la lutte contre la contrefaçon de médicaments et l'application des règles d'hygiène et de stérilisation dans la pratique médicales, entre autres.

VIH / SIDA

Le 30 juin 2013, MSF a réagi publiquement à la publication des nouvelles lignes directrices de l'OMS pour le traitement du VIH. Le communiqué de MSF « VIH / sida : les nouvelles recommandations de l'OMS doivent être mises en œuvre rapidement » souligne l'importance de ces nouvelles préconisations et appelle à un soutien international à la hauteur des ambitions affichées.
L'introduction par MSF de SAMBA, le premier outil *point-of-care* de mesure de la charge virale (test réalisé et interprété sur place et pour prendre une décision clinique immédiate), au Malawi, a fait l'objet d'une communication publique à *l'International Conference on AIDS and STIs in Africa* au Cap (Afrique du Sud), en décembre 2013.
Au printemps 2014, MSF a diffusé les résultats de l'étude menée par Epicentre (centre d'épidémiologie pratique de MSF) et mesurant l'incidence et la prévalence du VIH à Chiradzulu, au Malawi.
Lors de la conférence CROI (*Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*) à Boston, Etats-Unis, (mars 2014), le communiqué de presse de MSF (*Deux nouvelles études montrent l'impact du traitement du VIH sur la transmission dans les régions africaines fortement touchées par le virus*) soulignait notamment la faible incidence de la maladie à Chiradzulu (Malawi), vraisemblablement liée au taux élevé de patients séropositifs sous traitement et présentant une charge virale indétectable.
A l'occasion de la conférence francophone AFRAVIH (*Alliance Francophone des Acteurs de Santé contre le VIH/Sida)* à Montpellier (avril 2014), MSF a communiqué pour souligner le manque d'une prise en charge adéquate du VIH dans les pays d'Afrique centrale et de l'Ouest *(Pour MSF, les patients d'Afrique Centrale et de l'Ouest sont les « laissés pour compte » de la révolution Sida*), tout en appelant ces pays à s'inspirer des approches de simplification et décentralisation des soins mises en place par MSF et ayant fait leurs preuves en Afrique australe.

VACCINATION

La campagne de vaccination contre le pneumocoque dans le camp de réfugiés de Yida, au Soudan du Sud, a fait l'objet d'une communication publique en août 2013 *(Les progrès de la vaccination tournent le dos aux enfants réfugiés).* En expliquant les difficultés et les contraintes que MSF a dû surmonter dans l'organisation de cette campagne, le communiqué appelle les principaux bailleurs de fonds de la vaccination à inclure les situations d'urgence dans leur champ d'action et à permettre aux organisations humanitaires d'accéder aux prix négociés par l'alliance GAVI (Alliance Globale pour les Vaccins et l'Immunisation) auprès des fabricants de vaccins.
Une étude menée par Epicentre au Tchad a montré qu'un vaccin contre le tétanos conservé en chaîne de température contrôlée, soit exposé à des températures allant jusqu'à 40° C pendant 30 jours, maintenait une efficacité satisfaisante. En avril 2014, MSF a saisi cette occasion pour demander davantage de recherche dans ce domaine, avec un communiqué *(Des vaccins thermostables sont nécessaires au plus vite pour atteindre les 20% d'enfants qui ne sont pas vaccinés dans le monde)* pour demander davantage de recherche dans ce domaine.

MALADIES TROPICALES NEGLIGEES ET DNDi

En juillet 2013, le documentaire *La pharmacie des malades oubliés* a été présenté en avant-première lors d'une rencontre avec la presse. Il illustre les modèles de partenariat public-privé qui ont permis des avancées dans la recherche et développement pour les maladies tropicales négligées, et notamment l'exemple de la *Drugs for Neglected Diseases* Initiative (DNDi), cofondée par MSF.
Pour le dixième anniversaire de la DNDi, MSF a également co-organisé une conférence à Paris le 5 décembre 2013. A cette occasion, les résultats d'une étude menée à l'initiative de la DNDi, documentant le manque criant de recherche dans le domaine des maladies tropicales négligées, ont été relayés *(La recherche sur les maladies négligées toujours en panne).*

BILAN PRESSE 2013

Il y a eu 3 322 retombées presse de mai 2013 à mai 2014 (contre 1 737 retombées en 2012/2013 et 2 046 en 2012/2011). Parmi ces retombées, notons 728 interviews depuis le siège et le terrain (contre 437 en 2012), 320 articles consacrés essentiellement à MSF (200 en 2012). 71 invités plateau (35 en 2012), 113 reportages terrain (47 en 2012). 1 265 citations dans les médias (263 en 2012).
Cette forte augmentation de notre visibilité s'explique par la forte présence de MSF sur des terrains très médiatisés (RCA, Syrie, Guinée…), des prises de positions incarnées, un réseau de plus en plus étoffé de contacts au sein des services de presse étrangers et régionaux et une plus grande ouverture sur les communications des autres centre opérationnels MSF.
Le sujet principal reste la RCA avec 1 071 retombées presse dont 258 interviews et 33 reportages terrain. Notons cinq passages au journal télévisé de TFI (7,3 millions de téléspectateurs) ainsi que la présence de personnalités MSF sur des émissions de débats avec 26 invitations en plateau au sujet de la RCA (France 2, France Inter Le téléphone sonne, ARTE, LCI, BFM, France 24, RFI…).
559 retombées ont été consacrées à la Syrie, notamment suite aux attaques à l'arme chimique en août 2013 (centre opérationnel de Bruxelles), puis à la prise en otages de nos collègues (janvier 2014). 105 interviews au total et 15 invités plateau (France Info, France 2, Europe 1, LCI, Canal + Le grand journal…).
L'épidémie d'Ebola en Guinée (centre opérationnel de Bruxelles / centre opérationnel de Genève) a donné lieu à 301 retombées presse concentrées sur le mois de mars 2014 dont une centaine d'interviews depuis le terrain.
Par ailleurs, on comptabilise 227 retombées presse liées à la collecte de fonds (essentiellement de simples mentions ou des brèves) dont 14 interviews et 45 citations. 39 retombées seulement sont consacrées à l'événement de lancement de la campagne de notoriété au mois de novembre 2013. Elles restent cependant à mettre en parallèle avec une visibilité importante à la même période et 283 retombées consacrées au typhon qui a touché les Philippines en novembre 2013.

WEB ET MEDIAS SOCIAUX

Ce premier état des lieux du web dans le rapport annuel de MSF est l'occasion de redessiner notre éco-système web. Désormais doté d'un site institutionnel et de plusieurs comptes sur différents réseaux sociaux (Facebook, Twitter, Youtube, Dailymotion, Instagram), MSF est en capacité de toucher de nouveaux publics et de viraliser (faire circuler) ses messages et appels à l'action. Sympathisants, donateurs, nouvelles recrues, mais aussi volontaires, bénéficiaires et groupes d'influence : notre présence en ligne intensifie la communication de notre association et permet de mettre en relation tous ces publics en lien avec notre organisation. La campagne de collecte de 2013 a montré que nous pouvions également mobiliser nos publics en ligne.

Où nous retrouver ?

Site web ► www.msf.fr
Facebook ► facebook.com/medecins.sans.frontieres
Twitter ► @MSF_France et @MSFPresseFR
Youtube ► youtube.com/videosmsf
Dailymotion ► dailymotion.com/msf
Instagram ► msf_france

Quelques chiffres

134 000 fans Facebook
24 000 followers Twitter
1500 vidéos en ligne

CAMPAGNE DE NOTORIETE COLLECTE 2013

MSF a lancé le 12 novembre 2013 « L'année 2 » de la campagne « Médecins Sans… », initiée en 2012, avec le « SANS vous, nous ne pouvons être médecins SANS frontières ! ».
Le dispositif a intégré deux nouveaux éléments : la création d'un événement de lancement simultanément à Paris, Lyon et Marseille et celle d'un site dédié interactif, permettant au public de dialoguer avec MSF, notamment lors de *chats* organisés en direct.
Le lancement a bénéficié très largement de l'urgence Philippines intervenue 4 jours plus tôt et le dispositif web a intégré, la veille du lancement de la campagne, la réponse MSF à l'urgence avec les 4 autres pays choisis pour illustrer nos activités (Pakistan, Haïti, Kurdistan irakien et République Centrafricaine).
Le département communication a travaillé avec le département collecte sur le contenu de cette campagne et a notamment animé la campagne sur les réseaux sociaux (#avec MSF). Les retombées presse se sont concentrées autour des événements de lancement, portant toutefois en très grande majorité sur la réponse MSF à l'urgence Philippines.

« AIDEZ-NOUS POUR AGIR : #AVECMSF »
Campagne d'appel aux dons 2013

LE POLE EVENEMENTIEL

Exposition « D'un Hôpital à l'autre »
Lancée à l'occasion des 40 ans de MSF en 2011, depuis trois ans, cette exposition itinérante continue sa tournée des CHU (centres hospitaliers universitaires), hôpitaux régionaux et facultés de médecine. En 2013, nous avons élargi l'offre qui l'accompagne et nous proposons désormais un ensemble de discussions et de conférences spécifiques qui rencontrent un vif succès. Nous avons pu développer de nombreuses passerelles vers le secteur hospitalier français et enregistré une petite base de données de plusieurs milliers de personnes qui ont toutes été en lien avec MSF et qui sont intéressées par nos activités.
En 2014, avec la version deux (V2), l'exposition va devenir plus modulaire et permettra des installations à l'intérieur des structures hospitalières. Cette nouvelle configuration devrait nous permettre d'aborder d'autres lieux de santé comme les cliniques.

Campagne de notoriété
Afin d'accroitre la visibilité de lancement de la Campagne de notoriété 2013 de Médecins Sans Frontières, à la demande du département de la collecte de fonds, le Pôle événementiel a réalisé un événement qui a été installé dans trois grandes villes françaises (Paris, Lyon, Marseille) le 12 novembre 2013.
Il s'agissait de rendre visible nos patients et l'importance des besoins en termes d'accès aux soins.
Pour chaque site, nous avons disposé une centaine de lits qui étaient tous occupés par des volontaires MSF qui « jouaient » le rôle de patients. Des médecins MSF leur prodiguaient les premiers soins de façon symbolique.
Cette installation relativement spectaculaire a permis de fournir des images fortes pour les médias et a abrité la conférence de presse de lancement de la campagne 2013.

Support au fil de l'eau
Le Pôle événementiel a facilité la visibilité de MSF lors du semi-marathon de Paris et a soutenu les initiatives régionales comme le Festival du Carnet de Voyage, Babel Med à Marseille, Festival de l'Estuaire à Blaye, etc.

Création du site web Pôle événementiel (Pool Event)
Afin de faciliter le partage événementiel de connaissances et d'optimiser les projets, un site web catalogue de tous les événements que réalise le mouvement MSF sera mis en ligne à la mi-2014. Ceci devrait nous permettre d'élargir notre offre aux autres sections de MSF.

Mouvement international
Pour MSF Hong Kong : conception et construction d'une exposition modulaire qui abordera 5 activités médicales les plus fréquentes (vaccination, chirurgie, pédiatrie,…). Ce projet devrait à terme être utilisé en Asie (Chine, Japon).

Adaptation de l'exposition CHU « d'un hôpital à l'autre », pour les autres sections
La nouvelle version V2 de l'exposition CHU est conçue pour être facilement et à moindre frais adaptable pour n'importe quelle langue.

les missions de a à z

AFGHANISTAN

En Afghanistan, MSF travaille à Kaboul, dans le quartier de Dasht-e-Barchi, l'un des plus pauvres de la capitale afghane où vivent plus d'un million d'habitants. MSF réhabilite les locaux de l'unique hôpital public de Dasth-e-Barchi, saturé et faiblement équipé, dans l'objectif de soutenir spécifiquement la maternité et les urgences gynéco-obstétriques, et de créer le service de néonatalogie.

Contexte

Le premier tour des élections présidentielles s'est tenu en Afghanistan le 5 avril 2014 dans un calme relatif, malgré plusieurs attentats commis contre des journalistes et des ONG américaines. Les résultats définitifs des élections sont attendus courant juin. D'ici la fin de l'année 2014, l'ensemble des forces militaires étrangères présentes depuis 2001 devraient avoir quitté le pays même si des négociations sont en cours avec les Etats-Unis qui souhaitent maintenir des troupes en Afghanistan dans le cadre d'un accord bilatéral de sécurité – jusqu'ici refusé par le président sortant Hamid Karzaï. Il y a exactement 25 ans, le retrait du pays des derniers bataillons soviétiques s'était soldé par une guerre civile entre les moudjahidines et les talibans afghans qui avaient fini par prendre le pouvoir en 1996. 2014 est une année cruciale pour l'Afghanistan, avec pour les populations la peur ravivée de voir l'histoire se répéter. D'un point de vue sanitaire, après trois décennies de guerre, l'Afghanistan détient quelques-uns des pires indicateurs de santé au monde, et ce malgré les milliards investis par les bailleurs de fonds pour la reconstruction du pays. C'est notamment en Afghanistan que la mortalité maternelle est la plus élevée au monde. Même si la couverture géographique s'est améliorée, l'accès aux soins reste très insuffisant pour une grande partie de la population. Outre l'insécurité, le dysfonctionnement des infrastructures publiques et le manque de services de santé gratuits et de personnels qualifiés sont en cause. Plus de 30% de la population afghane vit en dessous du seuil de pauvreté et ne gagne pas plus d'un dollar par jour. Près de 40% des femmes sont mariées avant l'âge de 18 ans et seulement 14% des accouchements sont assistés par du personnel qualifié.

Activités

Après plus de trente ans de missions dans le pays, MSF avait totalement quitté l'Afghanistan en 2004 suite à l'assassinat de cinq membres de son personnel dans la province de Baghdis. Face à la recrudescence des violences et à la faiblesse de la politique de santé publique, le mouvement MSF a pris la décision de relancer progressivement ses activités en Afghanistan avec une coordination entre les centres opérationnels de Bruxelles, de Paris et d'Amsterdam. Quatre programmes ont été ouverts depuis 2009 pour soutenir l'hôpital d'Ahmed Shah Baba à Kaboul, celui de Boost à Lashkargar, la maternité de Khost et un centre chirurgical à Kunduz.

Après une série de missions d'évaluations menées dans huit provinces du pays, le centre opérationnel de Paris a signé en mai 2014 un accord-cadre avec le ministère afghan de la santé pour lancer un projet à Kaboul dans le quartier de Dasht-e-Barchi, l'un des plus pauvres de la capitale, dont la population est essentiellement de l'ethnie Hazara, minorité d'obédience shiite. A partir de septembre 2014, après la réhabilitation des locaux de l'hôpital public de Dasht-e-Barchi, dont notamment le service de radiologie, la banque de sang et la gestion des déchets, MSF soutiendra spécifiquement la maternité, le service de néonatalogie et assurera la prise en charge des urgences gynéco-obstétriques et néonatales 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Dépenses 2013 : 69 000 euros *Financement : = 100% MSF* *Equipe 2013 : 13 expatriés, 95 locaux*	*Autres centres opérationnels MSF présents dans le pays : celui de Bruxelles et celui d'Amsterdam.* *Présent en Afghanistan depuis la fin des années 70, MSF avait dû quitter le pays en 2004. Retour donc en 2013.*

ARMENIE

En Arménie, Médecins Sans Frontières travaille avec les autorités sanitaires locales afin de renforcer les soins apportés aux patients souffrant de tuberculose simple ou résistante aux médicaments (DR-TB) et d'aider à la gestion des infections à mycobactéries non tuberculeuses. MSF met en place ses activités dans des structures de santé locales, à la fois dans la capitale, Erevan, et dans six autres provinces (Armavir, Ararat, Shirak, Lori, Khotayk et Gegharkunik), où ses équipes travaillent en collaboration avec les professionnels de santé locaux dans le but de les aider à améliorer leur pratique. MSF participe également à ce programme dans le Haut-Karabagh (petite enclave arménienne située en Azerbaïdjan). Au-delà du diagnostic et du traitement de la tuberculose, les équipes de MSF proposent des services d'éducation/de conseil et d'accompagnement social afin d'aider les patients et leur famille à adhérer au traitement. MSF fournit également aux patients en échec thérapeutique des soins d'accompagnement et soins palliatifs pour les aider à gérer les complications engendrées sur le plan médical et psychologique par l'échec du traitement et l'évolution de la maladie en phase terminale.

Contexte

La tuberculose est réapparue en Arménie après l'indépendance du pays en 1991 et est devenue une importante préoccupation de santé publique, dans ce pays d'environ 3 millions d'habitants. Le poids qu'elle représente pour le pays reste très lourd, avec une prévalence (nombres de cas) de 79 pour 100 000 personnes en 2012 (soit 2 400 personnes) et une incidence (nouveaux cas observés) de 52 pour 100 000 personnes par an (soit 1 500 personnes) (OMS 2013). Les cas notifiés de tuberculose ont régulièrement diminué, passant de 2 322 en 2005 à 1 518 en 2012.
On estime le taux de détection de la tuberculose à 80 %. On estime également que 4,9 % des patients souffrant de tuberculose sont aussi infectés par le VIH.
L'Arménie est un des 27 pays ayant un taux de tuberculose multi-résistante (MDR-TB) le plus élevé au niveau mondial. En 2012, des données du laboratoire national de référence ont montré que la MDR-TB représentait environ 14,2 % des nouveaux cas de tuberculose et 38,1 % des cas déjà traités (la tuberculose résistante représente ± 34 % des nouveaux cas de tuberculose et 54 % des cas déjà traités, proportion nationale non validée par la Drug Resistance Survey, étude de résistance aux médicaments anti-tuberculeux. Toutefois, pour 2013, l'OMS estime à environ 10 % la proportion mondiale de tuberculose ultra-résistante (XDR-TB) parmi les cas de tuberculose multi-résistante).
C'est une maladie de la pauvreté. En Arménie, la population touchée par la tuberculose multi-résistante est souvent vulnérable sur le plan économique. Lorsque de la première intervention de MSF en Arménie, l'accès au diagnostic et au traitement de cette pathologie était totalement inexistant. Non seulement le système de surveillance de la tuberculose avait pâti de l'effondrement du système de santé, mais, en outre, les stratégies utilisées étaient inadaptées et obsolètes.
De plus, le diagnostic et le traitement de la MDR-TB sont onéreux et techniquement difficiles à mettre en œuvre. Le traitement en lui-même est long et complexe et nécessite une approche fortement centrée sur le patient.

Activités

MSF prend en charge deux programmes qui couvrent la capitale, Erevan, et six provinces du pays, ainsi que le Haut-Karabagh, soit environ 85 % de la population totale de l'Arménie. En 2013, on estime à 236 le nombre de patients souffrant de tuberculose résistante (DR-TB) qui participent au programme soutenu par MSF.
Le principal défi consiste à garantir que les patients adhèrent à ce traitement, long et toxique pour l'organisme. Plus de 25 % des patients l'abandonnent parce qu'ils ne peuvent en tolérer les lourds effets secondaires ; de nombreux autres sont contraints d'y mettre fin quand ils partent travailler à l'étranger, en Russie, par exemple. Environ 10 % des patients sont en échec thérapeutique ; pourtant il s'agit du traitement le plus efficace actuellement sur le marché. Ceci souligne l'inadéquation de l'arsenal thérapeutique disponible aujourd'hui pour lutter contre la tuberculose multi-résistante.
En 2013, MSF a soutenu le Programme national arménien de lutte contre la tuberculose afin d'introduire un traitement « à usage compassionnel », pour traiter de façon extensive les patients souffrant de la forme ultra-résistante (XDR-TB) ou de pré-XDR-TB en situation d'échec thérapeutique. Ce traitement utilise une nouvelle molécule, la bédaquiline, ainsi que d'autres médicaments de 5ème niveau, pour les patients pour lesquels l'arsenal thérapeutique existant ne suffit pas. Ce programme est leur unique espoir de guérison. Un premier patient a été mis sous traitement en avril 2013 et, depuis décembre 2013, 26 autres patients en bénéficient.
Afin d'optimiser davantage les résultats du traitement existant, il est également possible de recourir, entre autres, à la **chirurgie** de la tuberculose pulmonaire. Avant l'ère de l'antibiothérapie, cette intervention clé permettait d'éliminer tout ou partie du poumon infecté. L'émergence de la MDR-TB et de la XDR-TB ces dernières années ayant limité l'efficacité des traitements uniquement médicamenteux chez certains patients, on note un regain d'intérêt pour la chirurgie. En mars 2013, la première mission de chirurgie de la tuberculose pulmonaire de MSF a été organisée avec l'aide d'experts, en collaboration avec le ministère arménien de la santé. 7 patients ont été opérés avec succès.
Parmi les récentes réalisations majeures de MSF en Arménie, on compte notamment le renforcement du soutien apporté à la région de Gegharkunik, le support accru aux patients souffrant de tuberculose réactive aux médicaments à Erevan, la rénovation du système d'aération du service de tuberculose multi-résistante de l'hôpital principal du pays, à Erevan, afin d'assurer une bonne ventilation naturelle malgré les rigueurs du climat arménien.
Les équipes de MSF ont pour objectif de développer la capacité du programme national arménien à mettre en place des solutions pour lutter contre la tuberculose résistante et, ainsi, de faciliter un transfert progressif des activités de MSF déjà en place en Arménie et au Haut-Karabagh.

Dépenses 2013 : 2 219 000 euros *Financement : = 100 % privés* *Equipe 2013 : 13 expatriés, 85 locaux*	*Après le départ d'Arménie en 2007 des centres opérationnels de Bruxelles et Barcelone, le centre opérationnel de Paris est le seul à intervenir dans le pays.* *MSF intervient dans ce pays depuis 1988.*

BURKINA FASO

Au Burkina Faso, depuis mars 2012, MSF offre des soins médicaux aux Maliens réfugiés dans la province de l'Oudalan (district sanitaire de Gorom-Gorom). Du fait de l'instabilité persistante au Nord-Mali, ces populations ne peuvent toujours pas rentrer chez elles.
Hormis MSF, on ne compte aucun autre acteur médical humanitaire dans cette zone où, faute de moyens, les structures de santé locales ne peuvent prendre en charge gratuitement ces réfugiés.

Contexte

Au Burkina Faso, le climat social et politique reste tendu (coût de la vie, manifestations populaires, revendications des partis d'opposition, etc.). L'instabilité dans le Nord-Mali, la menace terroriste au Niger et les élections présidentielles à venir dans plusieurs pays de la région peuvent occasionner des troubles. Le banditisme, qui jusqu'à présent touchait essentiellement l'Est du territoire, gagne désormais les provinces sahéliennes, où le risque de kidnapping d'Occidentaux persiste.
Sur le plan sanitaire, si la prévalence de la malnutrition aiguë diminue, le Burkina Faso reste confronté à d'autres problématiques : risques épidémiques (méningite, rougeole, dengue, choléra) ; 4,5 millions de cas de paludisme sont enregistrés chaque année, dont la moitié concerne les enfants de moins de 5 ans ; menaces d'inondations et de déplacements de populations. La plupart des ONG présentes au Burkina mènent des projets de développement et n'ont pas les capacités, financières et opérationnelles, pour répondre aux urgences.
Depuis février 2012, le Burkina Faso a accueilli plusieurs vagues de réfugiés maliens (43 000 fin 2013 selon le Haut commissariat aux réfugiés des Nations unies). Au départ, ces populations étaient regroupées dans des camps de la province de l'Oudalan, proche de la frontière malienne. Début 2013, du fait de la détérioration de la sécurité dans la zone sahélienne, les autorités ont décidé de relocaliser les camps où intervenait MSF (Ferrerio Dibissi et Ngatourou-niénié), vers les camps de Goudébo et Mentao situés plus à l'intérieur des terres.

Activités

Soins pour les Maliens réfugiés dans la province de l'Oudalan
Initié en mars 2012, ce projet MSF a maintenu trois axes d'activités principaux en 2013 : un volet curatif (soins de santé primaires et aux femmes, prise en charge nutritionnelle) ; un volet préventif (vaccination, consultations anténatales, information/éducation/sensibilisation) ; la références des patients vers les structures hospitalières de Gorom-Gorom ou de Dori.
Mi-juillet 2013, suite à la relocalisation des camps de réfugiés, MSF a réajusté ses activités en arrêtant le soutien au centre de santé de Gandafabou et en initiant une intervention dans le centre médical de l'aire sanitaire de Déou (pour les 2 000 réfugiés qui n'avaient pas accès à des soins gratuits et 17 000 résidents répartis sur 7 villages). Désormais, nous offrons des soins de santé primaires et hospitaliers pour les 8 000 réfugiés des camps non-consolidés de la province de l'Oudalan (Dibissi : 4 000 réfugiés, Déou : 2000 personnes, hors camps : 2000 personnes) ainsi que pour les 36 000 enfants autochtones âgés de moins de 5 ans de l'aire sanitaire de Déou.
Depuis avril 2013, deux fois par semaine, MSF mène des dispensaires mobiles dans le camp spontané de Dibissi. Les 6 200 habitants de l'aire sanitaire de Gandafabou bénéficient eux aussi de ces consultations (soins de santé primaires, soutien à la vaccination et références de patients vers l'hôpital de Dori).
En 2013, au total, 17 448 consultation externes ont été dispensées (27,4% pour des réfugiés et 43,3% pour des enfants résidents de moins de 5 ans), dont plus de 6 800 concernaient des cas de paludisme ; 341 patients ont été hospitalisés au centre médical de Déou (43,6% avaient moins de 5 ans) ; 82 patients ont été référés vers les structures hospitalières de Gorom-Gorom ou de Dori ; 1 335 consultations ante natales, 63 post natales et 227 accouchements ont été menés ; 1 538 dépistages de la malnutrition ont été effectués (entre janvier et juin 2013, 73 enfants malnutris ont été admis dans le programme nutritionnel : 48 souffraient de malnutrition aiguë sévère, parmi eux 14 ont été hospitalisés) ; enfin, 956 enfants ont été vaccinés (BCG, rougeole, poliomyélite, tétanos).
En 2014, MSF continuera à améliorer l'offre de soins de santé primaires, de qualité et gratuits, pour les Maliens réfugiés dans l'Oudalan, ainsi que pour les enfants de moins de 5 ans de l'aire sanitaire de Déou ; assurera une surveillance sanitaire dans les camps (épidémies, nombre de naissances et de décès) ; et continuera à répondre aux urgences (épidémies, afflux éventuels de populations, etc.)

Dépenses 2013 : 892 000 euros *Financement : 100 % privés* *Equipe 2013 : 8 expatriés, 84 locaux*	*MSF est présent au Burkina Faso depuis 1995* *Aucun autre centre opérationnel MSF présent dans le pays.*

CAMBODGE

Le programme MSF au Cambodge offre des soins complets contre la tuberculose aux patients de la province de Kampong Cham, la plus peuplée du pays. Dans un contexte de forte prévalence de la maladie, la priorité est désormais d'améliorer la détection précoce des cas, de rechercher activement et de tester les personnes à haut risque.
En 2013, MSF a transféré avec succès ses programmes dans deux prisons de Phnom Penh (prise en charge de la tuberculose et du VIH/sida) aux programmes nationaux et partenaires locaux. Les équipes travaillaient à la prise en charge et au traitement du VIH/sida et de la tuberculose, et apportaient également des soins de santé reproductive. Elles ont aussi mis en place un dépistage systématique de la tuberculose et du VIH pour les nouveaux et les anciens détenus avec le personnel du Département Général des Prisons.

Contexte

Entre 2002 et 2012, les enquêtes nationales cambodgiennes sur la tuberculose ont montré une diminution significative de 45% de la prévalence (cas confirmés par culture bactériologique). Mais, malgré cette diminution, le Cambodge connaît toujours une prévalence élevée de la maladie. Une forte proportion de patients atteints de tuberculose ne présente pas ou peu de symptômes (56% de cas de tuberculose à frottis positif et 77% de frottis négatifs mais de culture positive), et les capacités de diagnostic sont limitées dans les établissements publics (diagnostic réalisé uniquement en microscopie). Chaque année, environ 30% des personnes nouvellement infectées par la maladie ne sont pas identifiées ou sont souvent détectées tardivement. Le Cambodge connaît ainsi un taux de mortalité très élevé pour la tuberculose.
Trouver de nouvelles méthodes pour mieux détecter les malades et de manière plus précoce est le défi à relever.

Activités

Kampong Cham

Après trois années de soutien, le département tuberculose de l'hôpital provincial de Kampong Cham est pleinement opérationnel et fournit des soins complets à tous les patients atteints de tuberculose. Depuis la mi-2012, MSF a étendu son soutien au système de santé de deux districts (Choeung Prey et Kompong Siem) afin de renforcer l'identification, le traitement et le suivi des patients atteints de tuberculose. Nous travaillons à tous les niveaux : de l'hôpital de district vers les centres de santé jusqu'aux villages, à travers les bénévoles de la communauté.
Dans l'hôpital provincial, l'un des axes d'activité en 2013 a été le traitement de la tuberculose chez les enfants. Nous avons augmenté les activités de référence des enfants grâce à une coopération plus étroite avec le service pédiatrique de l'hôpital provincial. Nous avons développé le traitement préventif de la tuberculose pour les enfants en contact avec des patients tuberculeux positifs et 37 enfants étaient en traitement en 2013. Nous avons transféré avec succès les activités de référence des cas présumés de tuberculose des autres services de l'hôpital provincial : 25 % de l'ensemble des cas pris en charge dans le département tuberculose proviennent d'autres services de l'hôpital. L'aire réservée au dépistage et le service de pédiatrie ont été ouverts et sont maintenant pleinement opérationnels, ce qui contribue notamment à l'amélioration de la prévention des infections. Tous les patients atteints de tuberculose ont également été testés pour le diabète.

Dans les districts

Nous avons mis un terme à nos activités à Kompong Siem fin 2013, après 18 mois de soutien aux centres de santé et aux bénévoles. En raison de plusieurs contraintes extérieures, nous ne constations pas d'amélioration de la détection des cas et du nombre de références.
A Choeung Prey, le département tuberculose de l'hôpital de district est maintenant entièrement opérationnel pour les consultations de tuberculose et l'aire réservée au dépistage, avec une moyenne de 250 visites par mois et 50 % du travail effectué par le personnel du ministère cambodgien de la santé. Les cas compliqués et les cas de tuberculose multi-résistante présumés sont référés à l'hôpital provincial. Dans les centres de santé, le nombre de références entre le centre de santé et l'hôpital de district a augmenté de 25% à 70 % pour les cas présumés de tuberculose.
A Tboung Khmum, nous avons démarré une nouvelle activité de recherche active pour détecter la tuberculose par le dépistage de toutes les personnes âgées de plus de 55 ans, l'un des principaux groupes à haut risque pour la tuberculose. 4 903 cas présumés ont été testés et 138 d'entre eux ont été diagnostiqués comme étant touchés par la maladie. Cette activité –un projet pilote - a débuté mi-décembre 2013 et a pris fin en mars 2014.
Enfin, dans la province de Kandal et à Phnom Penh, la capitale, MSF travaille conjointement avec une organisation locale, le CHC (Comité de Santé du Cambodge) - en charge du traitement à domicile des patients multi-résistants- et le CENAT (Centre national de lutte contre la tuberculose et la lèpre) pour traiter 20 patients atteints de tuberculose multi-résistante.
En 2013, 1480 patients atteints de tuberculose simple et 26 de tuberculose multi-résistante ont été suivis par l'équipe MSF, 683 d'entre eux ont été directement diagnostiqués comme patient tuberculeux par nos équipes.

Dépenses 2013 : 1 915 000 euros *Financement : 100 % privés* *Equipe 2013 : 10 expatriés, 127 locaux*	*Autre centre opérationnel MSF présent dans le pays : celui de Bruxelles avec un programme tuberculose multirésistante à PreahVihear* *MSF travaille dans le pays depuis 1979.*

CHINE

En Chine, Médecins Sans Frontières travaille dans la ville de Jiegao dans la province du Yunnan, près de la frontière birmane, et soutient une organisation chinoise afin d'apporter une meilleure prise en charge et un traitement aux patients atteints du VIH/sida. MSF a également fourni une aide ciblée aux populations touchées par les inondations et les glissements de terrain qui ont frappé les régions méridionales du pays en août 2013.

