



Rapport d'activités 2003-2004

MSF

16 mai 2004

Document en provenance du site internet de Médecins Sans Frontières

<http://www.msf.fr>

Tous droits de reproduction et/ou de diffusion, totale ou partielle, sous quelque forme que ce soit, réservés pour tous pays, sauf autorisation préalable et écrite de l'auteur et/ou de Médecins Sans Frontières et/ou de la publication d'origine. Toute mise en réseau, même partielle, est aussi interdite.

rapport d'activités 2003-2004

de l'association

Médecins Sans Frontières

XXXIII^{ème} assemblée générale

15 et 16 mai 2003

la-plaine-saint-denis (seine-saint-denis)

sommaire

Introduction	page 3
Charte de Médecins Sans Frontières.....	page 5
Rapport moral du président	page 7
Rapport financier du trésorier	page 21

Les missions MSF France de a à z

Abkhasie (voir Géorgie)	
Afghanistan	page 37
Angola	page 40
Arménie	page 44
Birmanie	page 45
Burundi.....	page 47
Cambodge	page 50
Chine.....	page 53
Colombie	page 55
Congo-Brazzaville	page 57
Corée(s), Chine.....	page 59
Côte d'Ivoire	page 61
Éthiopie.....	page 64
France	page 66
Géorgie-Abkhasie.....	page 72
Guatémala	page 75
Guinée.....	page 78
Indonésie.....	page 80
Ingouchie-Tchéchénie-Russie	page 82
Iran	page 85
Karabagh (voir Arménie)	
Kenya	page 87
Liberia.....	page 89
Madagascar	page 92
Malawi	page 94
Népal.....	page 96
Niger	page 98
Ouganda	page 100
Palestine (Territoires de).....	page 103
République Démocratique du Congo (Katanga).....	page 105
République Démocratique du Congo (zone rebelle)	page 109
République Démocratique du Congo (Est)	page 111
Russie (voir Ingouchie)	
Sierra Leone	page 113
Soudan Nord.....	page 116
Soudan Sud.....	page 119
Tchéchénie (voir Ingouchie)	
Thaïlande.....	page 121
Zambie	page 124

Les activités du siège

Direction générale –bilan 2003	page 127
Direction générale – objectifs 2004	page 133
Opérations	page 136
Ressources humaines terrain	page 140
Suivi des cadres et formation	page 144
Département médical	page 147
Département logistique	page 150
Finances.....	page 155
Collecte de fonds et communication	page 156
Ressources humaines du siège	page 158
Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels.....	page 160
Fondation Médecins Sans Frontières	page 163
Epicentre.....	page 165
Emirats-Arabes-Unis	page 166

Répertoire

Antennes régionales.....	page 170
Bases logistiques	page 172
Sections internationales	page 172
Conseil d'administration élu en mai 2004	page 175

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.paris.msf.org

introduction

Ce document, réalisé en mars/avril/mai 2004, est un descriptif des activités de la section française de Médecins Sans Frontières sur la période de juin 2003 à avril 2004.

Les responsables de programmes et de départements ont été invités à mettre sur papier les événements majeurs qui ont marqué cette période de temps. Qu'ils soient ici remerciés de leur collaboration qui permet de garder en mémoire une année du travail des équipes du terrain et du siège de l'association.

Ce rapport ayant été réalisé dans des conditions difficiles, à plusieurs mains, avec des délais trop justes, nous comptons sur votre indulgence pour les éventuels manques, erreurs ou imperfections que vous pourriez y trouver.

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

charte

de médecins sans frontières

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

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

rapport moral du président

Bienvenue à toutes et à tous pour notre 33^{ième} assemblée générale qui s'ouvre ce matin. La mobilisation de nos équipes au cours de l'année 2003 a été intense. Les résultats sont dans l'ensemble bons. Mais le rôle du Conseil d'administration est d'en faire une revue critique. C'est pourquoi, je vais tout au long de ce rapport pointer les échecs, les erreurs, les ambiguïtés plutôt qu'exposer les réussites déjà documentées dans les rapports des différents départements et satellites.

Ce rapport est divisé en deux parties. Nous ferons en premier une revue des opérations engagées au titre de la mission sociale :

- Les secours aux victimes des conflits armés ;
- La prise en charge médicale des malades privés de soins face aux épidémies et aux grandes endémies ;
- La prise en charge des personnes privées de soins en raison de leur place particulière dans leurs sociétés (jeunes et personnes âgées en difficulté sociale, prostitué(e)s, prisonniers de droit commun, usagers de drogues...)
- Les prises de positions publiques de notre association en rapport avec les missions ou plus généralement l'action humanitaire.

La seconde partie présentera l'état de notre institution et de ses satellites, et je ferais une brève remarque sur le fonctionnement du Conseil international

les actions de notre association

les missions

Nous travaillons aujourd'hui dans une trentaine de pays et, en 2003, nous avons 110 programmes de terrain ouverts. Au cours des cinq années écoulées, nous avons modifié les objectifs de nos missions pour les rendre mieux en rapport avec notre conception du rôle de l'action humanitaire médicale et des principes qui la guident.

Notre portefeuille de programmes de terrains comporte aujourd'hui moins de 5% de programmes pour lesquels la fermeture s'impose sans que leurs objectifs ne soient atteints.

Cette évolution s'est accompagnée d'une augmentation des ressources, humaines et financières, affectées aux projets de terrains et d'une diminution du nombre de projets de terrain afin d'en améliorer la qualité.

L'effort important réalisé en cinq ans (moins un quart des pays, moins 30% de projets de terrain, plus 30% de ressources humaines internationales, augmentation du budget des projets de terrain d'environ 80%) pour concentrer nos ressources afin de produire des soins et des secours de meilleure qualité est réel. Mais a-t-il produit les effets escomptés pour les individus à qui notre aide est destinée ?

Ci-dessous, l'évolution de 2001 et 2003 concernant la disponibilité de certains soins médicaux dans nos projets de terrains. Exemple : en 2001, 19% de nos programmes de terrains avaient une activité spécifique de pédiatrie, en 2003 cette activité est présente dans 44% de nos programmes.

Evolution des activités médicales	2001	2003
Pédiatrie	19%	44%
Maternité	11%	30%
Soins femmes violées	1%	25%

Psychiatrie	10%	15%
Tuberculose	14%	25%
HIV& ARV	6%	15%
Vaccination	21%	42%
Nutrition	27%	42%
Distribution alimentaire	3%	11%
Eau et assainissement	21%	40%
Hygiène	21%	42%
Suivi des Références médicales	22%	84%

l'aide aux personnes affectées par des conflits armés

Cette catégorie absorbe 60% des dépenses réalisées sur le terrain : Libéria, République Démocratique du Congo, Côte d'Ivoire, Tchétchénie, Palestine ... 33% de ces programmes sont engagés en urgence.

Le département des opérations a développé les urgences avec un grand dynamisme les années précédentes, et la proportion d'interventions réussies augmente. La première remarque, c'est que nous avons développé une timidité récente, de fait, à intervenir en urgence dans des pays où nous ne sommes pas déjà présents. L'année 2003 a été marquée par deux exemples : en Irak, nous avons eu vraiment beaucoup d'hésitations à monter une mission chirurgicale à Bagdad au moment de l'offensive américaine, et quand il a fallu intervenir en Algérie, cet été, lors du tremblement de terre, le démarrage a été difficile. Je pense que nous avons un peu perdu l'habitude de nous projeter dans des pays où nous n'avons pas déjà une mission de la section française. Nous avons à retrouver un certain dynamisme dans ce domaine, mais il me semble que, depuis le début de l'année 2004, le desk des urgences y prête une véritable attention.

Par ailleurs, dans des pays où nous sommes déjà bien implantés, nous avons parfois eu des difficultés à débiter l'urgence dans de bonnes conditions. Je pense au démarrage d'une des grosses urgences de l'année, le Libéria, où les désaccords au sein du département des opérations ont été suivis de retard à la phase initiale de l'opération. Pourtant nous étions déjà installés dans ce pays depuis de nombreuses années.

L'urgence en Ouganda -les 100.000 déplacés qui se sont regroupés dans la ville de Soroti- est une opération qui a commencé trop lentement et qui n'a pas été couronnée de succès. C'est parmi nos grosses opérations d'urgence, celle dont nous estimons qu'elle a été un échec, principalement parce que nous n'avons pas su déployer, dans le rythme des événements, les secours pour faire face à une épidémie de rougeole, c'est-à-dire que nous n'avons pas su à la fois être plus dynamiques dans la vaccination ni plus rapides dans la prise en charge des patients atteints de la rougeole à l'intérieur du service pédiatrique de l'hôpital de Soroti.

Nous ne sommes pas seuls responsables de cet échec, puisque nous n'étions pas en charge officiellement de cette vaccination, mais nous aurions pu faire plus d'efforts dans ce domaine comme dans celui de la prise en charge hospitalière des enfants. Cela s'est soldé par un certain nombre de morts évitables. C'est difficile à dire, il n'y a pas eu d'évaluation scientifique de faite, mais pour donner un ordre de grandeur, il y avait probablement dans cette situation une centaine de morts évitables. Notre appréciation des performances possibles des équipes du ministère de la santé ougandais, appuyées par l'Unicef, a été à la mesure des illusions communément développées dans nos équipes, depuis de nombreuses années, sur le régime ougandais. Il est important de dire que certaines de nos opérations d'urgence sont parfois en échec sur des points essentiels et que nous devons poursuivre l'effort pour améliorer notre action.

A propos des missions « conflits », nous avons vu resurgir dans nos discussions internes les mêmes problèmes d'analyse habituels rencontrés par nos équipes dans les situations de conflit. Nous avons parfois du mal à comprendre la dynamique des conflits et avons une tendance, toujours présente au sein des équipes, à l'explication simpliste des conflits par les différences d'origines : ethnie, religion, ... Nous devons -surtout à une époque où, dans les relations internationales, les acteurs politiques surtout les plus radicaux abusent de ce registre-, nous devons nous appliquer à ne pas reproduire ces discours qui rendent très mal compte des facteurs et des dynamiques qui génèrent des situations de conflit armé et qui ne peuvent pas être réduites, comme on l'entend souvent dire, et même par certains d'entre nous, par exemple, à un affrontement entre de soi-disant arabes et de soi-disant populations noires au Soudan. Ces grilles d'analyses simplistes ont resurgi aussi lors du conflit en Iturie où nos équipes n'échappaient pas toujours à ce travers. Notre association doit vraiment porter une attention à ces points : il n'est pas très difficile d'imaginer que la situation en Iturie ne se résume pas à une guerre tribale, car il y a de

multiplés opérateurs militaires internationaux, les Ougandais, les Rwandais, et il y a une compétition pour le pillage des ressources naturelles. Il y a des phénomènes politiques et sociaux dans ce conflit, qui sont bien plus divers que de soi-disant haines interethniques.

De même, nous avons vu resurgir, dans nos discussions sur les conflits, des appels à la protection internationale qui m'ont semblés peu réalistes. Pour revenir sur l'Iturie, quand MSF réclame que l'intervention militaire internationale pacifie l'ensemble de la province, cela me paraît bien irréaliste. Nous ne sommes pas capables de déployer des secours médicaux cohérents à l'échelle de toute la province de l'Iturie. Alors pourquoi imaginer, dans cette situation complexe, que cela serait faisable d'arriver de l'étranger, avec des militaires, et de subitement résoudre tout problème de violence, tout problème d'accès des populations civiles aux secours, comme par miracle ? Nous ne devons pas nous faire les propagandistes de telles illusions, et parfois nos discours publics, dans ce domaine, dérapent. Je ne veux pas dire qu'il n'y avait pas de critiques pertinentes (persistance de l'insécurité dans la ville de Bunia, peu d'initiatives militaires pour permettre l'accès aux victimes des massacres à l'hôpital) à porter sur l'intervention militaire internationale, mais formulées comme cela elles ne peuvent être comprises.

l'aide aux populations réfugiées et déplacées

Les missions « conflits » ont été marquées par la part que prennent, de nouveau, les situations de camps de réfugiés et de camps de déplacés internes. Nous avons coutume de dire que nous ne travaillions plus ces dernières années, comme nous l'avions fait à la fin des années 80 et au début des années 90, dans de très gros camps de réfugiés ; aujourd'hui nous sommes de retour dans ces camps, ou plutôt ils se sont reformés à la faveur de certains conflits : je pense aux camps du Bong, au Libéria, ou aux camps de déplacés du Darfour, au Soudan.

Le Libéria, donc, la Côte d'Ivoire, la République Démocratique du Congo et le Soudan ont été ces grosses urgences de l'année dans lesquelles les déplacements de populations ont joué un rôle important, même si, en Côte d'Ivoire, il n'y a pas de camps. 54% des dépenses des projets en situation de conflit répondent aux besoins de réfugiés ou déplacés, 36 projets sur 110.

Ce qui a été frappant sur les missions « conflits » concernant les réfugiés et les déplacés, c'est la pénurie d'acteurs de secours. Un des exemples, mais ce n'est pas le seul, a été le Darfour. Nos équipes se plaignent depuis de nombreux mois, à juste titre, d'être parmi les seuls organismes engagés sur le terrain, alors qu'on a une catastrophe majeure concernant plusieurs centaines de milliers de personnes. Il y a déjà des sites de regroupements très importants. Les équipes MSF ont vu à l'intérieur du Soudan au moins 400.000 personnes, ces derniers mois, regroupées sur des sites, et très peu de mobilisation des agences des Nations-Unies, du CICR et des autres opérateurs. Cette situation est souvent présentée comme une nouvelle donne. Or, à ma connaissance, elle perdure depuis le début des années 90. Ma mémoire personnelle ne va pas bien au-delà, mais, ce que j'ai vécu, c'est que depuis le début des années 90, nous sommes régulièrement engagés dans des situations de ce type, où nous sommes isolés alors que les besoins de secours sont très importants. C'est d'ailleurs pour cela que nous avons décidé d'étendre notre gamme de secours à certaines formes de distribution alimentaire. Il ne s'agissait pas d'effectuer la distribution générale de la ration complète, mais nous réalisons aujourd'hui beaucoup plus fréquemment des distributions complémentaires. Alors que, comme association médicale, nous n'avions pas vocation à nous impliquer dans cette activité, si cela a été décidé, il y a une dizaine d'années, par l'assemblée générale et le conseil d'administration, c'est qu'à l'époque il y avait déjà une pénurie d'organismes sur certaines crises importantes pour les populations qui les subissaient, mais qui mobilisaient peu l'attention internationale.

Il faut aussi rappeler aux équipes que, sur le plan technique, la prise en charge des déplacements de populations est un parcours balisé. Nous avons écrit un livre, il y a une dizaine d'années sur les dix priorités sanitaires en situation de déplacements de populations. Nous devons revigorer cette capacité qui consiste pour nos responsables de terrain, nos chefs de mission, nos desks à nous présenter un camp en nous donnant un minimum d'informations sur la démographie, la mortalité, l'état des secours, l'état des distributions d'eau, l'état des distributions de nourriture, les principaux éléments de la morbidité du camp... Ces réflexes salutaires, par manque de pratique ces dernières années, se sont un peu émoussés, et il est bien que cet aspect du travail soit remis au devant des préoccupations des opérations.

Je suis satisfait de voir que, pour le Darfour, les données arrivent maintenant grâce à l'appui d'Epicentre, et que nous commençons à avoir des photographies un peu plus précises de l'état des populations et de l'état des secours. Cela nous permettra de mieux piloter notre action.

C'est d'autant plus indispensable que les mois à venir seront critiques en raison de l'épuisement d'une population captive, regroupée dans des camps privés de secours pendant des mois. La situation est très inquiétante au Darfour, puisque, pour prendre un exemple, dans le camp de Zelindjé dans le Sud Darfour qui compte 33.000 déplacés, ces cinq derniers mois, environ 1000 d'entre eux sont morts. La moitié de ces morts ont été dues à des violences contre les civils, des assassinats au cours des razzias contre leur village, souvent répétées plusieurs fois pour éviter qu'ils ne se réinstallent. La mortalité a déjà été très élevée parmi ce groupe de populations. Elle reste aujourd'hui aux alentours de 1 pour 10.000 et par jour dans les camps où nous sommes présents. La malnutrition aiguë est déjà à 25%, la part de malnutrition sévère à 5%. Je ne vais pas détailler maintenant, mais l'état de la population, qui est poursuivie depuis plus d'un an par des milices pro-gouvernementales qui s'en prennent systématiquement à elle, est très précaire et pourrait encore se dégrader et nous plonger dans les mois qui viennent

dans des opérations très difficiles. C'est la principale mobilisation de l'année. Le Soudan, vous le verrez sur le plan financier, est le pays dans lequel Médecins Sans Frontières mène le plus d'activités aujourd'hui, pratiquement plus de 7 millions d'euros dépensés sur l'année 2003.

prise en charge médicale de personnes victimes de violences

A part les déplacements de populations, une des autres activités que nous menons en zone de conflit est la prise en charge, individuellement, des personnes qui ont été affectées par la violence. C'est un peu maladroit comme formulation. J'entends par-là les blessés de guerre, les personnes sévèrement traumatisées sur le plan psychique, les femmes victimes de viols au cours des campagnes militaires. Si on fait l'addition de la part d'activités consacrées à ces personnes, elle reste encore un peu faible, notamment la chirurgie. Dans le domaine de la prise en charge des blessés de guerre, un développement est nécessaire. Cela me semble être en cours, par exemple, dans l'opération au Soudan, puisqu'il y a un projet en cours du côté tchadien pour les réfugiés soudanais et un projet en gestation du côté soudanais pour les populations déplacées.

chirurgie

Par ailleurs, nos activités chirurgicales se sont développées, même si la part consacrée à la guerre reste faible, puisque 97% des activités chirurgicales que nous avons menées au cours de l'année 2003 ne concernent pas des blessés de guerre. En revanche, il y a une augmentation du nombre de projets. Nous menons une activité chirurgicale sur 10 sites, le plus important étant Bouaké en Côte d'Ivoire, où nous réalisons 40% de notre activité chirurgicale. Il faut également citer l'ouverture d'un hôpital à Monrovia où la chirurgie est disponible, Bujumbura, Makamba dans le sud du Burundi, Macenta en Guinée, et Bétou au Congo-Brazzaville. Au total, 2430 patients opérés, au cours du 1^{er} trimestre 2004, 70% d'interventions majeures, 63% de ces interventions ont été réalisées en urgence, 30% de viscéral, 20% en gynéco-obstétrique dont la moitié de césariennes (plus de 200 césariennes par trimestre) ... Le reste étant la prise en charge de pathologie des plaies, de l'orthopédie...

Ce que je veux saluer aujourd'hui, c'est la relance des activités chirurgicales, qui est bien réelle, et je pense que les personnes qui s'en occupent ont travaillé avec efficacité pour que cette activité ne s'effondre pas à la suite de la fermeture de nos projets au Sri Lanka. Vous pourrez voir une exposition photographique au cours de l'assemblée générale sur l'évolution de nos missions chirurgicales. Nous en profiterons pour rendre hommage à Enrico Marchis, un des doyens de la chirurgie sur nos terrains.

pénuries alimentaires aiguës

Dans les conflits, nous distribuons des compléments à la ration générale. Dans notre jargon, nous appelons cela le « blanket feeding », mais l'idée est plus généralement d'apporter un supplément à la ration alimentaire générale d'une famille quand elle est insuffisante et qu'aucun autre organisme ne s'occupe du problème. Les deux interventions marquantes où nous l'avons fait en 2003, c'est la fin de l'urgence alimentaire en Angola, notamment à Bailundo, et surtout l'urgence de cette année au sud du Soudan dans la région d'Akuem. Ce mode d'intervention dans les poches de famine se consolide. Malheureusement, il faut souligner que, en termes de capitalisation des savoir-faire à l'intérieur de la structure MSF, il n'est toujours pas très clair de savoir qui porte cette connaissance, qui va être chargé de la capitaliser, de la développer sur le plan technique au niveau du siège.

Il serait temps que la situation se clarifie cette année, parce que sinon, en dépit de la multiplication des expériences, nous risquons de répéter à l'infini les mêmes erreurs si personne ne s'occupe de suivre cette activité, de manière un peu spécialisée.

quelques autres remarques sur nos opérations dans les conflits armés

Nous avons encore une tentation devant certaines situations d'appeler à l'usage de la force pour secourir les populations. Il me semble que nous en avons discuté régulièrement. Je ne vais pas développer de nouveau ni les arguments ni les récits des expériences passées qui nous incitent à considérer qu'il n'est pas du rôle d'une organisation humanitaire de réclamer l'usage de la force pour que des secours adaptés puissent être délivrés aux populations. Cela reste une tentation présente au sein de nos équipes et une proposition récurrente de nos débats internes. C'est aussi un point sur lequel nous devons porter toute notre attention.

Cette réflexion est au centre du livre « A l'ombre des guerres justes », publié par Médecins Sans Frontières en septembre 2003. Je vous invite à continuer à le consulter, car il me semble qu'il est tombé au bon moment du point de vue de l'analyse des situations pratiques auxquelles nous sommes confrontés. Je reviendrai à l'Irak plus loin.

Malheureusement, le lancement de ce livre en France a été moyennement réussi, même en interne, où il me semble qu'il est sous-utilisé. En revanche, les campagnes de communication que nous avons menées aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne autour de ce livre ont suscité de l'intérêt.

En France, nous avons été malheureusement un peu moins dynamiques à promouvoir nos idées.

A propos de l'Irak, je nous trouve un peu silencieux sur les violences commises contre les non combattants, c'est-à-dire les civils, les soldats hors de combats, prisonniers ou blessés, celles qui sont commises par la coalition dirigée par les Etats-Unis. Je sais bien que nous ne sommes pas toujours témoins directs de l'ensemble de ces actes et que ces problèmes font l'objet d'une large couverture médiatique, que nous n'avons donc aucun rôle particulier pour les révéler au public, qu'ils sont même omniprésents dans l'actualité, trop par rapport à d'autres crises comme le Soudan ou la République Démocratique du Congo. Mais l'insistance des dirigeants de la coalition à prétendre qu'un des objectifs de leurs opérations militaires est la délivrance d'une aide humanitaire devrait nous rendre plus attentifs à faire des commentaires, dans le temps du débat public international, pour expliquer à quel point notre conception de l'action humanitaire diverge. Il est frappant qu'un porte-parole de l'armée américaine -à qui on demandait quels étaient les objectifs autour de Falludjah en Irak- ose encore dire qu'à Falludjah les objectifs de l'armée américaine étaient : en premier, évidemment de rétablir l'ordre, et en second, d'apporter de l'aide humanitaire aux habitants de Falludjah.

Les porte-parole de Médecins Sans Frontières, pas seulement ceux de cette section, qui ont l'occasion de s'exprimer, devraient faire plus régulièrement des commentaires expliquant à quel point cette conception de l'aide humanitaire conduit les secours à des échecs. C'est bien cela qui est en jeu, une aide conduite dans un esprit aussi partisan n'est pas seulement un non-respect des principes humanitaires, mais surtout, en pratique, elle conduit à des secours très peu efficaces. C'est le cas en Afghanistan, où notre appréciation des secours pour la population n'est pas bonne et où il y a quelques semaines la coalition larguait un tract aux populations afghanes en leur expliquant que si elles ne participaient pas avec la coalition et le gouvernement d'Hamid Karzaï à la chasse aux Talibans, elles ne recevraient pas d'aide humanitaire. A ces occasions-là, je pense que nous devrions nous exprimer plus clairement.

l'enlèvement d'arjan erkel

L'enlèvement de notre collègue a entraîné une limitation de nos opérations en Tchétchénie et a mobilisé une énergie considérable dans l'ensemble du mouvement international.

J'avais déjà eu l'occasion de dire l'an dernier qu'Arjan a été victime d'un enlèvement politique. Pendant la recherche d'Arjan, nous avons pu établir des faits qui montrent clairement l'implication de membres de l'administration russe au moment de l'enlèvement, et d'autres dans sa détention. Un membre du parlement daghestanais et un membre daghestanais du parlement de la Fédération de Russie sont impliqués dans l'enlèvement et la détention d'Arjan.

Nous avons exercé une pression à la fois par des rendez-vous avec des diplomates qui ont des relations étroites avec la Russie, ainsi qu'en soulevant ce problème dans la presse. L'ensemble de ces campagnes d'opinion, menées depuis un an, a permis que notre collègue puisse sortir récemment de sa geôle.