Contexte

Bien que la prévalence du VIH/sida soit faible en Chine, cela reste difficile d'apporter une réponse adéquate aux personnes ayant besoin de soins. La Chine a lancé en décembre 2003 une nouvelle politique baptisée « Four Frees and One Care », qui implique la gratuité dans 4 domaines : conseils et tests VIH, traitement antirétroviral (ARV), traitement pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant et scolarité pour les enfants devenus orphelins à cause du VIH/sida. Cette politique ne s'est cependant pas traduite par une amélioration de la situation des personnes vivant avec le VIH/sida. Selon le ministère chinois de la santé, certaines régions et départements n'accordent pas suffisamment d'importance à la question du VIH/sida, et la discrimination et la stigmatisation restent encore très élevées.
Par ailleurs, la Chine est fréquemment touchée par des inondations, des glissements de terrain, des typhons ou des tremblements de terre. Bien que la réponse des autorités à ces catastrophes naturelles s'améliore, des lacunes persistent dans l'aide d'urgence, en particulier en ce qui concerne la fourniture de nourriture et de matériel nécessaires à la survie des personnes affectées.

Activités

VIH/sida à Jiegao, province du Yunnan

Une organisation chinoise, Aids Care Chine (ACC), développe des soins et des traitements de qualité pour les malades atteints par le VIH/sida dans des cliniques privées, dans l'espoir de montrer leur impact sur la santé des patients et d'avoir une influence sur des réformes qui permettraient de rendre ces soins plus largement disponibles. Cette ONG locale travaille dans le domaine 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. ACC a travaillé en tant que partenaire local des programmes de traitement menés par les centres opérationnels français et belge de MSF dans les provinces du Guangxi et de Hubei.
L'ACC a demandé en 2013 la participation de Médecins Sans Frontières à ses activités dans une clinique à Jiegao, dans la province du Yunnan, près de la frontière avec la Birmanie, où les consommateurs de drogues injectables chinois et birmans sont les plus touchés par le VIH/sida ou par les co-infections VIH/tuberculose et VIH/hépatite C. En septembre 2013, l'équipe MSF a commencé, sur la base d'un accord d'un an, à collaborer efficacement avec l'ACC.
L'ACC mène les programmes et MSF fournit l'assistance technique pour la gestion clinique des patients atteints du VIH/sida. L'objectif est de démontrer qu'un nouveau modèle de traitement global, intégrant le « counselling » (conseil) aux patients, peut permettre d'obtenir de meilleurs résultats.

Réponse aux urgences

En août 2013, une distribution de produits de première nécessité a été réalisée à Guiping, dans la région de Guangxi, en réponse aux inondations et aux glissements de terrain qui ont touché 127 680 personnes sur 10 cantons. 950 ménages ont reçu des kits d'hygiène, des seaux, des bâches en plastique et des moustiquaires.

Dépenses 2013 : 320 000 euros *Financement : 100 % privés* *Equipe 2013 : 2 expatriés, 3 locaux*	*Aucun autre centre opérationnel MSF présent dans le pays.* *MSF est présent en Chine depuis 1986*

COLOMBIE

En Colombie, MSF soutient le Programme national de lutte contre la tuberculose dans la ville portuaire de Buenaventura, dans l'ouest du pays, afin d'améliorer le diagnostic et le traitement de la tuberculose simple et de sa forme résistante.

Contexte

La Colombie est toujours aux prises avec un conflit impliquant plusieurs groupes illégaux et les forces armées colombiennes, conflit qui dure depuis 60 ans. Les conséquences directes et indirectes de la violence sur la population et les besoins humanitaires restent élevés.
A Buenaventura, la tuberculose est davantage appréhendée comme un enjeu politico-économique plutôt que d'être gérée comme un problème de santé publique. La multiplicité des acteurs impliqués dans le processus de diagnostic et de délivrance du traitement alimente la confusion et favorise l'inefficacité du système de santé. Cette configuration est fragilisée par le manque d'accès à un diagnostic précoce, le coût des traitements et le manque de certaines molécules au niveau national.
Buenaventura est de ce fait une zone à forte prévalence de tuberculose avec une incidence de 90 cas pour 100 000 habitants par an (le taux national est de 25/100 000). La ville présente l'un des niveaux de résistance aux traitements les plus hauts du pays avec 9,5% des nouveaux cas de tuberculose pharmaco-résistants (2,4% au niveau national). Ces chiffres sont d'autant plus significatifs que le système de santé à Buenaventura ne propose pas de prise en charge des cas résistants de tuberculose.

Activités

Buenaventura – Prise en charge de la tuberculose

MSF a lancé en 2010 un projet pour améliorer la captation et la détection des cas de tuberculose, la qualité du diagnostic (introduction de techniques rapides, GenXpert, augmentation de la qualité des cultures), le suivi médical des patients et l'accès au traitement pour la tuberculose pharmaco-résistante, y compris grâce à l'introduction de nouvelles molécules.
Pour aider au fonctionnement du système de santé et assurer la continuité des soins pour les personnes atteintes de tuberculose résistante aux médicaments, MSF travaille depuis près de quatre ans dans la ville de Buenaventura et intervient aujourd'hui au sein de deux établissements de santé dans la ville. Les équipes supervisent également les activités des 15 postes médicaux qui prennent en charge la tuberculose sensible.
En 2012, MSF importe pour la première fois un traitement contre la tuberculose résistante. Aujourd'hui et depuis plusieurs mois, l'équipe a lancé des initiatives de plaidoyer et des discussions avec les partenaires et autorités pour l'introduction de la bédaquiline (un nouveau médicament) en tant que traitement de compassion pour les patients extrêmement résistants.
Sur l'année 2013, 218 nouveaux patients atteints de tuberculose sensible ont initié un traitement et 47 patients ont été inclus dans le programme de traitement de la tuberculose résistante ou multi-résistante. Le dispositif de diagnostic GenXpert a permis de détecter 223 cas positifs de tuberculose parmi 813 tests réalisés.
Au cours de l'année 2013, des relations encourageantes ont été engagées avec les assureurs privés (fournisseurs de services de santé - EPS et ESE) pour initier l'achat de médicaments pour la tuberculose résistante et l'organisation de la thérapie administré directement (méthode DOTS). En parallèle, le protocole de dépistage de la tuberculose pédiatrique et le traitement des cas de coïnfection VIH / TB ont été mis en place.
Depuis début 2014, l'équipe prépare une stratégie de sortie en vue de la fermeture de la mission prévue d'ici la fin de l'année. Ce processus comprend notamment la négociation avec les partenaires et les autorités aux niveaux local et national, pour assurer la continuité de la prise en charge des patients.

Veille épidémiologique et missions exploratoires

MSF poursuit ses activités de veille sanitaire et d'évaluation des besoins humanitaires, notamment auprès des populations les plus vulnérables, dans les zones urbaines et rurales, notamment là où un accès aux soins de santé appropriés est limité.
Au cours de l'année 2013, MSF a réalisé une mission exploratoire autour de l'offre de soins maternels et néonatals dans le département du Chocó (Baudo) et une évaluation de la situation humanitaire et des soins médicaux dans la région de San Juan, pour intervenir en cas de situations d'urgence.

Dépenses 2013 : 1 1792 000 euros *Financement : 100 % privés* *Equipe 2013 : 9 expatriés et 46 locaux*	*Le Centre opérationnel de Barcelone travaille aussi en Colombie (départements de Caquetá, Cauca, Nariño).* *Première intervention MSFF en 1985. MSFF travaille à Buenaventura depuis 2007.*

CONGO BRAZZAVILLE

Depuis novembre 2009, MSF travaillait dans le district de Bétou, dans le nord-est du Congo-Brazzaville, suite à l'arrivée de plusieurs dizaines de milliers de réfugiés fuyant les combats dans la région de l'Equateur en République démocratique du Congo (RDC). Nos équipes ont soutenu l'hôpital de Bétou et plusieurs centres de santé de la zone durant ces quatre dernières années pour offrir une prise en charge médicale à la population du district et ce, jusqu'au retour progressif des réfugiés vers la RDC. MSF a également répondu aux urgences médicales qui ont frappé le pays.

Contexte

Le secteur de la santé fait partie des investissements les plus importantes par les autorités congolaises depuis deux ans. Le paludisme, le choléra et les maladies à potentiel épidémique comme la poliomyélite restent des problèmes de santé publique au Congo. En début d'année 2013, le pays a d'ailleurs dû répondre à une nouvelle épidémie de choléra dans la ville de Pointe Noire. La couverture vaccinale de certaines maladies reste un des points faibles du pays ainsi que le manque de personnels de santé, notamment dans le nord, qui reste extrêmement isolé.
MSF est revenu dans le département de la Likouala en novembre 2009, dans le nord-est, lors de l'arrivée massive de réfugiés fuyant des affrontements dans la province de l'Equateur, en RDC.
Avec l'accord signé entre les deux Congos (Congo Brazzaville et République Démocratique du Congo) et l'UNHCR (Haut Commissariat des Nations-Unies pour les réfugiés), le retour de ces réfugiés s'est accéléré en 2013. En raison de l'amélioration de la situation et du retour chez eux d'un grand nombre de Congolais, MSF a mis fin à son programme de Bétou en juin 2013. Aucun autre programme n'a vu le jour et MSF a fini par mettre un terme à ses activités dans le pays en mars 2014.

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 République démocratique du Congo. L'affluence de plus de 140 000 réfugiés a fait peser un poids démographique non négligeable sur la population de la Likouala et a eu aussi des conséquences au niveau sanitaire. MSF a apporté un soutien à l'hôpital et aux structures de santé de la zone afin de répondre à l'accroissement soudain de populations et des besoins de santé. 450 patients ont été admis chaque mois à l'hôpital. MSF a collaboré aussi aux programmes congolais de lutte contre la tuberculose, le VIH, la lèpre, ainsi qu'à la prévention de la transmission du virus du VIH/sida de la mère à l'enfant. Les activités vaccinales étaient un pan d'activités très important. De janvier à mai 2013, 97 500 vaccins ont été dispensés contre le tétanos, l'hépatite B, la rougeole, entre autres.
Le processus de rapatriement engagé en 2012 s'est poursuivi toute l'année 2013. Avec le retour des réfugiés en RDC, MSF a décidé de fermer le programme de Bétou en juin 2013.

Campagne d'éradication du pian parmi les populations pygmées

Au mois de septembre 2012, une étude de prévalence du pian (infection bactérienne contagieuse qui provoque des lésions cutanées et de possibles handicaps à terme et touche principalement les enfants) a été réalisée au sein de la population pygmée akas qui vit dans les zones reculées de la forêt au nord du pays, à la frontière avec la République centrafricaine et le Cameroun. Pour la première fois MSF a mis en œuvre les nouvelles recommandations de l'OMS pour le traitement universel du pian à dose unique d'azitromycine visant l'éradication de la maladie dans le monde. L'équipe a ciblé les zones reculées de la forêt tropicale où le pian est endémique. Trois passages ont été nécessaires pour couvrir toute la population akas. Le dernier passage a eu lieu en mai 2013. 22 414personnes ont été traitées.

Réponse à l'épidémie de choléra à Pointe Noire

Une intervention d'urgence contre le choléra a commencé à Pointe Noire en novembre 2012 et a pris fin en mai 2013. En plus de l'ouverture d'un centre de traitement du choléra à l'hôpital Loandjili et de cinq centres de réhydratation, MSF a formé le personnel médical et a aidé les autorités à mettre en œuvre des mesures préventives. Près de 1000 personnes ont été traitées de la maladie.

Dépenses 2013 : 1 420 000 euros *Financement : 100 % privés* *Equipe 2013 : 9 expatriés et 90 locaux*	*Aucun autre centre opérationnel MSF présent dans le pays.* *MSF était présent au Congo Brazzaville de 1997 à 1998 puis de 1999 à 2005.*

COTE D'IVOIRE

MSF s'était retiré des hôpitaux d'Abidjan, capitale de la Côte d'Ivoire, après le conflit post-électoral de 2011, mais a maintenu ses activités dans l'ouest du pays jusqu'au début de l'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 postnataux). MSF a donc décidé de s'impliquer dans les soins de santé materno-infantile en 2014. La région centrale du Hambol avec le Centre Hospitalier Régional de Katiola a été retenue pour mettre en place ce nouveau projet, innovant.

Contexte

La Côte d'Ivoire connaît une relative stabilité socio-politique, mais de nombreux défis restent à relever aux niveaux politique, sécuritaire et économique. La réconciliation nationale dépend beaucoup de l'issue du procès de Laurent Gbagbo, l'ancien président, à la Cour Pénale Internationale, mais également du processus de désarmement des ex-combattants. De nombreux acteurs internationaux ont choisi de rester présents dans la perspective des élections présidentielles fin 2015 avec un risque majeur de déstabilisation.
Sur le plan sanitaire, les années de crise ont ébranlé le système de santé ivoirien avec pour conséquence une répartition inégale du personnel de santé dans le pays et un plateau technique vieillissant. Le manque de personnel de santé persiste avec un médecin pour 10 000 habitants et peu de lits d'hospitalisation. La santé materno-infantile est prioritaire pour le ministère ivoirien de la santé en raison de l'augmentation de la mortalité maternelle entre 2005 et 2012. En 2014, les mesures de gratuité ciblée pour les pathologies les plus fréquentes chez les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes seront maintenues même si les problèmes de dysfonctionnements persistent.

Activités

Projet de santé maternelle à Katiola

MSF ouvrira en 2014 un nouveau projet de santé materno-infantile dans la région du Hambol, située au centre de la Côte d'Ivoire, qui compte 417 271 habitants. L'hôpital régional de référence est celui de la ville de Katiola (Centre Hospitalier Régional) d'une capacité de 90 lits. On y trouve les services de base en médecine, pédiatrie, maternité et chirurgie générale. Le plateau technique est vétuste et inadapté. Le taux d'occupation des lits était faible en 2012 (33%) et les urgences obstétriques et néonatales y sont peu prises en charge.
De manière générale, de nombreuses femmes accouchent à domicile avec l'aide d'accoucheuses traditionnelles ce qui augmente les risques de mortalité maternelle lors de complications ou de grossesses difficiles. Le taux de mortalité maternelle, bien qu'inconnu dans la région, est certainement élevé comme dans le reste du pays.
L'objectif du projet de santé materno-infantile à Katiola est de contribuer à améliorer la santé des femmes et des nouveaux nés dans la région en prenant en charge les urgences gynéco-obstétricales et néonatales. Le projet comportera également un volet formation de certains membres du personnel national.
Un accord cadre a été signé en avril 2014, les travaux de construction et d'extension de l'hôpital de Katiola se poursuivent et permettent d'espérer un lancement des activités médicales avant la fin de l'été 2014.

Dépenses 2013 : 1 024 000 euros *Financement : 100 % privés* *Equipe 2013 : 7 expatriés et 62 locaux*	*Autre centre opérationnel MSF présent dans le pays : centre opérationnel de Bruxelles (centre de formation)* *MSF est présent dans le pays depuis 1990.*

ETHIOPIE

En Ethiopie, depuis fin 2009, le projet MSF de Mattar a fourni des soins de santé aux populations isolées de la zone de Wanthoa dans la région de Gambella. Ces activités à Mattar ont été transférées par MSF 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 ont d'abord été focalisées sur la prévention et le traitement de la malnutrition sévère, avant d'être élargies à l'accès à des soins de santé primaires de qualité dans les camps de Bambasi et Tongo.

Contexte

Le décès, en août 2012, du premier ministre éthiopien 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.
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. En 2013, l'Ethiopie accueillait plus de 400 000 refugiés venant des pays de la région. L'intensification des combats entre les rebelles du Mouvement de libération du peuple soudanais et l'armée soudanaise dans la région du Nil Bleu à partir de septembre 2011 a entraîné des mouvements de refugiés vers la région de Benishangul-Gumuz, dans l'ouest de l'Ethiopie.
Récemment, le conflit au Soudan du Sud a poussé des dizaines de milliers de personnes à se refugier dans la région de Gambella.
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. Le pays a connu une forte réduction de la mortalité infantile et de la mortalité maternelle, mais ses capacités de préparation et de réponse aux urgences restent encore limitées.

Activités

Assistance aux réfugiés soudanais dans la région de Benishangul-Gumuz

La majorité des réfugiés soudanais sont répartis dans les trois camps de Sherkole, Tongo et Bambasi, administrés par l'agence gouvernementale pour les réfugiés (ARRA). MSF a conclu, en juin 2012, un accord avec l'ARRA pour travailler dans le 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.
En juin 2012, MSF a commencé à apporter une assistance nutritionnelle aux réfugiés du camp de Bambasi. Dès le départ, l'objectif était de réduire la mortalité infantile en diminuant l'impact de la malnutrition. Les équipes se sont ainsi concentrées sur la prévention et la prise en charge de la malnutrition à travers un programme de distribution alimentaire et un soutien aux autorités pour le traitement des enfants. En l'espace de quelques mois, le statut nutritionnel et l'état de santé des enfants se sont nettement améliorés. MSF s'est également impliqué dans l'offre de soins de santé primaires dans les camps de Bambasi, de Tongo et d'Ashura pour une courte période. En 2013, les équipes ont organisé 23 173 consultations dans ces trois camps.

Assistance aux réfugiés à Raad dans la région de Gambella

En juillet 2013, suite à des tensions ethniques au Soudan du Sud, près de 3000 réfugiés sont arrivés à Raad en Ethiopie, à quelques encablures de la frontière. MSF a rapidement débuté son assistance tant auprès des refugiés que de la population locale. Pendant sept mois, MSF fut le seul acteur en mesure d'apporter un accès aux soins de santé et un appui nutritionnel aux réfugiés, jusqu'à ce qu'ils soient transférés vers le camp de Okugo.

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

De novembre 2009 à juin 2013, MSF a travaillé à Mattar en collaboration avec les autorités sanitaires éthiopiennes pour améliorer l'accès aux soins des populations isolées de la zone. En l'espace de plus de trois ans, les équipes MSF ont soutenu et géré le service des consultations externes, le service d'hospitalisation, la maternité et le service d'hospitalisation du centre de santé de Mattar. En 2013, en l'espace de 6 mois, les équipes ont réalisé 33 144 consultations et ont admis 642 patients dans le service de médecine interne.
En juin 2013, les activités ont été transférées aux autorités éthiopiennes.

Dépenses 2013 : 2 011 000 euros *Financement : 28 % de fonds institutionnels, 72 % de fonds privés* *Equipe 2013 : 14 expatriés, 278 locaux*	*Autres centres opérationnels MSF présents dans le pays : celui d'Amsterdam et celui de Barcelone (en Ahmara, Oromia, SNNPR et dans la région somalienne).* *MSF est présent en Ethiopie depuis 1984*

GEORGIE ABKHASIE

En Géorgie, MSF se propose d'introduire de nouveaux médicaments contre la tuberculose multi résistante (TB-MDR) et, à terme, d'initier un essai clinique sur un nouveau protocole de traitement de la TB-MDR.
A Soukhoumi, en Abkhazie (entité située à l'Ouest de la Géorgie), MSF mène un programme de prise en charge de la tuberculose. Depuis 2006, nos équipes concentrent leurs efforts sur les cas multi-résistants.
A Soukhoumi également, MSF mène des activités médico-sociales pour des personnes âgées et/ou vulnérables.

Contexte

La tuberculose, maladie très contagieuse, tue près d'un million de personnes par an dans le monde. Le traitement est très difficile, comporte de nombreux effets secondaires et implique la prise de multiples médicaments pendant plusieurs années.
En Géorgie, des centaines de nouveaux cas de tuberculose sont dénombrés chaque année, notamment des cas résistants aux médicaments (TB-MDR).
En Abkhazie, la tuberculose continue, là-aussi, de se propager. C'est particulièrement vrai pour les formes multi (MDR) - voire ultra (X-DR) - résistantes qui atteignent une proportion inquiétante chez les patients nouvellement diagnostiqués. De plus, parmi ces malades, beaucoup souffrent d'autres pathologies (VIH-Sida, hépatite, etc.) ainsi que de l'abus de substances (alcool, héroïne, etc.) qui compliquent encore le traitement.
Les capacités des autorités de santé abkhazes sont hélas fortement limitées par la faiblesse de l'économie locale, l'insuffisance des ressources humaines et le manque de contact et de soutien de la part de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), du Fonds mondial pour la tuberculose, le paludisme et le sida et des autres organismes internationaux.

Activités

Prise en charge de la tuberculose multi-résistante à Soukhoumi (Abkhazie)
Ce programme MSF a démarré à la fin des années 90. Au fil du temps, la capacité de prise en charge des autorités sanitaires nationales s'étant améliorée, MSF a décidé, en 2006, de concentrer ses efforts sur la prise en charge de la tuberculose multi-résistante (TB-MDR).
A compter de 2010, le principal objectif était 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. Aujourd'hui, MSF prépare la passation définitive de ses activités au ministère de la santé géorgien pour l'été 2014.
En 2013, 33 patients TB-MDR ont rejoint la cohorte MSF et 28 patients (admis les années précédentes) ont achevé leur traitement. Au total, entre 2001 et 2013, MSF a pris en charge 359 malades.

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 un essai clinique sur un nouveau protocole de traitement de la tuberculose multi-résistante.
En 2014, une centaine de patients souffrant de la TB-MDR devraient bénéficier de ces essais à Tbilissi.

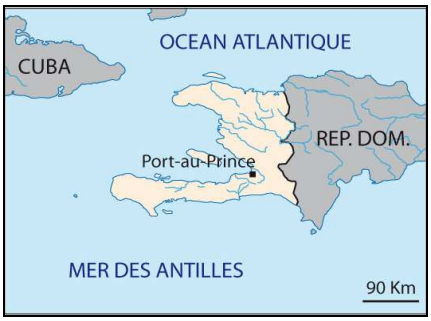
Accès aux soins pour les personnes vulnérables de Sokhoumi (Abkhazie)
Depuis 1993, MSF porte assistance aux personnes vulnérables et isolées d'Abkhazie. Nos patients sont généralement des personnes âgées de 70 ans et plus, souffrant de pathologies graves, aiguës, chroniques; vulnérables, confinées chez elles, alitées, isolées et dépourvues de moyens de subsistance.
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, des soins ophtalmologiques et une assistance administrative essentielle.
Fin 2013, une cinquantaine de personnes bénéficiaient de ce soutien.

Dépenses 2013 : 822 000 euros *Financement : 100 % de fonds privés* *Equipe 2013 : 3 expatriés, 37 locaux*	*Aucun autre centre opérationnel MSF dans le pays.* *MSF est présent depuis 1993 en Géorgie.*

HAÏTI

En Haïti, après le séisme du 12 janvier 2010, MSF a multiplié ses efforts pour répondre aux besoins de la population. Plus de trois ans après cette catastrophe, la lenteur du redressement laisse de nombreux Haïtiens dans une extrême précarité. En mai 2011, MSF a ouvert l'hôpital de Drouillard dans la commune de Cité Soleil (Grand Port-au-Prince). Depuis début 2013, l'activité est centrée sur la prise en charge des urgences traumatologiques et notamment le traitement des grands brûlés.
Une épidémie de choléra a frappé plus de 680 000 personnes depuis octobre 2010 dont environ un tiers ont été soignées par MSF (toutes sections confondues). MSF continue aujourd'hui d'adapter sa réponse aux fluctuations saisonnières de l'épidémie en renforçant ou complétant le dispositif sanitaire haïtien.

Contexte



Les tensions socio-économiques et le manque de gouvernance compliquent les efforts de reconstruction du pays. Le risque d'instabilité politique est bien réel, au vu de la faiblesse des institutions et des disputes autour des élections législatives et locales pour la fin 2014 et des prochaines élections présidentielles prévues pour 2015. Le pays doit aussi faire face à de nombreux défis et difficultés économiques, l'aide internationale s'étant clairement désengagées cette dernière année. Le mécontentement social est croissant, et la situation sécuritaire demeure fragile à Port-au-Prince où la criminalité et la corruption restent d'actualité. La présence des forces de la mission de stabilisation des Nations unies en Haïti (Minustah) est continuellement critiquée, même si elle demeure encore nécessaire au maintien de la sécurité.
Sur le plan sanitaire, les structures médicales publiques restent peu nombreuses et dysfonctionnelles. Les retards dans le déblocage des fonds et la concrétisation de projets pourtant planifiés prolongent la dépendance des services publics aux acteurs humanitaires, notamment en matière d'accès aux soins. A cela s'ajoute un manque de ressources humaines et matérielles nécessaires au fonctionnement de ces structures neuves ou rénovées.
Le choléra reste une menace pour la population. Sans une amélioration significative de l'approvisionnement en eau potable et de l'assainissement, chaque nouvelle saison des pluies risque désormais de déclencher de nouvelles flambées épidémiques auxquelles les infrastructures sanitaires locales n'ont ni les moyens ni la volonté de faire face. Les autorités sanitaires haïtiennes ont élaboré un plan décennal d'élimination du choléra pour un coût global de 2,2 milliards de dollars qui restent toutefois à trouver.

Activités

Hôpital de Drouillard

En janvier 2013, afin d'améliorer la qualité médicale et de rationaliser l'offre de soins, MSF a réorganisé et restructuré l'hôpital de Drouillard pour se concentrer sur la traumatologie et intégrer un service de 31 lits destinés aux brûlés. 13 266 urgences chirurgicales ont été effectuées en 2013 dont 35% sont des accidentés de la route, 25% sont dues à des accidents domestiques et 20% à la violence.
L'activité de l'unité des brûlés représente 37% des actes chirurgicaux réalisés à Drouillard et 40% de nos patients sont des enfants de moins de 5 ans. MSF est l'unique acteur à prendre en charge les brûlés dans le pays. Cette pathologie n'est pas une priorité pour le ministère haïtien de la santé étant donné le coût élevé de la prise en charge, même s'ils reconnaissent des besoins immenses. L'expertise de MSF est reconnue dans ce domaine et l'objectif est de transformer l'unité des brûlés de Drouillard en un centre spécialisé sur un autre site.
La question de maintenir ou pas une activité orthopédique dans l'hôpital a été abordée. Pour laisser la place au programme « brûlés » et le mener dans les meilleurs délais et conditions, il a été décidé d'interrompre les urgences au sein de l'hôpital Drouillard dans un premier temps, tout en maintenant le suivi des patients en orthopédie le temps de leur guérison complète ainsi que l'accueil des patients brûlés jusqu'à l'ouverture d'un nouveau centre.

Réponse à l'épidémie de choléra

De fin octobre 2010 (date du début de l'épidémie) à fin septembre 2013, 680 820 cas de choléra et 8 307 décès ont été enregistrés dans le pays. En 2013, MSF (toutes sections confondues) a soigné 9 913 patients (contre 23 305 en 2012) dont 1 612 à Drouillard (contre 3 874 en 2012). MSF conserve au sein de l'hôpital de Drouillard une unité de traitement pouvant être rapidement transformée en centre d'une capacité de 130 lits.
La possibilité de contribuer aux efforts de prévention par le biais d'une campagne de vaccination reste également une option envisagée dans les zones rurales de l'Artibonite. Cependant les difficultés rencontrées rendent ce projet de plus en plus abstrait.

Dépenses 2013 : 9 477 000 euros *Financement : 100 % de fonds privés* *Equipe 2013 : 32 expatriés, 540 locaux*	*Autres centres opérationnels MSF présents : celui de Bruxelles, celui d'Amsterdam et celui de Genève.* *Présent dans les années 1990, OCP est revenu en Haïti avec le cyclone Jeanne et les violences politiques sur Port-au-Prince en 2004.*

IRAN

En Iran, depuis avril 2012, MSF dirige à Téhéran (la capitale) une structure de soins de santé primaires, dans le quartier de Darvazeh Ghar, l'un des plus pauvres de la ville. Le centre MSF s'adresse aux populations privées d'accès aux soins, et en particulier aux personnes les plus à risques, comme les usagers de drogue ou les prostituées. MSF travaille en réseau avec les autorités et les partenaires locaux pour apporter une offre de soins complète intégrant les volets sociaux, psychologiques et médicaux.

Contexte

Le président Hassan Rohani a remporté haut la main les élections de juin 2013 et a rapidement montré son intention de limiter l'impact déjà très lourd des sanctions sur l'économie iranienne, en renouant le dialogue avec la communauté internationale.
Le secteur de la santé est loin d'être épargné. Les dépenses de santé représentaient en 2013 plus du tiers du budget familial, avec des prix grimpant de près de 40%. Les soins de santé sont devenus encore moins accessibles aux populations les plus vulnérables. C'est le cas notamment des réfugiés à statut précaire et des personnes à risque tels que les usagers de drogue, les prostituées ou les enfants des rues.
Avec l'un des taux d'addiction les plus élevés au monde (1,3 million de personnes, soit 2.26% de la population adulte - Source UNODC, United Nations Office on Drugs and Crime), les autorités iraniennes ont pris des mesures drastiques en matière de réduction des risques et de prévention du VIH/sida auprès des usagers de drogue – avec par exemple la mise en place de programmes de substitution à la méthadone ou d'échange de seringues. En dépit de cette politique progressiste et pionnière dans la région, la répression à l'égard des usagers de drogue est très dure. Ils sont criminalisés, socialement stigmatisés et restent par conséquent pour la plupart en marge du système de santé public. L'impact sur les maladies épidémiques comme le sida, la tuberculose, les maladies sexuellement transmissibles ou les hépatites est important. Le ministre iranien de la santé, le Dr Hassan Ghazizadeh Hashemi, déclarait le 1er décembre 2013, à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le VIH/sida, que le nombre de personnes séropositives a augmenté de 80% en Iran au cours des dix dernières années et que près de 70% d'entre elles ne connaissent pas leur statut.
Selon les autorités, l'Iran accueille plus de 850 000 réfugiés régularisés, Afghans pour la plupart. Grace à un accord entre le Haut Commissariat des Nations-Unies pour les Réfugiés (HCR) et les autorités iraniennes, 25% d'entre eux bénéficient d'une assurance maladie couvrant l'ensemble de leurs frais médicaux. En revanche, ceux qui ne bénéficient pas du programme du HCR, tout comme les réfugiés non régularisés n'ont pas les moyens de se soigner correctement.
Au-delà de la question de l'accès aux soins des populations les plus vulnérables, les besoins humanitaires en Iran sont aussi liés au risque de catastrophes naturelles. En 2013, MSF a fait une donation de médicaments et de matériel médical suite au séisme de Borazjan et pourra le cas échéant apporter une aide spécialisée dans le but de renforcer les capacités des structures hospitalières iraniennes.

Activités

Centre de santé de Darvazeh Ghar à Téhéran

Grâce à un travail actif de mise en réseau avec les partenaires locaux (associations, centres sociaux, cliniques, drop-in centres…) et le renforcement du lien avec la communauté via l'équipe de travailleurs sociaux, le programme mis en place à Téhéran fin avril 2012 atteint désormais sa population-cible, c'est-à-dire les personnes les plus à risques de transmission des maladies infectieuses (VIH, tuberculose, Hépatite C, Maladies sexuellement transmissibles…). L'équipe MSF accueille en moyenne 800 personnes en consultation chaque mois. En septembre 2013, le programme s'est doté d'un volet santé mentale qui accueille plus de 30 nouveaux patients par mois.

Participation au 6ème Congrès international sur la médecine d'urgence et de catastrophe

Du 5 au 7 février 2014, la capitale iranienne accueillait le 6ème Congrès international sur la médecine d'urgence et de catastrophe. Médecins Sans Frontières était la seule organisation non-gouvernementale internationale invitée à partager son expertise médicale et humanitaire en réponse aux catastrophes naturelles. Les représentants de MSF présents au Congrès de Téhéran ont ouvert des opportunités de collaboration avec les autorités iraniennes en matière d'évaluation rapide des besoins, de plan de préparation aux urgences et de coordination de la réponse humanitaire globale.

Missions exploratoires

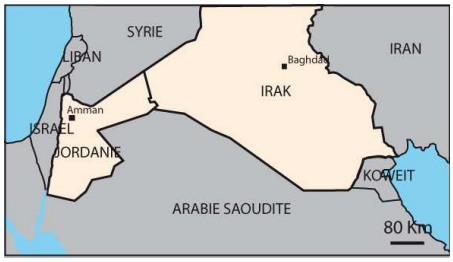
Enfin, plusieurs missions exploratoires ont été menées dans l'est du pays pour identifier des pistes potentielles d'intervention en lien avec la situation en Afghanistan et le risque éventuel d'un nouvel afflux de réfugiés après le retrait des troupes de l'OTAN fin 2014.