Je me suis toujours engagé à être honnête avec l'association sur ce qui se passe dans ces moments-là, même si je ne peux pas évidemment donner tous les détails de cette affaire. Pour cette libération, le gouvernement hollandais a -à notre connaissance- payé une rançon et une rançon importante à l'administration russe. Maintenant, le gouvernement hollandais nous demande de la rembourser.

Je ne sais pas ce que décideront les dirigeants de la section suisse qui est la section directement concernée, mais cela me paraît particulièrement scandaleux.

Depuis 10 ans, plusieurs fois, l'administration fédérale en CEI a kidnappé des ressortissants de l'Union européenne en les revendant ensuite à leurs pays. Je pense que nous ne devons pas nous taire là-dessus. Nous taire sur ces pratiques ne protégera pas nos équipes puisque 4 de nos collègues ont été kidnappés depuis 1996.

La preuve est faite que le silence qui a prévalu sur ces questions, depuis 1996, s'est accompagné de la multiplication des actes de cette nature. Aujourd'hui, même si Arjan a pu sortir, de très nombreuses personnes restent détenues dans le Caucase.

Le dernier point sur la gestion de l'enlèvement d'Arjan Erkel est que cela a été extrêmement pénible de travailler avec le groupe international qui gérait cette affaire. Pas avec les gens qui la géraient au quotidien, parce que j'ai eu l'occasion de remercier très chaleureusement Thomas Nierle, Jean-Christophe Azé, de la très bonne collaboration que nous avons pu développer avec eux, mais, au niveau du Conseil international et du groupe des directeurs généraux, les relations ont été plus difficiles.

Sur la question de la rançon, les désaccords sont profonds puisque l'attitude qui a été choisie par le groupe des directeurs généraux, sans l'accord de Rafa (section espagnole) et de la section française, a été de mener une campagne de désinformation à la suite de la libération d'Arjan, qui a consisté à essayer d'affirmer stupidement à tout le monde qu'aucune rançon n'avait été payée. Alors que, parmi les journalistes spécialisés qui travaillent sur le Caucase, tout le monde sait bien que c'est faux. C'est particulièrement dommageable. C'est une mauvaise idée en général de mener des campagnes de désinformation, c'est encore plus une mauvaise idée pour une organisation humanitaire comme la nôtre.

En pratique, pour la sécurité de nos équipes, je trouve cela désastreux. Si nous avons réussi à défendre Arjan, c'est bien en nous appuyant sur des campagnes de communication. Ces campagnes ont pu avoir lieu parce que les médias, les médiateurs que sont les journalistes nous font confiance. S'ils acquièrent la conviction que nous avons ce type d'attitude, trahir leur confiance, je ne vois pas comment dans l'avenir nous pourrions continuer à faire passer des messages quand certains d'entre nous seront en grande difficulté.

épidémies, endémies

Les programmes en direction des malades affectés par les épidémies et les grandes endémies représentent 23% des dépenses projets de l'année, 26 projets sur 110 mais aussi de nombreuses activités dans l'ensemble des autres projets de terrain. Sur ces projets spécialisés, le sida et la tuberculose représentent trois quarts de dépenses.

sida

Où en sommes-nous ? Depuis trois ans, nous avons reçu, dans nos consultations sida et nos centres d'hospitalisation, 26.575 patients dont environ un millier d'enfants, sur 9 programmes de terrain, pour la section française. 7647 patients ont reçu des antirétroviraux. Avec nos critères, le double de malades aurait dû recevoir ce traitement dans nos files actives. C'est-à-dire que quand nous en avons mis 7000 sous antirétroviraux, en fonction de critères cliniques et biologiques, il y avait encore dans notre cohorte 7000 autres malades qui nécessitaient de recevoir le traitement. Malgré un très grand dynamisme des équipes, des rythmes d'inclusion très rapides, une simplification très bien venue des procédures d'inclusion, nous voyons la grande difficulté objective qu'il y a à faire face à cette pandémie même à l'intérieur des projets limités de MSF. Pour les patients mis sous antirétroviraux, les résultats sont bons. Pour l'ensemble des patients, 82 % sont encore en vie, 11% sont décédés et le taux de suivi correct des traitements est très important. Epicentre estime aujourd'hui que, quelqu'un qui entre dans un programme MSF antirétroviraux, aura, 18 mois plus tard, à 70% de chances d'être encore en vie. La mortalité reste élevée et 50% des décès des patients sous antirétroviraux surviennent les trois premiers mois. Cela indique que nous nous devons commencer les traitements plus tôt et qu'un plus grand nombre de patients doivent bénéficier des antirétroviraux.

Nous avons des difficultés à faire face aux besoins des patients que nous avons déjà sous les yeux dans nos files actives. C'est pour cela qu'en dépit du succès important que représente le fait d'avoir osé démarrer l'utilisation des antirétroviraux, j'aimerais, pour paraphraser un de mes collègues du conseil d'administration, Thierry Durand, dire que, si le premier objectif était de commencer, le deuxième est de maintenir en vie les malades dans la durée. Cela ne me semble pas acquis. Il y a de multiples éléments de complexité : les enfants, les femmes enceintes, la prise en charge de la tuberculose et plus largement des infections opportunistes, se préparer à changer les traitements en cas d'intolérances aux antirétroviraux de première ligne, détecter l'émergence des résistances et mettre en place des traitements de seconde ligne pour y faire face, obtenir les tests diagnostiques et traitements à des prix accessibles, etc. J'invite les équipes à la prudence sur les charges de travail qu'elles se créent dans ces programmes. Encore une fois, l'engagement que doit prendre MSF vis-à-vis des patients dont nous sommes directement responsables est de les maintenir en vie dans des proportions acceptables, et si nous chargeons trop la barque, il est peu probable que nous atteindrons cet objectif.

tuberculose

Sur la tuberculose, depuis 1998, nous avons traité 35.000 patients dans nos missions. Il y a conjoncturellement cette année une baisse des nouvelles admissions car quelques programmes importants ont connu une fin prévue. Il faut donc prêter attention à l'ouverture de nouveaux projets et de nouvelles activités dans les programmes déjà existants. Il y a un projet en gestation en Arménie, une piste intéressante.

Les résultats des traitements en 2002 (je ne peux pas vous donner les résultats de 2003 en raison des particularités de l'évolution de cette maladie sous traitement qui fait qu'il y a un décalage des résultats dans le temps) : il y a 68% de succès, 10 % de décès et 9% d'abandons du traitement. En regard des environnements difficiles dans lesquels nous avons ouvert des soins pour la tuberculose, parfois chez des migrants illégaux comme en Thaïlande à Maesot, au sein de groupes de populations semi-nomades, comme chez les Afars en Ethiopie, dans des contextes très difficiles, comme dans la ville de Ghazni en Afghanistan, en dépit de ces contextes difficiles, nos équipes obtiennent des résultats tout à fait convenables en matière de guérison de la tuberculose.

paludisme

Le paludisme a été aussi un grand sujet de mobilisation : il représente 13% des projets épidémies, endémies. Pour vous donner une idée de l'activité, voici les chiffres à la fin du premier trimestre 2004 : nous avons traité au cours de ce trimestre 80.000 patients, ce qui signifie que nous sommes sur une base annuelle qui, suivant les épidémies, les types de projets que nous ouvrons au cours d'une année, est d'environ 300.000 patients traités par nos équipes. 94% des patients traités en ce moment le sont après diagnostic biologique. Pour la première fois dans notre histoire, nous sommes bien certains, quand nous parlons de traitements du paludisme, qu'il s'agit effectivement de paludisme. Et 85% de ces patients sont traités avec les traitements les plus efficaces, les ACT.

Ce succès, est le résultat de trois années d'efforts intenses. Aujourd'hui, un patient qui se présente à une consultation de MSF, section française, a vraiment toutes les chances d'être pris convenablement en charge pour un accès simple de paludisme. C'est également le cas dans les missions de la section suisse et de la section hollandaise, la progression dans les autres centres opérationnels est réelle et nous espérons que d'ici un an l'ensemble des centres opérationnels obtiendront des résultats du même ordre.

Autre bonne nouvelle au sujet du paludisme, notre connaissance des épidémies et de la façon d'y répondre progresse au cours de l'année 2003. Deux exemples : l'épidémie au Sud du Soudan et l'épidémie en Ethiopie. Nous commençons à avoir un certain savoir-faire pour prendre rapidement en charge un grand nombre de patients au cours d'une épidémie, et dans chacun de ces deux exemples, nous avons traité plusieurs dizaines de milliers de patients avec succès.

méningite

A noter aussi dans le domaine des épidémies que, cette année, nous contribuons à remettre à niveau, si je puis dire, le traitement de la méningite. Le professeur Rey, qui était là hier à la journée scientifique d'Epicentre, sera particulièrement satisfait, lui qui s'intéresse à la méningite depuis très longtemps, de voir que MSF et Epicentre continuaient à essayer d'améliorer le traitement des formes épidémiques de méningite. Nous avons fait une étude au Niger sur l'usage possible de la ceftriaxone dans ce domaine, étude qui est concluante et qui nous donne une alternative au chloramphénicol huileux. Il reste encore à définir si nous avons réellement besoin de mettre en place cette alternative partout dans toutes les situations. En tout cas aujourd'hui une alternative existe.

CAME : campagne pour l'accès aux médicaments essentiels

2003 a été une année de transition suite au départ de son directeur Bernard Pécoul après des années de travail qui auront permis à de très nombreux malades de recevoir enfin un traitement efficace. J'en profite pour saluer l'arrivée de Karim Laouabdia, notre précédent directeur général, au poste de directeur de la Campagne.

Je dois dire qu'il est temps que les discussions sur les orientations de la Campagne prennent un nouveau tour. Parce qu'il y a une ambiguïté qui est en train de s'approfondir, qui existe depuis le lancement de cette Campagne, et qui est présente dans MSF sur de nombreux sujets dits médicaux depuis des années. Entre la responsabilité des médecins humanitaires que nous sommes et la responsabilité de santé publique, on voit, à la fois dans les équipes de la Campagne mais également dans les équipes des opérations et des départements médicaux, la remontée de la tentation de faire de la « couverture » des besoins médicaux à l'échelle de provinces, de parties de pays, et de voir MSF prendre des responsabilités finalement d'ordre politique, de l'ordre de celles d'un médecin provincial ou d'un directeur général de la santé ou d'un ministre de la santé. Il m'a semblé que nous avons réussi à avoir une influence positive sur les autres acteurs, y compris les acteurs politiques ces dernières années, avec la méthode opposée. Ce n'est pas en co-administrant les protocoles nationaux avec les autorités que nous avons fait bouger le milieu, c'est en sortant de ces protocoles, en étant innovateurs, en étant en avance -un peu en avance, il ne faut pas se prendre la « grosse tête»-, mais c'est en tout cas en étant en rupture avec les habitudes dominantes que nous avons réussi à influencer les autres acteurs.

Je ne crois pas que nous mettre dans des logiques de co-administration du changement avec les acteurs de santé publique des pays où nous intervenons nous permettrait de continuer à être cette force de stimulation, cette force d'innovation.

Cela va être un des enjeux principaux des discussions à l'intérieur de la Campagne, parce que les tentations sont fortes. J'ai été particulièrement déçu -par exemple- de nous voir organiser une conférence en commun avec l'Unicef sur le paludisme à New York, et donc de donner l'impression d'être en accord avec l'Unicef sur ces questions, parce qu'il me semble que c'est exactement l'inverse qui s'est passé ces dernières années. La politique suivie par l'Unicef a en effet constitué en elle-même un obstacle à l'accès à des traitements efficaces. A des signes comme celui ci, mais aussi à beaucoup d'autres, nous voyons poindre de nouveau cette tentation de prendre une responsabilité qui n'est pas la nôtre mais celles des acteurs politiques de la santé.

personnes privées de soins en raison de leurs situations particulières au sein de leurs sociétés (prisonniers, prostitués, migrants, populations rurales et urbaines, jeunes en situation difficile ...)

Ces programmes ont représenté 17% des dépenses de terrain, 21 programmes sur 110. A l'intérieur de ce groupe, plus du tiers de l'activité est dédié aux jeunes en situation difficile. Un nouveau projet, ouvert en 2003 dans cette direction, celui de l'orphelinat de Khartoum l'illustre.

aide médicale d'état en france

La mission France est en transition, puisqu'il y a d'abord un difficile renouvellement de ses responsables depuis deux ans. Il y a également un changement de la situation dans le pays, notamment du point de vue de l'Aide Médicale d'Etat. Je vais simplifier, et je m'en excuse pour ceux qui connaissent bien ce dossier, mais, en résumé, l'Aide Médicale d'Etat couvre principalement les étrangers arrivés récemment dans le pays et n'ayant pas tous les papiers nécessaires. Il y a des mesures de réforme de l'AME qui accroissent les délais pour l'obtenir, qui font de son obtention en termes de pièces à fournir un véritable parcours d'obstacles, qui mettent ainsi fin à la gratuité des soins. Nous sommes pessimistes sur l'impact que ces nouvelles mesures vont avoir sur l'accès aux soins de santé de ces malades en situation sociale précaire, estimés à 150.000 en France.

Nous avons pris plusieurs fois la parole pour alerter sur la dégradation de cette situation et je pense que nous devons continuer à le faire mais nous devons également adapter l'activité de terrain, l'offre de services, en réponse à cette situation nouvelle.

fermeture du projet d'érevan en arménie

Au sein de ces programmes, menés en réponse à l'exclusion des soins de groupes socialement discriminés, la fermeture du projet d'Erevan en Arménie est une bonne nouvelle. Il me semble que, dans les grandes lignes, les objectifs de ce programme ont été atteints, qu'il peut être fermé pour cette raison aujourd'hui. La passation se fait dans de conditions qui semblent satisfaisantes, à une autre association prête à s'inscrire la durée sur cette question en Arménie. Je suis également satisfait que, au cours de cette passation, nous ayons prêté une véritable attention à faire que le personnel arménien de MSF puisse retrouver un emploi auprès de l'association qui prend le relais. Le plus satisfaisant est évidemment l'amélioration des conditions de vies de ces jeunes et la diminution des violences commises contre eux dans les institutions publiques.

prises de paroles publiques : ppp

Le dernier point de la mission sociale de Médecins Sans Frontières que je souhaite commenter est la qualité des prises de positions publiques de MSF au cours de l'année, celles qui sont marquantes. Je vais parler aussi du volume total de ces prises de positions publiques. Je ne voudrais pas être mal compris. Dans les déséquilibres dans cette activité, tout n'est pas dû au département de la communication. C'est un département qui va tout de même beaucoup mieux depuis deux/trois ans, par rapport à de nombreuses époques précédentes. Il ne s'agit donc pas pour moi de mettre en cause le département de la communication dans les remarques que je vais faire, mais de souligner de réelles difficultés collectives que nous avons dans la maîtrise de cette activité et je vais commencer par le nombre de communiqués de presse.

Il a eu environ 90 communiqués de presse cette année. Tous les trois jours ouvrables, il y a eu de fait une prise de position de MSF en France. La plupart de ces communiqués portent d'ailleurs sur des sujets importants pour l'action humanitaire. Ce ne sont pas seulement des communiqués où nous annonçons que nous venons d'envoyer un « full charter ». Je suis censé être un des principaux porte-parole de l'association et je n'arrive pas à suivre ce rythme. Je ne suis pas capable d'intégrer un nouveau sujet tous les trois jours. Et je doute que beaucoup de mes collègues le soient. Il est peu probable que les gens qui s'intéressent aux idées de Médecins Sans Frontières puissent également absorber un tel flux. Cela me semble refléter le dynamisme des opérations et du département de la communication, mais il faut que ces deux départements se rendent compte que, au total, une fois l'addition réalisée, cela nous crée des problèmes de clarté des messages et une petite crise interne permanente, tellement nous sommes débordés par le nombre de sujets de communication.

Je souhaite, pour l'année 2004, une meilleure hiérarchisation des sujets et une diminution de leur nombre. Il me semble que, depuis le début de l'année, il y ait une véritable attention prêtée à ce sujet.

Les principales prises de positions publiques ont été : l'Irak, sujet sur lequel je me suis déjà exprimé ; l'Iturie, je vous ai dit aussi qu'à ce sujet nous sommes tombés dans le piège de la dénonciation abusive, selon l'avis du Conseil d'administration.

Le Libéria a été aussi un des principaux sujets de communication. Il y a eu la tentation de communiquer sur l'appel aux armes –comme dirait Fabrice Weissmann– c'est-à-dire la tentation d'appeler une opération militaire internationale. Elle a été contrôlée heureusement.

Sur la Tchétchénie, il m'a semblé particulièrement sain que l'enlèvement d'Arjan Erkel n'aboutisse pas à ce que nous nous taisions sur le rapatriement forcé des réfugiés de l'Ingouchie vers la Tchétchénie. Nous sommes restés attentifs et mobilisés sur cette question, cela m'a semblé plutôt réussi.

Concernant la mission France, certaines des positions sur l'AME, pas toutes, notamment le communiqué de presse du 2 décembre 2003, m'ont semblé aussi de l'ordre de la dénonciation abusive. Je partage totalement les positions de la mission France sur l'AME, mais elles ne peuvent pas être exprimées comme elles l'ont été dans ce communiqué de presse dont le titre est très exagéré –je cite de mémoire « *Le gouvernement s'apprête à supprimer tout accès aux soins médicaux pour les étrangers les plus précaires* : Corps du communiqué : *le gouvernement prévoit d'interdire purement et simplement l'accès aux soins des personnes étrangères vivant en France sans titre de séjour* ».

C'est vrai que le gouvernement était très critiquable pour le parcours d'obstacles qu'il était en train de mettre en place, et nul doute que cela aura des conséquences en privant des personnes en grande difficulté sociale de recevoir des soins. Mais le gouvernement français n'était pas en train d'édicter une loi pour interdire à tout étranger en situation irrégulière de pouvoir se faire soigner dans ce pays. Il faut que notre critique soit précise, sinon elle dérape politiquement, si je puis dire.

Le Darfour a été également et à juste titre l'objet de notre mobilisation en matière de diffusion de messages. Cette campagne d'information me paraît dans l'ensemble réussie. Nous avons contribué significativement à faire connaître l'importance de la catastrophe et l'insuffisance des secours. Même si quelques dérapages sont survenus avec l'emploi d'un vocabulaire inadapté, inacceptable dans la bouche de représentants de notre association. L'expression milices gouvernementales devrait se substituer à « milices arabes ». L'information serait plus juste délivrée, mieux en rapport avec la réalité et n'ouvrirait pas la porte aux interprétations simplistes du conflit, malheureusement courantes dans les milieux politiques et humanitaires, en termes de conflit tribal.

Les sujets liés à la Campagne d'accès aux médicaments essentiels ont été très présents. Je pense aux campagnes de communication autour du G8, de la Journée mondiale du sida du 1^{er} décembre.

Je voudrais attirer l'attention sur une dérive qui me paraît assez inquiétante au niveau de la Came. Il me semble que la communication de la Campagne a pris un tour très lobbyiste, c'est-à-dire que l'intention d'obtenir quelque chose prime sur l'expression de notre point de vue sur le sujet. Si l'interlocuteur auquel nous nous adressons n'accède pas à notre requête, nous allons le sanctionner par un communiqué de presse très critique. S'il nous donne raison, par exemple une réponse positive de la part de l'OMS sur les associations à dose fixe d'ARV, alors nous faisons un commentaire plus positif sur l'OMS. Une communication faite, en somme, de punitions et de récompenses. En termes simples, cela nous conduit à ne plus exprimer nos idées sur certains sujets, mais à distribuer des bons et des mauvais points. Comme l'OMS semblait faire quelques petites concessions au moment de la journée sida, MSF a fait une campagne de communication le 1^{er} décembre assez favorable à l'OMS, en mettant en sourdine nos critiques sur le plan 3X5 de l'OMS. Ce plan prétend qu'il sera possible de mettre 3 millions de personnes sous antirétroviraux en deux ans. Nous ne jugeons pas réaliste d'avoir une telle ambition, surtout quand, dans le plan d'action de l'OMS, la gratuité des traitements n'est pas mentionnée, les prix des médicaments génériques sont à peine évoqués comme un problème, toutes les conditions qui font le succès ou pas de ces actions sont absentes. Nous avons évité soigneusement de les mettre en avant, parce que, la veille du 1^{er} décembre au soir, un dirigeant de l'OMS nous avait fait une concession très tactique au téléphone sur les combinaisons à doses fixes. Je pense que la ligne de la communication de la Campagne doit retourner vers l'expression des positions de MSF et non pas persister dans cette forme de communication opportuniste et politiquement ambiguë.

Une des autres campagnes marquantes de l'année est celle que vous voyez en affiches sur certains murs du métro et bientôt en spots publicitaires à la télévision, sur l'accès, des malades africains, à des traitements efficaces pour le **paludisme**.

l'état de l'association msf

La dernière partie de mon rapport moral porte sur l'état de l'association. Je ne me prends pas pour un président américain, rassurez-vous, je ne vais pas vous faire l'état de l'union....

Tout au long de l'année, les réunions du conseil d'administration, qui n'ont pas mal fonctionné à mon avis cette année -ce n'est pas le cas tous les ans-, ont été construites ainsi : les deux tiers du temps ont été utilisés à revoir les différents aspects de la mission sociale (opérations, questions médicales et prises de positions publiques), c'est-à-dire des présentations de projets de terrain, des présentations sur les principales prises de positions publiques de MSF.

Le dernier tiers du temps, la fin de la réunion du vendredi soir est dédiée au fonctionnement de l'institution, à son suivi, au suivi des politiques institutionnelles. C'est cette partie-là que j'aborde maintenant.

personnel international

La participation des volontaires internationaux aux missions se stabilise à un niveau élevé. Il y a eu 1056 départs au cours de l'année 2003, environ une soixantaine de départs de plus par rapport à 2002, qui semble due à la reprise des missions chirurgicales.

Le nombre des postes de terrain en 2003 est de 435. La variation est très faible par rapport à 2002 et peu significative (-8). Le départ des volontaires en premières missions chute un peu : ils représentent 32% du total des départs contre 33 % en 2002, 35% en 2001. Avec toujours le même problème spécifique de logisticiens en première mission pour lesquels il n'y a pas suffisamment de départs (20%). Cela va nous poser un problème pour former une partie des cadres logistiques à l'avenir.

les médecins

Que dire de plus sur le personnel international, sinon qu'il reste quand même une inquiétude au sujet des médecins : seulement 17% des postes de chefs de mission sont occupés par des médecins. Cela veut dire que sur une trentaine de pays, nous avons 3 ou 4 médecins chefs de mission, 70 % des coordinations médicales sont occupés par des médecins et cela se dégrade (95 % en 2000, 83% en 2001, 73% en 2002). Les postes de responsables de terrain sont trop rarement occupés par des médecins (un peu moins de 20% des cas). Donc, au sein du personnel international, il nous reste un souci sur le recrutement des médecins et la formation des médecins pour les postes de responsabilité.

personnel national

En ce qui concerne le personnel national, pour l'année 2003, je vais donner des chiffres qui restent indicatifs, car au sein de ces personnels, il y a trois grandes catégories : le personnel stable sous contrat, le personnel qui n'est pas principalement employé par nous, mais, par exemple, par le ministère de la santé, auquel nous versons des primes, et des travailleurs qui sont employés, par notre association, mais sur la base de contrats journaliers.