Dépenses 2013 : 994 000 euros *Financement : 100 % de fonds privés* *Equipe 2013 : 4 expatriés, 27 locaux*	*Aucun autre centre opérationnel MSF présent dans le pays.* *MSF travaille en Iran depuis 1990*

JORDANIE/IRAK

En Jordanie, le programme de chirurgie reconstructrice d'Amman fournit à la fois des soins de chirurgie, de physiothérapie et un accompagnement psychosocial pour les victimes de conflits en provenance de plusieurs pays de la région.
MSF vient également en aide aux réfugiés syriens avec plusieurs programmes. En plus de la part importante de Syriens dans le programme de chirurgie reconstructrice d'Amman, MSF a mis en place un hôpital pédiatrique dans le camp de réfugiés de Zaatari. Une structure de soins comprenant une maternité et un service de pédiatrie néo-natale a également été ouverte à Irbid où sont proposées des consultations pédiatriques pour les réfugiés venus des villes syriennes. Enfin, dans le Kurdistan irakien, MSF a ouvert un dispensaire afin de fournir les premiers soins de santé ainsi qu'un soutien psychologique aux réfugiés syriens des camps de Kawargosk et de Darashakran.

Contexte



Jordanie
Depuis 2011, les pays arabes subissent une augmentation des troubles et de la violence. Dans la région, l'accès à des soins de chirurgie reconstructrice est limité et, pour beaucoup de patients dont les blessures ont été mal ou partiellement soignées ou qui ont été négligées, la chirurgie reconstructrice est nécessaire. MSF aide les victimes de violences grâce au programme de chirurgie reconstructrice d'Amman.
Depuis 2011, la Jordanie a vu affluer un grand nombre de réfugiés syriens. Au 4 mai 2014, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) estime que le nombre de réfugiés syriens présents en Jordanie s'élève à presque 600 000 (mais si l'on compte les individus non recensés, ces chiffres sont plus élevés). Bien que le camp de Zaatari, qui héberge environ 100 000 réfugiés, soit actuellement le deuxième plus grand camp de réfugiés au niveau mondial, environ 80 % des réfugiés syriens en Jordanie vivent dans des communautés d'accueil à l'extérieur des camps. Le système de santé et les infrastructures sanitaires de Jordanie s'en trouvent ainsi saturés.
Le gouvernorat d'Irbid présente l'une des concentrations de réfugiés syriens les plus élevées du pays à l'extérieur des camps. Au 4 mai 2014, l'UNHCR estime leur nombre à 138 000. Une évaluation, menée par MSF en mai/juin 2013 concernant leur situation sanitaire, montre un besoin au niveau des maternités et des soins pédiatriques, en particulier chez les réfugiés non recensés.

Irak
Les violences que connaît l'Irak depuis 2003 ont généré un grand nombre de blessés, dont une grande partie a toujours des difficultés à accéder aux soins ou ne peut pas se le permettre. L'accès à la chirurgie reconstructrice est particulièrement difficile. Les violences continuent et, selon la Mission d'Assistance de l'ONU pour l'Irak (UNAMI), en 2013, le nombre de civils ayant été blessés s'élève à près de 18 000.
Par ailleurs, la crise syrienne a eu des répercussions en Irak, avec plus de 220 000 réfugiés syriens recensés dans le pays, la majorité d'entre eux se trouvant dans la région kurde (d'après les chiffres de l'UNHCR au 30 avril 2014).

Activités

Programme de chirurgie reconstructrice d'Amman (Jordanie)

Le programme de chirurgie reconstructrice d'Amman offre toute une gamme de soins, y compris des opérations chirurgicales relevant de trois spécialités - chirurgie orthopédique, maxillo-faciale et plastique - afin de traiter des cas souvent très complexes. Des soins de physiothérapie et un accompagnement psychosocial sont également proposés, si nécessaire, ainsi qu'un hébergement pendant toute la durée de séjour du patient.
Depuis son lancement en 2006, le programme a accueilli plus de 3 000 patients venus d'Irak, du Yémen, de Gaza, d'Égypte, de Libye et de Syrie.
La population visée par ce programme se compose de personnes vivant dans des régions touchées par la guerre, les conflits ou la violence armée. Étant donné la complexité des cas et le difficile accès des patients aux soins de chirurgie reconstructrice dans leur pays d'origine, ceux-ci sont envoyés vers ce programme. C'est le cas également des patients négligés, c'est-à-dire qui peuvent avoir reçu un traitement initial totalement insuffisant par rapport à la gravité de leurs blessures et qui ont besoin de recourir à de la chirurgie reconstructrice.
La priorité est donnée aux patients venant de pays où MSF n'a pas la possibilité d'intervenir et où la violence limite l'accès aux soins. En 2013, 559 patients ont été intégrés au programme (y compris les patients entrant pour une opération chirurgicale complémentaire). Parmi les patients soignés en 2013, 42 % étaient Syriens. En 2013, 1 378 opérations chirurgicales ont été réalisées au total. Des soins de physiothérapie sont également prodigués aux patients participant au programme. En 2013, 23 868 séances de physiothérapie ont été proposées. Pour le premier trimestre 2014, 6 257 séances ont été proposées.
Un centre de consultation externe a également été mis en place à Amman, pour les réfugiés syriens. En 2013, 2972 consultations ont été données et 166 au premier trimestre 2014.

Réseau de médecins

En Irak, au Yémen et en Jordanie, un réseau de médecins adresse les patients ayant besoins de soins vers le programme d'Amman. Ces médecins identifient les personnes selon des critères chirurgicaux. Ils préparent et envoient les dossiers médicaux des patients à Amman, organisent le voyage des personnes choisies et assurent leur suivi post-opératoire lorsque les patients sont de retour dans leur pays d'origine.
Des donations, en Irak, sont également coordonnées à travers ce réseau, y compris l'aide octroyée au centre de toxicologie de Bagdad et les dons de poches de sang envoyées à Kimadia (la structure nationale en charge de la gestion des médicaments en Irak).

Transfert vers l'hôpital Al-Mowasah (Jordanie) :

Le programme de chirurgie reconstructrice d'Amman sera transféré dans une nouvelle structure au sein de l'hôpital Al-Mowasah. Le transfert est prévu pour octobre 2014 et a pour but d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins et d'augmenter les capacités techniques et la portée du programme. Ce pourra être l'occasion d'intégrer de nouvelles spécialités chirurgicales.

Camp de réfugiés de Zaatari (Jordanie)

En mars 2013, MSF a mis en place un hôpital pédiatrique ouvert 24h/24 pour les enfants âgés de 1 mois à 10 ans. La structure comprend 30 lits en interne, dont 3 lits d'urgence. Un service externe a également ouvert en avril 2013. Les affections médicales les plus fréquemment rencontrées sont la diarrhée et des infections des voies respiratoires.

En septembre 2013, du fait de la réduction du nombre de cas, l'une des deux salles a été fermée et les effectifs ont été réduits. Le programme a pris fin le 22 novembre 2013. Cette décision a été prise car il a été estimé que d'autres acteurs couvraient suffisamment les besoins sanitaires du camp. Les structures de MSF n'ont pas été démontées et son personnel a suivi la situation pour évaluer tout besoin sanitaire à venir sur le camp.

En mars 2014, les structures de Zaatari ont été louées au centre opérationnel MSF d'Amsterdam pour servir d'extension aux structures de soins post-opératoires de son programme chirurgical de Ramtha, en Jordanie.

Hôpital pédiatrique et maternité d'Irbid (Jordanie)

Ce programme a été lancé en octobre 2013 et propose une maternité et des soins pédiatriques. Il s'adresse aux réfugiés syriens vivant dans les communautés d'accueil aussi bien qu'aux citoyens jordaniens vulnérables.

Cet hôpital comprend une maternité de 11 lits, une unité néo-natale de 6 lits et offre des consultations pré et postnatales. Il fournit les services minimaux d'une maternité pour les femmes vulnérables, incluant les soins de base pour les urgences obstétriques et néonatales ainsi que des services de planning familial. Le dépistage des femmes présentant des grossesses à haut risque y est également pratiqué et celles-ci sont ensuite transférées vers d'autres infrastructures en capacité d'effectuer des césariennes.

Les consultations externes en pédiatrie ont également débuté en janvier 2014. Ce service prend en charge les traitements médicaux des patients externes et les traumatismes mineurs, les transferts vers d'autres infrastructures hospitalières, le traitement de maladies chroniques en cas de crise, le dépistage de la malnutrition et la réhydratation orale.

Erbil (Irak)

En septembre 2013, MSF a ouvert un dispensaire proposant un service des urgences et des consultations externes dans le camp de réfugiés de Kawargosk, dans la province d'Erbil, qui accueille 12 500 réfugiés syriens. Depuis janvier 2014, le dispensaire offre également des soins psychologiques. MSF travaille dans le Centre de soins de santé primaires du camp de Kawargosk, construit par le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés et officiellement géré par le département irakien de la santé. Depuis mars 2014, MSF fournit également des soins de santé primaires dans le camp de Darashakran, qui accueille 7500 réfugiés.

En septembre 2013, un dispensaire mobile a été mis en place dans le petit camp de Qushtapa et celui-ci a ensuite été confié au ministère irakien de la santé en décembre 2013. Pendant cette période, 2966 consultations ont été données.

Dépenses 2013 : 11 363 000 euros *Financement : 100 % de fonds privés* *Equipe 2013 : 29 expatriés, 208 locaux*	*Autres centres opérationnels MSF présents en Irak : centre opérationnel d'Amsterdam (programme réfugiés syriens), centre opérationnel de Barcelone et de Genève (coordination de projets en Irak)* *MSF est présent en Jordanie depuis 2006.*

KENYA

Au Kenya, MSF est investi dans la lutte contre le VIH/sida et la tuberculose à travers deux programmes : un dans le bidonville de Mathare, au cœur des quartiers est de la capitale Nairobi, et un autre dans l'ouest du pays, près du Lac Victoria, dans les villes d'Homa Bay et Ndhiwa. MSF prend également en charge les victimes de violences sexuelles dans les Eastlands (quartiers est de Nairobi).

Contexte

Si le Kenya a connu ces dernières années une amélioration de certains indicateurs sociaux et sanitaires, une très grande disparité existe entre les régions et à l'intérieur même des grandes villes. Ainsi, 60% des quatre millions d'habitants de la capitale Nairobi vivent dans des bidonvilles dans des conditions de grande précarité et avec un accès très limité aux soins médicaux.
Près de 1,2 million de Kenyans vivent avec le VIH, avec une prévalence de 6,9% pour les femmes et 4,4% pour les hommes (Source : Nations unies). Le pays a adopté en 2013 les nouvelles normes de traitement de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).
Dans le domaine de la tuberculose, le Kenya se classe au 10ème rang des pays les plus touchés par la maladie dans le monde et à la 3ème place en Afrique selon l'OMS. L'incidence moyenne est d'environ 290 pour 100 000 habitants par an. Plus inquiétant, le taux de patients atteints de tuberculose et testés pour une éventuelle tuberculose résistante (TB-MDR) atteint à peine 1% pour les nouveaux cas et 12% pour les per-sonnes sous traitement, montrant un taux de réponse insuffisant du système de santé.

Activités

Nairobi - Gratuité des soins pour la tuberculose et le VIH/sida dans les bidonvilles de Nairobi

Dans l'est de Nairobi, les quartiers d'Eastlands sont composés de banlieues pauvres et de bidonvilles rassemblant de plus 2 millions d'habitants vivant dans une situation d'extrême pauvreté.
Compte tenu de l'amélioration du système de prise en charge des patients VIH dans le pays et de la présence d'autres partenaires internationaux, la cohorte de patients suivis depuis 2001 par MSF pour le VIH a été transférée à la fondation AIDS Healthcare. Au cours de ces 12 années, MSF a soigné 8 955 personnes dont 5 424 sous antirétroviraux (ARV). En 2013, les équipes médicales ont continué la prise en charge de 1 933 patients souffrant de co-infection VIH/TB et en traitement de deuxième et troisième rang pour le VIH/sida.
Dans la clinique dite « Green House », les équipes MSF ont également traité 476 patients atteints de tuberculose et 40 de tuberculose résistante aux médicaments (DR- TB).
Une évaluation de la situation sanitaire dans les Eastlands est en cours pour identifier les besoins d'intervention, notamment en médecine d'urgence, et proposer de nouvelles actions de prise en charge des patients exclus des soins.

Nairobi - Prise en charge des victimes de violences sexuelles dans le bidonville de Mathare

Depuis 2008, les équipes médicales mènent un programme unique de prise en charge des victimes de violences sexuelles dans ce bidonville de Nairobi. En 2013, la clinique MSF a admis 1 622 nouveaux patients pris en charge avec un suivi médical et psychologique, en grande majorité des femmes, dont 60% de moins de 18 ans. Le développement du programme de sensibilisation communautaire et l'ouverture continue 24h/24 et 7j/7 entraîne une hausse permanente du nombre de personnes secourues. Depuis le début 2014, plus de 200 nouveaux cas sont traités chaque mois par nos équipes. En 2013, la clinique a par ailleurs soigné 450 patients souffrants de traumatismes divers : accidents, brûlures… Une évaluation de la situation a été réalisée en 2013 qui a conclu à sa pertinence et son efficacité, et une proposition d'expansion de cette activité sera faite en 2014.

Ndhiwa - Homa Bay - Maîtriser l'épidémie de VIH dans la province de Nyanza

Un nouveau programme de prévention de l'épidémie de VIH a été mis en place fin 2013. Il est basé sur les résultats de l'enquête épidémiologique réalisée par Epicentre (centre d'épidémiologie pratique de MSF) sur la population de Ndhiwa en 2012. Ils révèlent l'une des plus fortes incidence et prévalence au monde, avec une personne sur quatre séropositive et 2 nouvelles personnes sur 100 infectées chaque année. Avec le ministère kenyan de la santé et ses partenaires locaux et en s'appuyant sur les relais communautaires, l'accent est mis sur le dépistage et la mise sous traitement ARV plus précoce. Les équipes médicales prennent également en charge un programme d'appui aux services médicaux des hôpitaux de Homa Bay et Ndhiwa afin de réduire le taux élevé de mortalité des personnes hospitalisées, qui atteint 40% pour celles infectées par le VIH. Le programme a débuté en avril 2014 pour une période de 4 ans.
En 2013, MSF a poursuivi le processus de transmission de son programme VIH/sida de Homa Bay au ministère kenyan de la santé. Cette passation s'achèvera en 2015. Au total, plus de 25 000 personnes ont reçu des soins dans ce programme depuis 2001. A l'époque, c'était le 1er programme de traitement gratuit des patients souffrant du VIH au Kenya. 7 131 patients étaient suivis en 2013.

Dépenses 2013 : 4 631 000 euros *Financement : 3% de fonds institutionnels, 97% de fonds privés* *Equipe 2013 : 15 expatriés, 188 locaux*	*Autres centres opérationnels MSF présents dans le pays : Amsterdam, Bruxelles, Barcelone.* *MSF est présent au Kenya depuis 1987.*

LAOS

En République démocratique populaire du Laos, MSF a apporté un soutien obstétrique et néonatal et des soins pédiatriques aux enfants de moins de 5 ans dans 5 hôpitaux de district et 10 centres de santé de la province de Huaphan, l'une des plus pauvres du pays, où les taux de mortalité maternelle et infantile sont parmi les plus élevés du pays.
Toutefois, un certain nombre de difficultés nous ont amenés à mettre fin à ce programme en décembre 2013.

Contexte

Le gouvernement de la République démocratique populaire du Laos a réalisé de réels efforts pour améliorer le service public de santé. Toutefois, comme dans la plupart des pays en voie de développement, son utilisation demeure très faible en raison de divers facteurs : la distance, le coût du transport, la qualité des soins, les croyances ethniques et les traditions.
Le taux de mortalité maternel dans le pays est l'un des plus élevé d'Asie de l'Est et du Sud-Est, avec 375 décès pour 100 000 naissances. Plus de 90% des décès font suite à un accouchement à domicile, sans accès à des soins de santé.
La province d'Huaphan est la seconde plus pauvre du pays et connaît l'un des taux les plus élevés de mortalité maternelle et infantile. Comme dans d'autres provinces, on déplore un manque de personnel médical qualifié, notamment de médecins et de spécialistes. Seulement 18% des accouchements y sont effectués avec du personnel de santé formé, contre 38% dans l'ensemble du pays.

Activités

MSF a apporté un soutien obstétrique et néonatal et des soins pédiatriques pour les enfants de moins de 5 ans dans 5 hôpitaux de district et 10 centres de santé de la province de Huaphan. L'objectif de ce programme était de réduire la mortalité infantile et le nombre de décès survenant lors des grossesses et des accouchements.
Les équipes MSF ont travaillé dans les hôpitaux et centres de santé des districts de XiengKhor, Sop Bao, Ett, Xamtai et Kuan. Le programme comprenait également la mise en place d'équipes médicales mobiles permettant d'atteindre les communautés les plus isolées géographiquement et les plus précaires de la province ; l'amélioration des structures de laboratoire et de pharmacie de la zone, ainsi que les infrastructures électriques et de sanitation, l'accès à l'eau et aux centres de soient étant plus mauvais que ceux de la moyenne nationale.

Mais MSF a constaté que le faible taux de fréquentation des structures de soins, la dispersion des centres de santé dans la province, tout comme les difficultés à recruter du personnel laotien qualifié et à importer les médicaments nécessaires empêchaient d'atteindre les résultats attendus, tant en termes de soins à apporter à la population qu'en matière de formation du personnel local.
Décision a donc été prise de mettre fin à ce programme en décembre 2013. MSF continue toutefois d'entretenir de bonnes relations avec le ministère laotien de la santé.

Dépenses 2013 : 1 041 000 euros *Financement : 1 % fonds institutionnels et 99 % fonds privés* *Equipe 2013 : 9 expatriés, 37 locaux*	*Pas d'autre centre opérationnel MSF présent dans le pays* *MSF était préalablement intervenu au Laos de 1990 à 2000*

MADAGASCAR

A Madagascar, depuis avril 2011, MSF a appuyé les services d'hospitalisation, les consultations prénatales, la maternité, la salle de soins et les urgences de l'hôpital de Bekily afin d'améliorer la prise en charge hospitalière de cette zone isolée du sud de la grande île.
Compte tenu de la stabilité des indicateurs de santé, MSF a clôturé son intervention à Bekily et a transmis les activités au ministère de la santé fin avril 2014.

Contexte

La crise politique qui touche Madagascar depuis 2009 a entraîné des difficultés économiques et la dégradation du système sanitaire. Le défaut d'application des politiques de santé publique augmente le risque d'épidémie, et la faiblesse du système de surveillance épidémiologique met à risque la capacité de réaction rapide. Les réductions conséquentes du budget national de santé limitent notamment les affectations du personnel. Dans le sud du pays, le peu de ressources humaines qualifiées est d'autant plus criant du fait de l'insécurité et de l'isolement géographique.
Le manque de financements, l'éloignement de certaines structures de santé et l'état désastreux des routes entrainent une carence de produits médicaux et de médicaments pour la quasi-totalité des programmes de soins (programme élargi de vaccination, nutrition, paludisme, exemples constatés à Bekily).
Fin 2013, hormis quelques épisodes conflictuels, les élections présidentielles se sont déroulées sans incident majeur et le retour à la démocratie est timidement en cours. Néanmoins, les bailleurs de fonds internationaux qui avaient quitté le pays depuis le coup d'Etat de 2009 sont toujours réticents à investir et les quelques ONG présentes interviennent sur les zones côtières, sujettes aux cyclones.
Le sud de Madagascar est d'autant plus touché par les faiblesses du système qu'il est extrêmement isolé. Sur cette zone, seulement trois hôpitaux de deuxième niveau fonctionnent avec toutefois une qualité de soins relativement médiocre (mauvaises conditions d'hygiène dans les établissements, vétusté des bâtiments, manque d'appareillage et de matériel, etc.). Par ailleurs, compte tenu de l'enclavement caractéristique du sud du pays, quasiment la moitié de la population du district de Bekily habite à plus de 10 km d'une structure sanitaire.
Pourtant, malgré une situation sanitaire précaire, les indicateurs restent identiques depuis plusieurs années et le pays n'est pas dans une situation de crise humanitaire qui nécessiterait une intervention prolongée de MSF.

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.
En 2013, le volume d'activités à hôpital de Bekily a considérablement augmenté par rapport à l'année précédente, pour atteindre 12 033 consultations externes dont 8 585 pour paludisme simple, 778 hospitalisations pédiatriques, 1 088 hospitalisations en maternité, 894 accouchements, 1 173 patients traités pour schistosomiase et 487 vaccinations contre la rougeole. Cette augmentation s'explique en partie par un pic de paludisme beaucoup plus important et précoce qu'en 2012, mais aussi par une meilleure connaissance de l'existence du programme MSF par la population.
L'augmentation des cas de paludisme s'est traduite par une hausse du nombre de patients (les adolescents étant les plus affectés) mais la proportion de formes graves et la mortalité sont restées très faibles. La réponse opérationnelle des équipes s'est basée sur la mise en place de cliniques mobiles, adaptées à la géographie et au nombre de patients reçus par les centres de santé périphériques, pour organiser le transfert des cas graves vers l'hôpital et assurer une prise en charge adaptée.
Le nombre de patients hospitalisés dans l'établissement a augmenté de 50%, notamment en pédiatrie, ce qui nous a amenés à élargir la capacité d'accueil à 35 lits, avec une structure temporaire et la construction d'une petite zone d'isolement de trois lits, et à réorganiser l'hôpital afin de le rendre plus fonctionnel.
Par ailleurs, MSF a assuré l'hospitalisation des patients tuberculeux. 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 et acceptée fin 2012 par le Programme national de lutte contre la tuberculose. Notre soutien s'est concrétisé en 2013 avec une formation sur l'étalement des lames (biologie médicale) dans trois centres de santé, l'appui diagnostique pour les cas pédiatriques et extra-pulmonaires et le transport des lames à Tananarive pour le contrôle de qualité. Sur l'année, 70 patients ont été admis à l'hôpital de Bekily (12 patients seulement en 2012).
En décembre 2013, MSF a participé à la première distribution de masse de Praziquantel (traitement contre la schistosomiase) dans le district auprès d'environ 46 000 enfants entre 5 et 15 ans.
Après trois ans d'intervention dans le district et au vu de la stabilité des indicateurs, MSF a décidé de fermer le programme de Bekily. Les activités ont été transmises au ministère malgache de la santé qui assure la continuité des services de l'hôpital depuis fin avril 2014.

Dépenses 2013 : 1 422 000 euros *Financement : 100 % de fonds privés* *Equipe 2013 : 13 expatriés, 105 locaux*	*Aucun autre centre opérationnel MSF présent dans le pays.* *Première intervention MSF en 1987. Après un retrait du pays en 2005, MSF France y est revenu depuis 2011.*

MALAWI

Au Malawi, Epicentre (groupe d'expertise en épidémiologie pratique créé par MSF dans les années 80) a mené en 2013 une étude dans le district de Chiradzulu - où MSF et le ministère malawite de la santé fournissent depuis 2001 des traitements antirétroviraux (ARV). Les résultats ont confirmé l'efficacité des approches de décentralisation et de délégation des soins, couplées avec une supervision régulière, mises en œuvre par MSF. L'intégration des activités de soins MSF dans le système de soins national se poursuit, en vue d'une transmission du programme aux autorités de santé malawites.
En juillet 2013, MSF a également introduit le premier outil de mesure de charge virale « point-of-care » (c'est-à-dire sur le lieu des soins le jour même de la consultation) dans un centre de santé rural du district de Chiradzulu.

Contexte

Les efforts des autorités malawites et de la communauté internationale ont permis d'importantes avancées dans la lutte contre le VIH/sida au Malawi : entre 2003 et 2012, le pourcentage de la population atteinte est passé de 14 à 10,6 %, tandis que le nombre de nouvelles infections enregistrées chaque année a été divisé par deux entre 2003 et 2011 (de 100 000 à 46 000). Le pays a adopté dès 2011 l'option thérapeutique dite « B+ » dans les programmes de prévention de la transmission du virus entre mères séropositives et enfants. Ceci signifie que toute femme enceinte séropositive est mise sous traitement antirétroviraux à vie, quel que soit son taux de cellules CD4 dans le sang.
Malgré cela, le VIH/sida demeure la première cause de mortalité chez les adultes au Malawi. Il était responsable de 46 000 décès en 2012, contribuant largement à une faible espérance de vie, qui était de seulement 54,8 ans dans le pays.
Les progrès dans la prise en charge demeurent fragiles : d'une part, les programmes de traitement dépendent très largement des financements internationaux (environ 75%) ; de l'autre, le manque de personnel médical (un médecin pour 50 000 habitants en 2008, source ONUSIDA) ralentissent le déploiement et menacent la pérennisation des programmes de soins.

Activités

Chiradzulu
Fin 2013, MSF et le ministère malawite de la santé géraient une cohorte de 34 000 patients dont 28 500 sous traitement antirétroviral. Le programme, démarré en 2001 à l'hôpital de district de Chiradzulu, a été le premier projet dispensant des ARV dans une structure de soins publique dans ce pays. Il a évolué au fil du temps en intégrant dix centres de santé ruraux (depuis 2003), puis en développant des approches basées sur la simplification des protocoles de suivi et le transfert de certains soins à du personnel non-médical (depuis 2006).
En vue de la transmission, à terme, du programme aux autorités sanitaires du pays, MSF travaille à une ultérieure simplification des soins (espacement des consultations de suivi pour les patients stables jusqu'à une fois tous les 6 mois, voire un an). Ceci a pour but de réduire la charge de travail du personnel médical et de permettre, à terme, l'intégration de la prise en charge du VIH dans les activités de base des centres de santé.

En juillet 2013, MSF a installé pour la première fois un test de mesure de la charge virale dans un centre de santé rural du district. Le test SAMBA, un outil d'analyse semi-quantitative de la charge virale adapté aux contextes à faibles ressources, permet aux patients de connaître, le jour même de leur consultation, le niveau de présence du virus dans leur sang, ce qui est le meilleur indicateur de l'efficacité ou de l'échec du traitement. Le déploiement de cet outil va se poursuivre, grâce au soutien d'UNITAID (organisation internationale des Nations-Unies d'achats de médicaments financée par une taxe de solidarité sur les billets d'avion), avec comme objectif d'équiper huit centres de santé d'ici fin 2015.

En 2013, Epicentre a mené une étude dans le district de Chiradzulu, afin d'évaluer l'impact du programme en mesurant le pourcentage de la population atteinte par le VIH (prévalence) et le nombre de nouvelles infections (incidence), douze ans après l'introduction des antirétroviraux.
L'étude a permis de montrer que malgré une prévalence élevée (17% de la population est séropositive), le nombre de nouveaux cas est de 0,3 pour 100 personnes chaque année, ce qui indique que l'épidémie est en passe d'être contrôlée.
Ces éléments sont à mettre en lien avec les excellents résultats du programme MSF : 64,7% des personnes séropositives dans le district reçoivent des antirétroviraux et 61,9% présentent une charge virale très basse, dite *indétectable.* A ce niveau de présence du virus dans le sang, le risque pour une personne séropositive de transmettre le virus est quasi-nulle.
Ces résultats semblent confirmer l'importance du traitement en tant que moyen de prévention : maintenir sous traitement ARV efficace le plus grand nombre de patients représente une mesure efficace pour endiguer l'épidémie.

Dépenses 2013 : 3 265 000 euros *Financement : 24 % de fonds institutionnels, 76 % de fonds privés* *Equipe 2013 : 19 expatriés, 409 locaux*	*Autre centre opérationnel de MSF présent dans le pays : centre opérationnel de Bruxelles.* *MSF travaille au Malawi depuis 1997.*

MALI

Au Mali, Médecins Sans Frontières travaille en collaboration avec le ministère malien de la santé dans les domaines de la malnutrition infantile, des soins pédiatriques et de la santé maternelle dans plusieurs centres de santé et hôpitaux dans les régions de Sikasso et de Tombouctou. MSF assiste également les autorités sanitaires dans la réponse aux urgences : conflits, déplacements de populations et épidémies (méningite, rougeole, choléra).

Contexte

L'accès aux soins médicaux reste un problème majeur au Mali. Le secteur de la santé souffre du nombre limité de professionnels médicaux. Le paludisme est également l'une des principales causes de mortalité. A Koutiala, où MSF mène un projet pédiatrique, le taux de mortalité infantile dans le district est élevé (235 pour 1000 naissances, soit 1,23 fois le niveau national), de même que la malnutrition aiguë chez les enfants de 6 à 59 mois (11,4%). Par sa présence, MSF veut apporter une réponse appropriée et efficace pour réduire la mortalité infantile en fournissant un paquet de soins pédiatriques gratuits, afin de limiter le nombre d'hospitalisations, de promouvoir une croissance harmonieuse des enfants et de prévenir ainsi les décès prématurés.
Au nord du pays, les mauvaises conditions de sécurité contribuent à dégrader la situation alimentaire et sanitaire de la population. Même si l'on ne peut pas parler de catastrophe, les besoins sont encore grands. Certaines populations arabes et touaregs ne se sentent pas en sécurité et n'osent pas revenir dans les villes pour se faire soigner par peur de possibles exactions ou de règlements de comptes. Ces populations avaient fui le nord Mali vers les pays voisins lors de l'opération militaire française lancée en janvier 2013. A Tombouctou où les équipes de MSF travaillent au sein de l'hôpital et dans plusieurs centres de santé communautaires, le personnel médical et la population connaissent aussi des difficultés d'accès aux structures de santé, notamment lors des déplacements sur certaines routes connues pour être la cible du banditisme.

Activités

Tombouctou

MSF offre des soins gratuits (primaires, nutritionnels, pédiatriques, maternels et chirurgicaux) et est intervenu dans l'hôpital de Tombouctou (capacité de 54 lits) et dans celui de Niafunké (39 lits) jusqu'en février 2014. Les interventions de MSF s'appuient sur des activités curatives (consultations externes, hospitalisations) et préventives (vaccinations de routine en stratégie fixe et quelquefois en stratégie mobile en fonction du contexte). MSF met en place des équipes mobiles afin de permettre un accès aux soins de santé primaires, y compris le dépistage de la malnutrition aiguë et la vaccination pour la population résidente et déplacée.
En 2013, MSF a réalisé au Mali 91 975 consultations et a effectué 850 interventions chirurgicales. 20 170 patients ont reçu un traitement contre le paludisme et 1 301 femmes ont été suivies pendant l'accouchement. 1 614 cas de malnutrition aiguë ont été traités. Parmi les 2 981 patients hospitalisés, près d'un quart étaient des enfants (23,75 %). MSF a pu vacciner 2 825 enfants contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche. 7 889 femmes adultes ont également été vaccinées contre le tétanos qui reste une cause majeure de décès maternels et néonatals.
Alors que les acteurs de l'aide et du développement redémarrent lentement leurs programmes au nord du Mali, MSF s'est progressivement retiré de certaines zones fin 2013 et se focalise désormais sur le district de Tombouctou et son hôpital régional. En 2014, MSF a décidé de concentrer ses activités sur la santé de la mère et de l'enfant et sur la chirurgie dans l'hôpital général de la ville. Un programme de soins maternels et obstétricaux et de soins curatifs et préventifs chez les enfants de moins de 5 ans est mis en place.