Si on prend les postes fixes, sans les « primes » et sans les journaliers, ils étaient 2545 en 2002, 3053 en 2003, soit une augmentation de 20%. Cela veut dire que l'on continue à recruter et augmenter les effectifs du personnel national de manière importante. Un des grands thèmes, pour moi le thème principal de cette assemblée générale, en termes d'organisation interne, est le déficit important que nous conservons dans la gestion de ces catégories de personnels. Cela recouvre plusieurs problèmes que je ne vais pas détailler puisque c'est l'objet d'un débat cet après-midi. Il est évident que les travailleurs journaliers ne sont pas suffisamment payés. C'est impossible d'établir un standard international en raison de l'extrême diversité économique et sociale des contextes. Mais il y a des points de repères : 1\$ par personne et par jour de revenu étant le seuil d'extrême pauvreté des institutions internationales. Cela peut uniquement servir de point de repère tellement les situations sont différentes d'un endroit à l'autre. Mais, dans l'ensemble, il nous faut faire un effort pour monter les salaires. Il y a des journaliers qui, dans le fond, pendant plusieurs mois, restent employés à plein temps par Médecins Sans Frontières, et nous leur versons des salaires qui –pour le dire en termes concrets-, assez fréquemment, ne leur permettent pas d'envoyer leurs enfants à l'école, de payer les frais de scolarité. C'est inacceptable. Je sais que surexploiter les journaliers est la norme, notamment en Afrique. Lorsqu'on ne le fait pas ou lorsqu'on le fait moins, on se distingue et on est critiqué. Mais je tiens à alerter nos responsables, les responsables de nos missions, sur le fait que certaines des situations constituent objectivement ce qu'il est raisonnable de qualifier de surexploitation au travail. Cela entraîne un coût humain inacceptable et limite la qualité du travail. J'ai rencontré les journaliers du Libéria, au cours de l'automne dernier. Il y en avait 500 qui travaillaient pour MSF. Je dois vous dire que je n'étais pas très fier, j'avais même franchement honte de la façon dont nous les traitons.

Les autres points sur le personnel national, qui concernent un peu tous les types de personnel, c'est la nature de contrats. Les contrats ne sont pas à jour et d'une qualité insuffisante. Les personnes doivent être employées, chez nous, dans le respect de leurs droits et dans le respect de leur dignité.

Deuxièmement, la politique décidée par le Conseil d'administration pour la couverture médicale de l'ensemble de nos personnels nationaux est peu appliquée : elle avait été initiée par Olivier Maurel, le directeur des ressources humaines, et Dounia Bitar, directrice médicale de l'époque, votée par le CA, débattue, amendée. Cela doit devenir une priorité, comme les contrats et le traitement des journaliers, que de faire appliquer cette politique.

Le dernier point qui nous semble devoir progresser en tant que membres du Conseil d'administration et qui a déjà commencé à décoller un petit peu mais qui se heurte à bien des résistances, c'est l'intégration formelle d'une partie des membres du personnel national, qui exercent déjà des responsabilités importantes dans nos programmes, au sein des équipes décisionnelles, c'est-à-dire au sein de la sacro-sainte équipe de terrain, habituellement uniquement composée d'expatriés, et au sein de la non moins sacro-sainte équipe de capitale. Il ne s'agit pas –je ne vais pas détailler aujourd'hui ce que j'ai déjà dit l'an dernier- de remplacer les internationaux par des nationaux, mais il s'agit de mieux associer des collègues qui exercent déjà des responsabilités, à la prise de décision et à l'examen critique des résultats des opérations. En une phrase, il s'agit de les associer au pilotage des opérations sur le terrain comme en capitale.

Il me semble d'ailleurs que c'est cela le sens de travailler pour une association, que l'on puisse être autre chose qu'un employé à qui un patron donne des ordres, qu'on puisse contribuer à la définition des objectifs et se sentir co-proprétaire des résultats, des succès comme des échecs. C'est cela –à mon avis- qui fait une grande partie de la force de Médecins Sans Frontières. Evidemment, travaillant dans trente pays, dans de multiples activités, ayant jusqu'à 5000 personnes employées certaines années, tout le monde ne peut pas être membre de l'association. Il y aura donc bien toujours des employés et des membres associés, mais l'association doit s'ouvrir à une partie de nos collègues du personnel national. C'est dans cet esprit que le Conseil d'administration a invité des représentants du personnel national à l'assemblée générale.

Je suis conscient qu'on ne peut pas changer la situation par décret, cela prendra du temps, le processus me semble engagé, les axes de travail sont définis. Le Conseil d'administration souhaite très fortement des progrès dans ce domaine et sera mobilisé pour vérifier que les directeurs, les chefs de mission, les responsables de programmes ne manifestent pas trop d'inertie sur cette question.

sections partenaires

Nous avons continué à partager la responsabilité des opérations avec les sections partenaires. En 2003, à la fois à Tokyo et à New York, nous avons commencé à suivre des opérations, progressivement, un pays à l'étranger par bureau. C'est une orientation qui n'est pas nouvelle, qui a mis du temps à se mettre en place, mais dont on peut déjà se féliciter des premiers effets. Notamment au Japon, où la perspective de développement de cette activité a permis à nos collègues japonais, qui connaissaient une transition un peu difficile ces dernières années, d'avoir du concret à se mettre sous la dent pour construire leur section. MSF Japon, où la participation aux opérations s'est aussi manifestée par un plus grand nombre de volontaires envoyés sur le terrain, comme jamais dans l'histoire de

la section japonaise. Ce n'est pas le seul domaine dans lequel la section japonaise manifeste son dynamisme : en matière de communication, les choses se sont vraiment améliorées.

Je voudrais dire un mot sur le bureau des Emirats-Arabis-Unis, qui n'est pas une section partenaire, mais un bureau sous la responsabilité de Paris. Dans le contexte actuel des relations internationales, il est important que nous continuions à exprimer nos idées en arabe. C'est à partir de ce bureau que nous pouvons le faire. La composante communication de ce bureau doit continuer à se développer car les conflits en cours rendent particulièrement important que notre conception de l'humanitaire soit accessible en langue arabe.

antennes régionales

Je voudrais souligner que les antennes régionales -en dépit du fait que, ces dernières années, une partie des volontaires internationaux nous a été apportée par les sections partenaires- demeurent responsables du recrutement de 30% des volontaires internationaux. Leur participation aux campagnes de communication est significative mais ce n'est pas une nouveauté.

Il y a un débat au sein des antennes sur la pertinence de recruter des nouveaux donateurs en les abordant dans la rue, en discutant avec eux sur la voie publique. Nous ne leur demandons pas de se prononcer immédiatement, de devenir donateur de MSF, mais nous leur présentons MSF, nous leur demandons leurs coordonnées afin de pouvoir les rappeler ensuite à la maison, puis nous leur écrivons, et enfin ils décident ou pas de devenir un donateur de notre association.

Je sais que cela a provoqué de l'émoi dans certaines antennes régionales, mais il est impératif de recruter de nouveaux donateurs, d'autant qu'on a transformé une grande partie des donateurs à don unique en prélevés et qu'on a besoin de nouveaux donateurs. Vous avez vu que nos dépenses continuent à croître, vous le verrez encore mieux dans le rapport de notre trésorière Sylvie Lemmet. Il n'est pas honteux d'aller parler à des personnes sur la voie publique à condition que le discours soit honnête. Nous employons des personnels spécialement pour cela, nous les formons de la même façon que nous formons des personnes de l'extérieur à écrire des lettres d'appel aux dons pour les mailings. La garantie d'honnêteté dans ces contacts pourra être donnée par un encadrement que certains des membres des antennes régionales sont à même de produire quand ces opérations ont lieu dans la ville où ils résident. Cela me paraît important car nous ne pouvons pas faire l'économie de rester dynamiques dans les techniques pour approcher les donateurs potentiels. Comme les membres des antennes régionales qui nous l'ont fait remarquer, la direction et le Conseil d'administration ont le souci que les messages demeurent authentiques et non malhonnêtes. Mais nous devons tous réaliser à quel point l'introduction régulière de nouvelles techniques de recherche de nouveaux donateurs est essentielle à l'indépendance de notre association.

J'encourage les antennes régionales à rester ouvertes sur ce point et à être plutôt dans une démarche d'accompagnement critique mais constructif.

les donateurs

Notre collecte en France se stabilise. Et dans le contexte général, c'est une bonne nouvelle. La collecte recule de 1% en 2003 par rapport à 2002. La collecte dans les autres associations est en nette diminution ces dernières années et nous sommes parmi les rares à maintenir notre collecte à un bon niveau. Mais comme je viens de l'indiquer, il y a une baisse des nouveaux donateurs, de 27% par rapport à 2002.

Aujourd'hui, nous avons 200.000 donateurs qui sont abonnés (des prélevés comme on dit dans notre jargon), 200.000 donateurs à don unique.

Nous avons besoin d'améliorer la qualité de la relation avec le donateur. Je nous trouve encore très très conservateurs au sens où nous acceptons mal la critique quand elle vient des donateurs. Nous avons souvent des réponses qui sont « langue de bois » à leurs critiques. Cela a été difficile d'obtenir qu'il y ait un petit courrier des lecteurs dans les journaux que nous envoyons aux donateurs et que dans ce courrier des lecteurs puissent apparaître des critiques de donateurs à l'encontre de Médecins Sans Frontières sans que la réponse soit autre chose qu'une réponse purement « langue de bois ». Nous devons reconnaître que nous ne sommes pas parfaits, que nous faisons parfois des erreurs. Là aussi une approche trop publicitaire, presque propagandiste déséquilibre la qualité de la relation que nous devons entretenir avec nos donateurs. Les « engagements » vis-à-vis de nos donateurs sont en cours de révision. Ce dossier avance lentement, mais il y a un vrai travail de réalisé, et, cette année, il sera bouclé pour la rentrée de septembre. Je parle de la liste précise des engagements que nous contractons envers nos donateurs.

les finances

Je vous conseille de suivre attentivement le rapport de notre trésorière, Sylvie Lemmet, qui est cette année très riche en informations.

épilogue

Je voudrais dire un mot de ce satellite de Médecins Sans Frontières parce que son activité reste très dynamique. Elle se tasse un peu en 2003, mais la croissance avait été tellement importante en 2002 que cela me paraît une bonne nouvelle qu'il y ait un refroidissement de l'activité. La part dominante de l'activité d'Epicentre était, dans les années 90, ce qu'on appelle les consultations, c'est-à-dire des actes assez descriptifs. Epicentre nous aidait à décrire une épidémie, à décrire les problèmes sanitaires d'un camp de réfugiés, etc. Aujourd'hui, cela a changé. La part qu'avaient ces consultations est occupée aujourd'hui par des projets dits de recherche opérationnelle. Comme le faisait remarquer un collègue hier au cours de la Journée scientifique d'Epicentre, il y a dix ans, Epicentre nous décrivait correctement des problèmes, aujourd'hui Epicentre commence à nous présenter des solutions pertinentes à ces problèmes bien documentés. Cette évolution souligne la contribution chaque année plus importante que notre association apporte au développement de la médecine au sein de populations en situation précaire. Cela ne pourrait avoir lieu sans Epicentre.

la dndi

Un mot sur la DNDi, cette institution qui n'est pas un satellite de MSF, mais une institution que nous avons en partage avec l'Institut Pasteur, le ministère de la santé de Malaisie, les recherches médicales publiques brésilienne et indienne, des chercheurs de terrain est-africains, la recherche en médecine tropicale de l'OMS. Sa création avait donné lieu à une décision d'assemblée générale, il y a deux ans. Elle a été ouverte en juillet 2003, elle s'est choisi son directeur général -Bernard Pécoul-, elle a choisi son directeur de recherche, elle a mis en place ses principaux comités, conseil d'administration, comité scientifique, et a déjà démarré le travail sur 9 projets de recherche. Vous aurez une présentation au cours de l'après-midi de la part des responsables de la DNDi, Yves Champey et Bernard Pécoul, qui vous donneront plus de précisions.

mouvement international

L'association, c'est aussi le Conseil international. Il existe aujourd'hui une crise de son fonctionnement. Pour moi, elle se résume comme ça : il devient impossible en ce moment d'obtenir du Conseil international qu'il fasse le bilan des décisions qu'il a prises. Ce que j'entends par décisions, ce sont des décisions prises quasi à l'unanimité à chaque fois. Mais quand on demande le bilan de leur mise en œuvre, on se heurte à un refus de le clarifier.

Je ne pense pas que nous puissions construire quelque chose de solide comme ça en nous mentant à nous-mêmes sur les résultats que nous obtenons quand nous prenons une décision ensemble.

Il y avait un engagement à ne pas participer à la commémoration du génocide des Rwandais tutsis qui n'a été que très partiellement respecté par la section belge et on est dans la dénégation totale des faits quand on essaie d'en discuter. Cela ne me rend donc pas optimiste.

Il y a avait un engagement de tout le mouvement à se situer en appui à la cellule de crise basée à Genève pour obtenir la libération d'Arjan. Il me semble que, aussi bien en août que là récemment en mars, la section hollandaise s'est totalement exonérée de cet engagement. Il n'a pas été possible de le faire reconnaître par le Conseil international.

Sur la mise en place des ACT dans les programmes paludisme, c'est la même chose. Trois ans après un vote en réunion plénière du conseil international en juin 2001, le conseil international n'est pas capable de se présenter à lui-même un bilan clair de ce travail.

Je trouve que la période n'est pas très positive. En dépit d'un travail adapté de la toute nouvelle équipe du président du conseil international, Rowan Gillies, et de la secrétaire internationale, Marine Buissonnière. De mon point de vue, ce n'est pas leur travail qui est en défaut. Ils viennent de prendre leurs fonctions avec un véritable dynamisme et un solide bon sens. Je n'ai aucun reproche à leur faire. Ce sont des fonctions difficiles. Il faut du temps pour en prendre la mesure. Mon reproche s'adresse plus à des collègues expérimentés dans leurs fonctions, les dirigeants des centres opérationnels, qui, à mon sens, prennent assez peu leurs responsabilités face aux échecs.

L'élément positif du paysage international cette année sera le retour de la section grecque. S'il y avait eu une exclusion de cette section, c'était pour de bonnes raisons. Mais nous sommes un mouvement qui n'a pas vocation à scissionner et nous ne pouvons que nous réjouir que nos amis grecs reviennent dans le giron international à partir du moment où ce retour s'effectue sur des bases claires. Et il me semble qu'elles le sont. La section grecque n'aura pas d'opérations en propre. Elle sera sous l'autorité du centre opérationnel de Barcelone. Ses missions existantes vont être revues par le directeur des opérations de Barcelone et seront intégrées au porte-folio de MSF Espagne. Elle conservera, comme d'autres dans le mouvement, un desk à Athènes, et pilotera une partie des opérations à partir d'Athènes -comme les desks décentralisés de New York et Tokyo aujourd'hui avec MSF France-, avec un volume plus important pour eux que New York et Tokyo, mais elle n'aura pas de directeur des opérations. Les Grecs ont montré dans leurs prises de positions publiques sur la guerre en Afghanistan, la guerre en Irak, qu'ils avaient changé de conception et qu'ils n'étaient pas prêts à refaire les erreurs qu'ils avaient commises lors de leurs prises de position sur le Kosovo en 1999. Nous avons nous-mêmes reconnus, lors d'une assemblée générale précédente, que notre position avait été marquée par certaines formes d'opportunisme à l'égard des forces de l'Otan. Sur la détention du nom MSF, ils sont d'accord pour transférer la « marque » au bureau international. Il me semble que les conditions sont remplies et il s'agit pour moi d'une bonne nouvelle.

les abus

Un des derniers points sur lesquels je souhaite m'exprimer est la gestion des abus. Gérer une institution, c'est aussi gérer la discipline interne. A l'occasion du scandale des camps en Afrique de l'Ouest il y a deux ans, nous avons essayé de préciser nos idées dans ce domaine.

Je voudrais parler d'une histoire, je ne vais pas nommer le pays, je ne vais pas nommer les personnes. Mais je vais vous raconter brièvement la nature de l'histoire et les décisions prises par le comité de direction, soutenu par le conseil d'administration.

Dans un pays d'Afrique, nous avons un logisticien, membre du personnel international, dont le mode de gestion du personnel national dans le travail consistait à employer des insultes, à connotation sexuelle, et de penser qu'utiliser ces mots-là au quotidien dans le travail faisait finalement partie de la philosophie du pays. Il volait du matériel à MSF et il entretenait des relations sexuelles avec des mineures, de manière répétée. Cela durait depuis un certain temps, et le quatrième élément de cette affaire est que les responsables de capitale n'ont pas prêté une attention suffisante à cette situation grave.

A la suite de ce constat, insultes comme mode d'administration régulier du personnel national, vol de matériel MSF en accusant ses collègues, abus sexuels vis-à-vis de jeunes filles mineures et dont certaines étaient sous son autorité parentale, négligence de l'équipe de capitale, voici les décisions que nous avons prises : le logisticien en question évidemment ne travaillera plus pour MSF, nous avons également décidé de signaler ses relations avec les mineures à la justice en France, puisqu'il s'agit d'un ressortissant français. Cela avait déjà été le cas, il y a quelques années, j'avais eu l'occasion de le dire. La directrice des opérations de l'époque, Brigitte Vasset, il y a environ une dizaine d'années, avait signalé à la justice un de nos membres pour des faits commis à l'étranger contre des personnes étrangères.

Pour les membres de l'équipe de capitale, sur les trois qui étaient concernés, il y en a deux qui, lorsque nous avons discuté avec eux, ne nous semblaient pas comprendre que l'on ne pouvait plus travailler comme ça en tournant la tête de l'autre côté quand on voyait des abus. Ces deux-là, nous leur avons indiqué que nous ne souhaitons pas les revoir postuler à des postes de responsabilités de capitale. Nous ne les mettons pas dehors de l'association, nous ne les mettons pas dehors des missions. Nous leur avons indiqué que nous communiquerions cette position aux autres centres opérationnels. Pour le troisième membre de l'équipe de capitale, qui nous semblait comprendre qu'il avait échoué dans sa fonction en faisant preuve de négligence, nous lui avons donné un avertissement écrit.

Voilà, à titre d'exemple, puisque nous nous sommes aussi engagés à être le plus transparents possible sur les affaires embarrassantes, les abus. Le conseil d'administration tenait à ce qu'au moins un exemple vous soit présenté, et chaque année nous essaierons de consolider le rendu de comptes sur cet aspect-là des décisions que nous prenons.

Je voudrais ajouter encore un mot sur cette affaire. J'ai perçu dans les explications que j'ai entendues de la part des membres de l'équipe concernée, du moins chez certains d'entre eux, un énorme mépris des jeunes, des jeunes femmes, des jeunes femmes africaines et en particulier, des jeunes femmes africaines pauvres. Ce « background » idéologique explique en partie pourquoi un certain nombre de pratiques sont encore courantes dans nos contextes d'intervention, spécialement en Afrique. Dans les lettres que j'ai rédigées quand j'ai écrit à certaines de ces personnes, je leur ai poliment mais fermement expliqué à quel point nous ne partageons pas cette vision de l'Afrique, des femmes et des jeunes en difficulté. Conserver de telles représentations n'est pas compatible avec notre travail. Ne pas comprendre que certains actes sont inacceptables aussi bien pour le personnel national que pour le personnel international, est incompatible avec l'exercice de responsabilités de capitale.

Et j'engage tout le monde, les responsables de terrain, les chefs de mission et les responsables de programmes à être vigilants dans ce domaine.

les disparus, les départs

Les disparus. Cette année en 2003, nous avons eu à regretter l'assassinat de Ricardo Munguia qui ne travaillait plus pour MSF mais pour le CICR en Afghanistan. Il avait 39 ans et a été assassiné fin mars 2003. Il avait travaillé sur plusieurs missions avec MSF (Sud Soudan, Pérou, Libéria) et c'est avec une grande tristesse que nous avons appris son assassinat.

Nous n'avons pas eu à déplorer, à notre connaissance, car ce n'est pas toujours facile de faire remonter l'information, d'accidents graves cette année sur le terrain.

Les départs. Une grande partie du comité de direction s'en va. Cela correspond à la politique que le CA et l'AG de 1997 avaient validée, afin que les personnes occupant des postes à haute responsabilité exécutive tournent. Karim Laouabdia a quitté son poste de directeur général après six ans d'excellent travail et encore une fois je l'en remercie. La bonne santé de notre association doit beaucoup au travail de Karim.

Anne Fouchard quitte son poste.

Jean Rigal a aussi quitté son poste en 2003, pour reprendre un poste sur le terrain.

Gilles Isard quitte la direction de la logistique.

Guillaume Le Gallais, notre directeur des opérations, est en fin de mandat. Je voulais dire que si j'avais manifesté mon inquiétude sur les médecins à des postes de responsabilités, ce n'est absolument pas dans l'idée qu'il ne devrait y avoir que des médecins sur ces postes. Pour le dire comme ça, c'est dans la période où Guillaume Le Gallais, qui n'est pas médecin, a été directeur des opérations que les progrès médicaux au sein des missions ont été les plus nets. Et je l'en remercie.

Les sortants du conseil d'administration. Je remercie également les sortants du conseil d'administration pour leur travail, leur patience à mon égard, et je leur souhaite bonne chance pour la suite en espérant que la suite, ce soit de continuer à participer à Médecins Sans Frontières, comme membre à diverses occasions, et je suis très heureux de voir que des anciens administrateurs comme Philippe Chazerand et Maurice Nègre par exemple, une fois leur mandat terminé au conseil d'administration, continuent à participer aux missions, à participer à la vie collective. Il y a donc une vie associative après le conseil d'administration.

les candidatures au conseil d'administration

Cette année, vous avez neuf candidats. Le conseil d'administration déclare valides toutes ces candidatures et s'estime flatté que ces personnes souhaitent rejoindre ses rangs.

Je dois apporter une précision. Il y a donc cinq sortants cette année et deux postes qui se libèrent pour des raisons non liées à une fin de mandat. Bénédicte Jeannerod a été nommée au département de la communication, elle doit quitter son poste d'administratrice puisque vous savez que le cumul d'une fonction salariée dans l'exécutif avec un poste d'administrateur n'est pas possible.

Michel Janssens, pour des raisons personnelles, a décidé de quitter le conseil d'administration. Il s'excuse de ne pas pouvoir être présent aujourd'hui, mais il a des difficultés personnelles en ce moment qui ne rendent pas possible sa présence.

Ce qui fait donc sept postes à pourvoir.

Les élus qui arriveront en sixième et septième position dans les votes termineront les mandats de Michel (reste 2 ans) et Bénédicte (reste 1 an).

Certains autres administrateurs sont absents, je pense à Marie-Christine Férier dont le conjoint est tombé malade hier, elle aura donc probablement des difficultés à être là aujourd'hui, et Thomas Nierle, qui a été épuisé par la charge de travail en Suisse ces derniers mois, est en repos en ce moment et sera absent ces deux jours. Ils m'ont demandé de vous expliquer les raisons qui motivent leur absence.

Je vous remercie de votre attention et vous encourage à émettre maintenant vos critiques à ce rapport moral du Conseil d'administration, de poser vos questions. Puis nous passerons au vote.

Dr Jean-Hervé Bradol
Président

rapport du trésorier sur les comptes combinés 2003

principaux éléments de l'année 2003

éléments financiers

Les dépenses combinées utilisées de Médecins sans frontières (MSF) augmentent de 4,8 millions d'euros (M€) en 2003 et s'élèvent à 93,7 M€. Les dépenses des Missions Sociales représentent 87% des dépenses combinées utilisées, en légère augmentation par rapport à 2002 (86%).

Les ressources privées représentent 88% du total des ressources combinées utilisées. Les donateurs privés (en France, aussi bien qu'en Australie, aux Emirats-Arabes-Unis, aux États-Unis et au Japon), qui, chaque année, renouvellent leur confiance en l'action de Médecins Sans Frontières, nous permettent d'agir en totale indépendance des pouvoirs politiques, économiques ou confessionnels. Nous les en remercions chaleureusement.

La part des financements publics institutionnels augmente légèrement à 12% du total des ressources utilisées combinées.

En 2003, Médecins Sans Frontières réalise un excédent hors pertes de change de 1,7 M€. Les pertes de change comptables nettes s'élèvent à 3,9 M€, occasionnant un déficit total combiné de 2,2 M€. Les pertes de change comptables sont liées à la forte baisse du cours du dollar face à l'euro, alors qu'une partie importante de notre trésorerie, destinée à nos interventions, est conservée en dollars et que nos comptes sont présentés en euros. Ces fluctuations des cours de change sont sans incidence sur le coût de nos achats en dollars ou en devises locales (fortement corrélées au dollar).

les terrains

Conformément à notre projet opérationnel et comme les années précédentes, c'est auprès des populations victimes des conflits armés que se sont majoritairement portées les activités de Médecins sans frontières, notamment auprès des réfugiés et déplacés et des personnes victimes de violences directes.

L'année 2003 a particulièrement été marquée par les conflits au Libéria, en Côte d'Ivoire, en République Démocratique du Congo et au Soudan.

Le conflit au Libéria, opposant les forces armées de Charles Taylor aux parties de la rébellion du LURD et du MODEL, a donné lieu pour MSF à une intervention d'urgence de grande ampleur, au regard de sa capacité d'intervention, auprès de la population de Monrovia et de la région du Bong. A l'issue de cette urgence, MSF a ouvert un hôpital privé de 150 lits à Monrovia, comprenant une activité chirurgicale.

En Côte d'Ivoire, la guerre civile a provoqué de nombreux déplacements de populations et a paralysé le système de soins. L'intervention de Médecins Sans Frontières a eu pour objectif la prise en charge des civils enclavés et exposés aux violences du conflit (dans les régions de Daloa et Toulépleu) et du fonctionnement du Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké.

La région est de la République Démocratique du Congo est le théâtre d'une guerre régionale qui a fait environ 2,5 millions de victimes depuis les cinq dernières années. Médecins Sans Frontières a concentré son intervention en Iturie et dans le Katanga, en réponse aux situations d'extrême violence et d'absence de soins qui touchent les populations civiles.

Au nord-ouest du Soudan, dans la région frontalière du Tchad, les combats opposant le gouvernement de Khartoum à deux groupes rebelles (l'ALS, *Armée de Libération du Soudan* et le JEM, *Mouvement Justice Egalité*) se sont gravement intensifiés, provoquant de nombreuses victimes civiles et de très importants déplacements de populations (on parle aujourd'hui de plus de 600.000 déplacés). A la fin de l'année 2003, Médecins Sans Frontières

est intervenu en urgence pour porter assistance aux personnes déplacées, victimes des violences des parties au conflit. Loin d'être terminée en 2003, cette intervention est une urgence majeure pour MSF en 2004.

L'urgence nutritionnelle que nous avons menée en Angola en 2002 a pris fin dans les premiers mois de l'année. C'est au Sud Soudan, à Akuem, qu'a été menée notre intervention nutritionnelle la plus importante, auprès des personnes subissant les conséquences du conflit interne au Soudan.

Les interventions auprès des populations victimes d'exclusion ont pris plus d'importance en 2003, notamment dans le cadre des programmes de prise en charge des enfants en situation difficile, à Paris, en France, dans l'orphelinat de Mygoma, au Soudan, et à Tananarive, à Madagascar. Par ailleurs, en France, MSF continue, au travers de son travail sur le terrain, à prendre en charge et défendre les droits des personnes bénéficiant, ou non, des régimes de la Couverture Maladie Universelle et de l'Aide Médicale d'Etat.

Les activités menées auprès des personnes victimes d'épidémies et d'endémies ont été en forte augmentation. D'une part, le nombre de nos patients, atteints par le Sida et pris en charge au moyen de trithérapies (anti-rétroviraux), est passé de 1700 à 6000 à la fin de l'année 2003. D'autre part, les budgets de ces programmes sont en nette augmentation, malgré la baisse toujours insuffisante du prix des traitements et la possibilité d'importer des médicaments génériques dans certains de nos pays d'intervention.

Par ailleurs, le nombre de programmes consacrés à la prise en charge du paludisme est en augmentation. L'utilisation de tests diagnostics et de traitements plus efficaces que ceux qui sont couramment employés dans les pays dans lesquels nous intervenons a été l'un des grands enjeux de l'année. Comme pour les antirétroviraux, les prix de ces traitements restent prohibitifs pour les pays dont une partie trop importante de la population, atteinte de paludisme, est encore soignée au moyen de médicaments résistant au parasite.

came et dndi

La baisse des prix des traitements et l'importation de molécules génériques ont été rendues possible en partie grâce à l'action conjuguée de la Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels (CAME), lancée par le mouvement Médecins Sans Frontières en 1999, avec d'autres organisations internationales.

En 2002, à l'initiative de Médecins Sans Frontières, des partenaires internationaux (MSF, l'Institut Pasteur, l'Organisation Mondiale de la Santé, la Fondation Brésilienne Oswaldo Cruz, l'Indian Council for Medical Research, le ministère de la santé de Malaisie, le Kenyan Medical Research Institute et, restant à désigner, un représentant des intérêts des malades) ont lancé une nouvelle initiative dont les objectifs sont de favoriser la recherche, le développement ou la mise à disposition de molécules permettant de traiter les patients atteints par les maladies les plus négligées. Cette initiative, intégrée dans un premier temps à la Fondation Médecins Sans Frontières, a donné lieu à la création, à Genève, en juillet 2003, d'une fondation de droit suisse, la DNDi (« Drugs for Neglected Diseases initiative »). Le mouvement MSF est l'un des membres du conseil d'administration de la DNDi et soutient financièrement le développement de cette nouvelle initiative.

msf logistique

L'augmentation constante du volume des opérations de Médecins Sans Frontières nous a conduits en 2002 et 2003 à agrandir l'entrepôt de notre centrale d'approvisionnement, MSF-Logistique, à Bordeaux-Mérignac. Nous avons pu doubler la surface d'entreposage de nos stocks de médicaments et matériels, grâce à la contribution des donateurs privés, en France et à l'étranger, des collectivités locales, d'entreprises privées et de l'Union européenne. L'augmentation de notre capacité de stockage nous permet une meilleure réactivité aux urgences.

présentation des comptes combinés de médecins sans frontières

Depuis 1997, l'analyse des comptes annuels du groupe Médecins Sans Frontières se fait sur la base du compte d'emploi des ressources combiné. Cette opération comptable, qui combine l'ensemble des comptes des entités rattachées à l'association MSF, après avoir neutralisé les transferts internes, est l'un des éléments majeurs de la

transparence de la gestion de Médecins Sans Frontières, en termes d'activité, de résultat, de patrimoine ou d'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 Médecins Sans Frontières, Urgence Développement Alimentaires (UDA, dont les activités ont été reprises par MSF en 2001), Etat d'Urgence Production (EUP), MSF Assistance, la SCI MSF et la SCI Saint-Sabin, ainsi que le bureau aux Emirats-Arabes-Unis. En revanche, MSF Etats-Unis, MSF Australie et MSF Japon ne font pas partie de ce périmètre, en raison de l'absence dans leur Conseil d'administration d'une majorité d'administrateurs de Médecins Sans Frontières France.

En 2003, nous avons décidé de modifier la présentation du compte d'emploi des ressources afin de mieux l'adapter à l'évolution de l'activité et de l'environnement de Médecins Sans Frontières et de mieux rendre compte aux donateurs de l'emploi des fonds privés et publics qu'ils mettent à sa disposition.

Médecins Sans Frontières est un mouvement international de 18 entités juridiques indépendantes (17 sections, dont cinq opérationnelles et un bureau international). Les échanges entre les sections (projets internationaux, ressources humaines, collecte de fonds...) occasionnent de nombreux flux financiers qui perturbent la lecture des comptes nationaux. Depuis de nombreuses années déjà, alors qu'aucun texte de loi ne l'exige, les comptes internationaux de Médecins Sans Frontières sont combinés et présentés chaque année dans le rapport d'activités international.

Cette combinaison a le même objectif de présentation d'une image fidèle de l'emploi des fonds, après élimination des flux financiers internes.

Une commission financière internationale a été chargée de présenter des comptes internationaux combinés, qui puissent être audités et certifiés par des commissaires aux comptes. La première certification portera sur les comptes 2003 et 2004.

Cet exercice de consolidation a été l'occasion d'harmoniser les présentations de chaque entité nationale en tenant compte à la fois des standards internationaux du secteur lucratif (notamment les standards IAS) adaptés à la présentation de comptes combinés d'une organisation internationale sans but lucratif et des législations en vigueur.

Nous avons saisi l'opportunité de ces changements pour clarifier certaines des rubriques du compte d'emploi des ressources.

Les changements de présentation, votés par le conseil d'administration, concernent :

1. Le regroupement de l'ensemble des opérations menées en France et à l'étranger, par la section française ou avec les autres sections, sous l'intitulé « Opérations conduites par MSF France ou avec les autres sections MSF ».
2. La mise en évidence des dépenses liées à la Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels (CAME), engagées par l'ensemble des sections MSF.
3. La prise en compte de l'intégralité des dépenses de mailings et de prospection auprès des donateurs comme des dépenses de collecte de fonds, alors même que ces mailings contiennent une très grande part d'information et de sensibilisation des donateurs (les années précédentes une partie du coût de ces mailings d'information étaient comptabilisés en mission sociale pour ces raisons).
4. Les pertes et gains de change, qui sont désormais exclus des emplois et ressources utilisés et donc du calcul des ratios mission sociale et fonds privés.

Les points 3. et 4. ont pour effet de modifier la valeur de certains ratios annoncés les années précédentes. La présentation des comptes 2002 a été modifiée pour en permettre la comparaison avec les comptes 2003.

compte d'emploi des ressources combiné

En 2003, les emplois utilisés combinés (1) s'élèvent à 93,7 M€(millions d'euros) contre 88,9 M€en 2002. Quant aux ressources utilisées combinées (2), elles sont passées de 95,5 à 95,4 M€ L'excédent avant pertes de change est de 1,7 M€ En intégrant les pertes de change comptables nettes de l'année, le résultat de Médecins Sans Frontières est déficitaire de 2,2 M€

Nota :

(1) : Les emplois utilisés combinés sont égaux aux emplois totaux diminués des Ressources Affectées Non Utilisées (R.A.N.U.) de l'exercice et des pertes de change de l'exercice.

(2) : Les ressources utilisées combinées sont égales aux ressources totales, auxquelles on ajoute la consommation des R.A.N.U. des exercices antérieurs utilisées pendant l'année, diminuées des R.A.N.U. et des gains de change de l'exercice.

emplois utilisés combinés : 93,7 M€

Les emplois utilisés combinés sont passés de 88,9 M€ à 93,7 M€ (graphe 1), soit une hausse de 4,8 M€ (+ 5%). Cette augmentation est principalement due à la progression de 5,2 M€ (+ 7%) des dépenses relevant des Missions Sociales de Médecins Sans Frontières. Les dépenses liées à la recherche de fonds baissent de 0,7 M€ (- 9%) par rapport à 2002, les dépenses de fonctionnement de la structure augmentent de 0,3 M€ (+ 8%).

dépenses des missions sociales : 81,8 M€

Le Compte d'Emploi des Ressources de Médecins Sans Frontières présente les dépenses combinées de l'ensemble des entités du groupe, après neutralisation des transferts internes. Les dépenses présentées dans chaque catégorie de dépenses reflètent donc l'activité du groupe.

L'ensemble des dépenses liées aux Missions Sociales de Médecins sans frontières s'élève à 81,8 M€ contre 76,7 M€ en 2002, soit une progression de 7% (+5,2 M€) par rapport à 2002.

En 2003, les dépenses liées aux Missions Sociales représentent 87,3% du total des emplois utilisés.

dépenses des opérations en France et à l'étranger : 59,3 M€

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

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

opérations menées par MSF France ou avec les autres sections : 57,7 M€

Les dépenses d'opérations menées par MSF France ou avec les autres sections augmentent de 3,3 M€ en 2003 (+ 6%) et s'élèvent à 57,7 M€.

Les principales missions, sur le plan du volume financier (dépassant les 2,0 M€) sont les missions au Libéria (5,7 M€), au Sud Soudan (3,8 M€), en Côte d'Ivoire (3,4 M€), au Nord Soudan (3,3 M€), en Angola (2,5 M€), en République Démocratique du Congo (2,4 M€), en France (2,3 M€), en Ouganda (2,1 M€), au Kenya (2,0 M€) et en Sierra Leone (2,0 M€).

dépenses d'opérations pour le compte d'autres sections MSF : 1,6 M€

Ces dépenses, engagées par l'association pour le compte d'autres sections MSF, sont intégralement remboursées par celles-ci et concernent principalement des charges de personnel expatrié sous contrat français, travaillant pour le compte d'autres sections du mouvement Médecins sans frontières. Elles représentent 3% des dépenses des missions.

analyse des dépenses de missions de l'association médecins sans frontières

Ces dépenses sont engagées par l'association (il ne s'agit donc pas ici des dépenses combinées), soit sous sa seule responsabilité, soit pour des projets menés conjointement avec d'autres sections MSF.

Elles sont retraduites dans les comptes de l'association Médecins Sans Frontières (voir page 82 du rapport financier complet). Seules les dépenses des « Opérations conduites par MSF France ou avec les autres sections MSF » sont reprises dans cette analyse.

Les dépenses combinées des opérations sont inférieures à celles de l'association. En effet, les satellites 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).

Les dépenses des missions de l'association s'élèvent en 2003 à 58,0 M€ contre 54,9 M€ en 2002, soit une augmentation de 3,1 M€ (+ 6%).

La typologie de présentation des opérations de Médecins Sans Frontières met en avant les événements principaux, affectant les populations, qui ont conduit à l'ouverture des projets. Chaque événement se décline lui-même au travers des motifs principaux qui ont guidé l'intervention de Médecins Sans Frontières. Ce sont bien les motifs

principaux d'intervention et non pas les activités menées qui sont regroupées, même s'il existe un fort lien de corrélation entre ces deux notions. Ce sont les projets et non les pays qui sont ici regroupés par typologie. Ainsi, un même pays peut voir ses projets classés dans plusieurs catégories distinctes.

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

En 2003, les dépenses des programmes, hors capitales et divers, se sont donc élevées à 44,3 M€ au travers de 110 programmes.

a) intervention auprès des victimes de conflits armés – « programmes conflits » : 26,4 M€

En 2003, c'est auprès des victimes de conflits armés que la part la plus importante des activités a été menée. Cette catégorie d'intervention représente 56% des programmes (62 programmes sur 110 en 2003) et 60% des dépenses de programmes (hors capitales).

Les interventions auprès des réfugiés et déplacés ont représenté 54% des dépenses des programmes conflits (36 programmes, pour 14,1 M€). On notera par exemple les programmes menés en République Démocratique du Congo dans les régions du Katanga et d'Iturie (2,2 M€), au Libéria dans la région du Bong (2,0 M€), au Soudan dans le Darfour et à Bentiu (1,5 M€), en Sierra Leone dans le Kailahun et dans les camps de Tobanda et Tayama (1,2 M€) ainsi qu'en Côte d'Ivoire à Toulepleu et Daloa (1 M€).

Les programmes menés en réponse aux violences directes subies par les populations victimes de conflits ont représenté 22% des dépenses des programmes conflits (10 programmes pour 5,8 M€). Il s'agit notamment des programmes menés en urgence à Monrovia au Libéria (2,1 M€), en Palestine à Jenine et Gaza (0,7 M€), en Tchétchénie dans la maternité de Grozny (0,3 M€) et en Côte d'Ivoire dans la ville de Bouaké (1,2 M€).

Les interventions sur les crises nutritionnelles aiguës ont représenté 8% des dépenses des programmes conflits (3 programmes, pour 2,1 M€). Il s'agit de la fin de l'intervention de 2002 en Angola, à Bailundo (0,8 M€) et de l'opération d'urgence à Akuem au Sud de Soudan (1,4 M€).

Les interventions menées en réponse à la déstructuration des systèmes de soins représentent 16% des dépenses des programmes conflits (13 programmes pour 4,3 M€). On pourra noter certains des programmes en Afghanistan, à Bamyan et Ghazny (0,6 M€), au Congo Brazzaville à Betou (1,0 M€) et en Colombie à Tolima (0,3 M€).

Sur l'ensemble de ces programmes, 33% des dépenses (8,6 M€) ont été engagés dans des situations d'urgence.

b) intervention dans le cadre d'épidémies ou endémies – « programmes épidémies-endémies » : 10,1 M€

En 2003, les interventions menées dans le cadre d'épidémies ou d'endémies ont représenté 23% des programmes (25 programmes sur 110 en 2003) et 23% des dépenses de programmes (hors capitales).

Les actions concernant le traitement du sida et de la tuberculose représentent la très grande majorité des dépenses des programmes épidémies (74%), pour un montant de dépenses de 7,5 M€. Ce sont notamment, en termes d'importance de budget, les programmes de traitement du sida au Cambodge, à Phnom-Penh (1,4 M€), au Kenya, à Homa Bay et Mathare (1,4 M€), au Malawi, à Chiradzulu (1,1 M€) et en Ouganda, à Arua (0,9 M€).

Les programmes directement liés au traitement du paludisme ont représenté 13% des dépenses des programmes épidémies-endémies, pour un montant de 1,3 M€. Il s'agit notamment du projet de Kaala en Angola (0,8 M€), de Mudon au Myanmar (0,2 M€), d'Akuem au Sud du Soudan (0,2 M€) et du démarrage de l'urgence dans le Wellega en Ethiopie (0,2 M€).

c) interventions dans le cadre de l'exclusion des soins : 7,5 M€

En 2003, ces interventions ont représenté 19% des programmes (21 programmes sur 110 en 2003) et 17% des dépenses de programmes (hors capitales).

On notera principalement certains des programmes menés en France (accès aux droits sociaux des étrangers, accès aux soins et lieux de vie : 1,1 M€), en Guinée à Macenta (0,5 M€) ou au Soudan à Khartoum (0,6 M€).

Les programmes concernant les enfants en situation difficile ont représenté 36% des dépenses des programmes menés dans le cadre de l'exclusion des soins (7 programmes pour 2,7 M€). Il s'agit notamment de la prise en charge

nutritionnelle et thérapeutique dans l'orphelinat de Mygoma au Soudan (0,8 M€), des programmes de réduction des risques de contamination (sida et hépatite C notamment) des jeunes toxicomanes en France (0,8 M€) et des programmes de prises en charge des enfants victimes de maltraitance au Guatemala (0,4 M€).

d) interventions liées aux catastrophes naturelles : 0,3 M€

Il s'agit des interventions relatives aux tremblements de terre en Algérie et en Iran, à Bam.

e) missions diverses et postes opérationnels régionaux : 1,8 M€

Dans cette catégorie figurent notamment les missions exploratoires, évaluations de situation préalables à l'ouverture éventuelle de projets, les dépenses de recherches et consultations épidémiologiques faites par Epicentre pour le compte de Médecins Sans Frontières et les postes opérationnels régionaux (formations locales, support médical...).

f) capitales : 12,0 M€

Les dépenses de capitales représentent 21% du total des dépenses de missions, pour un montant de 12,0 M€ Elles ne sont pas réparties sur les différents projets menés par l'association (voir plus haut), mais sont clairement relatives à leur conduite et coordination.

support aux missions : 7,5 M€

Les dépenses liées au support des missions à Paris se compose, autour de la coordination opérationnelle, des services d'appui médical et logistique, de 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 programmes.

Les dépenses de support aux missions s'élèvent à 7,5 M€, contre 6,9 M€ en 2002 (+ 0,6 M€, soit + 8%).

Cette augmentation est notamment due à la prise en charge du coût des desks décentralisés de New York et de Tokyo, ainsi que d'une augmentation de nombre de postes de support à Paris (service médical et ressources humaines terrain).

Depuis deux ans, les sections non opérationnelles, partenaires de MSF France, participent activement à l'élaboration du projet opérationnel de la section française et s'impliquent dans son suivi. Deux desks (1) décentralisés, à New York et à Tokyo, sous la responsabilité du directeur des opérations de MSF France, sont chargés de la conduite des programmes de certains pays. L'ouverture de ces desks décentralisés a eu pour objectif de garantir une meilleure cohérence autour du projet opérationnel, au sein des sections MSF, partenaires de MSF France, et de leur permettre une meilleure proximité avec les opérations.

(1) : un desk est une structure de support et de coordination des opérations menées sur le terrain dans un certain nombre de pays. Chaque desk, résidant au siège de l'association ou de ses sections partenaires, est composé d'un responsable de programmes et d'un adjoint, d'un membre du service d'appui médical, d'un chargé de ressources humaines, d'un superviseur logistique, d'un contrôleur de gestion et de son adjoint et d'un chargé de communication.

Les dépenses des programmes suivis par ces desks décentralisés restent dans les comptes de la section française, celle-ci en gardant la responsabilité opérationnelle. Les dépenses de support liées à ces desks et engagées dans les sections partenaires seront refacturées à MSF France.

information et sensibilisation du public : 1,3 M€

En 2003, les dépenses d'information et de sensibilisation du public augmentent de 0,1 M€ (1,2 M€ en 2002).

autres activités liées aux missions sociales : 13,7 M€

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, principalement d'autres sections MSF, mais aussi d'autres ONG. Le coût des ventes médicales et logistiques par MSF Logistique aux autres sections et ONG est en forte augmentation (+1,9 M€ soit + 21%) et s'élève en 2003 à 10,6 M€ (8,8 M€ en 2002).

- d'autre part, le coût de la Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels. Cette campagne, menée conjointement avec l'ensemble des sections de Médecins Sans Frontières, a pour objectif de permettre aux populations les plus démunies d'avoir accès à des médicaments de qualité au moindre coût. Cette action a par exemple contribué à la forte baisse du coût des trithérapies contre le virus du sida et favorisé leur introduction dans les programmes de Médecins Sans Frontières. Elle porte également ses efforts sur le développement ou l'introduction de molécules efficaces contre, par exemple, le paludisme, la tuberculose multi-résistante ou la maladie du sommeil.
- En 2002, à la suite des constats mis en avant par la Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels, une forme nouvelle d'action a émergé. Ce projet, la DNDi (« Drugs for Neglected Diseases initiative ») fondée, à l'initiative de Médecins sans frontières, par des partenaires internationaux (MSF, l'Institut Pasteur, l'Organisation Mondiale de la Santé, la Fondation Brésilienne Oswaldo Cruz, l'Indian Council for Medical Research, le ministère de la santé de Malaisie, le Kenyan Medical Research Institute et, restant à désigner, un représentant des intérêts des malades), a pour objectif de mener des projets de recherche et de développement de nouvelles molécules pour le traitement des maladies les plus négligées. Fondation de droit suisse, la DNDi a vu le jour en juillet 2003. L'ensemble des dépenses de structure de la DNDi pour l'année 2003 ont été comptabilisées dans cette nouvelle entité. Les premiers projets de développement ont été lancés avant la création officielle de la DNDi, notamment un projet de recherche sur le paludisme, financé par MSF et l'Union européenne. Médecins Sans Frontières est responsable administratif et financier de ce projet qui implique d'autres partenaires internationaux. Cette responsabilité n'ayant pu être transmise à la DNDi en 2003, les dépenses engagées au titre de la participation du mouvement MSF à ce projet restent dans les comptes combinés.

En 2003, les dépenses de la Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels et de la DNDi sont regroupées dans la même rubrique du compte d'emploi des ressources.

Les coûts de la Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels et de la DNDi sont en baisse (- 0,5 M€ et s'élèvent à 2,3 M€(2,8 M€ en 2002). L'ensemble des sections MSF contribuant à ce projet, une partie importante de ces dépenses leur est donc re-facturée (voir en ressources « Remboursement des autres sections pour la Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels »).

En 2003, les dépenses des autres activités liées aux missions sociales augmentent de 1,3 M€(+10,3%) et s'élèvent à 13,7 M€(12,5 M€ en 2002).

coût de la recherche de fonds : 7,4 M€

Le coût de la recherche de fonds baisse en 2003, passant de 8,1 M€ à 7,4 M€(- 9%), et représente 8% du total des emplois combinés utilisés.

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

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

Pour l'essentiel :

- Les frais de collecte en France passent de 6,6 M€ en 2002 à 6,2 M€ en 2003, soit une baisse de 6,1%, notamment liée à la baisse de nos dépenses de prospections.
- Les frais de collecte du bureau de MSF aux Emirats-Arabes-Unis diminuent de 0,3 M€, essentiellement du fait d'une redéfinition de la composition des équipes et de leurs objectifs.
- Pour 100 euros issus de la générosité publique, l'investissement consacré à la récolte de fonds, hors frais de traitement des dons, se monte à 15,9 euros en 2003 contre 17,3 euros en 2002.

frais du fonctionnement administratif : 4,4 M€

Les frais du fonctionnement administratif, qui regroupent les coûts de l'ensemble des services de fonctionnement de toutes les entités, augmentent de 0,3 M€ (+ 8%) en 2003. En valeur relative, la part du fonctionnement de la structure représente 5% des emplois utilisés combinés, comme en 2002.

ressources affectées non utilisées de l'exercice (RANU) : 0,03 M€

Ce sont les dons affectés spécifiquement par les donateurs et collectés en 2003 qui n'ont pu être dépensés cette année. Ces dons sont présentés comme des ressources de l'année et sont comptabilisés par ailleurs en emplois, pour une utilisation ultérieure. En 2003, les RANU se composent essentiellement de dons affectés aux conséquences du tremblement de terre en Algérie (0,02 M€).

pertes de change

En 2003, comme en 2002, le cours du dollar US par rapport à l'euro a très fortement chuté. Or, une part importante de notre trésorerie disponible est libellé en dollars US.