Koutiala

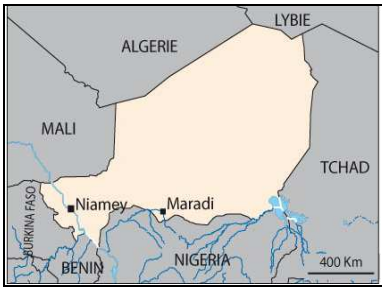
Le projet de soins pédiatriques mis en place par MSF depuis 2009 avec le ministère malien de la santé à Koutiala dans la région de Sikasso comporte quatre activités principales :
Gestion du service de pédiatrie de l'hôpital : MSF gère le service de pédiatrie à l'hôpital de Koutiala, dont la capacité peut atteindre 300 lits au cours des pics saisonniers de paludisme et de malnutrition. Plus de 5 328 patients ont été hospitalisés en 2013, dont 5 196 cas de malnutrition sévère ou compliquée.
Soins primaires dans les centres de santé communautaires : MSF fournit des soins primaires gratuits dans cinq centres de santé périphériques et réfère les cas les plus critiques à l'hôpital du district. En 2013, sur 82 842 consultations médicales, MSF a traité 30 065 patients atteints de paludisme ainsi que 3 464 enfants souffrant de malnutrition sévère.
Programme de soins pédiatriques à Konséguéla : depuis mars 2010, MSF intervient à Konséguéla (situé dans le district de Koutiala) et offre un ensemble de soins pédiatriques préventifs et curatifs pour les jeunes enfants. De mars 2010 au 31 décembre 2013, 7 601 enfants ont été inscrits dans le programme. A l'âge de deux ans, les enfants terminent le programme et sont complètement vaccinés (BCG, polio, pentavalent, pneumocoque, rougeole et fièvre jaune). Une diminution de la prévalence de la malnutrition aiguë sévère et du retard de croissance a été observée chez les enfants qui participent au programme. En 2014, MSF souhaite mettre en place une mise à l'échelle du programme de Konséguéla au niveau du district de Koutiala qui inclut 42 centres de santé communautaires.
La CPS (chimio-prévention du paludisme saisonnier) : la CPS consiste à administrer une combinaison de médicaments antipaludiques – à dose thérapeutique – durant la saison où le risque lié à la transmission du paludisme est le plus élevé. Cette action a pour but de réduire la morbidité et la mortalité liées au paludisme. La distribution mensuelle de ce traitement antipaludique à 162 888 enfants âgés de 3 à 59 mois au cours de la saison du paludisme a entraîné en 2013 une diminution de plus de 31 % des cas simples de paludisme.

Dépenses 2013 : 6 039 000 euros *Financement : 23 % de fonds institutionnels, 77 % de fonds privés* *Equipe 2013 : 29 expatriés, 419 locaux*	*Autres centres opérationnels MSF présents dans le pays : celui de Bruxelles à Mopti et celui de Barcelone à Ansongo (Gao).* *MSF travaille au Mali depuis 1985*

NIGER

Au Niger, dans le district de Madarounfa, MSF et l'organisation nigérienne Forsani menaient conjointement des activités curatives et préventives afin de réduire la morbidité et la mortalité infantiles liées à la malnutrition. Depuis avril 2014, Forsani gère la prise en charge ambulatoire dans un CRENAS (centre de récupération et d'éducation nutritionnelle ambulatoire sévère) et MSF gère le volet préventif et l'hospitalisation dans un CRENI (centre de récupération nutritionnelle intensive). Les activités ambulatoires et hospitalières de l'aire de santé de Dan Issa, destinées aux enfants réfugiés nigérians, sont sous la responsabilité de MSF.
MSF intervient aussi dans le camp de réfugiés maliens d'Abala.

Contexte



Selon l'OMS (Organisation mondiale de la santé), la mortalité infantile au Niger demeure très élevée : 114 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2012. Dans plus de 50 % des cas, malnutrition et paludisme sont responsables de cette surmortalité.
La campagne agricole 2013 a été très déficitaire et, dès janvier 2014, c'est environ 1,2 million de personnes qui sont à risque d'insécurité alimentaire.
Le Niger, pays enclavé de l'Afrique sahélienne, est confronté aux conséquences de l'instabilité au Mali et au Nord-Nigéria voisins. En décembre 2013, le Haut Commissariat pour les Réfugiés des Nations unies estime qu'environ 47 000 Maliens ont trouvé refuge au Niger, essentiellement à l'Ouest du pays, où la présence de groupes djihadistes entrave le déploiement des secours sur certaines zones.
Sur le plan intérieur, deux ans après l'élection du président Issoufou, le pays fait face à une crise socio-politique liée, d'une part, à des tensions politiques entre le gouvernement en place et l'opposition et, d'autre part, à une tension sociale due au coût élevé de la vie. Dans ce contexte, les risques potentiels de dégradation du contexte sont les menaces terroristes (attaques, attentats et kidnapping), le débordement des conflits voisins, la résurgence des rebellions armées, l'afflux de davantage de refugiés, de migrants et de retournés, des manifestations populaires violentes et la menace d'un coup d'Etat militaire.

Activités

Programme pédiatrique de Madarounfa

Les objectifs du programme de Madarounfa sont de réduire la mortalité infantile, en soignant et en prévenant la malnutrition et d'autres pathologies meurtrières chez les moins de 5 ans, et de répondre aux urgences.
Il comporte plusieurs volets :

- Toute l'année, à l'hôpital de Madarounfa, une hospitalisation pédiatrique est assurée pour les enfants de 0 à 15 ans. Ceux de 6 mois à 5 ans souffrant de malnutrition aiguë sévère, avec complications, sont pris en charge au Centre de récupération nutritionnelle intensive de Madarounfa. En 2013, 6 888 enfants y ont été admis.
- Toute l'année, à Dan Issa, Madaroufa, Tofa, Safo et Gabi, MSF prend en charge, en ambulatoire, des enfants malnutris.
- Toute l'année, dans 3 des 5 aires de santé du district de Madarounfa, afin d'être au plus près des enfants malades et de limiter les délais de prise en charge, MSF propose un dispositif préventif - géré par des agents de santé communautaires et des matrones - pour les moins de 2 ans : accès à des suppléments nutritionnels (en 2013, 7 567 enfants en ont bénéficié) ; distribution de moustiquaires ; renforcement de la vaccination de routine (en 2013, 3 611 enfants ont été vaccinés contre la rougeole) ; consultations périodiques de suivi de croissance du nourrisson (non-malade).
- En 2013, lors du pic du paludisme, MSF a assuré une chimio prophylaxie du paludisme saisonnier sur 2 aires de santé pour les 3 mois-5 ans (4 distributions ont été menées entre juillet et octobre pour 20 407 enfants) ; les cas simples de paludisme ont été pris en charge dans 9 cases de santé.
- Chaque année, entre juillet et novembre, lors du pic de paludisme, à Madarounfa et dans 5 aires de santé, des consultations sont mises en place pour les enfants non-malnutris.
- Chaque année, entre juillet et novembre, lors du pic de paludisme, à Dan Issa, MSF ouvre une unité d'hospitalisation de 50 lits pour les cas sévères chez les enfants de 0 à 5 ans. Cette unité sert aussi à stabiliser des enfants malnutris ne pouvant pas se rendre jusqu'au CRENI de Madaroufa.
- Chaque année, entre juillet et novembre, lors du pic de paludisme, sur 11 aires de santé et 28 cases de santé, MSF offre une prise en charge précoce du paludisme simple chez les enfants de 0 à 5 ans.

En 2013, au total, sur l'ensemble de ce dispositif, 13 395 enfants ont bénéficié d'une prise en charge nutritionnelle ; 52.945 consultations externes ont été dispensées (dont 32 641 concernaient des cas de paludisme) ; suite à ces consultations, 4 100 enfants ont été hospitalisés (dont 2 784 pour cause de paludisme).
En 2014, MSF continuera d'améliorer la qualité du travail préventif, étendra les activités de chimio prévention sur d'autres aires de santé et continuera à traiter les cas de paludisme, notamment à la frontière avec le Nigeria, afin de pouvoir prendre en charge les enfants réfugiés nigérians de la zone. Un suivi épidémiologique (rougeole, méningite et choléra) sera également assuré sur la région de Maradi et particulièrement sur le district de Madarounfa, afin de pouvoir détecter et répondre rapidement à d'éventuelles épidémies.

Intervention auprès des réfugiés maliens à Abala

Dès avril 2012, les équipes MSF sont intervenues auprès des Maliens réfugiés dans le camp d'Abala, situé au nord-est de Niamey. MSF travaille dans le centre de santé et offre des soins de santé primaires et secondaires aux 14 000 réfugiés du camp ainsi qu'aux 33 000 résidents : maternité, consultations externes, hospitalisations, vaccination et nutrition. Les équipes mènent aussi des consultations externes dans 2 cases de santé de la zone. Enfin, elles réfèrent les urgences (essentiellement maternité et chirurgie) vers l'hôpital de district. Une surveillance épidémiologique est

maintenue. Une réponse aux urgences est apportée, comme par exemple lors d'une épidémie de rougeole au cours de laquelle MSF a soigné 140 cas et vacciné 24 555 enfants.
En 2013, au total, 41 019 consultations médicales ont été dispensées (22% de cas de paludisme) ; 2 297 patients ont été hospitalisés dans notre unité de 10 lits (dont 362 cas de paludisme) ; parmi les 493 enfants malnutris pris en charge, 36 ont été hospitalisés ; 4 434 consultations ante natales et 744 accouchements ont été menés.

Septembre 2013 : réponse d'urgence post-inondations à Madarounfa

A partir de mi-juillet 2013, début de la saison des pluies, d'importantes précipitations et inondations ont détruit habitations et cultures. 1 660 familles se sont retrouvées sinistrées, dont 1 082 pour le seul district de Madarounfa.
Début septembre, MSF a apporté une aide matérielle d'urgence à 6 629 personnes sinistrées reparties dans les communes de Dan Issa, Gabi, Jiratawa, Madarounfa, Sarkin Yamma et Safo. Des kits - composés, chacun, de 4 couvertures, 2 moustiquaires, 2 nattes, 1 seau de 20 L, 2 bidons de 25 L chacun et de 10 savons – ont été distribués afin de réduire le risque de propagation de maladies hydriques et notamment du choléra, endémique dans ce district, mais aussi de prévenir les cas de paludisme au moment de son pic annuel.

Dépenses 2013 : 3 946 000 euros *Financement : 19 % fonds institutionnels, 81 % de fonds privés* *Equipe 2013 : 13 expatriés, 313 locaux*	*Autres centres opérationnels MSF présents dans le pays : Bruxelles, Genève, Barcelone* *MSF est présent au Niger depuis 1985*

NIGERIA

Au Nigéria, MSF poursuit son soutien à l'hôpital public de Jahun, dans l'Etat de Jigawa, dans le nord du pays, pour la prise en charge des urgences obstétriques et des fistules vésico-vaginales. MSF reste également attentif à toute épidémie ou catastrophe pouvant se produire dans le pays. Une équipe d'urgence a la responsabilité (partagée avec le centre opérationnel MSF d'Amsterdam) de la surveillance de 7 Etats et de la réponse aux urgences. MSF a ainsi répondu à diverses épidémies cette année (choléra, rougeole). Il est en revanche très difficile d'intervenir dans les trois Etats du nord-est, à la fois en raison de la forte insécurité qui y règne et de l'impossibilité, pour le moment, d'évaluer les besoins de façon pertinente.

Contexte

Avec une population de 176 millions d'habitants et un taux de croissance annuel de 2,4 %, le Nigeria est appelé à devenir la plus grande économie d'Afrique avec un secteur pétrolier représentant 80% des recettes budgétaires du pays. Mais le Nigeria souffre d'instabilité politique, de corruption, d'une insuffisance d'infrastructures et de mauvaise gestion depuis son indépendance. Cette situation est fortement aggravée par la violence qui prévaut à travers le pays, notamment avec la radicalisation du mouvement islamiste Boko-Haram. Le gouvernement a ainsi déclaré l'état d'urgence en mai 2013 dans les trois Etats du nord-est (Yobe, Borno, Adamawa) et l'a renouvelé jusqu'avril 2014. Si Boko-Haram semble avoir été repoussé hors des grandes villes, le mouvement n'en reste pas moins actif dans les zones rurales et en dehors des Etats du nord-est. Le pays connaît également une violence ethnique et religieuse entre les communautés dans les Etats du centre et des tensions dans le Delta du Niger. A cela s'ajoute enfin un facteur à fort potentiel de déstabilisation : l'approche des élections présidentielles de 2015.
Sur le plan sanitaire, le Nigeria continue d'afficher de très mauvais indicateurs de santé publique. Le taux de mortalité infanto-juvénile est de 124 ‰ naissances et le taux de mortalité maternelle est de 630/100 000 naissances (source : OMS). Les taux de vaccination sont insuffisants pour limiter les risques d'épidémies dans le nord du pays. Enfin, la bordure sahélienne connaît des crises nutritionnelles récurrentes.

Activités

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 avec près de 2 000 décès pour 100 000 naissances. 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 complets des fistules vésico-vaginales qui sont un problème de santé publique majeur au Nigeria. L'hôpital de Jahun est ainsi devenu l'un des principaux centres spécialisés dans le pays. 370 femmes ont pu bénéficier du programme de chirurgie cette année. Au-delà des aspects chirurgicaux, la rééducation fonctionnelle est une part importante du programme. L'accompagnement social est aussi indispensable à la réinsertion de ces femmes rejetées par leur communauté.
Depuis sa création, le programme connaît une augmentation régulière des activités d'environ 25% chaque année. Indépendamment de cette augmentation et du taux d'occupation des lits de plus de 100% sur les 8 395 admissions en gynécologie, 60 % concernent des grossesses et des accouchements compliqués. MSF encourage en effet les femmes de la région à venir accoucher à l'hôpital, notamment pour faire baisser le taux de mortalité maternelle. 5 667 bébés sont nés à Jahun cette année.
En raison de l'insécurité croissante dans le nord du pays et après une série d'enlèvements d'étrangers en février 2013, l'équipe d'expatriés a évacué Jahun. Depuis lors, l'équipe expatriée a été réduite de moitié et n'est constituée que de non-occidentaux.

Interventions d'urgence

Soins d'urgence à Borno

MSF a réalisé des consultations externes à Baga, dans l'Etat de Borno, suite à l'attaque de la ville en mai 2013, mais l'équipe a dû cesser rapidement ses activités en raison de l'insécurité croissante dans la zone. Puis l'équipe est retournée dans le sud de l'Etat de Borno, à Chibok, avec l'intention de mener plus facilement des missions exploratoires dans la région. Durant cette mission, 3 760 personnes ont pu être soignées, dont plus de la moitié d'enfants de moins de 5 ans, et dont beaucoup souffraient de malnutrition. L'intervention a duré 10 semaines mais s'est terminée en octobre 2013 à cause de l'insécurité.

Réponses aux épidémies de rougeole et de choléra

Jusqu'en avril 2013, une équipe est intervenue lors d'une épidémie de rougeole dans l'Etat de Katsina. Plus de 217 000 enfants de moins de 5 ans ont été vaccinés en 4 semaines. Les équipes ont également fait des dons de plus de 15 000 kits de traitements simples et compliqués.

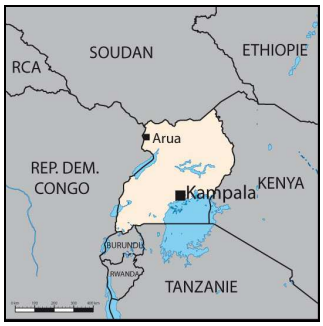
En janvier 2014, une épidémie de choléra s'est déclarée dans l'Etat de Bauchi au nord-est du Nigeria. En mai, elle commençait à régresser. MSF est intervenu pour prendre en charge les malades dans deux centres de traitement et a soigné plus de 8 000 personnes sur les 14 860 affectées par la maladie. MSF a également mis en place des équipes pour prévenir l'épidémie et chlorer tous les points d'approvisionnement en eau de la ville de Bauchi.

Dépenses 2013 : 4 932 000 euros *Financement : 9 % fonds institutionnels, 91 % de fonds privés* *Equipe 2013 : 17 expatriés, 382 locaux*	*Autre centre opérationnel MSF dans le pays : celui d'Amsterdam* *MSF est présent dans le pays depuis 1996 et est revenu en 2005, après une interruption en 2001.*

OUGANDA

En Ouganda, le programme de prise en charge du VIH et de la tuberculose à Arua, ouvert en 2001, est en voie de transmission aux autorités ougandaises et à leurs partenaires en 2014. Des évaluations sont prévues dans le pays afin de déterminer si MSF devrait intervenir sur d'autres aspects de la lutte contre le VIH.
Par ailleurs, MSF est intervenu en 2013 et au cours des premiers mois de 2014 pour faire face à l'afflux de réfugiés en provenance du Soudan du Sud et de la République démocratique du Congo.
MSF a également pris position dans le pays pour exprimer son opposition à la loi anti-homosexualité promulguée en février 2014, à cause de son impact prévisible sur l'accès aux soins pour cette population.

Contexte



Malgré les progrès réalisés par l'Ouganda au cours des dix dernières années, le VIH demeure un problème de santé publique majeur, avec environ 1,5 million de personnes infectées et une prévalence estimée à 7,2% en 2012. On estime à 140 000 le nombre de personnes nouvellement infectées par la maladie chaque année (source : ONUSIDA). Malgré l'adoption des plus récentes recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé en matière de prévention de la transmission de la mère à l'enfant et la décentralisation des soins entamée par les autorités, l'accès au dépistage et au traitement ainsi que la proportion de patients poursuivant leur traitement demeurent insuffisants, en particulier dans les régions rurales.
En février 2014, le président Yoweri Museveni a promulgué le « Anti-homosexuality bill », texte durcissant la répression de l'homosexualité dans le pays. Il prévoit notamment la prison à vie pour le crime d'« homosexualité aggravée » et introduit le délit de « promotion de l'homosexualité », pouvant potentiellement s'appliquer aux acteurs actifs dans la sensibilisation et la prévention du VIH au sein de cette population.
En plus de créer un cadre défavorable à l'accès au dépistage et au traitement de la maladie, cette loi a amené certains pays occidentaux à revoir l'aide financière attribuée à l'Ouganda. Ceci risque d'avoir des conséquences sur les services de santé, y compris la prise en charge du VIH / Sida.
Enfin, le pays est confronté à un afflux de réfugiés fuyant l'instabilité dans les pays limitrophes. Entre mai et juillet 2013, entre 40 000 et 50 000 personnes ont fui la province congolaise du Nord Kivu pour trouver refuge dans le sud-ouest du pays. En mai 2014, 70 000 réfugiés sud-soudanais vivaient dans les camps du district d'Adjumani, dans le nord-ouest du pays.

Activités

Prise en charge du VIH et de la tuberculose à Arua

En 2013, MSF a entamé le processus de transmission des activités de traitement du VIH et de la tuberculose mené depuis 2001 à l'hôpital régional d'Arua, dans la région du West Nile. En avril 2014, le suivi de quelques 6 000 patients sous traitement antirétroviral a été transmis aux autorités ougandaises et à leurs partenaires. La transmission des activités de traitement de la tuberculose (600 patients admis en 2013) est prévue pour juillet 2014.
Depuis le début du projet en 2001, plus de 24 000 patients séropositifs ont été admis dans le programme, dont 13 600 ont bénéficié d'un traitement antirétroviral.
MSF va poursuivre l'activité d'offre de mesure de la charge virale pour les patients sous traitement à l'hôpital d'Arua, en utilisant un test SAMBA « point-of-care » (test réalisé et interprété sur place et pour prendre une décision clinique immédiate, c'est-à-dire au chevet du patient) dans le cadre d'un projet pilote financé par UNITAID (organisation internationale des Nations-Unies d'achats de médicaments financée par une taxe de solidarité sur les billets d'avion).

Intervention auprès des réfugiés sud-soudanais à Adjumani

Les premiers réfugiés sud-soudanais sont arrivés en décembre 2013 dans le nord de l'Ouganda. En mai, ils étaient environ 70 000, installés dans le district d'Adjumani, alors que de nouveaux réfugiés fuyant les violences et le manque de nourriture dans leur pays continuaient d'arriver au rythme de plusieurs centaines par semaine. Pour faire face à cet afflux de réfugiés, MSF a déployé des secours d'urgence dans les camps et a investi à Dzaipi, à proximité des camps, un hôpital de 40 lits avec une maternité et un dispensaire.
Dans le centre de transit de Nyumanzi où arrivent les réfugiés, les équipes assurent les consultations médicales, la vaccination de routine et le dépistage de la malnutrition chez les enfants en bas âge. Dans les camps de Nyumanzi (25 000 personnes), Ayilo (17 000 personnes) et Baratuku (5 000 personnes) MSF a ouvert des consultations externes. Celui d'Ayilo dispose en outre de lits d'observation et d'une maternité.
Globalement la situation sanitaire et nutritionnelle reste en dessous des seuils d'alerte. De janvier à mai 2014, MSF a donné 36 690 consultations médicales, pris en charge 681 patients à l'hôpital et assisté 258 accouchements.

Assistance aux réfugiés congolais à Bundibugyo et Kyangwali

Dans le camp de Bubukwanga, près de Bundibugyo, MSF a démarré en juillet 2013 une intervention visant à fournir des soins de santé et à améliorer l'accès à l'eau et à l'hygiène, dans un camp conçu pour 12 500 personnes et hébergeant 22 000 réfugiés. Les autorités ougandaises ont progressivement transféré les réfugiés vers le camp de Kyangwali, afin d'améliorer leurs conditions de vie. Les équipes sont intervenues pour fournir des soins de santé primaires et des soins hospitaliers aux quelque 33 000 habitants du camp. Au total, entre juillet et fin novembre 2013, 25 000 consultations primaires et 1 500 hospitalisations ont été réalisées lors de ces deux interventions.

Dépenses 2013 : 2 861 000 euros *Financement : 16 % de fonds institutionnels, 84 % de fonds privés* *Equipe 2013 : 18 expatriés, 166 locaux*	*Autre centre opérationnel MSF dans le pays : celui de Genève (plateforme d'approvisionnement)* *MSF est présent en Ouganda depuis 1986.*

PAKISTAN

Au Pakistan, MSF intervient aujourd'hui auprès des populations locales, déplacées et réfugiées de la province du Khyber Pakhtunkhwa (KPK) et des zones tribales sous administration fédérale (FATA : Régions tribales fédéralement administrées, divisées en 7 Agences) pour pallier le manque d'accès aux soins de santé, notamment gynéco-obstétriques et de néonatalogie, ainsi qu'au dysfonctionnement des services d'urgence dans des régions isolées en proie à la violence.

Contexte

L'année 2013 a été marquée au Pakistan par l'arrivée au pouvoir du nouveau premier ministre Nawaz Sharif, chef de la Ligue pakistanaise musulmane (PML). Il a rapidement lancé des pourparlers de paix avec le TTP, mouvement des Talibans du Pakistan créé en 2007, à la condition notamment que soit mis un terme aux attaques terroristes. En novembre 2013, le leader du TTP, Hakimullah Mehsud, a été tué par un tir de drone ; son remplaçant, Mollah Fazlullah, est considéré comme un partisan de la ligne dure du parti. Les pourparlers de paix sont dans l'impasse, d'autant plus qu'une scission au sein du TTP provoque des combats fratricides dans le nord-ouest du pays. Après la Tirah Valley en mars 2013, l'armée pakistanaise a lancé une série de raids aériens sur le Nord Waziristân, considéré comme un fief taliban, provoquant le déplacement de plusieurs dizaines de milliers de personnes vers le KPK et les FATA. Le retrait des troupes de l'OTAN d'Afghanistan d'ici la fin de l'année 2014 laisse présager d'importants mouvements de réfugiés vers le Pakistan avec le risque d'une plus grande instabilité dans toute la région.
En matière de santé publique, la situation est toujours critique pour les femmes enceintes et les jeunes enfants, le Pakistan détenant le taux de mortalité infantile le plus élevé au monde avec 40,7 décès pour 1000 naissances vivantes. Au KPK, seule une femme sur deux accouche avec l'assistance d'une personne qualifiée.
La faiblesse de la couverture vaccinale est une autre problématique majeure au Pakistan qui connait d'importantes épidémies de rougeole tout au long de l'année et sur tout le territoire. Le Pakistan est par ailleurs l'un des pays considérés comme endémique pour la polio. Une fatwa a été prononcée contre les campagnes de vaccination polio en 2012 et en 2013, plus de 30 vaccinateurs ont été tués pour 93 cas confirmés de polio. Les autorités ont décidé d'employer des escortes armées pour contrer la résistance à la vaccination et sécuriser les équipes de vaccination polio et rougeole.

Activités

Hangu, province du KPK

L'hôpital de district d'Hangu dessert une population de 320 000 habitants et, du fait de sa localisation, est aussi l'hôpital de référence pour les zones tribales de Kurram et Orakzai. MSF gère le service des urgences de l'hôpital du district d'Hangu, 24h/24 et 7j/7, ainsi que les services de chirurgie et le bloc opératoire, et soutient la maternité, la banque de sang et le service de radiologie. Le reste des activités de l'hôpital sont menées par le personnel du ministère pakistanais de la santé.
En 2013, les équipes MSF ont reçu en moyenne 486 patients par semaine en consultation aux urgences, elles ont réalisé 28 actes chirurgicaux et 55 accouchements par semaine. Près de 50% des admissions pour les hommes sont dus à la violence. Les équipes ont répondu à 13 afflux massifs de blessés en 2013 à Hangu dont des victimes d'attentats, d'échanges de tirs ou de graves accidents de la route. Par ailleurs, près de 1300 personnes atteintes du choléra ont été soignées pendant le pic épidémique saisonnier à Hangu.

Sadda et Alizai, Agence de Kurram, FATA

MSF gère un centre de consultations externes pour les enfants de moins de 5 ans et une unité d'hospitalisation pédiatrique pour les moins de 12 ans au sein de l'hôpital de district de Sadda**.** Une unité de traitement de la leishmaniose cutanée traite les patients de tous âges affectés par cette maladie qui affecte aussi de nombreuses autres agences des FATA où jusqu'à présent peu de personnes ont accès au traitement.
MSF soutient également le personnel du ministère pakistanais de la santé pour les consultations prénatales et postnatales.
A Alizai, MSF gère le service des consultations externes pour les enfants de moins de 12 ans. Dans ces deux hôpitaux, MSF organise les références des cas graves, notamment chirurgicaux et obstétricaux, vers Hangu ou Peshawar.
En 2013 à Sadda, près de 25 000 enfants ont été vus en consultations, 2 800 ont été hospitalisés dont 576 étaient des nouveau-nés.
A Alizai, les équipes MSF recevaient plus d'une centaine d'enfants par semaine, dont plus de 60% avaient moins de 5 ans.

Le contexte sécuritaire s'est détérioré en 2013 avec le lancement de plusieurs offensives militaires du gouvernement sur la Tirah Valley et le centre de l'Agence de Kurram, considérés comme des fiefs talibans. Des dizaines de milliers de personnes déplacées se sont installées à l'intérieur et autour du camp New Durrani à Sadda. En octobre 2013, MSF y a installé un centre temporaire de soins de santé primaires et les équipes ont reçu environ 2 000 patients en 5 semaines, au terme desquelles les autorités ont déclaré la fin de leur offensive et lancé la relocalisation des personnes déplacées vers leurs villages d'origine.

L'accès des expatriés aux zones tribales reste très limité ; il est non seulement contraint par la délivrance d'autorisations par le gouvernement mais aussi soumis à l'accompagnement par des escortes armées. Nos coordinateurs nationaux assurent des visites très régulières sur ces deux programmes et il y a eu quatre visites d'expatriés en 2013, mais aucune autorisation n'a été donnée en 2014. Si cette situation se prolonge, MSF reconsidérera sa présence dans l'Agence de Kurram.

Peshawar, province du KPK

Depuis mai 2011, MSF gère un hôpital gynéco-obstétrique de 30 lits à **Peshawar**. L'unité de néonatalogie dispose désormais de 15 lits d'hospitalisation pour les nouveau-nés présentant de graves complications médicales. Les soins offerts par MSF sont totalement gratuits. S'il existe

de nombreuses maternités privées dans le district de Peshawar, les services obstétriques spécialisés sont très peu accessibles aux femmes les plus vulnérables (réfugiées, déplacées, démunies) ou originaires des FATA, car souvent coûteux ou de mauvaise qualité quand ils existent dans les structures publiques.

En 2013, ont été admis à l'hôpital MSF de Peshawar 374 nouveau-nés et 3717 femmes, dont près de 40% présentant des complications lors de la grossesse. Chaque semaine, 62 accouchements ont été assistés en moyenne (le chiffre a doublé par rapport à 2012), dont 10 par césarienne.

Dépenses 2013 : 3 564 000 euros *Financement : 100 % de fonds privés* *Equipe 2013 : 24 expatriés, 396 locaux*	*Autres centres opérationnels MSF présents dans le pays : celui d'Amsterdam et celui de Bruxelles.* *MSF travaille au Pakistan depuis 1986.*

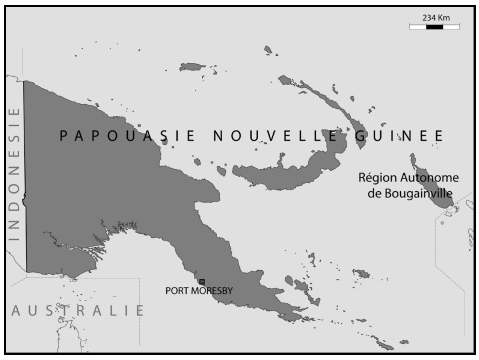
PAPOUASIE NOUVELLE GUINEE

*En Papouasie Nouvelle Guinée (pays d'Océanie occupant la moitié orientale de l'île de la Nouvelle-Guinée, située dans le sud-ouest de l'océan Pacifique, au nord de l'Australie), dix ans de conflits dans la région autonome de **Bougainville**, ont affaibli le système de santé. Dans le sud de l'île, MSF apporte son soutien au centre de santé de Buin et à 5 structures de soins de la région, notamment en soins maternels.*

Contexte

L'accès aux soins de santé dans l'île de Bougainville est extrêmement limité. Dix ans de conflit entre les séparatistes et le gouvernement de Papouasie Nouvelle Guinée ont conduit au décès et au déplacement de milliers de personnes, laissant les structures de santé dans un état déplorable. Ce conflit a donné lieu à une crise locale, le conflit Konnou, qui a engendré une insécurité dans le sud de l'île jusqu'en 2011. Cette crise a été marquée par une violence systématique et des perturbations majeures concernant l'accès aux soins et la prestation de services médicaux.

En 2010, MSF est revenu dans la province de Bougainville qu'il avait quittée 10 ans auparavant, afin de mener une évaluation des besoins dans le sud de l'île et le district de Buin. Cette évaluation a révélé une destruction systématique et à grande échelle des infrastructures de santé. MSF a ainsi décidé de reprendre des activités de soins en 2011.



Activités

Buin

Le principal objectif de ce programme est d'améliorer l'accès aux soins de santé essentiels, en se concentrant sur les soins materno-infantiles et la tuberculose. L'objectif est d'apporter un soutien au système de santé existant et non de le remplacer. Le programme vise à réduire le taux de mortalité et de morbidité de la population dans la région sud de Bougainville, en soutenant le centre de santé de Buin et 5 centres de santé du district de Buin.

Les axes principaux de ce programme sont le soutien aux soins de santé primaires, de santé materno-infantile, de la tuberculose et de la violence sexuelle ; la supervision des activités médicales ; la réhabilitation des structures de santé (pour la tuberculose, les consultations externes, le laboratoire, la pharmacie du centre de santé de Buin et des centres de santé de district) ainsi que la maintenance et le support logistique pour le système de référence ; et enfin l'approvisionnement supplémentaire en médicaments essentiels (soutien à l'approvisionnement effectué par la Division de la santé et celui d'AusAid – l'agence australienne de développement international).

En 2013, les équipes ont réalisé 29 503 consultations et hospitalisé1 653 patients. Un total de 3 894 consultations anténatales et des consultations de planning familial pour 979 familles ont été réalisées. 7 541 personnes ont été vaccinées. 870 accouchements ont été effectués.

MSF continue de maintenir une présence importante dans la région et de nombreux acteurs et partenaires considèrent nos activités comme une référence. Avec la fin du conflit Konnou et le renforcement opéré par MSF des centres de santé de district, l'accès aux soins dans le district de Buin s'est notablement amélioré. Ces éléments, ainsi que le soutien accru des services de soins provinciaux et d'AusAid aux centres de santé de Buin, ont pour conséquence la planification de la fermeture à terme du projet MSF à Buin. 12 personnes-clés de l'équipe locale MSF seront alors intégrées et prises en charge financièrement par le centre de santé de Buin, et certaines des activités MSF seront transmises à d'autres ONG.