MSF Etats-Unis, section partenaire de MSF France, apporte en effet une contribution annuelle issue de la collecte de fonds auprès des donateurs privés aux Etats-Unis. Cette contribution est en dollars.

La majorité des transferts mensuels d'argent, en direction des missions, est libellée dans cette devise, et nous conservons en trésorerie les montants nécessaires pour faire face à une urgence de grande ampleur.

Les dollars que nous détenons en trésorerie n'ont donc pas pour objet d'être convertis physiquement en euros.

Les pertes ou gains de change représentent la différence de valeur d'une devise en euro entre le moment où on l'a perçu et son cours de clôture au 31 décembre.

Ainsi, les pertes ou gains de change de l'année sont essentiellement constitués :

- de la différence de valeur entre le 31 décembre 2002 et le 31 décembre 2003 des dollars détenus en trésorerie au 31 décembre 2002.
- de la différence de valeur au 31 décembre 2003 des dollars perçus au cours de l'année à un cours donné.

Nos comptes étant présentés en euro, nous sommes dans l'obligation d'enregistrer la différence de valeur en euro des devises que nous détenons. Néanmoins ces pertes ou gains restent comptables et sont sans conséquences sur les achats réalisés en devises.

Les pertes de change comptables constatées en 2003 s'élèvent à 4,8 M€ et sont équivalentes à celle qui avaient été enregistrées en 2002.

Une augmentation du dollar US aurait les conséquences inverses et nous enregistrerions des gains de change comptables importants, mais sans signification réelle pour MSF au plan économique, compte tenu de la nature de nos flux de trésorerie (ressources en devises et dépenses en devises).

divers

En France, au siège de l'association, les salaires sont versés sur 13 mois, sans aucun avantage complémentaire. Le salaire le plus bas doit être au minimum à 20% au-dessus du SMIC. Les rémunérations sont versées, en fonction des postes occupés, suivant une échelle de 1 à 3 (le salaire le plus haut est au maximum égal à trois fois le plus bas). Le salaire brut mensuel le plus élevé, versé en 2003, est de 4535 euros (29.750 francs). Les salaires des personnels du siège de MSF sont répartis dans les différentes rubriques du Compte d'Emploi des Ressources, en fonction de l'activité qu'ils mènent dans l'association.

ressources utilisées combinées : 95,4 M€

Les ressources utilisées combinées sont passées de 95,5 M€ à 95,4 M€ (graphe 2), soit une baisse de 0,1%. Cette variation résulte d'une baisse de 2% des ressources d'origine privée alors que les ressources institutionnelles ont augmenté de 13%.

Les ressources utilisées sont égales aux ressources totales, c'est-à-dire les ressources reçues dans l'année, augmentées de la consommation des ressources affectées non utilisées des exercices antérieurs utilisées dans l'année, diminuées des ressources affectées non utilisées de l'exercice et des gains de change de l'exercice.

ressources d'origine privée : 83,7 M€

Les ressources d'origine privée (hors gains de change) s'élèvent à 83,7 M€ en 2003 contre 85,1 M€ en 2002. Elles représentent cette année 88% des ressources totales utilisées, contre 89% en 2002, et se situent donc très largement au-dessus du seuil de 50% que MSF s'est fixé afin de garantir son indépendance financière.

ressources privées issues de la recherche de fonds : 65,8 M€

Le montant des dons reçus des donateurs en France a diminué de 1% entre 2002 et 2003, passant de 31,3 M€ à 30,8 M€. Le nombre de nouveaux donateurs, qui avaient été nombreux en 2002, notamment du fait de l'urgence nutritionnelle en Angola, a baissé de 27% en 2003. Cette contraction de la collecte de fonds privés est générale en France. Nous espérons convaincre plus encore nos donateurs en 2004 de l'importance de notre action et de leur soutien, pour permettre à MSF de garder son indépendance et décider de la nature et des conditions de ses interventions.

Les legs, avec 3,2 M€, ont enregistré une baisse de 11% par rapport à 2002 (3,6 M€).

La valeur en euros des dons privés alloués par les sections partenaires (MSF Australie, MSF Japon, MSF Etats-Unis et bureau des Emirats-Arabs-Unis) à MSF France est en diminution de 1,4 M€ (-5%) et s'élève à 29,1 M€ (30,6 M€ en 2002).

Néanmoins, la contribution en devises de ces sections est en augmentation. En effet, la contribution de MSF Etats-Unis s'élève à 27,2 millions US\$ en 2003 contre 25,4 millions US\$ en 2002 (+ 7%). Les dons en provenance du Japon augmentent de 28% en 2003 (533 millions de Yens contre 417 millions de Yens en 2002), ceux en provenance d'Australie augmentent de 11% (2,7 millions Au\$ contre 2,5 millions Au\$ en 2002).

La dégradation du cours des devises par rapport à l'euro en 2003 et particulièrement du dollar US, explique la baisse de la valeur en euro des dons privés en devises.

Le financement des missions par le bureau des Emirats-Arabs-Unis passe de 0,2 M€ à 0,1 M€ (on retrouve par ailleurs 0,6 M€ non affectés au financement des missions et provenant de la collecte de fonds des Emirats-Arabs-Unis, dans les « Dons privés étrangers »).

Les financements d'entreprises et d'organismes privés ont augmenté (0,8 M€ en 2003 contre 0,6 M€ en 2002, soit une hausse de 43%), de même que les activités annexes (0,9 M€ en 2003 contre 0,8 M€ en 2002).

Les financements des autres sections du mouvement (hors sections partenaires) sont en hausse (0,3 M€ en 2003 contre 0,1 M€ en 2002). En 2003, MSF Suisse a contribué à l'extension de l'entrepôt de MSF Logistique en attribuant à la Fondation Médecins Sans Frontières, propriétaire des lieux, une subvention de 0,2 M€. Le reste de ces financements sont majoritairement des fonds affectés à des crises particulières par les donateurs, dans le cadre de la collecte de fonds des autres sections MSF. N'ayant pas elles-mêmes de programmes engagés sur ces crises, ces sections ont reversé ces fonds à MSF France, la volonté des donateurs de Médecins Sans Frontières a donc été respectée.

ressources privées issues des missions sociales : 16,2 M€

Ces ressources regroupent les recettes issues du remboursement des dépenses engagées pour le compte d'autres sections MSF, le produit vente des satellites MSF Logistique (médicaments, matériels médical et logistique) et Epicentre (consultations, recherches et formations épidémiologiques) aux autres sections et ONG, ainsi que les produits de re-facturation, aux autres sections, d'une partie de la Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels.

En 2003, les ressources privées issues des Missions Sociales passent de 15,1 M€ à 16,2 M€ (+ 1,1 M€ soit + 7%). L'essentiel de cette variation provient de l'augmentation de l'activité de MSF Logistique auprès des autres sections du mouvement MSF (+ 1,8 M€). En revanche, le remboursement par les autres sections des dépenses engagées par MSF France pour leur compte (Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels et autres dépenses) suit l'évolution de ces mêmes dépenses et baisse de 0,7 M€.

autres ressources : 1,5 M€

Les ressources liées aux activités marchandes diverses (films et activités externes de EUP, participation des stagiaires aux stages internes...), ainsi que les autres produits d'exploitation (facturations diverses par MSF, MSF Logistique et Epicentre aux autres sections, remboursements d'assurance...), baissent de 0,1 M€ (1,0 M€ en 2003 contre 0,9 M€ en 2002). Les produits financiers sont en diminution (- 0,2 M€, du fait de la moindre rémunération du placement de notre trésorerie disponible (baisse du rendement général des Sicav monétaires en France). Les produits exceptionnels (ventes de matériel, généralement liées aux fermetures de missions, écritures de régulation diverses) baissent également de 0,3 M€.

consommation des ressources affectées non utilisées des exercices antérieurs : 0,1 M€

Il s'agit de dons affectés spécifiquement par les donateurs à des pays ou à des crises au cours des années précédentes et utilisés en 2003. Pour l'essentiel, il s'agit de fonds collectés pour la Palestine en 2002.

ressources institutionnelles : 11,7 M€

Les financements publics institutionnels, affectés à des programmes précis, s'élèvent à 11,7 M€ contre 10,4 M€ en 2002, soit 12 % des ressources totales utilisées en 2003, contre 11% en 2002.

Cette augmentation des ressources institutionnelles est conforme aux orientations données depuis deux ans. En effet, la croissance de nos dépenses justifie de mieux répartir notre recherche de fonds et de laisser la place plus importante aux fonds publics institutionnels. Néanmoins, cette croissance ne remet pas en cause, loin s'en faut, notre indépendance financière.

Médecins Sans Frontières souhaite conserver un niveau d'indépendance financière qui lui permette de choisir ses terrains d'intervention sans aucune pression politique ou financière, quelle qu'en soit l'origine, et de garder la totale maîtrise des raisons qui la conduisent à ouvrir ou fermer ses programmes.

L'Union européenne, qui reste notre financeur public institutionnel le plus important, représente 9% des ressources totales utilisées avec 8,6 M€ (74% du total des financements publics institutionnels). La part de ECHO, l'Office Humanitaire de la Communauté Européenne, compte pour 89% (7,7 M€) des financements de l'Union européenne, et pour 8% des ressources totales utilisées combinées.

Les financements des gouvernements étrangers représentent 3% des ressources utilisées combinées (2,9 M€). On notera les financements de la Norvège pour 0,9 M€, de la Suède pour 0,7 M€, de la Grande Bretagne pour 0,7 M€ et du Canada pour 0,5 M€ qui représentent 96% des financements des gouvernements étrangers.

La participation des collectivités locales et du gouvernement français représente 0,7% du total des financements publics institutionnels et 0,1 % des ressources totales utilisées combinées.

Sur le total des financements publics institutionnels (11,7 M€), 11,6 M€ ont été contractés par l'association et sont principalement affectés aux missions (10,9 M€, soit 94%). En effet, les bailleurs de fonds autorisent l'utilisation d'un faible pourcentage de leur financement à la couverture de dépenses relevant du support des missions, partie intégrante de celles-ci. Le financement du support opérationnel par les bailleurs de fonds s'élève à 0,6 M€

Epicentre et la Fondation Médecins Sans Frontières dans le cadre de la Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels, sont respectivement à l'origine de 0,1 M€ et de 0,1 M€ de financements publics institutionnels.

résultat

Les comptes 2003 de Médecins Sans Frontières présentent un déficit de 2,2 M€ dont 3,9 M€ de pertes nettes de change.

Nous l'avons vu, ces pertes de change sont dues, pour leur très grande part, à la variation de la valeur en euro de notre trésorerie disponible en dollars US. Ces dollars sont conservés car utilisés chaque mois pour alimenter les comptes bancaires de nos missions et réaliser des achats locaux en dollars ou en devises locales. La fluctuation du dollar par rapport à l'euro est sans effet sur la valeur des achats réalisés en dollars ou en devises locales (pour la plupart fortement liées au dollar). En revanche, nos comptes étant présentés en euro, nous sommes dans l'obligation de présenter la perte (ou l'accroissement) de la valeur en euro des dollars détenus en trésorerie à la fin de l'année.

Ces variations ne retraduisant pas une activité économique réelle, nous avons souhaité ne plus les présenter comme une dépense liée aux missions sociales de Médecins Sans Frontières.

Cette nouvelle présentation nous met en conformité avec les standards internationaux de présentation des comptes combinés du mouvement.

Les pertes de change ne font donc plus partie du calcul de la part des dépenses consacrées aux missions sociales. De la même façon, les gains de change ne font plus partie du calcul de la part des ressources d'origine privée.

Hors pertes de change, les comptes présentent un excédent de 1,7 M€

En conclusion, sur 100 euros employés en 2003, 87 l'ont été pour la mission sociale, 8 pour la recherche de fonds et 5 pour le fonctionnement de la structure.

bilan combiné

bilan combiné simplifié au 31/12/2003
(en millions d'euros)

actif	2003	passif (avant affectation du résultat)	2003
Bâtiments et terrain	8,4	Fonds disponibles	54,7
Autres immobilisations	1,4	Subventions et réserves d'investissements	1,6
Actif Immobilisé	9,8	Résultat combiné	- 2,2
		Fonds propres	54,1
Stocks	4,4		
Créances diverses	8,9	Fonds dédiés et affectés	0,0
Dons et financements à recevoir	7,5		
Trésorerie	33,7	Provisions pour risques et charges	0,1
Comptes de régularisation	0,9		
Actif Circulant	55,4	Dettes fournisseurs	6,8
		Autres dettes	3,9
		Comptes de régularisation	0,3
		Passif exigible	10,9
TOTAL	65,2	TOTAL	65,2

actif (utilisation des fonds)

bâtiments et terrain : 8,4 M€

Ils regroupent les actifs immobiliers du groupe : l'immeuble et le terrain du siège de l'association, l'immeuble du siège Epicentre à Paris, ainsi que les bureaux, entrepôt et terrain de MSF Logistique à Mérignac.

Le poste a augmenté de 3,0 M€ par rapport à 2002, en raison de l'achèvement des travaux d'agrandissement de l'entrepôt de MSF Logistique.

créances diverses : 8,9 M€

Les créances diverses comprennent notamment les sommes dues par les autres sections opérationnelles, pour 7,3 M€ principalement au titre de financements à recevoir, d'opérations conjointes ou de remboursement de frais engagés pour des volontaires français partis avec d'autres sections MSF. MSF Etats-Unis a versé 11,6 M€ début 2003, au titre du financement des programmes en 2002. A fin 2003, MSF Etats-Unis ne doit plus que 1,6 M€ au titre du financement des programmes en 2003.

dons et financements à recevoir : 7,5 M€

Ce poste passe de 5,9 M€ en 2002 à 7,5 M€ en 2003.

Il regroupe les sommes dues à MSF par les bailleurs de fonds publics institutionnels, soit 5,7 M€ en 2003 (4,2 M€ en 2002), ainsi que les dons reçus au titre de 2003 mais encaissés en 2004 (1,8 M€ en 2003 contre 1,7 M€ en 2002).

trésorerie : 33,7 M€

La trésorerie est constituée des disponibilités du siège et des missions ainsi que des placements aisément mobilisables (SICAV monétaires en euros et en devises). Au 31 décembre 2003 son niveau était de 33,7 M€

Le niveau moyen de trésorerie sur l'exercice a été de 24,2 M€(4), soit l'équivalent de 3,1 mois d'activité. Ce niveau de trésorerie est en cohérence avec l'objectif que s'est fixé Médecins Sans Frontières pour se couvrir des risques liés à son activité et pour garantir la continuité de ses opérations.

passif (origine des fonds)

fonds disponibles (réserves avant affectation du résultat) : 54,7 M€

Les réserves, avant affectation du résultat s'élèvent à 54,7 M€ Ce niveau de réserves permet au groupe MSF de maintenir sa trésorerie au niveau moyen évoqué ci-dessus.

subvention et réserves d'investissement : 1,6 M€

Ce poste correspond essentiellement aux subventions accordées en 2002 et 2003 par l'Union européenne, des collectivités locales, des entreprises privées et des sections MSF, pour l'agrandissement de l'entrepôt de stockage de MSF Logistique à Mérignac.

fonds dédiés (ressources affectées non utilisées) : 0,03 M€

Ces fonds correspondent, pour 55 % d'entre eux, à des ressources privées collectées en 2002 et 2003 pour nos programmes en Algérie. Les autres fonds concernent la Palestine, l'Indonésie et le Sri Lanka.

résultat combiné : - 2,2 M€

L'affectation du résultat proposée porte le niveau de réserves à 52,3 M€ (hors subventions et réserves d'investissements).

passif exigible : 10,9 M€

Le passif exigible se compose principalement de dettes envers les autres sections MSF (2,2 M€), de dettes courantes auprès des fournisseurs (4,6 M€), envers le personnel (3,7 M€) et d'autres dettes (0,2 M€).

Nota : (4) = trésorerie siège et satellites au cours mensuel des devises.

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

Indépendamment des nombreux contrôles réalisés par les organisations internationales qui nous financent, nos comptes sont contrôlés puis certifiés par notre commissaire aux comptes, Barbier-Frinault et Compagnie, membre d'Ernst & Young.

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

Pour tous ceux qui soutiennent Médecins Sans Frontières, cette certification et cette publication dans la presse sont la garantie du souci d'une gestion rigoureuse et d'une volonté de totale transparence.

Marc Sauvagnac
Directeur Financier de Médecins Sans Frontières

Sylvie Lemmet
Trésorier de Médecins Sans Frontières
Membre du Conseil d'administration

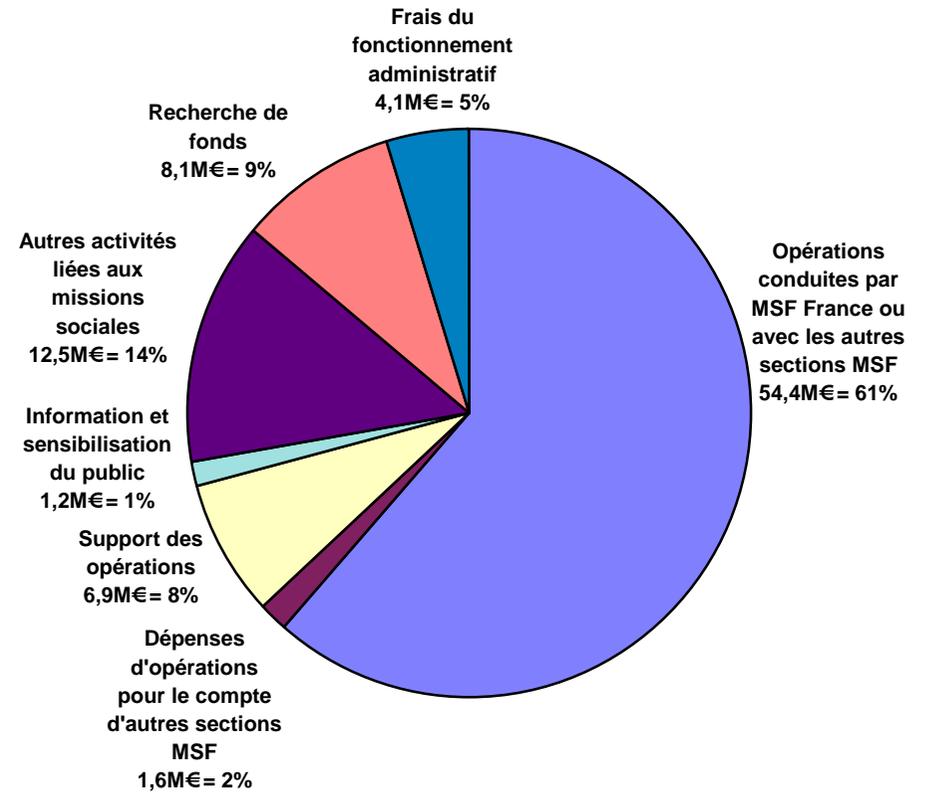
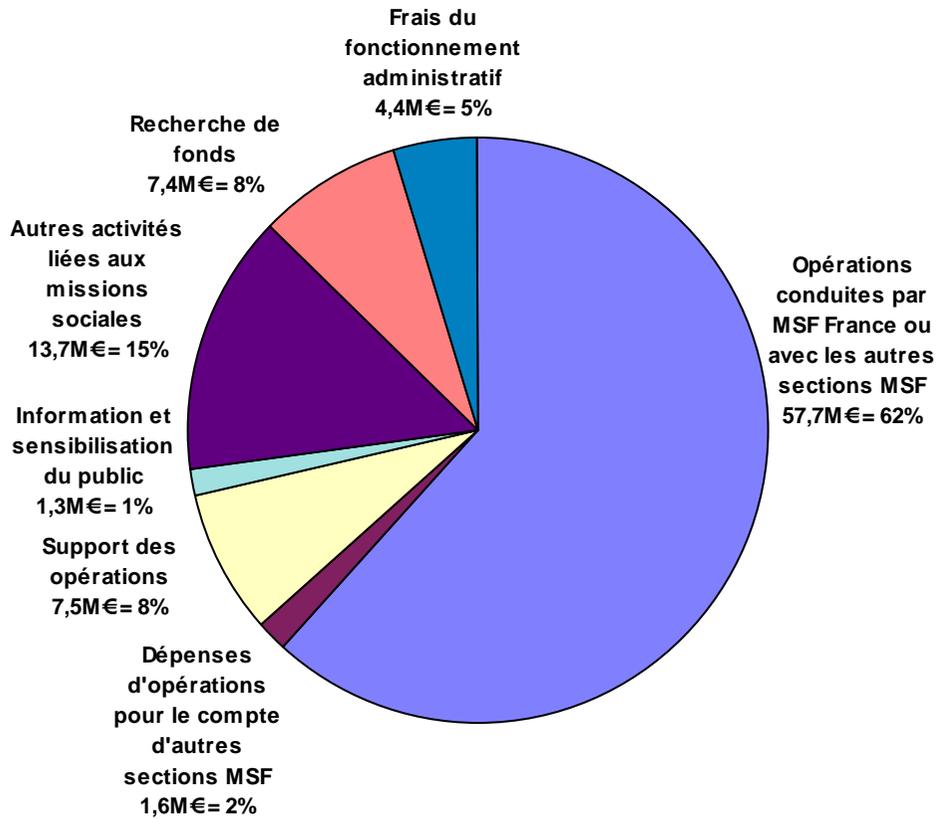
Graphe n° 1 : Répartition des emplois combinés

(en millions d' euros et en % du total des emplois utilisés)

(hors pertes de change)

2003 : 93,7 M€

2002 : 88,9 M€

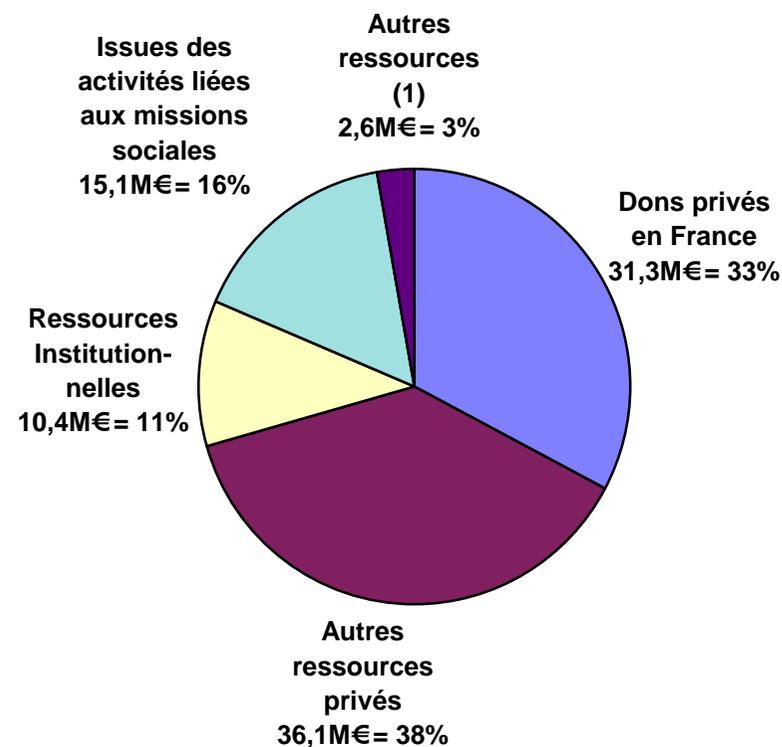
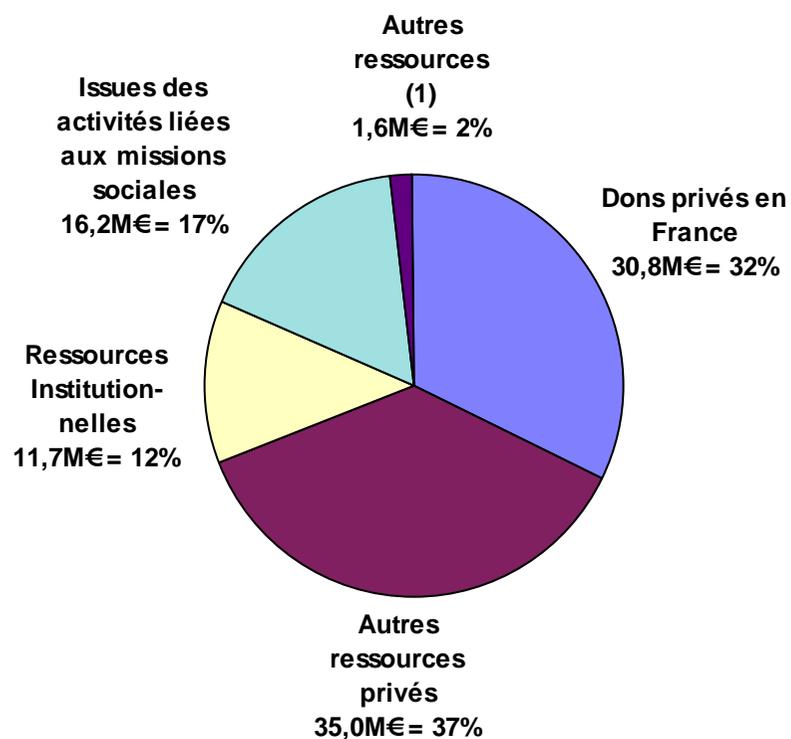


Graphe n° 2 : Répartition des ressources combinées

(en millions d' euros et en % des ressources utilisées combinées totales)
(hors gains de change)

2003 = 95,4 M€

2002 = 95,5 M€



les missions de médecins sans frontières de a à z

afghanistan

Deux ans après l'Accord de Bonn qui a instauré des institutions étatiques provisoires, l'Afghanistan n'a toujours pas résolu ses conflits de pouvoirs. Une autorité de transition, soutenue par la Force internationale d'assistance à la sécurité (ISAF) et par la coalition menée par les États-Unis, est chargée de gouverner jusqu'en septembre 2004, époque à laquelle devraient avoir lieu les élections. En janvier 2004, la Loya Jirga (grande assemblée traditionnelle afghane) a adopté une constitution qui fait de l'Afghanistan une République islamiste dont l'Islam est la religion "sacrée". Elle instaure un régime présidentiel où le chef de l'État concentre l'essentiel du pouvoir, face néanmoins à un parlement bicaméral doté également de pouvoirs étendus. Elle prépare la voie à des élections démocratiques, présidentielle et législatives, et stipule qu'hommes et femmes ont les mêmes droits devant la loi.

En réalité, l'autorité de transition dirigée par Hamid Karzaï est largement constituée des anciens membres de l'Alliance du Nord qui ont combattu les Talibans. Ses relations avec le Sud de l'Afghanistan, dominé par les Pachtounes, sont donc difficiles. Les Talibans, qui ont perdu le pouvoir en novembre 2001, font, pour la plupart d'entre eux, toujours partie du « paysage » et essaient de saper l'autorité du gouvernement. D'autre part, les chefs de guerre du Nord n'ont pas déposé les armes ; ils s'occupent plutôt de reconstituer leurs réseaux et d'importer de nouvelles armes. L'insécurité qui en résulte empêche les ONG d'intervenir dans une grande partie du pays. Les moyens mis en œuvre par la communauté internationale en matière d'aide et développement en Afghanistan n'ont pas réussi à avoir une grande influence sur la reconstruction et la sécurité afghane en dehors de Kaboul. Il en résulte que l'Afghan moyen ne voit guère d'amélioration au niveau de la sécurité, du développement économique et de la stabilité politique. La société afghane a donc toutes les chances de rester dans l'instabilité dans un avenir proche.

activités

Les principales populations visées par MSF sont les plus vulnérables (les Hazaras, les rapatriés, les mères et les enfants), les populations privées de services médicaux, pour raisons géographiques ou politiques, ou à cause d'une absence de programme spécifique (comme la lutte contre la tuberculose).

En Afghanistan les indicateurs de santé restent parmi les plus mauvais du monde. À titre d'exemple, la mortalité infantile est de 250 pour mille et la mortalité maternelle de 1,6 pour cent (en moyenne).

bamyan

La région du Hazarajat, au centre de l'Afghanistan, est géographiquement isolée à cause des différentes chaînes de montagnes (jusqu'à 5000 mètres d'altitude). La population de cette région, les Hazaras chiites, a fait l'objet de discriminations au cours de son histoire. Elle a été persécutée à la fois par les Moudjahidins et par les Talibans.

Nous travaillons dans la province de Bamyan, considérée comme une des régions les plus sûres à l'heure actuelle. MSF apporte son soutien à l'hôpital de district de Bamyan (consultations médicales externes, hospitalisations, maternité, 18 lits) avec les activités suivantes, en moyenne : 3050 consultations externes par mois (dont 370 consultations pré et post-natales) et 115 hospitalisations par mois ; 24 accouchements par mois.

MSF apporte également son soutien à la clinique Shaidan, où sont réalisées 1300 consultations externes par mois (dont 80 consultations pré et post-natales). Nous avons démarré le programme de vaccinations (avec le ministère de la santé afghan et l'UNICEF), en novembre 2003.

Habitants des grottes expulsés : les troglodytes de Bamyan (vivant dans les grottes percées dans la falaise des bouddhas) ont été délogés : MSF a distribué à près de 60 familles de la nourriture et des matériaux de construction.

ghazni

La province de Ghazni (au sud-est du pays, entre Kandahar et Kaboul) constitue une zone de transition entre la région pachtoune et le Hazarajat. La sécurité de la province s'est détériorée depuis le début de 2003. En mai, MSF a dû évacuer son équipe d'expatriés. Seul le Haut Commissariat des Nations-Unies pour les réfugiés est resté présent jusqu'à l'assassinat d'une de ses employées, Bettina Goislard, le 16 novembre.

A Ghazni, MSF mène un **programme anti-tuberculeux**.

En mars 2003, tous les patients ont été transférés vers un nouveau centre anti-tuberculeux construit par MSF, améliorant réellement la qualité de vie des malades. On compte une moyenne de 380 consultations par mois (pour les tuberculeux et les membres de la famille des malades hospitalisés) et 155 patients traités (consultants et 80 hospitalisés). On compte 30 nouvelles admissions par mois en moyenne, chiffre qui peut doubler en été.

Le centre a été privatisé : tout le personnel (41 employés) est devenu salarié de MSF en avril 2003.

Une évaluation du laboratoire a été réalisée en février 2003. Il n'a malheureusement pas été possible de prendre le temps avant l'évacuation des expatriés de former les techniciens de laboratoire qui pratiquent seulement les analyses d'expectorations (c'est ainsi que le liquide céphalo-rachidien est analysé dans le bazar...).

Depuis mai, on ne suit plus les malades qui cessent de venir en raison de l'insécurité actuelle. On n'a pas pu rouvrir des sous-centres, depuis la dernière évacuation.

Un centre de traitement de courte durée sous surveillance directe (DOTS) externe (situé au même endroit que l'ancien centre anti-tuberculeux) continue à fonctionner avec 18 patients suivis par mois, en moyenne.

Hôpital provincial : il avait été prévu d'effectuer un désengagement progressif et négocié de l'hôpital de Ghazni en 2003. En décembre 2002, MSF s'était retiré du centre de consultations externes pour adultes, diminuant son aide au service pour adultes (en maintenant les mesures d'encouragement, les dons quotidiens de quantités fixes de médicaments selon la consommation des trois derniers mois). Étant donné la situation actuelle (sans équipe d'expatriés, sans acteurs désireux de prendre le relais), on a continué à soutenir le service pour adultes en 2003.

Jusqu'à son évacuation en mai 2003, l'équipe d'expatriés a fait porter ses efforts sur la pédiatrie et l'amélioration de la qualité des soins dans le service de pédiatrie et le centre nutritionnel thérapeutique. Nous ne voyons pas la possibilité de renvoyer une équipe d'expatriés à Ghazni dans un avenir proche. Cependant, l'équipe locale est habituée à travailler sans être encadrée par des expatriés et fait un excellent travail (une visite de coordination a pu avoir lieu à la mi-octobre 2003).

kaboul

A Kaboul, tous les acteurs humanitaires sont présents. Cependant, malgré la présence impressionnante des organismes d'assistance et des ressources apparentes, les besoins (logement, enseignement, santé, etc.) ne sont pas suffisamment ou trop lentement satisfaits pour la population la plus vulnérable de Kaboul qui ne cesse de croître.

La sécurité s'est détériorée au cours des derniers mois de 2003. Des explosions (du type cocotte-minute) ont eu lieu, quelques roquettes primitives ont été lancées sur Kaboul. La ville, avec la présence d'une large communauté internationale, peut être considérée comme une caisse de résonance et pourrait donc devenir un intéressant champ d'action pour des terroristes. Les risques existent bel et bien.

Le secteur de la santé rencontre des difficultés à Kaboul en raison du manque de schémas organisationnels (pour les hôpitaux, en particulier) et des salaires insignifiants versés dans le secteur public, ce qui conduit à une corruption généralisée, du garde au médecin. L'accès aux soins pour les très pauvres est devenu encore plus difficile en raison du manque de médicaments dans les établissements publics qui fait que les gens doivent acheter leurs médicaments au bazar.

En 2003, MSF est intervenu dans deux cliniques : Arzan Quimat et Dashti Barshi.

Le soutien à la clinique de **Arzan Quimat** a été repris par l'association Ibn Sina en mai 2003. 3500 consultations externes y sont réalisées par mois, 70 admissions par mois dans l'unité d'observation prolongée. A la maternité, on pratique une moyenne de 43 accouchements par mois, et 330 consultations pré et post-natales.

A la polyclinique de **Dashti Barshi**, un soutien est apporté au niveau des consultations externes : 3500 à 40.000 consultations par mois : hommes, femmes, pédiatrie (y compris des consultations spécifiques de gynécologie-obstétrique) ; 1100 consultations pré et post-natales. On y pratique 1000 traitements de réhydratation orale par mois en été, de juin à octobre. Au niveau des soins psychologiques : environ 100 patients sont suivis.

A la maternité de base (construite par GTZ : coopération allemande), ouverte en mars 2003, on pratique 200 accouchements par mois.

On constate une augmentation générale de l'activité sur toute l'année et surtout pour les consultations pré et post-natales qui ont doublé en 6 mois.

Par ailleurs, MSF intervient auprès des **squatters** (1000 familles), personnes rentrées en 2002 à Kaboul qui n'ont trouvé ni assistance ni logement et occupent les quartiers insalubres de la ville. L'équipe de MSF leur apporte une assistance médicale et matérielle.

Un expatrié a effectué jusqu'en juin 2003 un suivi du processus de rapatriement, de la situation des rapatriés et des squatters.

MSF a pris en charge 185 patients par mois en moyenne au poste de santé du centre de transit de Poul-I-Charki qui accueille les Afghans de retour d'Iran et du Pakistan.

Fin 2003, l'équipe logistique a distribué des matelas des couvertures et du charbon aux squatters (près de 500 familles) qui vivent sous tente à Jangalat et Sharaki police.

perspectives

Nous devrions continuer à débattre en 2004 de la pertinence de nos interventions. Le contexte est difficile à cause des questions de sécurité (les attaques contre les personnels humanitaires associées aux interférences entre interventions militaires et humanitaires) ainsi que l'évolution rapide de l'espace d'intervention. Le personnel humanitaire est devenu la cible des opposants au régime de Kaboul.

bamyan

Un protocole d'entente a été signé entre le ministère de la santé et le Réseau de développement de l'Aga Khan (AKDN) le 24 août 2003, au terme duquel l'AKDN a accepté d'exploiter et de gérer l'hôpital central de Bamyan et

d'établir des centres de soins dans la province de Bamyân. Cela signifie que nous passons le relais en ce qui concerne notre assistance à l'hôpital début 2004.

Le Corps médical international (IMC) reprendra en charge notre clinique à Shaidan début 2004.

MSF restera vigilant en ce qui concerne l'accès aux soins en Hazaradjat et fera des recherches sur les besoins médicaux. Il n'est pas exclu d'entreprendre éventuellement un autre projet en Hazaradjat.

ghazni

La ville de Ghazni et l'ensemble de la province restent une région où règne l'insécurité en raison des tentatives possibles de la part des Talibans et autres groupes extrémistes de déstabiliser le régime d'Hamid Karzai. Nous sommes vraiment préoccupés par la précarité de la situation, l'absence d'alternatives pour l'hôpital de la ville, la mauvaise gestion du ministère de la santé et le délabrement de l'hôpital. Il n'est hélas pas possible de réinstaller une équipe d'expatriés à court terme à Ghazni.

Pour 2004, l'objectif général est de continuer à soutenir l'hôpital et de fournir le traitement qui convient aux tuberculeux, accompagné d'un suivi médical strict. Les tuberculeux de Ghazni appartiennent à la catégorie la plus pauvre de la population de la région et la plupart d'entre eux viennent de coins reculés. Dans le cadre du programme anti-tuberculeux, il est prévu de maintenir les nouvelles admissions en fonction de critères médicaux et de la capacité du centre (faire une liste des malades qui pourraient ne pas être admis par manque de place) ; on ne peut faire de suivi des malades qui cessent de venir ni ouvrir des sous-centres tant que l'insécurité persiste.

A l'hôpital, nous maintiendrons les mêmes activités, principalement le service de pédiatrie et le centre de nutrition thérapeutique, et l'assistance au service des adultes.

kaboul

A la clinique de Dashti Barshi, nous maintiendrons les activités de la clinique, avec pour objectifs d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires et leur qualité pour la population de Dashti Barshi et du district 6 ; de garantir la qualité des soins obstétricaux d'urgence de base dans la maternité ; de faciliter l'accès aux soins de santé secondaires en donnant la priorité à la santé de la mère et de l'enfant (pour ce faire, nous devrions favoriser le renforcement des liens avec l'hôpital Mallalai, le meilleur hôpital central d'obstétrique et explorer les possibilités d'intervention à l'hôpital de Karte Seh situé à l'est du district 6, en médecine et maternité) ; de fournir des soins psychologiques aux patients qui viennent de la consultation générale ; de resserrer les liens entre les activités psychologiques et les autres, particulièrement les consultations pré et post-natales et la maternité ; d'augmenter notre réseau au sein de la communauté hazara à Dashti Barshi (à travers nos visites psychologiques à domicile, la détection des cas sociaux graves).

Les programmes de MSF F en Afghanistan fonctionnent avec 7 volontaires expatriés et 115 employés locaux sous contrat MSF et 105 employés locaux assortis de mesures d'encouragement

angola

Dix-huit mois après la fin de la guerre civile (avril 2002), l'Angola reste en paix. Pourtant, si la violence massive a cessé, l'année 2003 a encore été marquée par de nombreuses explosions de mines, qui ont tué plus de cent personnes et mutilé au moins trois cents autres, notamment dans les provinces de Bié, Cuando Cubango et Huambo, ce qui a limité l'aide humanitaire dans certaines zones et entravé le retour des réfugiés dans d'autres.

Depuis la victoire militaire du parti gouvernemental du MPLA sur le mouvement rebelle de l'UNITA, la grande question est de savoir si le gouvernement angolais, autoritaire et répressif, va enfin s'acquitter de ses obligations envers sa population. Il a fait de gros efforts de communication autour de la reconstruction, de la réintégration de l'UNITA et du développement des services sanitaires. Malheureusement, les progrès réels ne sont pas à la hauteur des promesses, comme en témoignent, par exemple, la rupture générale de stock de médicaments essentiels depuis plus de six mois, ou le peu de reconstruction de postes de santé.

Pendant vingt-cinq ans, la guerre a été le prétexte officiel à l'abandon de la population. Aujourd'hui, les revenus massifs que le gouvernement tire de l'exploitation du pétrole et des diamants ne bénéficient toujours pas à la santé, à l'éducation ni aux autres services sociaux que sont en droit d'attendre les Angolais, plutôt que de compter sur une aide humanitaire dont la justification majeure a disparu.

Le retour dans leur zone d'origine d'ex-membres de l'UNITA, de déplacés et de réfugiés est en cours. Les 45 camps de cantonnements ont été fermés officiellement en mai. Les promesses faites aux ex-militaires démobilisés sont loin d'être tenues, sans toutefois remettre en cause le processus de retour. Les distributions de « kits de réintégration » sont faites de façons très inégales, et l'aide à la réintégration est inexistante.

Plus positivement, le personnel de santé de l'UNITA a effectivement été réintégré dans les structures de santé à partir de septembre 2004. Cependant leurs salaires ne seront pas versés avant l'année prochaine.

Selon le HCR (Haut Commissariat des Nations-Unies pour les Réfugiés), 40.000 réfugiés ont été rapatriés depuis juin : 20.000 de République Démocratique du Congo, 17.000 de Zambie et 3000 de Namibie. Le rapatriement est ralenti par la présence de mines dans les zones de réinstallation ; par ailleurs, les rapatriés comme le reste de la population sont confrontés au manque de structures d'accueil, sociales ou sanitaires adéquates. Le nombre d'Angolais encore réfugiés dans les pays voisins est estimé à 300.000. En 2004, le HCR prévoit d'assister le retour de 145.000 personnes et d'aider à la réintégration de 365.000 autres, déjà rentrées.

La situation nutritionnelle s'est significativement améliorée, mais reste précaire et beaucoup d'Angolais dépendront encore cette année de l'aide internationale, qui risque à nouveau d'être perturbée par l'arrivée de la saison des pluies et les mines qui rendent les déplacements difficiles voire impossibles. Les opérations du PAM (Programme Alimentaire Mondial) vont continuer malgré des difficultés de financement croissantes et des ruptures d'approvisionnements. Les paysans qui ont planté pour la première fois doivent encore tenir jusqu'en juin, époque de la prochaine récolte importante.

Le fonctionnement des services de santé est toujours chaotique, toute l'année 2003 a souffert d'un manque chronique de médicaments essentiels et il ne semble pas que le gouvernement prenne des mesures appropriées pour que la situation s'améliore en 2004. Peu d'actions sont mises en oeuvre pour la prise en charge de la tuberculose et du Sida. Un projet proposé au Fonds Global des Nations-Unies a été approuvé pour un montant de 25 millions de dollars, les projets pour la tuberculose et le Sida ont été refusés.

D'autre part, le gouvernement est en train de durcir sa position vis-à-vis des organisations internationales. Il a refusé la présence d'une mission des Nations-Unies sur son territoire, il cherche à réguler la présence des ONG avec l'imposition de conditions très restrictives pour l'obtention des visas et le contrôle des activités.

activités

Les objectifs fixés pour 2003 étaient de répondre rapidement aux urgences nutritionnelles et aux épidémies, surtout dans la province de Huambo, et d'évaluer la situation des grandes endémies en Angola, et particulièrement la trypanosomiase dans la province de Kwanza Norte.

Tout au long de l'année, comme prévu, les objectifs ont été réévalués tous les trois mois afin de réellement adapter nos activités à l'évolution de la situation du pays, notamment nutritionnelle.

kaala

L'objectif était de se désengager assez rapidement de Kaala (fermeture fin mai) et de faire pression sur les autorités pour qu'elles assument leurs responsabilités quant à la gestion de l'hôpital et des postes de santé (ressources humaines et approvisionnement). Le programme comportait plusieurs volets :

Promoteurs : une équipe de promoteurs a suivi les mouvements de populations dans les camps et référé les personnes malades vers les structures de santé. Cette année, 3440 personnes sont parties de Cantao et Cassoko puis 2937 autres sont arrivées, principalement des ex-UNITA. Fin septembre, 13.718 personnes vivaient encore dans les camps. 9559 patients ont été référés dans les différentes structures de santé.

Hôpital : MSF s'est désengagé de la maternité, du laboratoire et de la médecine en février 2003, suivi d'un retrait total de l'hôpital (pédiatrie et consultations externes) en avril, après donation de 3 mois de médicaments. Nous avons continué à approvisionner le laboratoire en réactifs pour assurer la sécurité transfusionnelle.

De janvier à avril, il y a eu plus de 3000 admissions (65% en pédiatrie). Le paludisme représente 50% des diagnostics et 109 des 208 décès de l'hôpital (dont 173 en pédiatrie, 103 dus au paludisme). Devant la croissance des cas de malaria admis à l'hôpital, l'approvisionnement en traitements a continué tout au long de l'année ; une proposition d'intervention sur le paludisme (mise en place générale de traitements combinés avec dérivés d'artémisinine) dans tout le district de Kaala (200 000 personnes) a été proposée au ministère de la santé.

Postes de santé : MSF soutenait début 2003 trois postes de santé et les urgences de l'hôpital. Le poste de santé de Cuima a été repris par la Croix-Rouge française en janvier. Le personnel de ceux de Cantao et Cassoko a été repris par le ministère de la Santé, et, malgré l'absence de salaires, reste présent. Le ministère n'a quasiment pas fourni de médicaments essentiels et seules quelques donations de l'UNICEF ont permis d'éviter la rupture totale.

Pour les quatre points de consultation de la ville de Kaala (Cassoko, Cantao, Kaala et l'hôpital), les consultations ont baissé de 14.802 (janvier) à 5055 (juin) avec l'arrêt de l'appui MSF. 14% étaient des paludismes confirmés.

Au deuxième semestre, MSF a repris un appui aux centres de santé de la ville de Kaala pour le diagnostic et le traitement de la malaria. De juin à fin novembre (hors l'hôpital), 25.637 consultations ont été enregistrées dans les postes de Kaala, Cantao et Cassoko. Sur 3739 tests « paracheks », 2121 (57%) étaient positifs.

Surveillance nutritionnelle : une évaluation nutritionnelle de la région sud de Huambo a été réalisée de mai à août : les résultats confirment notre désengagement des activités nutritionnelles. 54.462 enfants ont été dépistés malnutris (73,5 % de la population attendue), 144 référés au Centre nutritionnel thérapeutique, 838 consultations effectuées. Le dépistage a montré des taux de malnutrition en nette réduction : sévères: 0.29 %, modérés 8.6 %, à risque : 16 %. Cependant, le questionnaire utilisé avec les mères a mis en avant la faiblesse des postes de santé : manque de personnel, manque de médicament, peu de postes ouverts et pas de moyen de transport disponible pour y accéder.

Centre Nutritionnel Thérapeutique (CNT) : la passation du CNT, prévue initialement pour mai n'a eu lieu qu'en septembre. Le ministère de la santé a réintégré notre personnel, formé pour assurer la continuation du centre. Le PAM et l'UNICEF continueront de fournir respectivement la nourriture et les médicaments. La passation avec le ministère de la santé s'est faite en trois mois et il a été difficile pour les équipes d'adapter le fonctionnement du centre pour en faciliter l'appropriation et la supervision. Malgré tout, le centre devrait pouvoir continuer de façon correcte au moins jusqu'à mi 2004, permettant ainsi de couvrir la prochaine période de soudure.

1234 enfants (42% kwashiorkor) ont bénéficié des services du CNT de janvier à novembre et 83 % en sont sortis guéris (mortalité de 10%).

Le paludisme est épidémique neuf mois de l'année (novembre à juillet) : de 40 à 60% des enfants ont un test « parachek » positif à l'admission. En novembre 2003, 80% des enfants ont eu un test « parachek » positif soit à l'entrée, soit pendant leur séjour.

Centre Nutritionnel Supplémentaire (CNS) : un CNS a été ouvert par le ministère de la santé en septembre. MSF a participé à son organisation et à la formation. 550 enfants ont été admis dès le premier mois. Le CNS n'a pas fonctionné en décembre à cause d'un manque d'approvisionnement du PAM.

Tuberculose : le centre, lié au CNT, a fonctionné par intermittence. Les admissions se sont en effet arrêtées de mars à mai, pour suivre l'objectif initial de fermeture, puis ont repris avec la prolongation de l'activité. 67 enfants ont bénéficié d'un traitement entre janvier et septembre. Les taux de mortalité sont assez hauts, 30 % sur la première cohorte de 2003. Le centre va être repris par le programme national, le personnel réintégré par le ministère de la santé, l'OMS fournira des médicaments et le PAM la nourriture. Les objectifs sont atteints mais il faut attendre la fin de l'analyse des cohortes pour avoir une meilleure évaluation de l'impact sur la mortalité.

bailundo

Les objectifs 2003 étaient la prise en charge nutritionnelle des populations et le soutien aux structures de santé gouvernementales (services urgences et pédiatrie de l'hôpital), avec une fermeture prévue pour décembre 2004.