Projets tuberculose

Une mission exploratoire conduite dans le pays en décembre 2013 a confirmé une incidence et une prévalence élevées de la tuberculose, particulièrement dans le district National Capital et la province du Golfe. MSF a proposé la mise en place d'activités tuberculose dans la province du Golfe à partir de juin 2014 et dans le district National Capital début 2014.

Dépenses 2013 : 1 025 000 euros *Financement : 100 % de fonds privés* *Equipe 2013 : 9 expatriés, 45 locaux*	*Autre centre opérationnel MSF présent dans le pays : celui d'Amsterdam.* *MSF a travaillé en PNG de 1998 à 2001 et est revenu en 2010.*

PHILIPPINES

Le 8 novembre 2013, un puissant typhon, Haiyan, a frappé les Philippines, détruisant les habitations et les biens d'environ 16 millions de personnes et causant plus de 6200 morts (d'après les chiffres du Conseil national de réduction et de gestion des risques de catastrophe des Philippines (au 6 mars 2014).
Les différents centres opérationnels de MSF sont intervenus sur les îles les plus touchées, Samar, Leyte et Panay, ainsi que sur plusieurs îles plus éloignées. MSF a été en mesure de fournir des soins pour les situations d'urgence et pour les problèmes sanitaires du quotidien, en distribuant de l'eau potable et en aidant à réparer les systèmes d'approvisionnement et les infrastructures sanitaires. Le centre opérationnel de Paris a établi un hôpital sous tente gonflable dans la ville de Tacloban, hôpital qui a des capacités de prise en charge chirurgicale, et un hôpital sous tente dans la ville de Tanauan. Des équipes d'intervention ont également été dépêchées pour venir en aide aux habitants de ces zones inaccessibles puisqu'il n'y avait aucun moyen de transport.

Contexte

Chaque année, les Philippines sont frappées par 20 à 30 typhons qui causent des destructions massives à travers le territoire et frappent les communautés vulnérables. Le typhon Haiyan de 2013 a touché certaines des zones parmi les plus pauvres des Philippines dans la région des Visayas, détruisant des hôpitaux et des dispensaires et perturbant le système public de santé. Pour prendre en charge les blessés et soulager les populations dans ces zones disséminées de l'archipel, une assistance a été nécessaire. MSF a donc décidé de combler les besoins en soins d'urgence et d'aider à réhabiliter les hôpitaux et les dispensaires afin que ces services soient disponibles pour les soins en cours. Le secours de MSF a également été primordial pour assurer la continuité des soins des personnes sous traitement pour des maladies chroniques telles que le diabète et l'hypertension. Les besoins psychologiques résultant de la tempête en elle-même ainsi que de la perte des habitations et des êtres chers pour les habitants se sont également fait sentir, créant une importante demande de soins d'accompagnement psychologique.

Activités

Dans la ville de Tacloban, les équipes ont érigé un hôpital gonflable de 60 lits sur le site de l'hôpital de la ville de Bethany, comprenant une salle des urgences et un département de consultations externes et permettant de fournir des soins chirurgicaux et psychologiques ainsi que des soins de santé maternelle. Les équipes de MSF ont également mis en place des dispensaires mobiles autour de la ville pour atteindre des populations qui ne pouvaient pas se rendre dans les centres de santé. Dans le district de Palo, les équipes sont intervenues dans la ville de Tanauan, au sud de Tacloban, et à Talosa, en distribuant des produits de première nécessité à 3000 familles. Un hôpital sous tente de 25 lits a été installé à Tanauan et les équipes ont également mené des activités médicales mobiles.

L'hôpital gonflable de MSF à Tacloban a été démantelé à la fin du mois d'avril 2014, après que MSF a constaté une baisse de la demande de soins médicaux d'urgence et l'amélioration des services de santé locaux. L'hôpital sous tente de MSF près de Tanauan a également été fermé en mars 2014. Pendant toute cette période, les infrastructures de Tacloban et de Tanauan ont réalisé 45 672 consultations, admis 1293 patients en consultations externes et ont accompagné la naissance de 565 bébés. Les équipes ont réalisé 475 opérations chirurgicales majeures et 5434 opérations mineures.
Par ailleurs, des sessions de conseils en soins psychologiques ont été données à Tacloban, pour des patients en individuel et en groupe. Ces mêmes activités ont également été menées dans des écoles à Palo et Tanuan, afin d'aider à identifier les enfants qui souffraient de traumatismes suite au typhon. Au total 7 414 patients ont bénéficié des soutiens apportés par l'équipe de soins psychologiques.

Enfin, le typhon ayant également durement touché la province de Leyte, MSF a décidé de soutenir la reconstruction de l'hôpital provincial de référence de Leyte, au centre de la province. MSF travaille à le rendre à nouveau opérationnel afin qu'il puisse fournir des soins maternels et néonataux, y compris les soins ante et postnataux et pratiquer des césariennes. MSF a terminé les réparations de du bâtiment et prévoit de renforcer les équipes nationales en mai 2014 afin de développer les capacités de l'hôpital.

Dépenses 2013 : 3 504 000 euros *Financement : 19 % de fonds institutionnels, 81 % de fonds privés* *Equipe 2013 : 7 expatriés, 60 locaux*	*Autre centre opérationnel MSF présent dans le pays : celui de Bruxelles* *MSF est présent depuis 2013, et avait effectué des missions d'urgences ponctuelles en 2011 et 2012.*

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Depuis plus d'un an, la République Centrafricaine traverse une crise majeure, dont les conséquences pour la population sont dramatiques et sans précédent. Malgré la dégradation sécuritaire, MSF a fait de ce pays sa priorité et y déploie un important dispositif opérationnel. En avril 2014, MSF gère 3 projets réguliers (Carnot, Bria et Paoua) et mène 7 activités d'urgence, à Bangui et dans l'Ouest du pays.
Une assistance d'urgence est également apportée aux Centrafricains réfugiés dans le sud du Tchad (voir la page Tchad).

Contexte

En mars 2013, les forces de l'ex-coalition rebelle de la Séléka mènent un coup d'Etat et prennent Bangui, capitale de la RCA. Le 5 décembre 2013, des groupes d'auto-défense (anti-Balakas), dont le but originel était de protéger la population contre les exactions des ex-Sélékas, attaquent à leur tour Bangui.
Depuis plus d'un an, ce pays, qui était déjà dans une situation socio-sanitaire déplorable avant les derniers événements, est confronté à une instabilité, notamment politique et sécuritaire, et à une crise humaine majeure. Si au printemps 2014, la minorité musulmane en paye plus particulièrement le prix, c'est toute la population centrafricaine qui est victime de massacres, exactions, tueries, tortures, déplacements, regroupements forcés, pillages, destruction des villages, champs et maisons, etc. Dans leurs mouvements de repli, les ex-Sélékas pratiquent la politique de la terre brûlée et procèdent à des exécutions sommaires. Les anti-Balakas prennent ensuite les villes abandonnées par les ex-Sélékas, et ciblent les communautés musulmanes qui se retrouvent piégées, comme c'est le cas dans plusieurs villes de l'Ouest du pays.
Mi-mars 2014, selon les Nations unies, 600 000 personnes seraient déplacées - dont 177 000, réparties sur 49 sites, à Bangui ; 15 000 personnes (issues de la minorité musulmane) sont considérées comme « étant en danger » ; 280 000 personnes se seraient réfugiées dans les pays voisins (80 000 au Tchad, 126 000 au Cameroun, 11 000 au Congo Brazzaville et 62 000 en République démocratique du Congo).
Alors que l'ensemble des services étatiques centrafricains, et notamment le ministère de la santé, sont quasiment inopérants, la communauté internationale ne se mobilise que très progressivement et est encore loin de déployer une réponse à la hauteur de l'ensemble des besoins.
Sur le plan sanitaire, en dehors de la prise en charge des victimes de violences, le paludisme reste la première cause de mortalité en RCA.
L'année 2013 a aussi été marquée par de nombreux cas de rougeole sur l'ensemble du pays où les couvertures vaccinales sont faibles.
Le déplacement des populations et leurs conditions de vie, en brousse ou sur des sites de regroupement non-adaptés, favorisent également la propagation des infections respiratoires et des maladies diarrhéiques. En 2014, du fait de l'insécurité et de ses conséquences, un risque de crise nutritionnelle est à craindre, notamment chez les populations déplacées.
Le 26 avril 2014, 16 civils, dont trois employés MSF, sont tués lors d'un vol à main armée à l'hôpital de Boguila où MSF travaille depuis 2006. Suite à cet assassinat, MSF décide de suspendre ses activités sur Boguila et de limiter, en signe de protestation et pendant une semaine, ses activités médicales sur toute la RCA et dans les pays limitrophes, avec seul maintien de ses services d'urgence. MSF a exprimé son indignation et a réévalué les conditions de travail des équipes et l'impact potentiel sur les activités médicales. Conjointement, MSF a appelé les autorités locales et les parties au conflit à condamner publiquement les attaques contre les civils et les humanitaires.

Activités

Le contexte de désert sanitaire général a poussé MSF à développer des programmes de long terme en RCA.

Programme régulier de Paoua

Depuis 2006, MSF intervient à l'hôpital de Paoua dans les services de consultations externes, pédiatrie, chirurgie, médecine générale et maternité et gère les activités de prise en charge du VIH (dont la prévention de la transmission de la mère à l'enfant), de la tuberculose et le Programme élargi de vaccination. MSF assure également la supervision du centre de santé urbain où la clinique externe pédiatrique a été transférée (1 284 consultations y ont été menées en janvier 2014).
MSF soutient aussi 7 centres de santé de la périphérie de Paoua (soins de santé primaires, activités nutritionnelles, formation des agents de santé, approvisionnement en médicaments et matériels médicaux, travaux de maintenance/réhabilitation) et assure un réseau de références vers l'hôpital (7% des patients référés sont des cas de paludisme sévère). En 2013, malgré l'insécurité, la majorité de ces activités périphériques ont pu être maintenues et ont intégralement repris en 2014.
De janvier 2013 à février 2014, 89 855 consultations externes ont été dispensées, en majorité pour les moins de 5 ans et pour des cas de paludisme ; près de 10 000 patients ont été hospitalisés ; plus de 2 600 actes chirurgicaux ont été effectués (dont 152 césariennes) ; plus de 1 200 enfants malnutris ont été admis dans le programme nutritionnel (près de 800 enfants souffrant de malnutrition sévère ont été hospitalisés dans le centre de soins intensifs) ; on compte 11 202 consultations anténatales et 1 878 accouchements ; près de 1 300 patients ont été suivis dans le programme VIH (dont 860 sont sous antirétroviraux) et plus de 300 patients tuberculeux ont été admis. De janvier à décembre 2013, 8 233 enfants ont été vaccinés contre la rougeole, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B et les infections méningées.
En janvier 2014, des cas de rougeole persistent (107 en janvier 2014, contre 49 en décembre 2013) malgré les campagnes de vaccination de masse en 2013. La vaccination a donc été renforcée dans les villages et, au total, 121 enfants âgés de 6 mois à 5 ans ont été vaccinés en 15 jours. Le nombre d'enfants malnutris admis dans les programmes ambulatoires périphériques a lui aussi augmenté. Tous les cas sévères ou compliqués ont été référés vers l'hôpital. L'augmentation du nombre de cas de victimes de violence – venant de localités voisines de Paoua en proie à un regain de tensions - se confirme également (31,3% des patients chirurgicaux en janvier 2014, contre 17% en décembre 2013).
En 2014, MSF maintiendra ses activités pour la population résidente et déplacée de Paoua-ville (25 000 personnes) et de sa sous-préfecture (235 000 personnes) et répondra aux éventuelles urgences comme des afflux de déplacés ou de blessés. Afin d'améliorer la prise en charge des patients, notamment blessés, des soins de kinésithérapie seront proposés et le service des urgences de l'hôpital sera repris par MSF.

Programme régulier de Carnot

Ce programme, initié en 2010, avait pour objectif initial de répondre à la forte prévalence de VIH et de tuberculose dans la zone (10%). Depuis 2012, en plus de la prise en charge du VIH, de la tuberculose et du soutien à 3 centres de santé périphériques, de nouvelles activités ont été mises

en place à Carnot et en périphérie : consultation externes pour les moins de 5 ans, hospitalisation pédiatrique, appui à la vaccination de routine, médecine interne, mise en place d'un réseau communautaire d'agents paludisme et surveillance épidémiologique.
En 2013, du fait du contexte chaotique, le soutien en périphérie a dû être arrêté, mais le reste des activités a pu être maintenu. Le paludisme reste la cause principale de morbidité et d'hospitalisation. Entre janvier 2013 et février 2014, 68 835 consultations (dont plus de 40 000 pour des cas de paludisme) ont été dispensées ; plus de 4 600 patients ont été hospitalisés ; près de 700 enfants malnutris ont été admis dans le programme nutritionnel (plus de 470 enfants souffrant de malnutrition sévère ont été hospitalisés dans le centre de soins intensifs) ; plus de 6 000 enfants ont été vaccinés (rougeole, diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B, et infections méningées) ; 1 720 patients ont été suivis dans le programme VIH (dont 1 160 sont sous antirétroviraux) et plus de 470 patients tuberculeux ont été admis. Entre le 21 janvier et le 8 février 2014, l'hôpital de la ville a reçu près de 70 victimes de violence. Des kits pour la prise en charge des blessés (en cas de nouvel afflux) ont depuis été positionnés aux urgences et au bloc opératoire.
En 2014, MSF maintiendra ses activités pour la population résidente et déplacée de Carnot-ville (56 000 personnes) et de sa sous-préfecture (120 000 personnes). MSF souhaite également réduire la mortalité et la morbidité chez les 0-15 ans, ainsi que chez les patients VIH et tuberculeux. Nous continuerons à répondre aux éventuelles urgences (afflux de déplacés ou de blessés). Afin d'améliorer la prise en charge des patients, et notamment des blessés, les services des urgences et de médecine interne de l'hôpital seront repris par MSF.

Programme d'urgence - devenu régulier - de Bria

Bria, ville située dans l'est de la RCA, est une localité très isolée. Depuis l'offensive de l'ex-Séléka qui a particulièrement touché cette zone, la population est privée d'une offre globale de soins. Le faible nombre d'acteurs médicaux sur place a incité MSF à y ouvrir un programme pédiatrique en urgence, en juillet 2013, au moment du pic annuel de paludisme. Un dispensaire et une unité d'hospitalisation ont ainsi été mis en place pour les 0-15 ans.
Entre août 2013 et février 2014, 26 786 consultations (majoritairement pour des cas de paludisme) ont été dispensées à Bria ; 72% concernent des enfants de moins de 5 ans et cette proportion va en augmentant ; 1 721 enfants ont été hospitalisés (dont 1 195 pour cause de paludisme sévère) ; 12 448 enfants ont été dépistés pour la malnutrition.
En janvier 2014, le programme a connu une hausse du nombre d'admissions (65 hospitalisations par semaine, contre 48 par semaine en décembre 2013). Ceci s'explique, en partie, par l'augmentation du nombre de cas de rougeole (352 entre décembre 2013 et février 2014). Nous avons aidé les autorités sanitaires à mener une nouvelle campagne de vaccination de rattrapage pour les enfants âgés de 6 mois à 5 ans et plus de 1 300 enfants ont été vaccinés. Ce soutien s'est poursuivi en février, mais l'insécurité limite les actions en périphérie.
Depuis début janvier 2014, plus de 8 000 personnes ont quitté Bangui pour se réfugier à Bria et des arrivées régulières de populations se poursuivent. La situation dans cette zone sous contrôle de l'ex-Séléka reste tendue. Dans ce contexte d'instabilité et de désert médical, MSF a décidé de maintenir sa présence et de continuer d'assurer l'accès aux soins curatifs et préventifs pour les 47 000 enfants de moins de 15 ans de la préfecture. Afin de pouvoir répondre à un éventuel afflux de blessés et d'offrir une capacité de prise en charge chirurgicale (quasiment inexistante dans cette partie du pays), MSF prévoit de réhabiliter le bloc opératoire et le système de stérilisation de l'hôpital de Bria. De plus, une surveillance épidémiologique sera assurée.

Activités d'urgence 2013-2014

Projet chirurgical à l'Hôpital Communautaire de Bangui

De mars à juin 2013 : le 24 mars 2013, la Séléka s'empare de Bangui. Les affrontements qui opposent les Sélékas aux forces gouvernementales font de nombreux morts et blessés dans la capitale. MSF prend en charge une partie des blessés à l'Hôpital Communautaire qui devient alors la seule structure chirurgicale de la ville encore fonctionnelle. Sur les 3 mois d'activité, 1 072 blessés ont été pris en charge aux urgences (36% par balle) et 149 patients ont été opérés.
De décembre 2013 à février 2014 : le 5 décembre 2013, les anti-Balakas attaquent Bangui. Les blessés se comptent par centaines et les Banguissois fuient l'insécurité pour se regrouper, en quête de protection, sur des sites non-adaptés. Malgré la présence des forces armées internationales, la situation dans cette ville, en proie à la guérilla urbaine, semble être hors de contrôle.
Entre le 5 et le 7 décembre, 16 personnels médicaux MSF prennent en charge 190 blessés dans les services des urgences, de chirurgie et d'hospitalisation de l'hôpital surchargé. Un 2ème bloc opératoire est mis en route et une équipe chirurgicale supplémentaire rejoint Bangui. Sept tentes (100 lits) sont installées afin d'augmenter la capacité d'hospitalisation. Une vingtaine de blessés arrivent en moyenne quotidiennement, avec des pics d'affluence certains jours.
La violence n'épargne pas les structures de santé. A l'Hôpital Communautaire, la situation est très tendue : des menaces et des pressions sont directement exercées par des hommes armés à l'encontre des patients, de notre personnel et de celui du ministère de la santé. De début décembre à fin février, 1 268 patients ont été reçus aux urgences, 1 946 opérations ont été menées et 653 patients ont été hospitalisés.
Le 27 février, MSF passe ses activités de l'Hôpital Communautaire au Comité International de la Croix-Rouge (CICR).

Projet chirurgical à l'Hôpital général de Bangui

Fin février 2014, MSF ouvre un projet chirurgical à l'Hôpital général de Bangui, après l'avoir réhabilité, et prend en charge les patients relevant des urgences chirurgicales et âgés de plus de 15 ans (non gynéco-obstétriques). Les équipes travaillent aux urgences, dans les services de chirurgie, de suivi post-opératoire/rééducation/kinésithérapie et dans 2 blocs où entre 10 et 15 patients sont opérés chaque jour. En mars, 115 opérations chirurgicales (sur les 154 menées au total) concernaient des victimes de violences (plaies par balle, grenade, arme blanche, bastonnade, torture, etc.). Rapidement, MSF est confronté à la prise en charge d'une vingtaine de patients anciennement blessés souffrant de plaies importantes, non cicatrisées et/ou infectées (dont 9 cas d'ostéomyélite). Il s'agit de soulager la douleur, de mener les actes chirurgicaux qui permettront de les soigner définitivement, d'initier de nouveaux traitements antibiotiques auxquels ils ne sont pas résistants et d'assurer la rééducation. Du 24 février au 30 mars, 442 patients sont reçus aux urgences ; plus de 200 actes chirurgicaux sont effectués ; une centaine de patients sont hospitalisés.
Un mois après l'ouverture du programme, les activités sont en constante augmentation et vont bien au-delà des prévisions de départ (180 à 200 admissions chirurgicales par mois, contre les 140 à 150 prévues initialement). MSF devra donc étendre sa capacité de prise en charge. L'unité de soins intensifs est déjà passée de 4 à 6 lits et une annexe a été ajoutée.

Intervention dans les enclaves musulmanes de Bangui et de l'Ouest

Dans plusieurs localités, des milliers de civils, en majorité musulmans, se retrouvent piégés dans des quartiers, des enceintes d'hôpitaux, d'églises et de mosquées, encerclés par des groupes armés et des communautés hostiles, vivant dans la peur et l'impossibilité de sortir. MSF ouvre des

projets médicaux d'urgence dans plusieurs de ces enclaves.

Depuis fin décembre 2013, MSF soutient le centre de santé du quartier de PK5, à Bangui (initialement musulman), où la situation est très volatile avec des pics de violence. Chaque semaine, environ 700 consultations y sont dispensées. 40% concernent les moins de 5 ans et le paludisme reste la première cause de morbidité. Entre le 30 décembre 2013 et fin mars 2014, 9 306 consultations ont été menées (plus de 2 800 pour des moins de 5 ans, dont plus de 1 100 souffraient du paludisme) ; près de 80 blessés ont été pris en charge sur place ou ont été référés vers l'Hôpital Communautaire puis l'Hôpital Général ; près de 200 enfants ont été vaccinés ; plus de 300 consultations anténatales, 138 consultations gynécologiques et 27 consultations de planning familial ont été dispensées ; enfin, près de 300 femmes enceintes ont été vaccinées contre le tétanos. Les enfants dépistés comme étant malnutris sont référés à Action contre la faim (ACF). Des moustiquaires sont systématiquement données aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes.
Depuis le 7 février, MSF mène aussi des dispensaires mobiles à la grande mosquée centrale de Bangui, située dans le quartier de PK5, où vivent environ 1 000 déplacés musulmans n'osant pas se rendre au centre de santé. MSF y assure l'approvisionnement en eau (20m3 par jour).
Depuis janvier 2014, sur le site de déplacés de la paroisse Saint-Sauveur de Bangui (environ 6 000 déplacés), MSF distribue des biens de première nécessité et construit des latrines et continue à y assurer l'approvisionnement en eau (20m^3 par jour).
De janvier à février 2014, dans le quartier « arabe » de Bozoum, des dispensaires mobiles sont mis en place pour les 2 500 personnes qui y vivaient enfermées. Entre le 20 janvier et le 2 février, 298 consultations y sont dispensées, en priorité pour les moins de 15 ans. Le 6 février, les derniers 2 500 musulmans de la ville quittent Bozoum. MSF arrête cette activité.
Depuis la mi-février 2014, des dispensaires mobiles sont menés par MSF sur l'église de Carnot où environ 1 000 déplacés (majoritairement des femmes et des enfants Peulhs) sont alors regroupés. 70 consultations y sont dispensées, en moyenne, chaque semaine. Une vaccination contre la rougeole et le tétanos, des distributions alimentaires et de biens non-alimentaires ainsi que des travaux d'aménagement du site sont lancés. Début 2014, une trentaine de cas de rougeole ont été détectés dans la zone de Carnot : MSF installe une tente de 20 lits, à l'hôpital, pour la prise en charge des malades et vaccine 85% des enfants déplacés âgés de 6 mois à 15 ans à l'église. Dans le même temps, des traitements anti-parasitaires et des suppléments en vitamine A sont distribués et les femmes en âge de procréer sont vaccinées contre le tétanos. Le 28 mars, 6 camions emmènent les deux tiers des Peuhls de Carnot vers le Cameroun, mais de nouveaux déplacés rejoignent l'église de la ville.

Activités d'urgence dans l'ouest du pays

Au cours du 1er trimestre 2014, la violence se diffuse de Bangui vers le reste de la RCA et notamment vers le Nord-Ouest du pays. MISCA (Mission internationale de soutien à la Centrafrique sous conduite africaine) comme Sangaris (opération militaire française) ne parviennent pas à (re)prendre le contrôle de la situation et les combats entre ex-Sélékas et anti-Balakas se poursuivent. Les tensions intercommunautaires sont de plus en plus vives. Dans le sillage du retrait des ex-Sélékas de Bangui et de villes de l'ouest (repli accompagné de pillages et de violences), des attaques et représailles sont directement menées par les anti-Balakas contre les populations musulmanes, poussant celles-ci à fuir. Des exodes massifs ont lieu à partir de Bouca, Bocaranga, Carnot, Berberati, Baoro, Bozoum et Bossangoa. Les populations en brousse contractent le paludisme et autres maladies parasitaires, mais ont toujours peur de se rendre dans les hôpitaux ou de rentrer chez elles.

A partir de Bozoum, des équipes mobiles MSF sillonnent le centre et le nord-ouest du pays. Mais l'insécurité rend nombre d'axes routiers trop dangereux et complique l'accès aux soins et le transfert des blessés musulmans (notamment vers Paoua et Bangui).
De janvier à mars 2014, MSF lance une intervention à l'hôpital de Bozoum : soutien technique et donations de médicaments essentiels pour relancer l'activité et interventions dans les services de consultations externes et des urgences chirurgicales et obstétriques. Le 3 février, 17 blessés sont pris en charge. Entre le 20 janvier et le 16 février, MSF dispense 2 188 consultations, dont 970 pour les moins de 5 ans ; sur les 92 patients reçus aux urgences, 22 cas de trauma/violence sont pris en charge ; 278 consultations sont menées à la maternité ; 141 patients sont hospitalisés en médecine-chirurgie, maternité et pédiatrie. Fin mars, MSF effectue une donation de médicaments et de matériel médical pour un mois, met en place un système de référence de cas sévères vers Paoua (ce qui nous permet de continuer à suivre ce qui se passe à Bozoum) et arrête son intervention à l'hôpital de Bozoum.
En janvier 2014, à l'hôpital de Ngaoundaye, MSF forme le personnel et effectue des donations de kits pour gérer d'éventuels afflux de blessés. Le 24 février, MSF mène un dispensaire mobile dans l'enceinte de l'hôpital : 179 patients ont été soignés ; 142 traitements antiparasitaires distribués ; 35 consultations dispensées (dont 26 cas de paludisme et 2 cas de malnutrition sévère). L'insécurité dans la zone ne nous a pas permis de poursuivre à Ngaoundaye.
A compter de janvier 2014, des dispensaires mobiles sont mis en place autour des sites où nous intervenons, pour les populations vulnérables (habitants de villages brûlés, déplacés en brousse, victimes de violences, malades du paludisme et autres, et notamment les enfants). Il s'agit de former le personnel de santé et effectuer des donations pour aider à relancer l'activité sanitaire sur les localités où les postes de santé ont été détruits et/ou pillés.
A compter de janvier 2014, une équipe chirurgicale mobile intervient sur des localités où des pics de violence - avec blessés - ont lieu et où il n'y a pas d'offre de soins chirurgicaux. Du 29 janvier au 1er février, elle prend ainsi en charge 15 blessés à Bossemptele. Du 27 février au 6 mars, elle rejoint Carnot où de nouveaux affrontements ont fait des blessés : 13 seront référés vers l'Hôpital Général de Bangui et une dizaine d'autres seront pris en charge sur place. Le 12 avril, elle rejoint Bria.
Mi-mars 2014, MSF initie un dispensaire mobile à Bocaranga, puis un soutien aux services de consultations externes, de pédiatrie et d'hospitalisation de l'hôpital de la ville. Des travaux de réhabilitation et d'aménagement sont effectués, notamment à la pharmacie. A terme, des dispensaires et un soutien à une dizaine de centres de santé assureront la prise en charge des cas de paludisme, au moment de son pic annuel.

Avec les événements de 2013-2014, la présence de MSF reste indispensable, à Bangui comme sur l'ensemble du pays. L'enjeu sera de répondre à la fois aux urgences tout en maintenant les activités déjà engagées et en continuant à renforcer le système sanitaire. L'année 2014 sera déterminante quant à notre positionnement, à terme, en RCA.

Dépenses 2013 : 6 801 000 euros *Financement : 17 % de fonds institutionnels, 83 % de fonds privés* *Equipe 2013 : 38 expatriés, 557 locaux*	*Autres centres opérationnels MSF présents dans le pays : celui de Barcelone, celui de Bruxelles, celui de Genève et celui d'Amsterdam.* *MSF est présent en RCA depuis 1997.*

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

En République démocratique du Congo (RDC), MSF poursuit ses activités au sein de l'hôpital général de référence de Rutshuru, dans la province du Nord Kivu, qui a connu en 2013 des épisodes mouvementés avec la présence du M23 (groupe rebelle). Autour de Goma, MSF porte assistance aux personnes déplacées par le conflit.
Dans la province du Katanga, MSF développe un projet de contrôle du choléra à Kalemie qui combine le traitement des cas et l'amélioration du système d'adduction d'eau. A Kabalo et Kongolo, MSF assure la prise en charge des nombreux cas de paludisme.
Dans l'ensemble du pays, les équipes répondent ponctuellement aux urgences liées aux déplacements, au conflit ou aux épidémies, principalement de rougeole, de choléra ou de paludisme.

Contexte

En 2013, l'engagement de la communauté internationale pour la stabilisation de l'est de la RDC et le mandat militaire de la Mission de l'Organisation des Nations-Unies pour la Stabilisation du Congo (MONUSCO) ont œuvré pour la neutralisation de plusieurs groupes rebelles opérant dans la région, modifiant radicalement le *modus operandi* des groupes armés impliqués au conflit.
A Rutshuru, dans la province du Nord Kivu, tout au long du siège du M23 (avril 2012/octobre 2013), MSF est resté le seul acteur humanitaire sur place à répondre aux besoins des populations autochtones et déplacées, y compris le long de la route vers Goma et autour de la capitale. Fragilisée par des mouvements incessants pour fuir les conflits récurrents et par un accès minime à un système de santé défaillant, la population est de plus en plus confrontée aux épidémies de choléra, paludisme, méningite ou à la malnutrition.
Avec peu de subventions gouvernementales, un personnel qualifié insuffisant et inégalement réparti, une chaîne d'approvisionnement défaillante, un désintérêt des acteurs humanitaires, l'endémicité de nombreuses maladies, la province du Katanga est un désert sanitaire.
À Kalemie, le choléra est devenu endémique et des cas sont signalés tout au long de l'année.
Kabalo est un territoire enclavé géographiquement, surtout pendant la saison des pluies (de novembre à mars) lorsque les routes sont bloquées et impraticables, malgré l'existence d'un chemin de fer et du fleuve Congo. Le climat tropical est caractérisé par un fort taux d'humidité, favorable à la croissance du moustique anophèle, faisant de Kabalo une des aires de santé de la province la plus touchée par le paludisme, avec des formes cliniques très graves.

Activités

Nord-Kivu, Rutshuru - Hôpital Général de Référence (HGR)
L'appui de MSF à l'HGR de Rutshuru (287 lits d'hospitalisation), dans la province du Nord Kivu, a démarré en octobre 2005. MSF gère ce qu'on nomme le « pôle chaud » : chirurgie, soins intensifs, urgences, grands brûlés et prise en charge des victimes de violences sexuelles.
L'activité hospitalière a fortement augmenté au cours de l'année 2013 avec une hausse de 48% du nombre de consultations aux urgences, soit 20 508 consultations. MSF a réalisé 7 643 interventions chirurgicales (15% d'augmentation par rapport à 2012) et 20 292 hospitalisations dont 69,7% en provenance des urgences.
Depuis avril 2013, une recrudescence de cas de paludisme (hors saison épidémiologique) a été enregistrée dans la zone de Rutshuru. En octobre 2013, suite à une persistante augmentation de cas, MSF a demandé et obtenu la déclaration de l'épidémie par les autorités, engendrant la gratuité de soins pour toute la population de la zone. L'utilisation de l'artesunate injectable en périphérie (43 232 consultations) a permis une prise en charge des cas graves au niveau des centres de santé et une réduction des références à l'HGR.

Nord-Kivu, Mugunga III – Assistance aux populations déplacées
Le camp de déplacés de Mugunga III, situé à une dizaine de km à l'ouest de Goma, accueille les populations venant principalement des territoires de Rutshuru et du Masisi, fuyant les combats entre groupes rebelles et armée régulière (FARDC). Après la défaite et le retrait du M23 en octobre 2013 et la relative stabilisation qui en a résulté, le gouvernement et les bailleurs institutionnels préparent le processus de retour des personnes déplacées vers leur lieu d'origine. Fin 2013, l'assistance humanitaire a donc été interrompue dans les camps de déplacés, ce qui a contribué à une augmentation de l'insécurité, tant physique qu'alimentaire.
En 2013, MSF a réalisé 41 839 consultations, 2 929 admissions en salle d'observation, 702 références, 8 131 pansements et a traité 846 victimes de violence sexuelle.