Soutien aux structures gouvernementales : MSF a été présent au service de pédiatrie jusqu'en novembre (approvisionnement en médicaments et personnels). 2281 enfants ont été admis en pédiatrie de janvier à octobre dont 68 % pour une malaria confirmée. Sur les 99 décès (4,5%), 56 sont dus à la malaria. Les combinaisons thérapeutiques (ACT) n'ont jamais pu être introduits à Bailundo. Si le projet d'introduction des ACT sur Kaala fait ses preuves, il faut espérer que ces traitements seront étendus sur toute la province.

Surveillance nutritionnelle et prise en charge de la malnutrition sévère

Promoteurs : une équipe de 24 promoteurs de santé a travaillé dans plusieurs communes (Chiketa, Esfinge, Bailundo, Lunge, Cululu, Mungo) pour dépister et référer les enfants mal nourris sur les différentes structures de

traitement. Les équipes se sont arrêtées graduellement entre mai et juillet.

Surveillance nutritionnelle : une évaluation de tous les enfants de moins de 5 ans a été faite à Mungo en février, à Lunge en juin et sur Cululu, Luvemba, Bimbe et Lunge en septembre et octobre, avec pour but de faire une dernière évaluation de la situation nutritionnelle. Celle-ci était prévue plus tôt mais a été retardée, le temps du déminage des routes. Des CNS ont été ouverts par d'autres organisations dans ces communes.

Au total 73.739 enfants (dont 41.731 lors de la dernière tournée) ont été vus. 195 ont été transférés au CNT de Bailundo. Si le taux de malnutrition sévère est resté en dessous de 0.5%, le taux de malnutrition globale est passé de 23% en février sur Mungo à 7% pendant la campagne dans le district de Bailundo en septembre et octobre.

La phase d'urgence nutritionnelle dans le district de Bailundo est passée, justifiant la clôture du programme pour MSF, même si la situation reste fragile, au moins pendant la prochaine période de soudure. De nombreux autres acteurs continuent à apporter une aide nutritionnelle dans la municipalité.

Centre Nutritionnel Thérapeutique (CNT) : le CNT a pris en charge 1400 enfants de janvier à novembre avec des taux de guérison de 79 % et taux de mortalité de 10 %. Les objectifs ont été atteints et le centre et son personnel ont été repris par le ministère de la santé au mois de décembre en collaboration avec le PAM et l'UNICEF.

Centre Nutritionnel Supplémentaire (CNS) : le CNS a accueilli 3592 enfants de janvier à novembre dont 38.5% guéris, 29.5% abandons, 17% transférés et 3% déchargés non guéris. Les admissions sont passées de 822 en février à 22 en novembre. Le centre a atteint ses objectifs et il a déménagé à côté de l'hôpital, puis a été repris par le ministère de la santé, courant novembre, avec nourriture du PAM.

Tuberculose : le centre ouvert en décembre 2002 avait pour but de diminuer la mortalité dans le CNT. 96 patients ont bénéficié de traitements (73% venant du CNT). Le ministère de la santé a décidé en novembre de garder notre personnel et de commencer une prise en charge des patients positifs avec le soutien de l'OMS. Les enfants du centre pourront donc continuer à être suivis après la fermeture de la mission, avec l'appui de MSF pour la continuation des traitements déjà commencés. Nous doutons de la capacité du ministère de la santé à mettre en place ce genre de programme sans le soutien d'une ONG.

Prise en charge des urgences : des cas de méningites ont commencé à apparaître en juillet 2003 dans les communes de Bailundo Sede et de Mungo. A Bailundo, entre mi-juillet et mi-octobre, 22 cas de méningo A et 2 cas suspects de W135 ont été confirmés. 23 autres cas suspects non confirmés ont été traités. Taux de mortalité : 15%. Le seuil d'alerte n'a jamais été atteint. A Mungo, 18 cas de méningo A ont été confirmés, 35 autres cas suspects ont été traités. Taux de mortalité : 16.9 %. Le seuil d'alerte a été atteint une semaine. Une partie des cas de Mungo était référée par MDM pour traitement à Bailundo. Un plan pour mener une campagne de vaccination a été élaboré mais aucune vaccination n'a été nécessaire, les cas diminuant avec l'arrivée de la saison des pluies.

samboto

Une mission exploratoire a été réalisée en avril. Le problème principal était l'accès aux médicaments et un besoin en vaccination rougeole. Le CICR a décidé de soutenir le centre de santé. La situation n'était pas catastrophique et le ministère de la santé a organisé une vaccination rougeole, il n'y a donc pas eu d'intervention MSF.

camabatela (kwanza norte)

Le Kwanza Norte est l'un des plus importants foyers de trypanosomiase dans le monde. Une mission exploratoire a été conduite en mai 2003 dans le but de proposer un projet trypanosomiase. La décision d'intervention a été prise en juillet. Le projet a été accepté par l'ICCT (Institut de Contrôle et de Combat de la Trypanosomiase) en novembre, pour une ouverture de mission prévue début 2004.

perspectives

Les objectifs généraux pour 2004 sont de réduire la mortalité et la morbidité liées aux endémies de malaria (Kaala) et trypanosomiase (Camabatela) et de faire un travail de documentation et de recherche lié à la prise en charge de ces maladies ; d'appuyer les structures de santé dans lesquelles nous travaillerons pour d'autres besoins (médicaments essentiels à Kaala et à définir pour Camabatela).

kaala

L'objectif général est de réduire la mortalité et la morbidité liées à la malaria, notamment pendant le pic épidémique, dans le district de Kaala et de pousser le gouvernement à changer le protocole national de traitement de la malaria. Les objectifs spécifiques sont d'améliorer la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la malaria dans les 11 structures de santé du district -soit un hôpital et dix centres de santé-, d'y introduire les combinaisons thérapeutiques et les tests rapides ; de travailler à l'information des patients sur la malaria et en particulier la prise du traitement. ; de suivre la morbidité et la mortalité dues à la malaria ; de réaliser une enquête d'efficacité afin de déterminer la meilleure combinaison thérapeutique ; d'organiser une conférence sur le traitement par combinaison thérapeutique en collaboration avec les autres sections de Médecins Sans Frontières et

la campagne d'accès aux médicaments ; de soutenir de façon partielle ces structures en médicaments essentiels et de maintenir la pression au niveau central pour une meilleure organisation de l'achat et de la distribution de médicaments ; de continuer à surveiller les déplacements de populations, la situation nutritionnelle et la survenue d'épidémies, et d'intervenir en cas d'urgence.

La mission de Kaala devrait pouvoir fermer au deuxième semestre 2005, après deux saisons épidémiques.

camabatela (kwanza norte)

L'ouverture du programme trypanosomiase est prévue pour janvier 2004, pour une durée probable de 5 ans. Il va se concentrer dans un premier temps sur la municipalité d'Ambaca (56.596 habitants). Dans un deuxième temps, la zone pourra être étendue aux municipalités de Quiculongo (11.135 habitants), Sambacaju (18.014), Bolongogo (10.000). La mise en place progressive du programme MSF dans cette zone, associée aux activités d'ICCT et de la Coopération belge permettront une couverture géographique de l'ensemble de la population affectée par la trypanosomiase dans le Kwanza Norte.

L'objectif général est de réduire la morbidité due à la trypanosomiase humaine à des taux de prévalence inférieure à 0,5% grâce à la mise en place d'un programme de détection et de traitement rapide des cas.

Les objectifs spécifiques sont de :

- Démarrer un programme de dépistage passif sur Camabatela avec ouverture d'un centre de traitement et de diagnostic.
- Mettre en place la surveillance passive afin de déterminer les incidences relatives de la trypanosomiase dans la zone.
- Mettre en place un programme de dépistage actif systématique sur toutes les zones, avec en priorité les zones ayant une incidence passive les plus élevées, dans le but de réduire le foyer (prévalence inférieure à 0,5)
- Recherche opérationnelle : en fonction de l'avancée du projet, préparer cette recherche autour de deux axes : efficacité du mélarsoprol dans la zone et validation des arbres diagnostiques.
- Evaluer la situation sanitaire de la zone et les capacités de l'hôpital de Camabatela pour définir d'autres appuis possibles.
- Répondre aux épidémies et urgences éventuelles.

L'équipe sur ces deux programmes est composée de 11 volontaires expatriés et de 96 employés nationaux.

arménie – karabagh

En dépit d'une croissance économique retrouvée, et de la constitution de fortunes rapides pour une petite partie de « nouveaux riches », les conditions de vie de la majorité de la population arménienne continuent à être problématiques, dans un contexte de délitement des services publics et de santé. Un habitant sur deux vit sous le seuil de la pauvreté. Sous embargo des voisins turcs et azéris du fait de la situation de l'enclave arménienne du Nagorny-Karabakh, l'Arménie peine à retrouver les chemins d'une croissance profitant au plus grand nombre.

activités

tuberculose au nagorny-karabagh

Si le programme de lutte contre la tuberculose commencé en 1997 s'est achevé en décembre 2002 pour Médecins Sans Frontières, il a été poursuivi par les autorités du Karabagh. MSF a fourni l'ensemble des médicaments nécessaires pour le traitement des malades en 2003 et ceux nécessaires pour les deux malades multi-résistants restants en 2004. Le programme est aujourd'hui autonome.

programme enfants en situation difficile à érevan

A Erevan, la capitale de l'Arménie, le programme Enfants en situation difficile a été poursuivi auprès des enfants de l'institution de Vardashen et des enfants dans la rue et en urgence sociale de la ville. Il comptait en 2003 près de 700 bénéficiaires directs.

Six ans après le début du programme, la situation des enfants de Vardashen - à 95 % placés pour des raisons sociales et familiales, souvent parce que vagabondant dans les rues - s'est fortement améliorée et ne correspond plus à l'univers carcéral et totalitaire, fait de barreaux, violence et terreur, que MSF a trouvé en 1997. Les enfants qui le peuvent rentrent en famille tous les week-ends et pendant les vacances, et de nombreuses activités leur sont proposées. Toutefois, les moyens dérisoires de l'institution, la persistance de violences, l'absence de textes adaptés et les violences lourdes relevées dans l'autre institution spéciale du pays : Noubarashen, laissent inquiets quant à l'avenir des enfants des institutions.

Près de 4 ans après ses débuts, le Service Prévention, qui « propose une alternative à la rue et au placement abusif en institution » a prouvé son efficacité et est aujourd'hui largement reconnu par les autorités publiques. 90 % des enfants qui vivaient dans la rue à leur arrivée dans le programme vivent aujourd'hui en famille, et le service a évité le placement en institution de centaines d'enfants. Toutefois, le manque de soutien direct aux familles laisse craindre un retour à des solutions uniquement institutionnelles à la fin du programme MSF, en dépit de l'avancée notable des discours et approches des ministères de l'Intérieur et des Affaires Sociales.

Du fait des inquiétudes soulevées et de l'image toujours négative des enfants en grande difficulté sociale et familiale, MSF a organisé en septembre 2003 une vaste semaine de Communication (« Ach Mama Jan ») sur le thème de la protection des enfants en situation difficile, pour alerter le grand public de la situation de ces enfants, et pousser les pouvoirs publics et les bailleurs de fonds à prendre leurs responsabilités après le départ de MSF.

perspectives

programme enfants en situation difficile à érevan

Au-delà de l'activité de terrain auprès des enfants en grande marginalité sociale de la capitale, l'objectif est de poursuivre le travail de lobbying enclenché pendant la semaine de communication « Ach Mama Jan », afin de pérenniser les changements structurels avant le désengagement de MSF du programme en juin 2004. A cette date, le programme sera géré par une autre ONG internationale.

MSF France quittera l'Arménie à l'été 2004, sauf si est mis en place à Erevan un programme de lutte contre les formes résistantes de la tuberculose.

tuberculose multi-résistante à érevan

MSF envisage d'ouvrir un programme de traitement de la tuberculose multi-résistante à Erevan en 2004.

L'équipe de MSF en Arménie est composée de 7 volontaires expatriés et de 41 employés nationaux.

birmanie

La Birmanie (Union de Myanmar) vit depuis 1962 sous dictature militaire. L'Etat est dirigé par les Birmans au détriment d'ethnies minoritaires qui réclament plus ou moins une autonomie depuis l'indépendance du pays (1948). En 1988, l'armée réprime violemment les manifestations à travers le pays de centaines de milliers de personnes réclamant un gouvernement civil. En 1990, le principal parti d'opposition, la Ligue Nationale pour la Démocratie (NLD), conduite par Madame Aung San Suu Kyi, remporte les élections. Mais le régime militaire en place refuse de céder le pouvoir. S'ensuit un long bras de fer, marqué par des assignations à résidence, dont celle de l'opposante, Aung San Suu Kuy, devenue en 1991 Prix Nobel de la Paix. En 1997, le régime change son nom de SLORC (Conseil de l'État de Droit et Restauration de l'Ordre) en SPDC (Conseil de l'État de Paix et du Développement). Ce changement n'est hélas pas suivi d'une modification significative de la politique.

Le long de la frontière de la Birmanie, des mouvements rebelles combattent le pouvoir de Rangoon depuis 1990, plusieurs ont signé avec le gouvernement des cessez-le-feu qui ne sont pas respectés. Les populations vivant sur ces zones frontalières vivent dans une grande insécurité car ils sont l'objet d'attaques et d'abus aussi bien des mouvements rebelles que des forces armées birmanes ou bien de bandits.

Tout le long de la frontière, le gouvernement a mené une relocalisation massive des populations forçant de nombreux villageois à vivre dans la précarité de personnes déplacées à l'intérieur d'un pays.

En 2003, Aung San Suu Kyi, un an après sa libération, est de nouveau placée en résidence surveillée. En réponse à ce revirement politique considéré comme majeur, un nouveau lot de sanctions économiques est imposé à la Birmanie par les Etats-Unis, tenants d'une ligne dure, mais aussi par le Japon et l'Union Européenne. Les transferts financiers entre les banques américaines et la Birmanie sont interdits, et le commerce extérieur chute de façon impressionnante. A la suite de la fermeture brutale de nombreuses usines, des centaines de milliers de personnes perdent leur emploi. Bien que quelques nouveaux investisseurs chinois aient profité de l'opportunité pour s'implanter en Birmanie, la crise économique est sérieuse. Les pays du Sud-Est asiatique, dont la Thaïlande, font part de leur profonde inquiétude concernant cette situation critique qui pourrait déstabiliser la région entière.

Médecins Sans Frontières mène en Birmanie, depuis 2001, un programme de diagnostic et de soins des malades atteints du paludisme dans l'Etat Mon, frontalier avec la Thaïlande, région où les souches de malaria ont développé un niveau de résistance élevé contre la plupart des traitements anti-paludéens.

activités

Le programme se situe dans trois municipalités de l'Etat Mon, Mudon, Kyaikmaraw et Thanbyuzayat, pour une population totale estimée à 656.000 habitants.

MSF a soutenu des activités anti paludisme dans les huit unités déjà ouvertes, plus dans une neuvième installée à l'hôpital de Thanbyuzayat au cours du dernier trimestre.

Le soutien inclut la formation du personnel de santé au respect des directives thérapeutiques, la formation du personnel de laboratoire à la microscopie du paludisme, la surveillance de la qualité des soins par le contrôle de qualité des résultats de laboratoire et le suivi des patients par des entretiens. Le diagnostic et le traitement du paludisme sont assurés gratuitement pour les patients ; MSF fournit tous les médicaments, consommables et équipements... Depuis cette année, des primes sont fournies au personnel qui comprend quelques employés du ministère de la Santé travaillant dans les unités.

En 2003, près de 20.000 patients ont été testés dans les 8 unités de paludisme : le taux moyen de positivité était de 40 % et 2/3 des cas positifs avaient un diagnostic d'infection par *Pl. falciparum*. Ces derniers ont reçu de l'ACT (combinaison thérapeutique à base de artesunate/méfloquine ou artesunate/doxycycline) depuis le début du projet.

En mai 2003, MSF a ouvert un dispensaire de consultations externes dans un village isolé de la municipalité de Kyaikmaraw. Construit par la communauté et géré par du personnel MSF, il fonctionne deux fois par semaine et permet un accès aux soins à quelque 9000 villageois.

De cinq à six équipes mobiles ont circulé chaque semaine dans les trois municipalités. Plus de 7000 personnes les ont fréquentées. L'accès direct à la population des zones rurales n'a pas seulement permis de diagnostiquer des patients et de les traiter directement sur place, mais a également permis de promouvoir le recours au laboratoire le plus proche dès que les patients ressentent les symptômes du paludisme.

Quand cela a été nécessaire, les patients, vus soit à l'unité de consultations externes, soit dans les dispensaires mobiles, ont été adressés aux hôpitaux et suivis par l'équipe MSF. À l'hôpital de Mudon, les médecins MSF ont pu contrôler chaque jour les patients hospitalisés atteints de paludisme. Au cours de 2003, 120 patients ont été envoyés à l'hôpital, dont quelques cas à l'hôpital régional pour une chirurgie spécialisée.

Il était prévu qu'une extension aurait lieu cette année vers la municipalité de Ye, connue pour être un secteur où des groupes armés sont toujours actifs. Quelques villages ont été, encore récemment, le site d'incidents violents. Elle est aussi connue pour être une zone où la prévalence du paludisme est plus élevée. Le personnel national de

MSF qui a géré les dispensaires mobiles dans Ye, chaque mois depuis le début de l'année, a pu confirmer ces informations. Toutefois, le personnel expatrié n'a pas reçu l'autorisation de s'y rendre pour des raisons de sécurité jusqu'à aujourd'hui. Au cours de cette année, de nombreux villageois de Ye auraient été forcés à quitter leur village d'origine et auraient été déplacés vers de nouveaux sites.

Le Protocole d'Entente (accord cadre avec les autorités birmanes) qui devait être renouvelé en juillet n'a pas encore été agréé.

perspectives

Différentes options ont été discutées pour le développement futur de ce programme, c'est-à-dire participer au diagnostic et au traitement de la tuberculose dans certaines unités de paludisme, fournir un accès aux soins à des personnes vivant dans des zones isolées... Il y a incontestablement de la place pour développer un projet sanitaire en Birmanie. Cependant, nous devons aussi nous interroger sur la véritable nature humanitaire du projet en allant au-delà de la fourniture de soins médicaux aux personnes. Avons-nous réellement accès à notre principale population-cible ? Que savons-nous véritablement des incidents qui sont survenus dans la région où nous travaillons ? Jusqu'où notre programme a-t-il un impact sur la vie des gens ? Après trois ans de mise en œuvre, ces questions, parmi d'autres, nécessitent des réponses documentées.

Même si toutes les personnes -la plupart d'entre elles sont très pauvres- vivant dans les municipalités où le programme est mis en œuvre tirent parti des activités médicales que nous soutenons, la population affectée par cette instabilité politique et les conflits reste notre principale cible. Parmi ces populations, il y a celles qui ont été déplacées de force au cours des dernières années. Quelques-unes d'entre elles ont été réinstallées dans la municipalité de Thanbyuzayat où elles vivent dans des conditions extrêmement précaires. On dit aussi que des villageois sont victimes de nombreux types d'abus dont le travail forcé, les déplacements forcés, le racket, et même les meurtres, les viols... Pouvoir accéder à ces gens-là est la priorité, ce qui nécessite des efforts continus et soutenus car, et bien qu'il soit très difficile pour des étrangers de se rendre dans de nouvelles zones du Myanmar, des expériences antérieures ont prouvé que ce n'était pas impossible.

Les objectifs de cette année resteront très semblables à ceux de l'an dernier. Nous continuerons à fournir des soins médicaux aux personnes vivant dans les municipalités de Mudon, Kyaikmaraw et Thanbyuzayat ; nous essaierons à nouveau de démarrer des activités dans la municipalité de Ye et dans une municipalité de l'état de Kayin.

En juin 2004, le programme en Birmanie aura trois ans. Une évaluation approfondie sera menée au cours du premier semestre de 2004 afin de décider d'un développement à plus long terme du programme.

L'équipe comprend 69 employés birmans, dont 34 avec primes, et 5 volontaires expatriés.

burundi

Au Burundi, la période de transition pour un retour à la démocratie, prévue par les accords de paix d'Arusha (août 2001), se poursuit. En avril 2003, le président Buyoya, tutsi, a passé, sans heurts, le relais à son successeur désigné, Ndayizeye, hutu. Un des principaux défis pour ce nouveau gouvernement consiste en l'intégration de représentants des différents groupes rebelles dans le gouvernement et l'armée, ainsi que le cantonnement et la démobilisation de leurs forces combattantes. En mai 2003, trois représentants des rebelles sont entrés au gouvernement et une partie de leurs combattants (moins de 200) a été cantonnée, sous la protection des soldats sud-africains de l'Union Africaine.

Malgré un cessez-le-feu signé en décembre 2002 par la principale faction rebelle, le CNDD-FDD, aucun accord sur l'intégration dans les institutions politiques et militaires n'a pu être trouvé avant octobre 2003, date à laquelle le gouvernement et le CNDD-FDD ont enfin conclu un protocole de partage du pouvoir et se sont engagés à respecter le cessez-le-feu. Entre ces deux dates, la guérilla rurale a continué, provoquant d'incessants déplacements de populations, une insécurité permanente et de nombreuses exactions sur les populations civiles.

Une autre faction rebelle, le FNL, demeure, elle, ouvertement en conflit avec le gouvernement ainsi que depuis peu avec le CNDD-FDD. Si les attaques de juillet 2003 sur la capitale ont montré que le FNL conservait les capacités militaires de déstabiliser le pays, ses troupes subissent depuis de nombreux revers car elles sont prises entre les feux croisés des forces gouvernementales et du CNDD-FDD. Leur repli en direction des quartiers périphériques de la capitale et des collines environnantes crée une grande insécurité.

La période de transition doit se terminer en octobre 2004 par l'organisation d'élections présidentielles, qui sont désormais l'enjeu majeur du Burundi. Le retour au pays d'ex-dirigeants rebelles, leur participation au gouvernement, puis le retour des réfugiés, le cantonnement et le désarmement qui devraient suivre... tout ceci devrait réjouir l'ensemble des observateurs. Tous s'accordent cependant sur le fait que la paix en 2004 restera fragile.

activités

Depuis plusieurs années, l'objectif global de MSF de fournir un accès aux soins aux populations victimes directes (blessés, déplacés) ou indirectes (populations paupérisées, avec un accès très limité au système de soins) de la guerre se heurte au système des soins payants mis en place dans tout le système public burundais. Cela nous a conduits à nous investir davantage en 2002 dans l'hôpital de Makamba, pour supprimer l'obstacle de la facturation des soins, et à mettre en place en 2003 à Bujumbura des moyens d'hospitalisation qui nous soient propres, pour permettre une prise en charge satisfaisante des cas graves que nous récupérons dans le poste de soins de Kinama.

makamba

Dans la province de Makamba, notre implication au sein de l'hôpital reste importante. Le contrat passé avec les autorités provinciales de la santé, fin 2002, a été reconduit. Il offre aux patients un accès non-discriminant et une meilleure qualité des soins prodigués dans les différents services. La fréquentation de l'hôpital a augmenté et le taux d'occupation des lits est stable, autour de 100%. L'activité chirurgicale a augmenté (150 interventions/mois en moyenne contre 120 en 2002), ainsi que le nombre d'admissions en médecine adulte (\pm 260 admissions/mois contre 230 en 2002) et en pédiatrie (270 contre 220).

Le paludisme représente toujours la pathologie la plus fréquente (+ de 75% des cas). C'est la première cause de consultation en Afrique.

Par ailleurs, le positionnement d'une sage-femme dans le service d'obstétrique a montré ses limites: les césariennes ont triplé au 2e semestre du fait de l'augmentation des dystocies transmises par la maternité privée jouxtant l'hôpital. La sage-femme sera remplacée par un médecin obstétricien qui aura aussi la charge de travailler en amont sur les transferts depuis la maternité voisine.

D'autre part, notre implication dans les consultations externes de l'hôpital s'est terminée fin 2003, puisque la responsabilité en revient désormais à l'ONG Cordaid. Nous mettrons donc en place en 2004 un système de triage en pré-admissions pour éviter le débordement rapide des capacités d'accueil de l'hôpital.