Katanga, Kalémie - Contrôle du choléra : une approche multisectorielle
Depuis 2010, MSF s'inscrit dans la dynamique des actions de lutte contre le choléra endémique à travers une série d'activités complémentaires : prise en charge des patients, renforcement de la surveillance des maladies diarrhéiques, extension du réseau d'adduction d'eau potable et introduction de la vaccination orale anticholérique préventive.
En novembre 2013, suite à deux incidents sécuritaires majeurs, le programme a dû être suspendu pendant un mois. La vaccination contre le choléra prévue à cette période a dû être annulée définitivement par manque d'engagement des autorités sanitaires.
Depuis mars 2014, tout le matériel (notamment les tuyaux indispensables à l'extension du réseau d'eau) est désormais sur place et le programme d'adduction en eau potable se poursuit.

Katanga, Kabalo – Réponse à une épidémie de paludisme
Depuis 2012, MSF est présent dans la zone de santé de Kabalo pour la prise en charge d'une épidémie répétitive de paludisme. L'intervention comprend un volet curatif (traitement du paludisme dans quinze centres de santé pour les moins de 5 ans et les femmes enceintes et prise en charge des formes sévères à l'hôpital de Kabalo), une composante préventive pour les femmes enceintes lors des consultations prénatales, la distribution de moustiquaires imprégnées aux patients du service de pédiatrie et des activités de sensibilisation via les radios communautaires. En 2013, les équipes ont réalisé près de 79 500 consultations dont plus de 54 000 pour traiter le paludisme. Dans les centres de santé, 81% des tests de diagnostic sont positifs chez les moins de 5 ans.
En août 2013, MSF est intervenu pendant une épidémie de rougeole pour assurer la prise en charge des formes graves de la maladie dans l'hôpital ainsi que la mise à disposition de traitements pour les formes simples en périphérie. L'équipe a réalisé une campagne de vaccination contre la rougeole auprès de plus de 24 000 enfants entre 6 et 59 mois.
Enfin, suite à une enquête nutritionnelle révélant des chiffres alarmants, MSF a mis en place une unité nutritionnelle thérapeutique intensive et trois unités nutritionnelles thérapeutiques ambulatoires. En 2013, 1 085 enfants ont été pris en charge pour malnutrition.

Réponse aux urgences

Missions exploratoires et veille épidémiologique
Le 11 juillet 2013, Chantal, Philippe, Richard et Romy, quatre collègues congolais, ont été enlevés lors d'une mission exploratoire dans la localité de Kamango. Suite à cet incident sécuritaire critique, la présence dans le territoire de Beni et dans l'ensemble du Grand Nord de la province du Nord-Kivu est limitée. MSF a néanmoins gardé sa capacité de réponse aux épidémies dans le reste du pays.

Nord-Kivu, Ntamugenga – Réponse aux déplacements de populations
Début novembre 2013, lors de combats entre le groupe rebelle M23 et la coalition FARDC/MONUSCO, MSF (seul acteur humanitaire resté sur place pendant la crise) a porté assistance à 5 300 personnes déplacées par les combats autour de Rwanguba et Ntamugenga. Pendant 2 semaines, MSF a distribué abris, couvertures, jerrycans et eau. L'équipe a également réhabilité des équipements d'hygiène.

Nord-Kivu, Birambizo – Exploration / Intervention
Suite à plusieurs alertes signalant des besoins de santé dans la zone de Birambizo, à la présence de déplacés (retournés ou nouveaux déplacés par les conflits dans la zone de Kitchanga) et à une mission exploratoire menée par la section belge dans la zone de Kabizo et Bambu, l'équipe MSF a décidé d'intervenir fin 2013.
L'objectif de cette intervention, à travers la reprise de contact avec les interlocuteurs de la zone de santé, la réponse aux urgences (choléra et paludisme) et l'évaluation de la chronicité des problèmes de santé, est multiple. Il s'agit de définir la pertinence d'une action sur le long terme et de faire un diagnostic des obstacles à la vaccination, afin de déterminer une stratégie d'intervention pour accompagner le plan élargi de vaccination dans cette zone de santé.

Katanga, Kongolo – Réponse au pic de paludisme
Kongolo se situe dans une zone endémique du paludisme avec des pics épidémiques lors de la saison de pluie. Suite à une mission exploratoire en décembre 2013, après l'alerte d'une forte mortalité parmi les enfants de moins de 5 ans, MSF a apporté un soutien au service pédiatrique de l'HGR et à sept centres de santé périphériques entre mars et mai 2014.

Katanga, Lubumbashi – Epidémies à répétition (rougeole et choléra)
En décembre 2013, une épidémie de rougeole a été déclarée dans plusieurs quartiers de Lubumbashi. L'OMS (Organisation mondiale de la santé) et l'UNICEF (Fonds des Nations unies pour l'enfance) ont soutenu la prise en charge des formes simples de la maladie dans les centres de santé. Mais le traitement des patients présentant des complications a été plus problématique (manque de moyens financiers entravant l'accès aux soins, qualité de la prise en charge et pénurie de médicaments) ce qui a encouragé MSF à s'invertir dans deux hôpitaux de la capitale provinciale.

MSF a également effectué des distributions d'eau potable dans les quartiers les plus touchés de la ville pendant une épidémie de choléra.

Dépenses 2013 : 12 983 000 euros *Financement : 7 % de fonds institutionnels, 93% de fonds privés* *Equipe 2013 : 44 expatriés, 685 locaux*	*Autres centres opérationnels MSF présents dans le pays : centre opérationnel d'Amsterdam (Nord Kivu, Sud Kivu, Katanga), centre opérationnel de Bruxelles (Kinshasa, Nord Kivu, Province Orientale) et réponse aux urgences dans le pays avec le Pool d'Urgence Congo(PUC), centre opérationnel de Barcelone (Sud Kivu), centre opérationnel de Genève (Province Orientale). Et capacité de répondre aux urgences* *MSF est présent en RDC depuis 1981*

RUSSIE TCHETCHENIE

Depuis la fin 2010, MSF travaille à l'hôpital républicain des urgences de Grozny, capitale de la Tchétchénie. MSF a depuis réorienté son action afin de soutenir et d'améliorer la qualité des soins au sein de l'unité de réanimation du service de cardiologie de cet hôpital.

Contexte

En Tchétchénie, une personne sur six souffre d'une maladie cardio-vasculaire. Ces pathologies seraient à l'origine de 62 à 71% des décès (les chiffres sont variables selon les sources).
Actuellement, l'offre de soins locale existante ne permet pas une prise en charge optimale des syndromes coronariens aigus et autres urgences cardiovasculaires. Si les autorités fédérales sont engagées dans un programme de modernisation des structures et des équipements de santé, le personnel médical qualifié et les traitements spécifiques manquent. Les ruptures de stocks de médicaments et de matériel médical sont également fréquentes. Des expatriés de MSF interviennent en soutien aux équipes du ministère tchétchène de la santé. Cette présence est rendue possible par la relative amélioration de la situation sécuritaire dans le Nord-Caucase et par une surveillance constante de ce contexte où peu d'ONG internationales sont présentes.

Activités

Cardiologie à Grozny

Depuis fin 2010, MSF travaille à l'hôpital républicain des urgences de Grozny où nous soutenons et améliorons la qualité des soins à l'unité de réanimation du service de cardiologie (CRU). L'objectif est de réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies cardiovasculaires et notamment aux syndromes coronariens aigus (SCA).
L'intervention de MSF au CRU consiste à assurer une prise en charge des patients 24h/24 et 7j/7 ; soutenir le personnel (notamment en assurant des formations) ; organiser les transferts de patients ; améliorer les procédures de laboratoire ; assurer des consultations de suivi post-hospitalier et préopératoires ; gérer l'approvisionnement en médicaments, équipements et matériels médicaux. Un soutien social est également apporté aux patients afin de faciliter l'obtention du statut d'invalidité ou encore la gratuité de leur prise en charge médicale.
En 2013, MSF a également initié une collaboration étroite avec d'autres services de l'hôpital afin de fournir des soins au sein des services des admissions et d'angiographie du nouveau centre vasculaire régional, ainsi que dans l'unité de cardiologie. MSF a également fourni des moniteurs de surveillance et des *pace maker* externes pour les patients atteints de troubles du rythme réversibles et nécessitant une stimulation cardiaque temporaire.
En 2013, au total, 830 patients (dont 500 cas de SCA) ont été admis au CRU ; 96 thérapies par défibrillation et 51 fibrinolyses (lyse de caillots) ont été réalisées.

En 2014, MSF poursuivra ses efforts pour améliorer le diagnostic et les références précoces, ainsi que la qualité de la prise en charge des patients souffrant d'un SCA afin de réduire la mortalité liée à ces pathologies, ainsi que les complications qui y sont liées.
Afin de soutenir le ministère tchétchène de la santé dans le lancement d'activités de coronographie et d'angioplastie pour les patients présentant un SCA, MSF a proposé que des équipes de consultants médicaux forment le personnel à ces techniques et assurent les soins pour les patients concernés. MSF participera à au moins deux séances de soins cardio invasifs (cathétérisme coronaire principalement, mais aussi angioplastie coronarienne). Ces actes seront conduits par une équipe expatriée avec le personnel hospitalier. Au moins 80 patients souffrant de SCA devraient en bénéficier à l'hôpital républicain des urgences de Grozny.

Dépenses 2013 : 1 299 000 euros *Financement : 100 % de fonds privés* *Equipe 2013 : 3 expatriés, 55 locaux*	*MSF est présent en Russie depuis 1992* *Autre centre opérationnel de MSF présent dans le pays : centre opérationnel d'Amsterdam*

SOMALIE

En Somalie, MSF est intervenu à Mogadiscio dans deux hôpitaux, à Daynile, pour gérer les urgences chirurgicales, et à Jasiira, pour les soins materno-infantiles. En août 2013, MSF a fermé tous ses projets en Somalie. Cette décision est intervenue à la suite d'agressions extrêmement graves sur les équipes dans un contexte où les groupes armés et les autorités civiles ont toléré voire soutenu les assassinats, les enlèvements et les attaques à l'encontre des travailleurs humanitaires.

Contexte

Après deux décennies de guerre civile, la majorité de la population somalienne vit dans un état quasi-permanent de crise. Les attaques, attentats et assassinats ciblés sont encore fréquents dans la capitale Mogadiscio. En 2013, alors que le nouveau gouvernement fédéral somalien, constitué en 2012, a tenté de reprendre le contrôle du pays, les régions du sud et du centre de la Somalie restent encore sous contrôle du groupe islamiste Al-Shabbaab et sont très difficiles d'accès aux organisations humanitaires. La mission de l'Union africaine en Somalie, appelée AMISOM (acronyme de l'anglais African Union Mission in Somalia), continue tant bien que mal sa mission de maintien de la paix. Malgré une légère amélioration de la situation nutritionnelle après la crise alimentaire de 2011, environ 870 000 personnes souffrent toujours de malnutrition aiguë, notamment dans le sud du pays. En décembre 2013, on comptait 1 040 000 personnes déplacées vivant dans des conditions extrêmement précaires (source UNHCR). Ces populations très vulnérables n'ont pas accès aux soins de santé adéquats ni aux produits de base.
En août 2013, MSF décide de fermer tous ses projets en Somalie. Certains acteurs, présents principalement dans la région centre sud de la Somalie et avec lesquels MSF négociait les conditions nécessaires pour continuer sa mission médicale humanitaire, ont joué un rôle dans le kidnapping de deux MSF, soit par une participation directe, soit par une approbation tacite. Les deux volontaires avaient été enlevées dans le camp de réfugiés de Dadaab au Kenya, détenues dans le sud de la Somalie. Elles ont été relâchées en juillet 2013 après 21 mois de captivité. Cet événement particulièrement grave faisait également suite à l'assassinat de deux membres MSF à Mogadiscio en décembre 2011 suivi de la libération anticipée du tueur condamné. Ces deux incidents étaient les derniers d'une longue série d'agressions. Depuis 1991, quatorze autres volontaires ont été tués et l'organisation a subi des dizaines d'attaques contre son personnel, ses ambulances et ses infrastructures médicales.

Activités

Soins hospitaliers à Jasiira et Daynile

Depuis 2011, les équipes intervenaient dans un hôpital de 50 lits situé dans le camp de déplacés de **Jasiira**, à Mogadiscio. Une attention particulière avait été portée aux soins materno-infantiles : les équipes ont géré un service de maternité et référé les cas obstétricaux compliqués vers d'autres hôpitaux de la ville. Jusqu'en août 2013, environ 2 200 personnes ont été hospitalisées et 22 000 personnes ont recouru à une consultation médicale.
L'hôpital de **Daynile**, situé à 9 km du nord de la capitale, est resté l'un des rares hôpitaux à assurer une urgence chirurgicale gratuite à Mogadiscio. Le bâtiment, d'une capacité de 60 lits, dispose de deux salles d'opération, d'une salle d'urgence et de soins intensifs. En plus de la prise en charge globale de l'activité chirurgicale, MSF a également effectué plusieurs donations de médicaments et a pris en charge les salaires du personnel de l'hôpital. Au cours de 2013, MSF a réalisé plus de 8 300 consultations et 650 opérations chirurgicales.

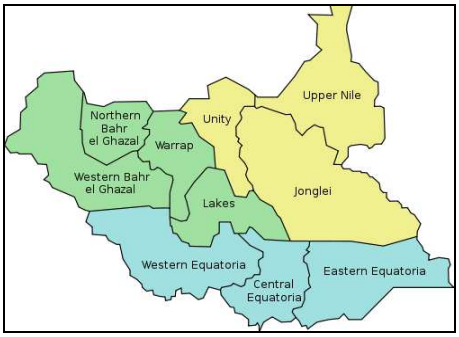
Fin mars 2013, MSF a réalisé une campagne de vaccination de rougeole à Mogadiscio dans le camp de Rajo qui compte une population de 20 000 personnes. Les personnes ciblées (6 mois – 15 ans) était de l'ordre de 8 800. Début mai, plusieurs cas de diarrhée ont également été enregistrés à Mogadiscio. MSF a confirmé 25 cas de choléra. Une forte proportion de cas (75%) était des enfants de moins de 5 ans. Une unité de traitement de 20 lits a été mise en place dans le centre de Jasiira. Au total, 1053 cas ont été pris en charge dont 28% de cas sévères.

Dépenses 2013 : 3 441 000 euros *Financement : 100 % de fonds privés* *Equipe 2013 : 8 expatriés, 159 locaux*	*MSF a travaillé pour la première fois en Somalie en 1979, puis de manière continue de 1991 jusqu'en août 2013.* *Les cinq centres opérationnels de MSF (Genève, Amsterdam, Paris, Barcelone et Bruxelles) ont fermé leurs programmes en août 2013*

SOUDAN DU SUD

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, épidémies, déplacement de populations…).
Dans l'Etat d'Unity, dans le nord du pays, depuis octobre 2011, des soins de santé sont fournis dans le camp de réfugiés de Yida, où sont installées les populations qui fuient les combats dans la région soudanaise du Kordofan du Sud. MSF a adapté ses activités pour faire face au conflit qui a débuté le 15 décembre 2013, et répondre aux besoins.

Contexte



Plus de deux ans après son indépendance en juillet 2011, la jeune nation du Soudan du Sud reste marquée par des tensions ethniques et par plus de 20 ans de guerre civile avec son voisin du Nord. Après ces deux décennies de conflit quasiment ininterrompu, le pays pâtit 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. Le pays connait d'ailleurs des taux de mortalité infantile et maternelle parmi les plus élevés de la planète.
Le Soudan du Sud est déchiré par de fortes tensions ethniques, parfois alimentées par le Soudan voisin. En 2013, les tensions se sont accrues entre le président Salva Kiir et son vice-président Riek Machar, qui a d'ailleurs été demis de ses fonctions durant l'été 2013. Mi-décembre 2013, le pays est entré dans une phase de conflit ouvert avec des combats et des exactions à Juba, qui se sont rapidement étendus aux Etats de Jonglei, du Haut-Nil et d'Unity. Ces combats ont entrainé la mort de milliers de personnes et le déplacement de centaines de milliers de personnes tant dans le pays que vers les pays voisins. Par ailleurs, 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 entrainé 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.

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.
En 2013, les efforts se sont concentrés sur la réduction de la mortalité infantile et maternelle dans l'hôpital et la mise en place de cliniques mobiles pendant le pic de paludisme. L'accent a été mis sur la prise en charge des enfants de moins de 28 jours, qui sont les plus vulnérables. En septembre, MSF a organisé un stage de six semaines pour les étudiants de l'Institut de formation en soins infirmiers pour renforcer leurs compétences. A l'inverse, le centre de prise en charge de la malnutrition infantile a été fermé à la fin de l'année. Au total, près de 4 632 enfants ont été admis à l'hôpital d'Aweil en 2013. Les équipes ont également facilité 4 162 accouchements simples et 275 accouchements compliqués.

Soins de santé dans le camp de réfugiés de Yida, Etat d'Unity

Yida est le principal camp de refugiés 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. Entre mai 2012 et mars 2013, la population de Yida s'est fortement accrue pour atteindre jusqu'à 70 000 personnes. MSF a alors étendu ses activités médicales et nutritionnelles afin de porter assistance aux nouveaux arrivants, notamment les enfants souffrant de malnutrition sévère.
En 2013, MSF a réalisé 122 265 consultations àYida et hospitalisé 2 474 patients. 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'haemophilusinfluenzae 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.

Nimule

En janvier 2014, les équipes de MSF ont commencé à apporter un soutien en matière d'accès à l'eau potable, pour les 10 000 déplacés qui s'étaient installés à Nimuleà la frontière avec l'Ouganda.

Dépenses 2013 : 11 077 000 euros *Financement : 13 % de fonds institutionnels, 87% de fonds privés* *Equipe 2013 : 57 expatriés, 595 locaux*	*Autres centres opérationnels MSF présents dans le pays : celui d'Amsterdam, celui de Bruxelles, celui de Barcelone et celui de Genève.* *MSF est présent depuis plus de 30 ans sur le territoire qui est devenu le Soudan du Sud en 2011.*

SYRIE

MSF a étendu ses opérations en Syrie avec l'ouverture d'un hôpital dans la région d'Alep en mai 2013. Le premier hôpital avait été mis en place dans la région d'Idlib en juin 2012. Les donations de médicaments et de matériel se sont poursuivies. Mais au fil des mois, l'insécurité s'est nettement aggravée dans le nord du pays où les équipes MSF interviennent. Au conflit entre l'armée loyaliste et l'opposition armée s'est ajouté un conflit au sein même de la rébellion qui s'est fragmentée en divers mouvements, dont certains très radicaux.

Contexte

Le bilan du conflit qui a démarré en mars 2011 est très lourd. En mai 2014, il s'élevait à plus de 162 000 morts. Un seuil de violence sans précédent a été franchi, le 21 août, avec l'utilisation d'armes chimiques lors d'une attaque à la périphérie de Damas, dans la Ghouta. La menace d'une intervention armée de pays occidentaux s'est rapidement dissipée ; un accord de destruction de l'arsenal chimique syrien a été conclu avec Bachar el Assad.
Par ailleurs, aucun progrès n'a été enregistré sur la question de l'aide humanitaire alors que les besoins sont énormes. Selon les Nations unies, 6,5 millions de Syriens sont déplacés et 2,7 millions sont réfugiés dans les pays limitrophes. Les négociations menées dans le cadre de la conférence de Genève restent dans l'impasse. La résolution adoptée en février 2014 par le Conseil de sécurité des Nations unies exigeant la libre circulation de l'aide humanitaire « à travers les lignes de front et les frontières », la levée des sièges autour des villes et l'arrêt des largages de barils d'explosifs sur la population civile est restée lettre morte. L'aide est toujours déséquilibrée. La quasi-totalité des secours internationaux sont acheminés dans les zones gouvernementales tandis que l'aide ne peut parvenir dans les territoires insurgés que par des opérations humanitaires transfrontalières, limitées.
L'accès aux soins est très restreint pour la population. Et l'enlèvement, le 2 janvier, de 5 membres de MSF qui ont été libérés le 4 avril pour trois d'entre eux et le 14 mai pour les deux autres a brutalement mis en évidence les grandes difficultés à apporter des secours en Syrie.

Activités

Hôpital de chirurgie traumatologique (région d'Idlib)

Pour soigner les blessés, MSF a transformé une maison en une unité d'urgences chirurgicales et traumatologiques. Cet hôpital de 15 lits comprend un bloc opératoire, une salle d'urgence et une salle de réveil. De juin 2012 à avril 2014, 5706 consultations ont été données en salle d'urgence dont 1202 de janvier à avril 2014. Sur cette même période de 2014, 1466 interventions chirurgicales ont été réalisées essentiellement sur des grands brûlés (4427 au total depuis l'ouverture de l'hôpital). L'utilisation de combustible de mauvaise qualité et le raffinage artisanal de pétrole causent un grand nombre d'accidents. Compte tenu du nombre élevé de brûlés, des travaux de rénovation ont été réalisés dans l'hôpital pour améliorer leur prise en charge. Les brûlés reçoivent aussi des soins de kinésithérapie et bénéficient, comme les autres victimes de violences qui en ont besoin, d'un soutien psychologique.

Hôpital général (région d'Alep)

Pour que les adultes comme les enfants puissent avoir accès aux soins médicaux courants dont ils étaient privés à cause du conflit, MSF a ouvert un hôpital général de 30 lits dans une petite ville de la région d'Alep. Cet hôpital comprend un service de consultations externes où 15940 consultations ont été données de juin 2013 à avril 2014, un service de médecine et une maternité où l'équipe a assisté 450 accouchements sur cette même période. L'hôpital aussi un bloc opératoire où sont soignés blessés et grands brûlés. De juin 2013 à avril 2014, 1533 opérations chirurgicales ont été effectuées. Et dans la salle d'urgence, 8528 consultations médicales ont été données.

Vaccination

Le nord de la Syrie est régulièrement frappé par une épidémie de rougeole. A proximité de l'hôpital MSF dans la région d'Idlib se trouvent de nombreux camps qui abritaient 75 000 personnes déplacées en mai 2014. Des cas de rougeole étant toujours constatés après la campagne de masse menée début 2013, MSF a participé à une campagne de rattrapage en juillet 2013, en donnant des vaccins. Puis MSF a finalement pris en charge, à partir de novembre, la vaccination de routine dans ces camps où 70 travailleurs communautaires assurent une surveillance épidémiologique. De même dans l'hôpital de la région d'Alep, MSF fait la vaccination de routine pour les enfants de moins de cinq ans.

Soutien à des médecins et des structures médicales

Pour venir en aide à des réseaux de médecins syriens travaillant dans des zones gouvernementales ou des territoires insurgés auxquels les équipes n'ont pas accès, MSF a poursuivi les donations de médicaments et de matériel médical. En avril 2014, plusieurs hôpitaux et postes médicaux recevaient des donations.
De plus, deux postes médicaux avancés (région d'Idlib) ont continué à recevoir un soutien de MSF sous forme de donations de médicaments et de formations à la stabilisation des blessés.

Aide matérielle aux populations déplacées

De mai 2013 à janvier 2014, MSF a distribué 2 000 tentes classiques, 1 000 tentes avec une protection hivernale et 2 000 bâches en plastique dans les camps de la région d'Idlib.

Dépenses 2013 : 7 444 000 euros *Financement : 100 % de fonds privés* *Equipe 2013 : 36 expatriés, 163 locaux*	*Tous les autres centres opérationnels MSF sont présents dans le pays : Bruxelles, Amsterdam, Barcelone et Genève.* *MSF a démarré ses activités en Syrie en 2012*

TCHAD

Au Tchad, l'action de MSF s'articule autour de deux axes : le programme en cours à Moïssala, dans le sud du pays, vise à réduire la mortalité liée au paludisme et à renforcer les activités de vaccination. En parallèle, les équipes de MSF continuent à suivre de près la situation sanitaire dans le pays et à répondre aux urgences si nécessaire. MSF est ainsi intervenu auprès des réfugiés du Darfour à Tissi et Goz Beida. Début 2014, MSF a également débuté une opération pour apporter une assistance aux Centrafricains réfugiés dans le sud du pays.

Contexte

On compte au Tchad moins d'un professionnel de santé qualifié pour 1 500 habitants et moins d'un médecin pour 23 000 personnes (les normes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sont d'un médecin pour 10 000 habitants). Les taux de mortalité infanto-juvénile et maternelle demeurent très élevés. Selon l'EDST II (Deuxième Enquête Démographique et de Santé), au Tchad, la mortalité infantile est de 102 ‰, la mortalité infanto-juvénile de 191 ‰, et une forte mortalité maternelle s'élève à 1 099 décès pour 100.000 naissances vivantes.
MSF est l'un des principaux acteurs d'urgence au Tchad. De nombreuses organisations humanitaires sont présentes dans le pays (autour de 40 à N'Djamena, la capitale) mais beaucoup œuvrent dans une vision de long terme et les réponses apportées aux problématiques humanitaires d'urgence sont rares.
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 sévissent également 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 et est affecté par le conflit en République centrafricaine, par l'instabilité dans le nord du Nigeria et au Darfour voisin ou encore par l'instabilité en Libye. En 2014, le pays fait de nouveau face à un large afflux de réfugiés en provenance de la République centrafricaine.

Activités

Prévention et prise en charge du paludisme à Moïssala

Ouvert en août 2010, le programme de Moïssala a pour ambition la lutte contre le paludisme, principale cause de morbidité et de mortalité dans la région, et de 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 33 000 enfants ont ainsi été soignés en 2013.
MSF a également soutenu dix-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 Moïssala, dont la capacité atteint plus de 80 lits pendant le pic annuel. 2 526 enfants y ont été hospitalisés en 2013.
Enfin, ce programme innovant comprend également 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 des enfants de 3 mois à 5 ans. Les équipes ont rapidement 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 33 000 enfants. Afin de lutter contre les autres pathologies de la jeune enfance, MSF participe également au renforcement des capacités de gestion des activités de vaccination de routine des districts de Moissala et Bouna.

Réponse aux Urgences

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 Haut-Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies, le plus important mouvement de populations observé dans cette région depuis 2006. MSF a évalué fin mars 2013 leurs besoins médicaux et a démarré fin avril une intervention d'urgence. L'équipe a notamment assuré 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 forage de puits et le rattrapage vaccinal contre la rougeole. Au total, 4 149 consultations ont été organisées, 67 personnes ont référées vers un hôpital et 599 enfants ont été vaccinés contre la rougeole.

Assistance aux refugiés et rapatriés de République Centrafricaine

Depuis fin décembre 2013, le Tchad a vu affluer plus de 97 600 personnes fuyant les violences en République centrafricaine. En mai 2014, plus de 58 000 d'entre elles se trouvaient dans le sud du Tchad où MSF a lancé des opérations d'urgence à Mbitoye, Goré et Sido.
En février, sur le site de transit de Mbitoye, MSF a mené une campagne de vaccination contre la rougeole (4 572 enfants vaccinés), la méningite (6 332 enfants et adultes) et la polio (2 204 enfants) et donné près de 90 consultations par jour jusqu'à fin mars lorsque la plupart des réfugiés ont été réinstallés sur d'autres sites.
A Goré, MSF a ouvert à la mi-avril un hôpital de 10 lits et fait en avril une campagne de vaccination contre la méningite (19 302 personnes de moins de 29 ans). MSF construit aussi 70 latrines et 70 douches sur le site de Danamadja où sont transférés les réfugiés de Goré et y installe des réservoirs à eau.

A Sido, un site regroupant près de 19 000 personnes, MSF intervient depuis le 10 février 2014 dans un centre de santé et dans un hôpital de 10 lits. Une campagne de vaccination a été organisée en mars contre la rougeole (14643 enfants), la méningite (18269 enfants et adultes) et la polio (8731 enfants).
MSF a en outre distribué des biens de première nécessité sur ces sites d'intervention à 3 647 familles et continue à distribuer des bâches en plastique aux nouveaux arrivants. Mais les besoins restent très importants, en matière de nourriture, d'abris et de latrines.
Au total, sur les trois sites de Mbitoye, Goré et Sido, 12 724 consultations médicales ont été données entre février et mai 2014.

Dépenses 2013 : 3 699 000 euros *Financement : 9 % fonds institutionnels, 91 % de fonds privés* *Equipe 2013 : 20 expatriés, 244 locaux*	*Autres centres opérationnels MSF présents dans le pays : Amsterdam et Genève* *MSF travaille au Tchad depuis 1984*

TERRITOIRES PALESTINIENS

Dans les territoires palestiniens, MSF répond aux besoins médicaux et psychologiques générés par le conflit israélo-palestinien 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, de soins postopératoires spécialisés et de formation aux soins intensifs.
A Naplouse, en Cisjordanie, MSF mène un programme psycho-médico-social.

Contexte

Depuis 2007, 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), s'est ajouté au conflit israélo-palestinien. Fin avril 2014, l'Organisation de libération de la Palestine (OLP) a conclu un accord avec le Hamas pour constituer rapidement un gouvernement d'union nationale (qui a prêté serment le 2 juin 2014). Cette annonce d'accord de réconciliation a aussitôt provoqué le courroux d'Israël qui reproche aux Palestiniens, par le choix de se rapprocher du Hamas, de mettre en péril le processus de paix.
Au même moment, le 29 avril 2014, Israël a suspendu les négociations du processus de paix avec l'Autorité Palestinienne, sur un constat d'échec. Durant les neuf mois impartis aux négociations par les Etats-Unis, Israël a approuvé la construction de 13 851 logements dans les colonies de Cisjordanie et à Jérusalem-Est. En Cisjordanie et à Jérusalem-Est, 70% de la population, estimée à 2,6 millions d'habitants, vivent sur un territoire sous contrôle de l'armée israélienne. Environ 520 000 colons israéliens y sont installés. L'implantation incessante, organisée et planifiée de populations civiles israéliennes sur le territoire de Cisjordanie est source de tensions permanentes entre colons israéliens et civils palestiniens.
A Gaza, l'ensemble de la population vit sous le blocus israélien qui impacte lourdement les importations de carburant, de matériaux de construction et les produits de base. Depuis le mois de juillet 2013, le changement de régime égyptien avec la destitution du président Morsi et des Frères Musulmans a entraîné la fermeture du passage de Rafah, l'objectif politique étant d'affaiblir le Hamas. Le résultat immédiat a été l'aggravation de la crise économique, avec notamment une pénurie importante du fioul. Comme remède, les Gazaouis utilisent du gaz butane, mais les bouteilles sont anciennes, recyclées de nombreuses fois. Leur vétusté et leur sur-utilisation provoquent une multiplication des accidents domestiques.

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 dans la chirurgie de la main. Fin 2011, des soins postopératoires systématiques (kinésithérapie et pansements) ont été ajoutés au programme chirurgical.
En 2013, 4 équipes de chirurgiens se sont relayées et ont opéré 147 patients, dont 68 % étaient des enfants. L'équipe de soins post-opératoires de la clinique MSF a pris en charge un total de 403 patients, dont environ 80% présentaient des brûlures. Elle a réalisé 4 839 sessions de réfection de pansements et 6 348 sessions de kinésithérapie.
Grâce à la venue de chirurgiens spécialistes de la main et à l'activité de l'unité de kinésithérapie spécialisée, MSF a pu aider de jeunes enfants présentant des malformations congénitales des mains 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.
Les équipes interviennent également auprès des victimes d'accidents domestiques (principalement des brûlures), dus 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 patients, dans un contexte où l'accès à des soins médicaux spécialisés est difficile.

En 2013, MSF, en collaboration avec le ministère palestinien de la santé, a lancé, dans les hôpitaux Nasser et Al-Shifa de Gaza, une formation aux soins intensifs pour le personnel médical et paramédical gazaouite. En raison du blocus mis en place depuis 2007 par Israël, les médecins palestiniens ont de grandes difficultés pour sortir de Gaza et suivre des formations médicales spécialisées.
En décembre 2013, alors que de violentes inondations ont touché Gaza, MSF a distribué des matelas et des couvertures à des familles vivant dans le village bédouin d'Um-Alnassar, situé dans le nord de la bande de Gaza. Certaines familles de ce village ont perdu leur maison, ravagée par la montée des eaux.

Naplouse, Cisjordanie

Dans les districts de Naplouse et de Qalqilya, la violence et la pression psychologique générées par la cohabitation forcée entre Palestiniens et colons israéliens 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. La majorité (82%) d'entre eux vivent dans des villages, victimes de fréquentes attaques commises par les colons ou d'incursions militaires israéliennes. MSF a constaté une augmentation continue du nombre de patients en provenance de zones rurales, passant de 68 % en 2011 à 82 % en 2013 : les affrontements entre Palestiniens et colons israéliens se produisent en effet le plus souvent dans les villages proches des colonies. L'armée israélienne intervient alors pour défendre la population israélienne et mènent des opérations de recherche, dans les villages plutôt que dans les villes.
Les patients suivis par MSF présentent des syndromes post-traumatiques et souffrent de stress aigu, de troubles anxieux et de dépression. Autant de souffrances qui entravent leur vie quotidienne. Lorsqu'un jeune est agressé, blessé ou arrêté, cet événement peut fortement affecter les autres membres de sa famille. L'objectif du programme est de rétablir un niveau acceptable de santé médicale et psychologique.

Les thérapies psychologiques sont brèves (entre 10 et 15 consultations en moyenne). Des techniques spécifiques sont utilisées, basées sur l'échange oral, les outils cognitifs et comportementaux, la relaxation, le jeu, le dessin etc. Certaines maladies (dépression, anxiété) nécessitent un traitement et un suivi 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 des travailleurs sociaux.
En 2013, MSF a suivi 1 108 patients, mené 2 749 consultations psychologiques, 993 consultations médicales et 859 consultations sociales. Environ 85% de nos patients sont des femmes et des enfants.

Dépenses 2013 : 2 080 000 euros *Financement : 100 % de fonds privés* *Equipe 2013 : 9 expatriés, 52 locaux*	*Autre centre opérationnel MSF présent dans le pays : centre opérationnel de Barcelone (en Cisjordanie)* *MSF est présent dans les Territoires Palestiniens depuis 1989.*

YEMEN

Au Yemen, le programme d'Amran vise à faciliter l'accès à des soins médicaux et chirurgicaux d'urgence pour la population du gouvernorat, en particulier les victimes de violence, les mères et les enfants. MSF y est présent au sein de l'hôpital général de Khamer, le centre de santé de Huth et le centre de santé du district de Haitha Habur Zulaymah. Au sud du pays, MSF est présent à Aden où les équipes gèrent une unité chirurgicale de 45 lits d'urgence pour les victimes de violences et offrent des consultations médicales à la prison centrale de la ville. MSF soutient également les établissements de santé dans le gouvernorat d'Abyan. Des patients ayant besoin de soins chirurgicaux spécialisés sont référés à Amman, en Jordanie. MSF a également lancé cette année une Campagne sur la question de la protection de l'action médicale au Yémen.

Contexte

Le Yémen est un des pays les plus pauvres du monde arabe. Depuis 2011, une augmentation notable d'affrontements localisés est à noter- politiques, sectaires et tribaux. La violence et l'instabilité politique empêchent l'accès aux soins de santé dans un certain nombre de régions du pays. La complexité de l'organisation tribale dans le nord rend le contexte très volatile. Les différends au sein de tribus, entre les tribus et entre les tribus et le gouvernement central restent une des caractéristiques de la région, aggravés parfois par des conflits sectaires et politiques. Trois groupes sont touchés de manière disproportionnée dans le gouvernorat d'Amran dans le nord du Yémen : les jeunes hommes victimes de violence ; les femmes enceintes qui n'ont pas accès à des services de santé pour accoucher ; et les nouveau-nés et les enfants qui manquent des soins appropriés. L'accès général à la santé diminue lorsque l'on progresse dans les zones rurales, en cessant complètement pour certaines communautés marginalisées, comme celles qui vivent dans les vallées.
Dans le sud, règne une instabilité politique, avec des conflits liés au mouvement séparatiste du sud Al-Hirak, ainsi que des groupes liés à AQAP (Al-Qaïda dans la péninsule arabique), en plus de la violence criminelle. A Aden et dans les gouvernorats du sud à proximité de Lahj, Abyan et Ad-Dhale, les victimes de violence restent des populations ayant un faible accès à des soins en raison des risques liés à leur traitement.
L'insécurité a également affecté les structures, les véhicules et le personnel MSF, ainsi que, plus généralement au Yémen, l'approvisionnement médical. Dans la seconde moitié de 2013, MSF a dû suspendre ses activités une fois à Amran et une fois à Aden, et début de 2014 certaines activités ont été suspendues à Amran.

Activités

Hôpital Al-Salam, Khamer

A l'hôpital Al-Salam du ministère yéménite de la santé, MSF travaille dans les services d'urgence, de chirurgie, d'hospitalisation (hommes, femmes, pédiatrie et néonatologie), des soins intensifs, de maternité et pédiatriques. MSF fournit également des services de stérilisation, de laboratoire et de banque de sang. L'hôpital a une capacité de 82 lits, dont 2 lits pour les soins intensifs, 8 lits d'observation et 8 lits dans la salle d'urgences, et comprend également un bloc opératoire.
En 2013, le projet a connu une augmentation de 32% des interventions chirurgicales par rapport à 2012 et une augmentation de 55% chez les patients admis. Les derniers mois de 2013 ont contribué en partie à cette augmentation, avec une intensification de la violence dans le nord du gouvernorat qui a généré une forte augmentation de victimes de violence prises en charge en urgence.1940 interventions chirurgicales ont ainsi été effectuées en 2013 et 550 au premier trimestre 2014 ; 21 980 personnes ont été reçues aux urgences en 2013 et 6 438 au premier trimestre 2014 ; 1 491 accouchements (simples et par césariennes) ont eu lieu en 2013 et 452 au premier trimestre 2014. Et enfin 4 084 patients ont été admis en 2013 et 1 004 au premier trimestre 2014.
Des incidents de sécurité ont également provoqué la suspension des activités à plusieurs occasions. Elles ont été suspendues fin juillet 2013 pour une semaine après le détournement d'un véhicule MSF, avec une reprise des activités début août. En mars 2014, les activités chirurgicales ont été suspendues après un incident de sécurité, mais ont pu reprendre 5 jours plus tard, après les assurances données par la communauté locale.

Centre de santé de Huth

Dans le centre de santé de 13 lits de Huth, MSF soutient les unités d'urgence, de maternité et d'hospitalisation (femmes et enfants), ainsi que les services de stérilisation, de blanchisserie et le système de référence (vers l'hôpital Al-Salam), la logistique et les repas des patients.
A partir de septembre 2013, le centre de santé de Huth a également commencé à fonctionner comme un point de stabilisation avec un système de référence vers l'hôpital Al-Salam dans Khamer permettant de gérer des afflux massifs de blessés.
MSF a continué à fournir un appui à Huth malgré la prise de contrôle de la ville en février 2014 par les Houthis, à la suite de combats entre Houthis et tribus locales.
En 2013, 5 868 patients ont été reçus aux urgences et 1 987 au premier trimestre 2014 ; 329 accouchements ont eu lieu en 2013 et 98 au premier trimestre 2014 et 873 consultations anténatales ont été données en 2013 et 249 au premier trimestre 2014.

Activités mobiles et centre de santé de Haita

En 2013, MSF a mis en place des cliniques mobiles dans les vallées d'Osman et de Akhraf, pour atteindre une population disposant d'un accès très limité aux soins de santé et pour fournir des soins de médecine générale et traiter le problème du paludisme, endémique dans la population des moins de 5 ans. En 2013, 5358 consultations ont été données dans ces vallées et 427 patients ont été traités pour le paludisme. L'activité a été arrêtée en janvier 2014, pour être remplacée par un appui au centre de santé de Haitha.

MSF a commencé à soutenir le centre de santé de Haita, dans le district de Haitha Habur Zulaymah, gouvernorat d'Amran, en avril 2014. L'objectif était de répondre aux besoins des populations vivant dans les vallées d'Osman et de Akhraf. MSF soutient les activités de consultations externes, les activités de santé maternelle et propose un système de référence pour les grossesses compliquées et les accouchements à l'hôpital d'Al-

Salam.1 577 patients ont été vus en avril 2014 ; 380 tests de paludisme ont été effectués ; 177 enfants ont été dépistés pour la malnutrition. Les activités de maternité ont démarré le 20 avril 2014, avec 56 consultations prénatales, 3 consultations postnatales, 2 accouchements et une référence à Khamer, sur les 10 derniers jours d'avril.

Aden – Service d'urgences chirurgicales

MSF gère une unité de chirurgie d'urgence de 45 lits à Aden dans le complexe hospitalier d'Al-Wahdah où sont prises en charge des victimes de violences en provenance d'Aden, d'Abyan, de Lahj, de Shabwah et d'Ad-Dhale. Cette structure dispose de deux salles d'opération. Des soins de physiothérapie et de soutien psychologique sont également fournis.
MSF a dû suspendre ses activités à Aden en octobre 2013, après une série de menaces qui ont pesé sur la structure de santé et un incident lors duquel un malade a été enlevé de force de l'unité de soins intensifs par des forces de sécurité. Après avoir conclu un nouvel accord avec les principaux intervenants, les activités ont repris en novembre 2013, après plus d'un mois de suspension.
En 2013, 2 567 interventions chirurgicales ont été effectuées et 554 au premier trimestre 2014 ; 985 patients ont été admis en 2013 et 203 au premier trimestre 2014 ; 861 patients ont reçus des soins de physiothérapie en 2013 et 55 au premier trimestre 2014 ; enfin 2 022 patients ont été reçus aux urgences en 2013 et 527 au premier trimestre 2014.

Activités externes

MSF a maintenu son appui aux services de santé à Lawdar (soutien financier au personnel en salle d'urgences et de maternité, dons de médicaments, ambulance) et à Jaar (soutien financier du personnel, ambulance), dans le gouvernorat d'Abyan. Dans l'hôpital de Lawdar, plus de 8 500 personnes ont été soignées aux urgences et 1 073 accouchements ont eu lieu en 2013. Les équipes ont également formé le personnel de la salle d'urgence et les techniciens à la stérilisation à Aden.
Un appui aux soins de santé primaires est dispensé aux détenus à la prison centrale d'Al Mansoura à Sanaa, avec une moyenne de 80 patients vus par mois. Un médecin et une infirmière visitent les prisonniers, offrant des consultations et des médicaments. Plus de 1 100 consultations ont été données en 2013 et 309 au cours du premier trimestre 2014.

Campagne Action Médicale en Danger

Cette campagne a pour objectif de créer un espace de réflexion et de compréhension entre la communauté médicale et les intervenants non médicaux afin de discuter comment l'action médicale pourrait être protégée au Yémen. En mars 2013, un séminaire d'ouverture a eu lieu avec plus de 200 participants et un document d'information a été produit. En mai 2013, deux tables rondes régionales ont eu lieu à Aden et une tenue à Amran en juin. Elles ont été suivies par une dernière conférence de presse et un séminaire en juillet 2013.

Références vers le projet de chirurgie reconstructive à Amman, en Jordanie

Le projet de chirurgie reconstructive d'Amman en Jordanie offre un ensemble de soins chirurgicaux complets pour des patients de la région ayant besoin de chirurgie spécialisée, y compris des interventions chirurgicales dans trois spécialités - orthopédiques, maxillo-faciale et de chirurgie plastique - ainsi que de la physiothérapie et du soutien psychosocial. Des médecins MSF au Yémen identifient les patients selon des critères chirurgicaux, afin de préparer et envoyer leurs dossiers à Amman, arranger leur voyage et mener les soins post-opératoires une fois les patients revenus au Yémen.
En 2013, 152 patients yéménites de Sanaa, Amran, Saada, Aden et d'autres régions ont été référés en Jordanie et 36 patients au premier trimestre de 2014.

Dépenses 2013 : 5 395 000 euros *Financement : 100 % fonds privés* *Equipe 2013 28 expatriés, 245 locaux*	*Autres centres opérationnels MSF présents dans le pays : celui d'Amsterdam à Ad-Dhale et celui de Barcelone à Sanaa.* *MSF est présent au Yémen depuis 1994.*

les satellites de médecins sans frontières

FONDATION MEDECINS SANS FRONTIERES

crash CENTRE DE RÉFLEXION SUR L'ACTION ET LES SAVOIRS HUMANITAIRES

Le Crash a une double mission sociale : « favoriser le débat et la réflexion critique sur les pratiques humanitaires au sein de MSF » et « faire vivre ces questionnements dans le grand public ». Cette mission se décline en quatre domaines d'activités : recherche, formation, conseil & soutien, communication.

L'une des principales activités du Crash est la réalisation d'enquêtes approfondies sur des sujets éclairant les problématiques opérationnelles et de communication de MSF. Ces études s'inspirent de la recherche académique en matière de méthodologie et de rigueur et s'appuient dans cette optique sur les compétences de chercheurs associés et d'un Comité scientifique composé d'universitaires. Mais le Crash n'a pas pour ambition de donner à ses travaux un caractère académique. Les réflexions qu'il mène sont intimement liées aux débats à l'intérieur de MSF et répondent en premier lieu aux attentes et aux demandes qui s'y expriment. Les enquêtes du Crash doivent contribuer à nourrir ce débat et non y apporter des réponses d'experts ou une quelconque doctrine, qui identifierait les idées justes selon MSF. Les sujets d'enquête sont arrêtés par le Comité de pilotage du Crash sur proposition des membres du Crash ou du comité de pilotage.

Ces études donnent lieu à des publications internes (notes internes) ou externes (Cahiers du Crash disponibles en ligne, articles destinés à être publiés dans des revues ou sur des blogs, livres collectifs). Ce travail exige du temps (de plusieurs semaines à plusieurs mois selon les thèmes). La nécessaire prise de distance qu'il suppose par rapport au temps des opérations et des prises de décisions va de pair avec le détachement du CRASH de toute responsabilité directe dans la conduite du projet opérationnel de MSF.

Toutefois, les membres du Crash sont appelés à jouer, à la demande, un rôle de conseil des opérations ou d'autres secteurs de MSF. Cette implication est nécessaire au travail d'analyse critique afin de l'ancrer dans les logiques de l'action. L'équilibre entre ces deux impératifs contraires doit être tenu.

Par ailleurs, le CRASH participe activement à la formation des cadres MSF ainsi qu'à l'animation du débat interne (organisation de conférences, publication d'une sélection d'articles, participation aux plateformes de débat associatives et exécutives, etc.).

Les membres du CRASH assurent sans exclusivité la représentation de MSF dans les réunions, colloques et autres lieux de recherche et réflexion, liés en particulier à des universités, des OIG et des ONG.

Recherche / Ecriture

En 2013, le Crash a réalisé une dizaine de travaux (cahiers, articles, notes internes) portant sur trois domaines :

Pratiques médico-opérationnelles
- Cahier sur les relations soignants/soignés dans le programme de chirurgie réparatrice d'Amman en Jordanie - Marc Le Pape, Suzanne Bradol, Jean-Hervé Bradol
- Article sur le triage humanitaire en situation de catastrophe - Jean-Hervé Bradol
- Articles et notes internes sur la résistance des sociétés et des micro-organismes à la vaccination (Méningite, Poliomyélite) - Claire Magone

Positionnement dans le « système de l'aide »
- Article sur les divergences d'interprétation des « principes humanitaires » entre MSF et le CICR (Comité international de la Croix-Rouge)- Rony Brauman
- Article sur l'histoire des relations entre MSF et les structures de coordination de l'aide humanitaire - Rony Brauman, Michaël Neuman

Insécurité et prise de risques
- Enquête sur l'insécurité en milieu médical et humanitaire au Yémen
- Note sur les formations à la gestion de kidnapping, la mesure de l'insécurité et la réorientation du projet MCuF.

Par ailleurs, Bertrand Taithe, professeur d'histoire culturelle, co-fondateur et directeur exécutif du HCRI (Humanitarian and Conflict Response Institute) de l'Université de Manchester (Royaume Uni) a officiellement rejoint le comité scientifique du Crash.

Formation

En 2013, le Crash a coordonné la construction du stage FOOT (Formation opérationnelle orientée terrain) destiné aux coordinateurs de capitale et de terrain (médicaux et non médicaux). Le premier stage a eu lieu en avril et le deuxième a eu lieu en octobre. Il s'agit désormais de discuter de sa pérennisation et de son articulation à la politique d'évaluation.

Par ailleurs, en 2013, le Crash a entamé une étude de faisabilité sur le développement d'un Master de coordination des opérations médico-humanitaires associant MSF et des universités. Les résultats du débroussaillage initial ont été débattus avec le comité de pilotage et il a été décidé de ne pas poursuivre cette réflexion pour l'instant.

Conseil & support

En 2013, le Crash a apporté un soutien ad hoc aux départements des opérations et de la communication ainsi qu'au reste des directeurs.

Les principaux dossiers qui ont mobilisés les directeurs d'études sont :
- Syrie : Positionnement opérationnel et prise de parole publique (inclus visites / prise de poste terrain)
- Yémen : Analyse des violences à l'encontre du personnel médico-humanitaire (visite terrain)
- RDC (République démocratique du Congo) : Documentation et compréhension des violences à l'encontre des populations (visite terrain)
- Soudan du Sud : "Exit strategy" et réponse aux urgences
- Somalie. Appui à la rédaction d'un document 'lessons learnt' rédigé par Roshan K.
- Vaccination : résistances des sociétés et des micro-organismes (polio et méningite)
- DNDi (Drugs Neglegted Diseases initiative) Bilan et enjeux de la participation de MSF
- MCUF (Medical Care Under Fire (Campagne « ne tirez pas sur l'ambulance") : Recadrage et implication du centre opérationnel de Paris
- Sécurité : formation et recueil de données
- Plan stratégique : diagnostic et méthode
- Opération Oscar : groupe de travail sur les régulations professionnelles, pilotage
- Croissance du mouvement. Bilan, enjeu, perspectives (en lien avec le Bureau International de MSF à Genève)
- Participation régulière à la réunion des opérations.

Par ailleurs, une « Sélection du Crash » consacrée à la gestion du risque a été préparée et diffusée.

Communication et diffusion

2013 est à certains égards une mauvaise année pour la politique de communication du Crash en raison de :
- la fermeture du blog Issues de Secours par Libération et mise en suspens de l'activité *Blog* censée prendre la relève
- la mutation et le non remplacement de Bérengère (en charge du développement et de l'administration du site, de la lettre d'information et des réseaux sociaux associés)

En revanche, nous avons représentés l'association et nos travaux dans de nombreux événements académiques (conférence et enseignement), diplomatiques et associatifs (Centre opérationnel de Paris et plus largement dans le mouvement MSF).

Principales publications et événements 2013

Livres & Cahiers

MARC **LE PAPE** et SUZANNE **BRADOL**, *Handicaps et Médecine, Etude du programme de chirurgie reconstructrice, Amman, 2012,* Cahiers du Crash, Paris, 2013 pour la version française (versions anglaise et arabe parues en 2014).

Articles et chapitres de livre

Rony **BRAUMAN,** « MSF et le CICR : questions de principes », *Revue internationale de la Croix-Rouge*, Vol. 94, No. 888.
— « L'éthique du drone », *Alternatives Internationales* n° 059 - juin 2013
— « La peste et le choléra », *Alternatives Internationales* n° 060 - septembre 2013
— « Humaniser la guerre », interview avec Marielle Chevallier, *Textes et documents pour la classe*, N°1060, septembre 2013
— « République centrafricaine : où est passée la "R2P"? », *Sur le vif*, décembre 2013.

Jean-Hervé **BRADOL,** « Le triage en situation humanitaire » (rédigé et accepté en 2013), à paraître in *La médecine du tri. Histoire, anthropologie, éthique*, sous la direction de Guillaume Lachenal, Céline Lefève et Vinh-Kim Nguyen, à paraître aux Presses Universitaires de France en 2014.
— *The drug and vaccine landscape for neglected diseases (2000–11): a systematic assessment,* avec Dr Belen Pedrique MD, Nathalie Strub-Wourgaft MD, Claudette Some PharmD, Piero Olliaro MD, Patrice Trouiller PharmD, Nathan Ford PhD, Bernard Pécoul MD, Jean-Hervé Bradol MD, *The Lancet Global Health* - 1 December 2013 (Vol. 1, Issue 6, Pages e371-e379)

Claire **MAGONE,** « Le dernier mile. Faut-il encore croire en l'éradication de la poliomyélite ? », *La Vie des idées*, 22 octobre 2013. ISSN : 2105-3030. URL : http://www.laviedesidees.fr/Le-dernier-mile.html
— « Le boycott du vaccin anti-polio n'est pas qu'une affaire d'obscurantisme », *Slate Afrique,* 22 février 2013
— « Vaccination Against Poliomyelitis: Violence and Resistance", *Harvard HPCR Blog*, 15 avril 2013.
— Avec Emmanuel Baron, "The polio eradication campaign: time to shift the goal", *International Health* (2014) doi: 10.1093/inthealth/ihu004
— "Collecting data on sexual violence: what do we need to know? The case of MSF in the Democratic Republic of Congo", rédigé en 2013, publié en 2014

Michaël **NEUMAN, "** 'No patients, no problems', Exposure to risk of medical personnel working in MSF projects in Yemen's governorate of Amran", article rédigé en 2013 publié le 18 février 2014 in *Journal of Humanitarian Assistance*. (et en version courte dans Humanitarian Exchange, publié en mai 2014).
— « La tuberculose, délaissée par la recherche », Médiapart, publié le 31 janvier 2013 dans Mediapart (tribune signée par M.P. Allié et Francis Varaine)

Fabrice **WEISSMAN,** « Ethique de l'action humanitaire », in *Éthique des relations internationales,* sous la direction de Jean-Baptiste Jeangène Vilmer et Ryoa Chung, Paris, Presses Universitaires de France, 2013.

— « Crisis and humanitarian containment"', in *International Organization and Global Governance*, edited by Thomas G. Weiss, Rorden Wilkinson, London, Routledge, 2014.

— « Syrie: soutenons les opérations humanitaires transfrontalières », *Le Monde*, 5 février 2013

— « Le CICR doit oser briser l'embargo humanitaire en Syrie », *Le Temps* (Genève), 19 mars 2013

— « Questions & Answers with Fabrice Weissman », *Harvard HPCR Blog*, on March 31, 2013

— "Scaling up aid in Syria: the role of diaspora networks", *ODI/HPG, Blog & articles: The Humanitarian Space*, 10 July 2013.

Rapports & notes internes

Jean-Hervé **BRADOL**, « Médecins Sans Frontières et la recherche pharmaceutique », rapport pour le bureau international MSF, 2013.

Claire **MAGONE**, Rapport de visite en RDC, Collecte de données sur les violences sexuelles,

Michaël **NEUMAN,** Rapport de visite au Yémen, violences contre le personnel médical.

Fabrice **WEISSMAN,** *Syrie. Négociations diplomatiques sur l'accès humanitaire : non à l'extension du blocus,* Note de positionnement interne, Crash, 6 décembre 2013.

— « Atelier Enlèvement et Kidnappings - Compte-rendu et commentaires », Note interne, Paris, 19 juin 2013.

— « Peut-on quantifier les violences à l'encontre des missions médico-humanitaires ? », Note interne, Crash, 23 septembre 2013.

— « Notes sur la construction du Plan stratégique », Crash, 4 juillet 2013

— "Diagnosis and Context Analysis, Main obstacles and challenges faced by MSF Operations" (OCP Management Team – Dubai Seminar, October 12-14, 2013)

Films

Jean-Hervé **BRADOL** avec EUP, « La pharmacie des maladies oubliées »

Formations

- MSF – OCP (Centre opérationnel de Paris), Conception, organisation et animation du stage MSF Formation Opérationnelle Orientée Terrain (2 sessions en 2013), C. Magone avec la participation des autres membres du Crash.
- MSF – OCA (Centre opérationnel d'Amsterdam), ICHA Course May 22 "Rwanda, genocide and humanitarian action", J.H. Bradol
- Sciences Po/PSIA, "Globalisation, health crises and humanitarian action", J.H. Bradol & C. Magone

Principales interventions externes à MSF

- Humanitarian Dialogue with Non-State Armed Groups at ICRC, 18 décembre, Genève, J. H. Bradol.
- DNDi annual meeting - October 17th Panel, Genève / Divonnes-les-Bains, J. H. Bradol
- Colloque au Collège de France. Politique étrangère et diplomatie de la santé mondiale, 17 juin, Paris, J. H. Bradol, C. Magone
- Conférence au Collège de France, chaire de santé globale, négociations humanitaires, 11 avril 2013, C. Magone.
- Conférence Manchester University / Corpses of mass violence and genocide, March 18, J. H. Bradol, C. Magone
- Congrès national MEDSI, 14 avril, Poitiers, J. H. Bradol
- Conférence internationale, Reclaiming the Protection of Civilians under International Humanitarian Law, Vienna, May 2013, F. Weissman
- World Conference on Humanitarian Studies, Istanbul, F. Weissman, M. Neuman
- Webinar 13 mars 2013 organisé par Harvard Program on Humanitarian Policy and Conflict Research (HPCR) & Revue internationale de la Croix-Rouge sur l'avenir de l'action humanitaire, F. Weissman
- CNCDH (Commission nationale consultative des Droits de l'Homme) : Sécurité des humanitaires, F. Weissman

Sélections du CRASH

- Sélection n°18, Insécurité et prise de risques

Visites terrains

Rony BRAUMAN : Soudan ; Jean-Hervé BRADOL : Syrie ; Claire MAGONE : RDC ; Michaël NEUMAN : Yémen

MSF Logistique

Association loi 1901 à but non lucratif, MSF-Logistique (appelé aussi « la Centrale ») a été créée par Médecins Sans Frontières France au milieu des années 80. Basée à Mérignac (Communauté Urbaine de Bordeaux), cette structure a pour mandat l'approvisionnement – en médicaments, en matériel médical, en véhicules et matériel divers – des missions humanitaires à l'étranger du mouvement MSF. Principalement au service des Centres Opérationnels de Paris, Genève et Barcelone, MSF Logistique a également comme partenaires et clients les deux autres Centrales – MSF Supply en Belgique, APU en Hollande –ainsi que ponctuellement d'autres organisations à but humanitaire telles que le CICR (Centre international de la Croix-Rouge), l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), l'UNICEF ou Médecins du Monde.
Les prestations offertes par MSF Logistique recouvrent l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement : achats, dédouanement, stockage, assemblage en kits, préparation de commandes et transport.
Au fil des années, et au regard de l'évolution de nos enjeux, cette structure s'est professionnalisée ; passant d'un fonctionnement sur la base de volontaires de retour de mission au service de la Centrale à des salariés permanents de la Centrale au service des missions. MSF Logistique développe ses activités en conformité avec une politique d'assurance qualité ainsi qu'avec les obligations éthiques, légales, réglementaires et financières résultant de ses différents statuts : Etablissement Pharmaceutique, Entrepôt sous Douane, HPC (Centrale d'Achats Humanitaire agréée par l'Office Humanitaire de la Communauté Européenne, ECHO). Elle organise le stockage et le transport de produits réglementés (médicaments, psychotropes, produits dangereux…) ainsi que des chaînes de froid spécifiques.
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.

Activités 2013

L'année 2013 aura vu l'exploitation sur une année pleine du nouvel entrepôt et le **regroupement de l'ensemble des activités et des équipes** sur le site de Mérignac, y compris au sein des nouveaux bureaux, engendrant un changement d'adresse administrative. Le Directeur Général **–** Gérald Massis **–** a annoncé son départ en septembre, pour un arrêt effectif de ses fonctions en décembre, après dix années à la tête de la Centrale. Le Président a également changé, dans la suite logique du changement de Directeur général de MSF France, et Stéphane Roques a donc remplacé Filipe Ribeiro dans la fonction à l'issue de l'Assemblée générale de juin 2013.
Le projet **« MSF Logistique 2016 »** a été préparé sur le premier semestre, pour être officiellement lancé à la rentrée de septembre 2013. Ce projet s'inscrit dans la continuité du précédent plan triennal de la Centrale. Celui-ci avait pour objectif l'intégration d'une culture qualité encore plus forte au sein de la structure, notamment à travers une approche processus ou encore d'amélioration continue. Le directeur général a souhaité avant son départ proposer à l'ensemble des équipes une deuxième phase de construction, visant à améliorer le niveau de performance offert par la Centrale à ses partenaires et clients, afin que celui-ci soit comparable aux meilleurs standards de la profession.
Après un lancement quelque peu compliqué, inhérent à ce type de démarche de transformation, le projet semble reparti début 2014 sur de nouvelles bases. Structuré en étapes successives, il s'étale sur une période de trois années, concerne l'ensemble des processus et implique donc l'ensemble du personnel de la Centrale. Il prend en compte les autres projets en cours ; qu'il s'agisse des projets internes (Qualité de Vie au Travail 1, 2, 3) ou des projets d'organisation de la chaine d'approvisionnement au niveau des Centres Opérationnels (SURF : Supply Reorganized for the Field) ou du Mouvement (OSS : Organizational Supply Strategy).

Sur le plan **financier**, les résultats pour l'exercice 2013 présentent une augmentation du revenu d'activités de **13,1%**, pour atteindre un montant de **62 622 308 euros**. Le résultat net de la structure est **négatif pour 478 543 euros**, à comparer à la perte de 1 643 880 euros de 2012. Le **stock** initial a été mis à contribution puisqu'il diminue de 27,5%, passant de 17,9 M€ à **13 M€**. Cela s'explique principalement par l'occurrence des missions d'urgence sur le dernier trimestre 2013 - dont le typhon Haiyan aux Philippines en novembre - qui n'ont pas permis le réapprovisionnement du niveau de stocks d'urgence dans leur totalité à la date du 31 décembre 2013.

Au niveau opérationnel (« **Supply** »), l'année 2013 a été caractérisée par deux périodes d'activité élevée, d'avril à juillet puis de novembre jusqu'à la fin d'année ; avec une activité médiane sur l'année de 5 800 lignes par mois. A cela se rajoute 1 100 lignes mensuelles dédiées à l'assemblage des kits. Ceci a amené MSF Logistique à gérer au global **70 000 lignes** de commandes, représentant l'envoi de 3 617 tonnes et 15 000 m^3 de produits.

Les exigences accrues liées à l'importation de nos produits dans les pays d'intervention ont continué d'impacter le temps de traitement des commandes, conduisant également une immobilisation plus longue dans nos entrepôts avant expédition. Cette activité soutenue, notamment avec les urgences de la fin d'année, a mis en tension l'ensemble des secteurs d'approvisionnement. Les activités liées à l'entrepôt ont pu être renforcées conjoncturellement grâce aux postes en intérim, ce qui n'est pas le cas des autres services opérationnels qui ont fait face à ces pics d'activité à iso-effectifs. Pour la partie **Achats**, sur le plan quantitatif, le volume s'est établi à **36 M€**. Sur le plan qualitatif, il y a eu continuité dans la collaboration entre Centrales sur la négociation des prix et la mise en œuvre de contrats spécifiques liés à des opérations multi sections (HIV, DRTB…).

A **Dubaï**, nous avons entamé le processus d'enregistrement de MSF Logistique dans la zone franche de Jebel Ali, ainsi que le recrutement d'un pharmacien responsable, en accord avec la loi dubaïote. En activité connexe, la **Cellule Avion** a répondu à une forte demande, urgences et programmes réguliers confondus pour un total de prestations de 9 M€. Enfin, la création du **Département Achats & Approvisionnement** à OCP à l'issue du projet SURF, en parallèle avec la mise en œuvre du projet OSS ou les avancées du projet Codification, engagent notre structure à réfléchir à l'organisation globale de sa chaîne d'approvisionnement pour les années à venir.

Sur le plan des **Ressources Humaines**, l'effectif total s'est établi à **101,3 ETP (équivalent temps plein)**. L'effectif permanent a été de **97,09 ETP** (+3%), hausse principalement due aux recrutements en CDI de fin 2012 ainsi qu'aux remplacements d'absences longues. L'effectif conjoncturel (surcroît d'activité et missions occasionnelles) a été lui de **4,21 ETP**, en baisse de 27%. Les ratios concernant le turn-over (3%), la répartition H/F (63%/37%) et l'encadrement (43%) restent stables. A noter, un effectif des plus de 55 ans de 12%.

Au niveau de la **formation, 250 actions** ont été réalisées, pour un total de 2727 heures bénéficiant à **96%** de l'effectif. Cela a représenté un investissement de 170K€ (incluant le coût salarial) équivalant à 3,3% de la masse salariale brute, en baisse de 5% par rapport à 2012. Les principaux axes concernés ont été les Métiers (40%), la Sûreté / Sécurité (32%) et le développement personnel (22%). Les projets RH ont été principalement tournés vers le développement de la Qualité de Vie au Travail (**Projet QVT**) suite à l'analyse finalisée en mars 2013. Le document structurant « Fondamentaux MSF Logistique : **Identité et Valeurs** » a été rédigé. En parallèle, un plan d'action concernant la problématique de **pénibilité au travail** dans le cadre de la loi associée a également été défini. Il a également été procédé à une remise à plat du système dit des « **postes d'aides** », permettant l'échange, avec les centres opérationnels MSF, de staff terrain entre deux missions, afin de développer les compétences et connaissances réciproques. Enfin, deux des critères de cotation de la grille des salaires MSF Logistique ont été redéfinis afin de clarifier le système de rémunération. La nécessité sera ensuite de pouvoir s'appuyer sur une gestion des emplois et des compétences (**GPEC**), qui sera un des projets phares des RH en 2014.

Concernant l'**établissement pharmaceutique**, l'entrepôt du Haillan a été fermé. La notification a été effectuée en novembre 2013, la décision de l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament) étant intervenue en janvier 2014. Un mapping « température / humidité », avec le positionnement adéquat des sondes a été réalisé durant l'été 2013 au niveau du nouveau bâtiment de l'entrepôt pharmaceutique. ECHO a (Office humanitaire de l'Union européenne) procédé à un **audit HPC** (Humanitarian Procurement Center) sur la partie **BPD** (Bonnes Pratiques de Distribution), avec un résultat **positif**. A noter que ce même audit a également validé l'application de la politique tarifaire en vigueur, ainsi que les procédures de contrôle interne. Concernant les **exigences pays**, il a été procédé à la constitution de la base documentaire pharmaceutique nécessaire à l'exportation des médicaments vers le Pakistan, ceci en collaboration avec le Bureau international (BI) de MSF et les deux autres Centrales logistiques. Enfin, un travail sur la **validation des sources de médicaments** a été réalisé sous la coordination du BI, comprenant notamment la validation des dossiers produits, les audits des nouveaux fournisseurs, ainsi qu'un travail sur le sourcing en collaboration avec les acheteurs médicaux.

A la **Direction Financière**, les projets principaux ont été la mise en place du nouveau plan de comptes terrain pour toutes les sections MSF, avec un démarrage officiel au 1er janvier 2014 ; également, à l'occasion d'un projet de lutte contre la tuberculose, un accord a été conclu avec les deux autres Centrales logistiques de MSF quant à l'adaptation de la politique tarifaire dans le cadre d'un pool procurement (rationnalisation des achats). Par ailleurs, les projets externes (SURF, révision des stocks d'urgence OCP…) ont nécessité une production d'informations importante. Au chapitre **comptabilité**, on peut noter entre autres : **l'inventaire physique** des immobilisations suite au déménagement des bureaux en octobre 2013 et à la fermeture de l'entrepôt du Haillan en décembre 2013. Cela a été le premier inventaire de cette ampleur, avec la sortie de plus de cent immobilisations du registre ; la mise en place d'une comptabilité analytique spécifique pour la Gestion Globale du Site (**GGS**) ; ou encore l'adaptation des outils de comptabilité et de trésorerie pour les nouvelles normes bancaires **SEPA** (Single Euro Payments Area). Pour ce qui est de la **trésorerie**, on note une diminution de près d'un tiers du solde de compte courant avec MSF France, passant de **9,8m€ à 6,7m€,** dû à l'effet mécanique d'un revenu d'activités élevé avec OCP et d'un stock très élevé de début de période.

En ce qui concerne la **qualité**, il a été procédé à la mise en place d'un outil permettant l'enregistrement et le suivi d'actions sur les réclamations internes, cette fonction étant essentielle dans l'alimentation du processus d'amélioration continue. L'installation dans le nouveau site – bureaux et entrepôts - a fortement sollicité les **services généraux.** En parallèle de cette prise en main du nouveau site, les actions se sont focalisées sur la mise en place d'une gestion globalisée auprès des différentes entités occupant le site. Pour **l'informatique**, on peut noter la mise en place d'un système SSO (Single Sign-On), dans le cadre du système d'authentification utilisateur général. Il s'agissait de simplifier par l'identification unique l'accès à plusieurs applications. Ce système renforce également le niveau de sécurité de nos logiciels. Au service **fonctionnel informatique**, les plus importantes réalisations sont d'une part la sélection et la mise en œuvre d'un nouvel outil BI (**Business Intelligence**), permettant de traiter et d'analyser les données, selon différentes finalités (reporting opérationnel, indicateurs et tableaux de bord, analyses ponctuelles, alertes…) ; et d'autre part plusieurs chantiers autour du portail « **Espace Commande** », avec le changement de prestataire sur la maintenance & développement mais surtout le déploiement de cet outil auprès des Centres Opérationnels de Paris et Barcelone.
Un nouveau directeur général est entré en fonction au printemps 2014, Erland Egiziano.

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.

Points marquants de l'activité 2013-2014

L'activité d'Epicentre continue de croître, en soutien aux programmes et aux protocoles de soins développés par MSF. Nous avons vu l'aboutissement de certaines études originales telles que les enquêtes en populations sur l'infection à VIH ou l'utilisation du vaccin choléra lors des épidémies. Certains sujets s'affirment tels que la chirurgie ou l'antibiorésistance. Nous affirmons notre présence sur des contextes difficiles (RCA, Syrie) ou sur des dossiers difficiles (hépatite C, tuberculose résistante). En formation, nous avons revu le contenu du stage PSP (Populations en situation précaire). Notre équipe a également été fortement occupée par l'élaboration du plan stratégique.

Support aux programmes

Le rôle d'Epicentre est toujours bien reconnu en soutien à la réponse opérationnelle. Si nous n'avons pas pu trouver d'espace de travail lors des inondations aux Philippines, nous sommes en revanche intervenus en intersections en Syrie sur l'analyse des activités et entamons en RCA un travail de documentation de la mortalité associée au transfert de populations vers les pays limitrophe à partir de la fin 2013. Nous étudions au Niger l'impact de la chimio prophylaxie saisonnière du paludisme (analyses en cours) ; en Guinée, nous avons montré l'efficacité du vaccin oral contre le choléra comme stratégie de réponse en situation d'épidémie.

Prévention

Dans ce domaine nous travaillons sur des stratégies d'introduction de nouveaux modes de délivrance en nous appuyant sur des études à fort potentiel de transformation des pratiques médicales au niveau international.
Nous démarrons en 2014 un essai de phase 3 sur notre centre du Niger pour la préqualification d'un vaccin contre le rotavirus répondant spécifiquement aux situations des pays à ressources limitées (chaîne de froid, composition, prix). Ce projet est très ambitieux et représente pour l'équipe un énorme défi.
Nous avons terminé l'étude sur l'efficacité du vaccin tétanos délivré en chaîne de froid contrôlée au Tchad. Les résultats, positifs, ouvrent la voir à ce nouvelles études similaires. Nous lançons une étude sur l'intérêt et les limites du Pharma Jet.

Diagnostic

Dans ce domaine, Epicentre peut être une force de proposition. Nous avons poursuivi nos travaux sur l'efficacité de méthodes simples de diagnostic : de la tuberculose, de la syphilis et des syndromes infectieux sévères de l'enfant à travers un projet conjoint avec l'Institut Pasteur. Nous avons également un volet important de travail sur les mesures de la charge virale et des CD4 dans le cadre du projet de MSF financé par UNITAID (Unita id : organisation internationale d'achats de médicaments, chargée de centraliser les achats de traitements médicamenteux afin d'obtenir les meilleurs prix possibles, en particulier à destination des pays en voie de développement ; financée par une taxe de solidarité sur les billets d'avion).

Traitement

Nous gardons une diversité d'approches dans ce domaine avec des projets ayant un sérieux impact potentiel sur la prescription médicale. Ainsi nous étudions l'efficacité de différents traitements du paludisme parmi les enfants malnutris et non malnutris. Dans cette population, nous finissons d'analyser les effets d'une prescription systématique d'amoxicilline dans le protocole standard de traitement de la malnutrition aiguë sévère non compliquée. Nous sommes aussi très investis dans le cadre de l'essai END-TB (mettre fin à l'épidémie de tuberculose) financé par UNITAID pour PIH (Partners in Health) et MSF sur les nouveaux traitements de la tuberculose résistante.

Formation

Nous saluons le départ d'Isabelle Beauquesne après de nombreuses années de travail à Epicentre. Son nouveau positionnement à MSF nous donne l'opportunité de réfléchir en commun à de nouveaux développements sur les contenus et cibles de futures formations.

Support RH, opérationnel et administratif

Notre logiciel de construction et de suivi budgétaire est désormais en place. Nous avons effectué en 2013 une revue de nos besoins et capacités à proposer un support adapté à notre croissance et aux exigences de la recherche. Nos outils informatiques restent en général en souffrance. Nous avons revu la grille des personnels scientifiques et pédagogiques. Nous avons mis en place le contrat d'égalité homme-femme ainsi que le contrat de génération.

Centres de recherche

Les centres de recherche Epicentre au Niger et en Ouganda ambitionnent à la fois de développer leurs capacités scientifiques et opérationnelles et

de savoir répondre aux besoins de MSF.
Au Niger, nous sommes de mieux en mieux intégrés dans le paysage de recherche du pays. Notre capacité de mener des projets de grande envergure s'affirme de plus en plus. Après l'essai co-financé par le PAM (Programme alimentaire mondial des Nations unies) sur la prévention de la malnutrition aiguë, l'essai sur l'amoxicilline en prescription systématique, nous menons une étude importante sur le vaccin rotavirus.
En Ouganda, à Mbabara, la tuberculose demeure le sujet de travail de prédilection (traitement, diagnostic, suivi de cohortes d'enfants suspects et contacts). Notre programme de formation s'est étendu non seulement dans la MUST (Université des Sciences et Technologie de Mbarara) mais également en faveur des personnels plus juniors de l'équipe.
Par ailleurs nous sommes engagés dans un projet de réflexion sur un centre de traitement et de recherche au Cameroun, notamment sur les maladies tropicales négligées.

Production scientifique

Elle est en croissance : 36 articles, 28 communications orales et 15 posters en 2013 contre respectivement 29, 14 et 10 en 2012. A noter une première cette année, la publication de notre étude sur l'utilisation du vaccin choléra dans les épidémies dans le New England Journal of Medicine, revue médicale de très haut niveau.

Partenariats

Nous nous appuyons sur de multiples organisations partenaires. Citons par exemple l'INSERM, l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris, les Hospices civils de Lyon, l'Institut Pasteur, la DNDi, la Mbarara University of science and Technology, les ministères de la santé d'Ouganda, du Niger, l'OMS, l'International Vaccine Institute, le St-George Hospital, Harvard School of Public Health, le Serum Institute of India, Children's Hospital, Cincinnati, Ohio, etc.

Fonctionnement institutionnel

Le processus d'élaboration de l'agenda de recherche avec OCP se met en place avec la nouvelle direction médicale et la direction des opérations. Nous avons modifié le format de notre Journée Scientifique annuelle pour à la fois nous différencier dans MSF et pour donner plus de perspective à nos travaux dans le contexte de l'action médicale en situation humanitaire et des politiques de santé internationales. Nous souhaitons également mieux décrire notre activité globale avec une typologie cohérente et adaptée. Nous avons enfin travaillé à l'élaboration d'un plan stratégique pour les 4 années à venir.

Le budget

Avant clôture, Epicentre accuse une insuffisance de ressources de 330 0000€. Le budget 2014 est de 13 millions d'euros, en progression de 7,6% par rapport à 2013. Nous débutons l'année avec un budget à l'équilibre (+22 000 euros). Les coûts directs affectés aux projets représentent 11,1 M€ (3,2 M€ sur les ressources humaine scientifiques et 7,9M€ sur les frais opérationnels). Les coûts indirects représentent 1,9 M€, dont 0,9 M€ pour les ressources humaines de l'administration et de la direction et 1 M€ de frais de fonctionnement. Le développement de notre plan stratégique prévoit une enveloppe de 200 000 euros qui viendra couvrir les dépenses non prévues au budget.
La moitié de nos ressources vient de la collecte d'OCP et un quart de celle d'OCG (centre opérationnel MSF de Genève).
Un exercice présenté lors du conseil d'administration de novembre 2013 montrait que les financements en cash et nature (médicaments, expertise, tests de laboratoire, produits alimentaires) des partenaires d'étude extérieurs à MSF représentaient de 15 à 20% du total de nos ressources.
Nous avons également pu mettre en évidence les limites du fonctionnement actuel qui pour finir l'année avec un budget à l'équilibre nécessite d'abord de produire de l'activité pour couvrir des frais fixes, donc indépendamment de sa pertinence ou de sa qualité. Nous allons ainsi entamer en 2014 un travail de révision des mécanismes de financements d'Epicentre.

Le plan stratégique

L'élaboration du plan stratégique d'Epicentre a constitué un important travail sur l'année 2013. Ce plan se décline selon trois axes stratégiques : consolider notre position dans MSF, développer la reconnaissance internationale d'Epicentre et s'organiser pour faire évoluer notre portefeuille d'activités. Ce travail s'est fait à partir d'une analyse SWOT (strengths : forces ; weaknesses : faiblesses ; opportunities : opportunités) ; threats : menaces), de l'interview de partenaires extérieurs et d'une revue de nos thèmes de travail. Après avoir reçu en février 2014 l'approbation du conseil d'administration, il sera rédigé au cours de l'année. Les priorités de 2014 vont concerner :
- La mise en place d'un nouveau mécanisme de financement qui devra être opérationnel pour le budget 2015.
- Le développement de moyens de communication externe tant sur l'institution que sur les résultats d'études
- Le renforcement des capacités des centres de recherche du Niger et de l'Ouganda
- La réflexion sur une organisation interne de la recherche et du support à la recherche
- L'évolution de notre système d'information scientifique
- La mise en place d'outils d'évaluation de notre pratique
- La constitution d'un groupe d'orientation stratégique en appui au Conseil d'administration sur les développements en matière de recherche (agenda et gestion de moyens)

En marge de ces évolutions stratégiques, des pistes d'amélioration à court terme de notre travail ont été identifiées
- Le renforcement de nos capacités de gestion de projet
- La constitution d'un lexique de la recherche et de notre structure
- Un document de briefing sur le mécanisme actuel du coût de journée

Une nouvelle organisation autour des tâches de support administratif à la recherche.

Emmanuel Baron, directeur général

antennes régionales de la section française

• **Alsace Lorraine (Strasbourg)** 12, rue des Moulins 67 000 Strasbourg Tel : 03 88 16 05 50 email : MSF-Strasbourg@msf.org Permanence Bureau ouvert chaque dernier jeudi du mois de 16 à 18 heures et sur rendez-vous. Réunions d'informations :1/mois, se renseigner	• **Languedoc-Roussillon (Montpellier)** 4 rue Chaptal 34000 Montpellier Tél : 04 67 58 61 56 E.Mail : MSF-Montpellier@msf.org Permanences : samedi de 14h30 à 16h30
• **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 Permanences : mardi et jeudi de 15h à 19h00	• **Midi-Pyrénées (Toulouse)** 15, rue de la Colombette 31000 Toulouse Tél : 05 34 41 10 25 E.Mail : MSF-Toulouse@msf.org Permanences : lundi et mercredi 17h à 19h00 Réunions d'information : 1/mois, se renseigner
• **Rhône-Alpes (Lyon)** 11, rue Franklin 69002 Lyon Tél : 04 78 42 86 50 E.Mail : MSF-Lyon@msf.org Permanences : mardi de 18h à 20h00 Réunions d'informations : se renseigner	• **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 Pas de permanences pour le public. RDV ad hoc
• **Champagne Ardenne (Reims)** Maison de la Vie Associative 122 rue du Barbâtre 51100 Reims Tel: 06 37 43 80 18 email : msf-reims@msf.org Permanences : jeudi de 14h à 17h00	• **Provence Alpes Côte d'Azur / Corse (Marseille)** 94, avenue du Prado - 13008 Marseille Tél : 04 96 12 46 50 E.Mail : MSF-Marseille@msf.org réunions d'information : un vendredi par mois à 19h (s'informer de la date par tél. ou mail). Pour rencontrer les membres de l'antenne prendre RV par mail
• **Réseau associatif régional – Nantes** E.Mail : MSF-Nantes@msf.org Responsable : Gwenael BERRANGER	

bases logistiques

BELGIQUE Directeur général : Jean PLETINCKX	**MSF Supply** Chaussée de Vilvorde / Vilvoordsestweg 140 1120 Neder-Over-Heembeek BELGIUM	+32 (0)2 249.10.00 (réception) +32 (0)2 249.10.01 (fax) office-msfsupply@brussels.msf.org http://www.msfsupply.be
FRANCE Directeur général : Erland ERGIZIANO	**Médecins Sans Frontières Logistique** 3, rue du Domaine de la Fontaine 33700 MERIGNAC	tél. : 00 33 5 56 13 73 73 fax : 00 33 5 56 13 73 74 e-mail : office@bordeaux.msf.org site web : http://www.msflogistique.org

24 associations internationales

AFRIQUE DE L'EST Président **:** Charles KIPLANGAT RONOH	Médecins Sans Frontières Braeside Gardens PO Box 39719 00623 Nairobi - KENYA	Cell /+254 0705 866 643 Tél : +254 (02) 2726864 officer-eaa@msf.org
AFRIQUE DU SUD Président : Garrett BARNWELL General Director : Dan BERMAN	Médecins Sans Frontières 3rd Floor Orion Building 49 Jorissen Street, Braamfontein Postal Address : P.O. Box 32117 Braamfontein - 2017 SOUTH AFRICA	Tél : +27 (0)11 403 4440 e-mail: office@joburg.msf.org Website : www.msf.org.za
ALLEMAGNE Président : Tankred STOEBE Dir. Gén. : Frank DOERNER	Arzte Ohne Grenzen Am Köllnischen Park 1 10179 Berlin – ALLLEMAGNE	Tél : 0049 30 700 130 - 100 Fax : 0049 30 700 130 – 130 e-mail : office@berlin.msf.org
AMERIQUE LATINE Président **:** Jonathan Novoa Cain Directeur général : Luis PAIZ-BEKKER	Médicos Sin Fronteras Carlos Pellegrini, 587 Piso 11-12 2453 Buenos Aires Ciudad de Buenos Aires - ARGENTINA	Tél/Fax: (54) (11) 4551 4460 Mail: msf-argentina@barcelona.msf.org Web: www.msf.org.ar
AUTRICHE Président : Reinhard DOERFLINGER Dir. Général : Mario THALER	Arzte Ohne Grenzen Taborstraße 10, 1020 Vienna - AUTRICHE	tél. : +43 1 409 72 76 fax : +43 1 409 72 76 40 e-mail : office@vienna.msf.org
AUSTRALIE Président : (Matthew CLEARY) Dir. Gén. : Paul MCPHUN	Médecins Sans Frontières Level 4, 1-9 Glebe Point Road, Glebe, 2037 ou GPO Box 847 Broadway NSW 2007 - AUSTRALIE	tél. : +61 2 - 95 52 49 33 fax : +61 2 - 95 52 65 39 e-mail : office@sydney.msf.org
BELGIQUE Présidente : Meinie NICOLAI Dir. Général : Christopher STOKES	Médecins Sans Frontières Duprédstreet, 94 1090 Bruxelles Jette - BELGIQUE	tél. : +32 2- 474 74 74 Ur. : +32 2-474 74 70 fax : +32 2- 474 75 75 e-mail : zoom@brussels.msf.org
BRESIL Président: Mauro NUNES General Director : Susana DE DEUSS	Médecins Sans Frontières Rua do Catete, 84 Catete - Rio de Janeiro - RJ CEP 22220-000 - BRASIL	Tel: + 55 21 3527 3636 Fax: + 55 21 3527 3641 http://www.msf.org.br/
CANADA Président : Dr Heather CULBERT Dir. Général : Steve CORNISH	Médecins Sans Frontières 720, Avenue Spadina, suite 402 Toronto, Ontario ON M5S-2T9 - CANADA	tél. : +1 416 964 06 19 fax : +1 416 963 87 07 e-mail : msfcan@msf.ca
DANEMARK Président : Cheme ANDERSEN Dir. Général : Michael NIELSEN	Læger uden Grænser / MSF Dronningensgade 68, 3rd floor DK-1420 Copenhagen K – DANEMARK	tél. : +45 3977 5600 fax : +45 3977 5601 e-mail : info@msf.dk
ESPAGNE Président : José Antonio BASTOS Dir. Général : Joan TUBAU	Médicos Sin Fronteras Nou de la Rambla 26 08001 Barcelona - ESPAGNE	tél. : +34 3 - 304 61 00 Ur. : +34 3-929 187 000 fax : +34 3 - 304 61 02 e-mail : oficina@barcelona.msf.org

ÉTATS-UNIS Présidente : Deane MARCHBEIN Dir. Général : Sophie DELAUNAY	Médecins Sans Frontières/ Doctors Without Borders 333 7th Avenue - 2nd Floor New York, NY 10001 - ETATS-UNIS	tél. : +1 212 679 68 00 fax : +1 212 679 70 16 e-mail : doctors@newyork.msf.org
FRANCE Président : Mégo TERZIAN Dir. Général : Stéphane ROQUES	Médecins Sans Frontières 8 rue Saint-Sabin 75544 Paris Cedex 11 - FRANCE	tél. : +33 (0)1 - 40 21 29 29 Ur. : +33 (0)1 - 48 06 26 87 fax : +33 (0)1 - 48 06 68 68 e-mail : office@paris.msf.org
GRECE Président : Christos CHRISTOU Direct. Gén. : Willem DE JONGE	Médecins Sans Frontières 15, Xenias St. GR-11527 Athens GRECE	tél:+ 30 210 5 200 500 Fax:+ 30 210 5 200 503 Mail : info@msf.gr Web : http://www.msf.gr
HOLLANDE Présidente : Wilna VAN AARSTEN Dir. Général : Arjan HEHENKAMP	Artsen Zonder Grenzen Plantage Middenlaan 14 1018 DD Amsterdam PAYS-BAS	tél. : +31 20-520 87 00 Ur. : +31 20-520 87 25 fax : +31 20-620 51 70 e-mail : hq@amsterdam.msf.org
HONG KONG Président : Fan NING Dir. Général : Rémi CARRIER	Médecins Sans Frontières 22/F, Pacific Plaza, 410 - 418 Des Voeux Road West, Sai Wan, Hong Kong - CHINE	tél. : + 852) 2959 4229 fax : + (852) 2337 5442 e-mail : firstnale_lastname@msf.org.hk e-mail : office@.msf.org.hk
ITALIE Président : Loris DE FILIPPI Dir. Général : Gabriel EMINENTE	Médecins Sans Frontières Medici Senza Frontiere Via Magenta 5, 00185 Roma - ITALY	Tel : +39 06 888 06 000 Fax : 39 0644 86 9220e-mail : msf@msf.it
INDIA Président : Priya RABINDRAN Dir. Général : Martin SLOOT	MSF India (South Asia Regional Association)) AISF Building, First floor, Amar Colony, Lajpat Nagar -IV, New-Delhi-110024 - INDIA	Phone: +91 11 49010000 Email: India.Info@new-delhi.msf.org Website : https://www.msfindia.in/sara
JAPON Présidente : Nobuko KUROSAKI Dir. Gén. : Jérémie BODIN	Médecins Sans Frontières 3F Waseda SIA Building, 1-1 Babashitacho Shinjuku-ku, Tokyo 162-0045 JAPAN	Tel: 81 (0) 3 5286 6123 Fax: 81 (0) 3 5286 6124 e-mail : msf@japan.msf.org
LUXEMBOURG Président : Jean-Claude SCHMIDT Dir. Gén. : Paul DELAUNOIS	Médecins Sans Frontières 70, rue de Gasperich L-1617 LUXEMBOURG	tél. : +35 2 - 33 25 15 Ur. : +35 2 -33 51 07 fax : +35 2 - 33 51 33 e-mail : office-lu@msf.org
NORVEGE Président : Bjørn NISSEN Dir. Général : Anne-Cécilie KALTENBORN	Médecins Sans Frontières Hausmannsgate 6, P.O.Box 8813 Youngstorget NO-0028 Oslo, NORWAY	tél. : +47 23 31 66 00 fax: +47 23 31 66 01 e-mail : epost@oslo.msf.org
ROYAUME UNI Président : Paul Mac MASTER Dir. Général : Marc DUBOIS	Médecins Sans Frontières 67-74 Saffron Hill London EC1N 8QX ROYAUME UNI	tél. : +44 207 404 66 00 fax : +44 207 404 44 66 e-mail : office-ldn@london.msf.org
SUEDE Présidente : Monika OSWALDSSON Dir. Général : Johan MAST	Médecins Sans Frontières P.O Box 47 021 S-100 74 Stockholm Visitors : Fredsborgsgatan 24, 4th floor, S-100 74 Stockholm SUEDE	Tel : 46 (0)10 199 32 00 Fax : 46 (0)10 199 32 01 Mail : info.sweden@stockholm.msf.org www.lakareutangranser.se
SUISSE Président : Dr Thomas NIERLE Dir. Gén. : Bruno JOCHUM	Médecins Sans Frontières 78 rue de Lausanne Case Postale 116 1211 Geneva 21 SUISSE	tél. : +41 22-849 84 84 Ur. : +41 22-849 84 85 fax : +41 22-849 84 88 Gardes : +41 89 203 13 02 e-mail : office@geneva.msf.org

MSF Associations Contact List

BRAZIL President : Mauro Nunes	Association officer : Leticia Nolasco General Director : Susana de Deus Rua Santa Luzia, 651 / 11º Andar - Centro 20030-041 - Rio de Janeiro / RJ – Brasil Tel.: (21) 3527-3636

EAST AFRICA ASSOCIATION Président : Charles Kiplangat Ronoh	Association officer : Caroline Odunga officer-eaa@msf.org Cell +254 0705 866 643 Tel +254 (02) 2726864

LATIN AMERICA Président **:** Jonathan Novoa Cain	Association officer : Lara Manovil

SOUTH AFRICA Président : Garret Barnwell	Association officer : Cynthia Sono General Director : Dan Berman

MSF Executive entities

ARGENTINA Director : Luis PAIZ BEKKER	Carbajal 3211 Codigo Postal 1426 Belgrano Ciudad de Buenos Aires Argentina
BRAZIL Presidente: Mauro NUNES General Director : Susana DE DEUSS	Rua Santa Luzia, 651 / 11º Andar - Centro 20030-041 Rio de Janeiro - Brasil Tel/Fax: (54) (11) 4551 4460 Mail: msf-argentina@barcelona.msf.org
CZECH REPUBLIC Directeur général : Pavel GRUBER	MSF – Lékaři bez hranic Seifertova 555/47 Žižkov 130 00 - Praha 13 Tel.: (00420) 257 090 150 Office email: office.prague@lekari-bez-hranic.cz
INDIA/SOUTH ASIA President : Dr. Chanjiv SINGH Directeur général **:** Farhat MANTOO	C-162, first floor Defence Colony, New Delhi India 110024 Tel: +91 (0)11 46580216 Email msfh-india-hrm@field.amsterdam.msf.org
IRELAND Directeur**:** Sophie CHAIX Directeur général MSF Royaume Uni et Irlande : Marc DUBOIS Président : Dr Simon COLLINS	9-11 Upper Baggot St. Dublin 4 Ireland +353 (0)1 660 3337www.msf.ie office.dublin@dublin.msf.org
MEXICO Directeur général : Liesbeth AELBRECHT	Champoton 11 Col. Roma Sur CP 06760 Mexico D.F. Phone : +52.55.5256 4139 Email : msfch-mexico@geneva.msf.org
UAE (Emirats Arabes Unis) Directeur général **:** Mohamed BALI	Airport Road Pistache building, next to Al Jazira Stadium Third floor, flat No. 302 P.O.Box: 47226 Abu Dhabi UAE Tel : 971 2 6317 645 - Fax : 971 2 6215 059 Mail : office-abudhabi@paris.msf.org
SOUTH AFRICA Président : Garret BARNWELL Directeur général : Dan BERMAN	3rd Floor Orion House 49 Jorissen Street Braamfontein Postal Address: P.O. Box 32117 Braamfontein 2017
SOUTH KOREA Directeur général : Emmanuel GOUE	5th Floor, Joy Tower B/D, 7 Teheran Road 37-gil, Gangnam-gu, Seoul – KOREA Tel : +82 (0)23703 3500 Fax : +82 (0)2 3703 3502

Members of the International Board 2014

- Joanne LIU joanne.liu@msf.org
MSF International President

- Darin PORTNOY darin.portnoy@geneva.msf.org
MSF International Vice President
IGA elected member, 3.5 years mandate

- Meinie NICOLAI meinie.nicolai@brussels.msf.org
MSF Belgium President

- Paul MCMASTER paulmcmaster@london.msf.org
President of MSF London and of MSF's operational directorate in Amsterdam

- Mégo TERZIAN Mego.Terzian@paris.msf.org
MSF France President

-Jose Antonio BASTOS joseantonio.Bastos@barcelona.msf.org
MSF Spain President

- Thomas NIERLE thomas.nierle@geneva.msf.org
MSF Switzerland President

- Morten ROSTRUP morten.rostrup@barcelona.msf.org
IGA elected member, 3.5 years mandate

- Reveka PAPADOPOULOU reveka.papadopoulou@msf.org
IGA elected member, 2.5 years mandate

- Colin MCILREAVY colin.mcilreavy@geneva.msf.org
IGA elected member, 2.5 years mandate

- Rachel KIDDELL-MONROE rachelkm.msfib@gmail.com
IGA elected member, 3,5 years mandate

- Jean-Michel PIEDAGNEL jm@woodseer.com
IGA elected member, 3,5 years mandate

- Bret ENGELKEMIER bret.engelkemier@gmail.com
International Treasurer (non-voting)

Bureau International Président : Joanne LIU Trésorier : Bret ENGELKEMIER Secretary General : Jérôme OBERREIT	Médecins Sans Frontières 78 rue de Lausanne Case Postale 116 CH-1211 Geneva 6 Suisse	tél. : + 41 22 849 84 00 fax : + 41 22 849 84 04 e-mail : office-intnl@bi.msf.org Website: www.msf.org

Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels Dir. : Dr Manica BALASEGARAM Coordination assistant : Amelia FOLKES	Médecins Sans Frontières 78 rue de Lausanne 1207 Genève 6 (Case Postale 116 /1211 Geneva 6) Suisse	Tél. : + 41 22 849 84 05 Fax : + 41 22 849 84 04 e-mail : www.accessmed-msf.org

Composition du Conseil d'administration issue de l'assemblée générale des 14 et 15 juin 2014
(15 membres élus, 3 membres des sections partenaires)

Président	Dr Méguerditch TARAZIAN dit Mégo TERZIAN (élu en 2013, sort en 2016)
Vice-présidente	Dr Isabelle DEFOURNY (élue en 2013, sort en 2016)
Vice-présidente	Gwenola SEROUX (élue en 2013, sort en 2016)
Trésorier	Michel COJEAN (élu en 2014 sort en 2017)
Trésorier adjoint	Denis GOUZERH (élu en 2012, sort en 2015)
Secrétaire Général	Gabriel TRUJILLO (élu en 2014, sort en 2017)
Membres	Gilles DELMAS (élu en 2012, sort en 2015)
	Aurélie PAGNIER (élue en 2012, sort en 2015)
	Emmanuel DROUHIN (élu en 2012, sort en 2015)
	Thierry ALLAFORT-DUVERGER (élu en 2013, sort en 2016)
	Fred EBOKO (élu en 2013, sort en 2016)
	Dr Jean-Paul DIXMERAS (élu en 2013, sort en 2015, car termine le mandat de Didier Bompangue Nkoko (élu en 2012),
	Mickaël LE PAIH (élu en 2014, sort en 2017
	Dr Chantal UMOTONI (élue en 2014, sort en 2017)
	Dr Juliette THAURY (élue en 2014, sort en 2017)

Représentants des sections partenaires
Dr Deane MARCHBEIN - MSF Etats-Unis
Véronique AVRIL - MSF Australie
Dr Nobuko KUROSAKI – MSF Japon