Enfin, nous avons poursuivi l'activité des cliniques mobiles, en privilégiant systématiquement les endroits les plus isolés de la province. Une moyenne de 2700 consultations mensuelles a ainsi pu être réalisée. L'amélioration de la sécurité dans la province (après les accords signés entre CNDD-FDD et gouvernement) et la remise en service progressive de la quasi-totalité des centres de soins devraient nous amener à reconsidérer la pertinence de l'utilisation systématique de ces cliniques mobiles en 2004.

kinama

MSF est présent depuis 2001 à Kinama, un quartier nord de Bujumbura, au cœur de la violence affectant les zones périphériques de la capitale, lieu d'élection de règlements de compte entre factions rivales. Le centre de soins

ambulatoires, qui ne fonctionne qu'une partie de la journée à cause de l'insécurité, a connu en 2003 plusieurs évolutions. D'abord installées dans un local trop exigu, les activités ont été transférées en septembre dans un bâtiment plus vaste et mieux protégé, ce qui permet de fournir aux patients une meilleure prise en charge et donne plus de confidentialité au rapport patient-soignant.

Nous avons embauché une sage-femme, notamment pour mieux détecter les victimes de violences sexuelles (ce qui a permis d'identifier 5 à 10 cas par mois). Ce travail s'effectue en coordination avec MSF Belgique qui a ouvert un centre d'accueil pour ces victimes, dans une partie plus calme de la capitale.

Nous avons mis en place, comme prévu, nos propres moyens d'hospitalisation. L'ouverture d'une structure MSF ayant été écartée, nous louons depuis septembre une partie des locaux et moyens d'une clinique privée de Bujumbura (2 salles d'opérations et 50 lits du Centre Médico-Chirurgical de Kinindo) où nous avons positionné une équipe médico-chirurgicale. Cette évolution de notre implication envers nos patients les plus sévèrement atteints, un de nos objectifs pour 2003, était rendue nécessaire par la croissance des transferts pour hospitalisation (+ de 50% par rapport à 2002) et leur éparpillement dans l'ensemble des structures hospitalières de la capitale, sans garantie de suivi des soins.

Nous n'avons pu nous installer dans une structure publique (Clinique Prince Louis Rwagasore), du fait des difficultés à établir un contrat convenable, aussi nous ne poursuivons pas cette démarche pour l'instant. Au total, entre le Centre de Kinindo et la Clinique de la Miséricorde (notre partenaire privilégié pour toute pathologie gynéco-obstétrique), nous assurons la prise en charge de plus de 85% de nos transferts pour hospitalisation.

traiter efficacement le paludisme

En novembre 2003, soit trois ans après le début de notre combat pour l'accès à un traitement antipaludéen efficace, nous avons enfin pu commencer à fournir en toute légalité, les ACT (traitement combiné à base d'artémisinine) et les moyens diagnostiques nécessaires à l'ensemble des dispensaires de la province de Makamba. Après deux sessions de formation des infirmiers prescripteurs, un suivi en coordination avec Cordaid, des sites sentinelles ont été mis en place et permettront d'analyser la mise en œuvre du nouveau protocole.

sida

Le partenariat signé en mars 2003 avec l'association de soutien aux séropositifs (ANSS) pour la prise en charge gratuite et mise sous ARV (antirétroviraux) de 50 patients indigents de Kirundo n'a pas été un franc succès. Faute de médecins sur place, seuls 5 patients ont pu en bénéficier. En revanche, le personnel MSF qui en a besoin continue à être pris en charge de façon satisfaisante par l'ANSS au niveau de la capitale. La possibilité de faire bénéficier nos patients en pronostic vital des services de l'ANSS devrait être analysée début 2004.

L'importation des médicaments pour les ONGS travaillant au Burundi est de plus en plus problématique. A deux reprises (mai et novembre 2003), nous avons été en rupture de stock et avons dû porter publiquement la question, pour qu'elle puisse être résolue. Les moyens d'approvisionnement local sont encore trop aléatoires pour nous fournir une solution de rechange et justifier la politique trop rigoureuse des autorités nationales de la santé.

Enfin, la seule urgence ayant motivé une intervention pour nous cette année correspond à l'attaque des FNL sur la capitale en juillet 2003, au cours de laquelle nous avons positionné momentanément une équipe chirurgicale dans une des cliniques privées du centre, qui a pris en charge une douzaine de blessés lourds.

perspectives

L'objectif général en 2004 est de continuer à fournir un accès aux soins médicaux et chirurgicaux aux populations civiles les plus touchées par les conséquences de la guerre civile, dans et autour de deux villes particulièrement concernées : Bujumbura (quartier nord de Kinama) et Makamba. Nous allons également participer à la mise en place du nouveau protocole de prise en charge des cas de paludisme à Makamba. Nous resterons également réactifs aux urgences : mouvements de populations, rapatriement, épidémies... En ce qui concerne le Sida, nous allons continuer à travailler avec l'ANSS.

kinama

Nous poursuivons les consultations externes généralistes dans le poste de santé MSF. Le cas échéant, en fonction de la poursuite des combats et de leur localisation, nous pourrions être amenés à déplacer l'équipe sous forme de clinique mobile.

Nous continuerons le travail de détection des cas de violences sexuelles et leur prise en charge en partenariat avec le centre spécialisé de MSF-Belgique. Les transferts des patients à hospitaliser et/ou opérer seront poursuivis en direction de nos structures au CMCK (on prévoit une augmentation du nombre de nos lits de 50 à 60).

makamba

Nous allons poursuivre l'activité des cliniques mobiles dans les secteurs les plus isolés de la province, au contact des zones de regroupement de rapatriés de Tanzanie (2 à 4 lieux d'intervention à la fois), avec références et suivi

des cas graves à l'hôpital provincial de Makamba. Nous poursuivrons l'investissement humain et financier dans tous les secteurs de cet hôpital (médecine, chirurgie, pédiatrie, gynécologie-obstétrique, consultations externes) afin d'assurer l'accès gratuit et l'amélioration de la qualité des soins. Une évaluation du laboratoire est prévue durant le premier trimestre 2004, qui pourrait entraîner le positionnement d'un technicien de laboratoire pendant six mois pour former les techniciens actuellement en poste sur place. Avec le déménagement des consultations externes, à présent supervisées par Cordaid, un système de triage sera mis en place, pour canaliser la demande d'admission directe en hospitalisation.

Dans le cadre de notre participation à la mise en place du nouveau protocole de prise en charge des cas de paludisme, nous allons poursuivre l'approvisionnement en ACT et en test paracheck, assurer la formation et le suivi des infirmiers prescripteurs des centres de santé de la province en coordination avec Cordaid, procéder au suivi du nombre de cas de paludisme à travers les sites sentinelles, et, en liaison avec Epicentre (centre d'épidémiologie de MSF), procéder à l'essai de mesures d'impact du nouveau protocole.

sida

En ce qui concerne le Sida, nous allons analyser les possibilités de l'ANSS pour absorber les patients arrivés en stade clinique 3 ou 4, que nous détectons à travers notre poste de soins de Kinama. Si possible, nous ferons inclure chaque mois tout ou partie de ces patients à la file des patients mis sous ARV (antirétroviraux) et suivis par l'ANSS. En dehors de cette initiative, nous poursuivrons pour une année supplémentaire notre contrat avec l'ANSS pour la mise sous traitement ARV gratuit de 50 indigents de Kirundo. Enfin, nous étudierons la possibilité de créer une offre de mise sous ARV pour les patients de l'hôpital de Makamba, à travers le programme national de lutte contre le sida.

La mission Burundi comprend 20 volontaires expatriés et 132 employés burundais.

cambodge

Les élections législatives de juillet 2003, après les municipales de 2002, étaient très attendues. Le parti du Premier ministre Hun Sen, le CPP, a obtenu la majorité des voix, mais pas les 2/3 des sièges de députés nécessaires pour gouverner seul. L'Alliance démocratique créée immédiatement après les résultats par les deux autres partis (Funcipec et PSR) bloque la création d'un gouvernement de coalition par l'exigence d'un gouvernement tripartite et le départ de Hun Sen. Condition jugée inacceptable par l'homme fort du Cambodge, qui a acquis une reconnaissance internationale après le sommet de l'ASEAN en novembre 2002 à Phnom Penh.

La signature, en juin, d'un accord, après une année de rupture des négociations, pour la mise en place d'un tribunal qui jugera les Khmers rouges, représente également un signe de bonne volonté pour la communauté internationale. Enfin, l'entrée du Royaume dans l'OMC en septembre finit de compléter un tableau qui, vu de l'extérieur, apparaît positif.

Le quotidien des Cambodgiens est cependant tout autre : la corruption généralisée gangrène l'ensemble de la société, et la disparité entre classes sociales ne fait que se creuser. Les campagnes se paupérisent, les migrations urbaines s'accroissent. Le système judiciaire, faible et pervers, ne permet pas à la population de se sentir en sécurité et aux investisseurs étrangers de s'établir en confiance. La criminalité est en augmentation, les assassinats de nature politique toujours en vogue, les spoliations de terre se multiplient. Des réfugiés vietnamiens sont reconduits à la frontière manu militari. Le droit à l'information est toujours contrôlé. Les grandes réformes demandées par les bailleurs de fonds tardent à venir, mais ceux-ci continuent à perfuser économiquement le Cambodge. Les budgets de la Santé et de l'Éducation ont été augmentés en 2003, mais demeurent très insuffisants au regard des besoins. La Défense et l'Intérieur restent les priorités du gouvernement.

Au Cambodge, les personnes infectées par le VIH n'ont pratiquement toujours pas d'accès à un traitement. La seule stratégie développée par le Programme National maintient les personnes infectées hors du système de santé avec le déploiement d'un réseau de soins à domicile, totalement inefficace. En 2002/2003, la promesse de financements du Fonds Global des Nations-Unies a obligé les autorités à considérer l'accès aux soins des 157.000 personnes vivant avec cette maladie. Un certain nombre de projets a alors été imaginé, pour un nombre réduit de patients, et qui tous faisaient l'impasse sur l'accès aux soins de base (prophylaxie, suivi régulier, traitement des infections opportunistes), tout comme sur la prévention de la transmission de la mère à l'enfant qui compte pourtant pour le quart des nouvelles infections.

activités

phnom penh

En 2003, l'ouverture de deux nouveaux programmes MSF en province (MSF Belgique à Takeo et MSF France à Kompong Cham) a enfin permis une référence périphérique -avec également celui de Siem Reap (programme MSF Belgique ouvert en 2002). Si l'expansion de l'offre de soins est effective, les nouveaux sites n'allègent pourtant pas la charge de travail sur Phnom Penh. Dans la capitale, en effet, les projets de Médecins du Monde et Center of Hope sont en attente de l'argent du Fonds Global des Nations-Unies.

En conséquence, la file active de patients dans le service de maladies infectieuses de l'hôpital Norodom Sihanouk continue de croître avec plus de 4487 patients en 2003 (3007 en 2002, 1989 en 2001). Si le nombre d'anciens patients augmente, c'est surtout le nombre de nouveaux patients (200 environ par mois, nombre volontairement limité) qui apporte un volume important.

Néanmoins si les hospitalisations continuent d'augmenter (120-150/mois), les lits ne sont pas toujours bien utilisés (mauvais triage à l'entrée), ce qui entraîne un turnover important. Les patients en stade 4 représentent 75% des hospitalisations, essentiellement pour tuberculose extra pulmonaire et cryptococcose neuro-méningée. Une étude extérieure a permis de diagnostiquer de nombreux cas de pneumocystose et de pneumonies bactériennes sévères.

Le travail prévu avec les infirmiers sur la qualité des soins, l'hygiène et le circuit des déchets reste peu satisfaisant. Nous devons revoir cette question en 2004.

La formation des médecins reste essentiellement pratique, la formation théorique est encore faible. Deux médecins et deux infirmières du service ont suivi celle de Douleurs Sans Frontières (DSF) sur la douleur.

L'extension du nombre de patients sous antirétroviraux (ARV) s'est faite au détriment de la prise en charge psychosociale des patients hospitalisés, les travailleurs sociaux étant fortement mobilisés en consultation.

Le dépistage des conjoints (15 par mois) et la visite hebdomadaire nocturne ont été maintenus. L'embauche d'un quatrième travailleur social et une réorganisation des activités permettent la reprise des réunions d'informations aux familles dans le dernier trimestre. Maryknoll (hospice, appartements communautaires ou non) reste notre partenaire pour l'hébergement et la nourriture des patients isolés. L'ouverture par DSF d'un service de soins palliatifs à l'hôpital militaire offre quelques solutions pour les patients en fin de vie ou grabataires.

Le retour des patients en consultation est en progression constante avec de plus en plus d'anciens patients. L'information sur le VIH fournie aux nouveaux patients par les travailleurs sociaux en entretiens individuels donne des résultats. Lors du 1^{er} trimestre, plus de 250 nouveaux patients/mois se sont présentés à la consultation. Un planning a été mis en place pour limiter à 10 le nombre de nouveaux patients admis par jour. Si la consultation VIH peut absorber ce volume, le nombre potentiel de patients à mettre sous ARV dépasse les capacités de la structure. Il y a urgence à restreindre l'accès mais pour le moment aucune discussion n'est possible avec les autorités sur ce sujet. De plus, la restriction à 10 patients par jour entraîne un effet collatéral avec plus de patients obtenant des bulletins d'hospitalisation, et nécessitant triage et consultation au niveau de l'hospitalisation. Ce qui déplace le problème d'un site à un autre. La seule solution est de mettre sous pression les partenaires afin qu'ils développent leurs projets rapidement (MDM, Center of Hope, University of South Wales...).

La prévalence de la tuberculose chez les patients suivis est énorme et, sans faire de dépistage systématique, plus de 300 patients par mois sont suivis et sous traitement anti-tuberculeux (donnés par le programme national TB).

L'objectif de 700 patients sous ARV/an a été largement dépassé : plus de 1075 patients adultes et 41 enfants ont débuté une trithérapie fin 2003. Les résultats sont excellents pour des patients en stade très avancé de la maladie avec une mortalité à 7%, et 1% d'arrêts de traitement (abandons et perdus de vue). L'extension s'est faite grâce à une meilleure confiance des médecins dans leur pratique, l'espacement des consultations, l'allègement des consultations pré-ARV, l'augmentation du temps de consultation de chaque médecin. Le rythme d'inclusion est de 50/60 nouveaux patients/mois. Cependant, les patients en besoin d'ARV dans la file de consultation ne reçoivent pas encore tous le traitement (nous ne savons pas limiter la croissance de nouveaux patients). On peut estimer que seulement 60% d'entre eux sont sous trithérapie, ce qui est largement insuffisant, car l'objectif était et demeure d'atteindre le plus rapidement possible les 100%. Un groupe de patients « auto-supports » a été constitué et s'est structuré en association (AUA) qui développe de plus en plus d'activités (participation à la réunion de sélection, animation de groupes de parole, présence quotidienne à la consultation, visite hebdomadaire des patients sous ARV hospitalisés, caisse de solidarité pour les décès, rapprochement des groupes de personnes vivant avec le VIH, représentation externe de AUA dans les différentes réunions ou événements).

La prise en charge des femmes enceintes ne faisait pas partie des objectifs 2003 mais il a fallu y apporter notre part de réponse. Un certain nombre de femmes nous ont été envoyées par l'hôpital Calmette ou par le réseau Maryknoll. Un protocole tripartite (MSF, Calmette et Maryknoll) a été mis en place, Calmette faisant le suivi de grossesse et la prophylaxie pendant l'accouchement, MSF le suivi VIH et l'introduction rapide des ARV pour les femmes à moins de 200 CD4 et Maryknoll fournissant le lait artificiel pour les nouveau-nés.

Au total, le programme de Phnom Penh arrive à une fin d'étape, marquée par une augmentation importante et continue de l'activité, une baisse de la mortalité en hospitalisation, le démarrage par une phase pilote des ARV puis l'expansion des traitements. Il faut à présent faire évoluer nos activités en direction de la province et des structures périphériques (Kompong Cham), d'une part, et stabiliser le volume d'activités à l'hôpital Sihanouk de Phnom Penh, d'autre part. Sur la base de ce qui existe déjà pour la tuberculose, le ministère de la santé cambodgien entend développer le service de l'hôpital pour en faire un centre de référence national, de formation et de recherche, sous la responsabilité du programme national de lutte contre le Sida.

C'est dans cette perspective que s'orientera notre programme en 2004.

kompong cham

La file active de patients dans la consultation sida ouverte en mai 2003 est arrivée à 508 adultes et 31 enfants à la fin de l'année. Le retour des patients est excellent (près de 90%). Ils correspondent aux populations initialement ciblées puisque le recrutement se fait essentiellement via le CDAG et les ONG du réseau Home Base Care (Sunrise, New Farmer, Spin the Bridge, World Relief). Une collaboration plus approfondie a été développée avec Sunrise (HBC et l'hospice pour patients sidéens à Kompong Cham).

Le projet de Phnom Penh a été utilisé pour la formation des personnels nationaux (médecin et infirmières/conseillères). L'expérience acquise a permis de débiter à Kompong Cham les traitements antirétroviraux 3 mois seulement après le début des activités. A la fin de l'année, 94 adultes et 5 enfants ont débuté le traitement.

perspectives

programme sida de l'hôpital sihanouk de phnom penh

L'objectif général est fournir aux patients atteints du VIH/sida (suivis à l'Hôpital Sihanouk de Phnom Penh) un accès à la prise en charge thérapeutique la plus efficace pour prolonger leur survie.

Les objectifs spécifiques sont :

- Stabiliser la consultation VIH/sida : stabiliser le nombre de nouveaux patients et favoriser le retour des anciens; améliorer la prise en charge médicale (rationaliser l'utilisation des moyens diagnostiques et les prescriptions médicamenteuses).
- Développer l'accès de qualité aux antirétroviraux ; inclure 50 nouveaux patients par mois (1600 patients sous ARV fin 2004) et faire en sorte qu'à la fin de l'année tous les patients (100%) de notre file active qui le nécessitent reçoivent effectivement un traitement ARV ; fournir une formation continue aux médecins khmers ; maintenir et

favoriser l'observance au traitement ; favoriser l'autonomie de l'association de patients AUA ; documenter le programme et en communiquer les avancées et les résultats.

- Améliorer la prise en charge des patients hospitalisés : réduire le nombre d'hospitalisations non nécessaires ; réorganiser le temps de présence médical et paramédical ; valoriser le travail du personnel infirmier ; poursuivre le support psycho-social et le lien avec les partenaires ; réhabiliter l'infrastructure (financement extérieur)
- Adapter nos activités à la nouvelle définition, par le ministère de la santé, du service de Maladies Infectieuses en tant que centre de référence national de prise en charge des patients VIH/sida, également site de formation et de recherche : analyser avec NCHADS (programme national de lutte contre le sida), qui devrait prendre la tutelle du service, les besoins d'adaptation de nos activités ; former les personnels médicaux et para-médicaux dans le cadre du Continuum of Care (poursuite des traitements) ; développer, participer à des projets de recherche (analyse descriptive de la cohorte : tuberculose, validation des protocoles de traitement, étude sur les définitions succès/échecs, l'adhérence, les effets secondaires).

programme sida de l'hôpital provincial de kompong cham

L'objectif général est de fournir aux patients VIH/sida originaires de la région de Kompong Cham une prise en charge thérapeutique efficace (pour prolonger leur survie) et décentralisée.

Les objectifs spécifiques sont :

- Améliorer et développer la consultation VIH/sida : augmenter le nombre d'anciens patients ; améliorer la prise en charge médicale (rationalisation de la prescription, formation continue des médecins khmers) ; mettre sous trithérapie tout patient en ayant besoin (objectif 100% de la file en attente) ; adapter les moyens humains au nombre croissant de patients ; maintenir et favoriser l'observance au traitement ; favoriser la prise en charge précoce des patients VIH/sida (travailler avec les centres de dépistage, les ONG de soins à domicile...).
- Décentraliser un accès spécifique pour les patients VIH/sida dans un des districts de la province : mener une évaluation dans plusieurs districts durant le premier trimestre 2004 ; ouvrir une consultation VIH dans un de ces districts à partir du second trimestre, sans équipe MSF positionnée à plein temps.
- Développer un partenariat avec le service de maladies infectieuses : intégrer le chef de service dans la consultation (vacataire) ; aider à la rationalisation des soins.

Le plan d'action 2004 de la Direction provinciale de la santé inclut 6 centres de dépistage, 3 consultations VIH/sida dont 2 avec antirétroviraux, la consultation MSF de Kompong Cham comptant pour une. Dans l'objectif d'aller au bout de la chaîne de soins, il nous semble intéressant de franchir une étape de plus en 2004, pour décentraliser l'accès aux soins spécifiques au niveau du district et de mettre en place une consultation VIH/sida avec antirétroviraux. Il n'est pour l'instant pas question de prendre en charge l'ensemble de la province ni de dupliquer dans le futur ces consultations dans d'autres districts.

Nous avons également un **projet de partenariat avec des médecins khmers** du service de maladies infectieuses dans leur pratique privée afin de participer à l'extension de l'accès aux ARV à Phnom Penh.

Les objectifs spécifiques sont d'aider à mettre en pratique l'accès à un traitement ARV annuel à 100 US\$ en aidant des médecins expérimentés du service de l'hôpital de Sihanouk à mettre en place leur pratique privée, construite sur cette base d'accès au traitement payant le plus économique.

Les principes de base de ce projet sont : test, évaluation et retrait après un an en cas d'échec, et transparence par rapport aux autorités.

L'équipe de MSF au Cambodge est formée de 50 employés nationaux et de 8 volontaires expatriés.

chine

En Chine, « la longue marche » vers l'économie libre, lancée en 1978 par Deng Xiaoping, a transformé le paysage social et économique. Derrière la façade du boom économique et du succès technologique, la croissance reste cependant inégale et engendre de nouvelles disparités sociales et géographiques profondes. Tous les organes de travail doivent faire des bénéfices ou disparaître. Dans les campagnes, le développement agricole et la pauvreté ont conduit au chômage un très grand nombre de Chinois. On admet généralement que 130 à 200 millions de Chinois ont quitté leur province à la recherche d'un travail précaire. Cette population flottante (y compris les enfants) est particulièrement vulnérable aux mauvais traitements et à l'exclusion (en matière de santé, éducation, droits de l'homme...).

Dans ce contexte économique et social, l'épidémie de sida continue à se répandre, aggravée par le scandale des transfusions de sang contaminé dans la province de Henan, responsables de la transmission de la maladie sur une grande échelle. Les autorités chinoises ont commencé à reconnaître l'épidémie de sida et quelques initiatives nationales de lutte ont été prises en 2003, mais la stigmatisation et l'absence de soins restent monnaies courantes.

En 2003, en raison de l'épidémie de SRAS, beaucoup de projets ont été remis à plus tard et leur réalisation a demandé plus de temps aux équipes de MSF.

activités

sida : région de guangxi zhuang

MSF-France a mené une mission exploratoire sida de février à mai 2003 dans la région de Guangxi Zhuang. Cette région, qui compte 49 millions d'habitants et a des frontières avec le Vietnam voisin et les provinces chinoises de Yunnan et de Guangdong, est la troisième région la plus touchée en matière de VIH en Chine. La quantité de cas enregistrée est proportionnellement basse par rapport à la population totale, mais le nombre de patients non diagnostiqués et non traités pour des infections opportunistes est très important. Qui plus est, le coût élevé des soins et la relative pauvreté des personnes atteintes excluent largement les Chinois souffrant du sida de l'accès aux soins, sans parler des dépistages et des traitements appropriés.

Un programme de soins et traitements du VIH/sida a été d'abord mis en place dans la ville de Nanning pour piloter les soins cliniques et le traitement par antirétroviraux. Il a démarré à l'arrivée du personnel expatrié fin octobre 2003. Les partenaires locaux sont le centre provincial de la lutte contre les maladies et le département de santé publique. La clinique VIH/sida sert de point d'entrée initial, mais on pense à court terme nouer des liens plus étroits avec les services antituberculeux et prénataux. Un hôpital de référence a été identifié pour les maladies infectieuses, mais l'objectif est d'éviter la sur-hospitalisation. MSF travaille avec le réseau de séropositifs qui démarre en Chine du sud et particulièrement dans la ville de Nanning, et qui apporte un soutien psycho-social, des conseils et une écoute des besoins des patients chinois atteints par le sida dans cette région.

En 2003, des ateliers ont été organisés sur le diagnostic et le traitement clinique des maladies opportunistes, sur la prescription et le suivi de l'usage des antirétroviraux (ARV), les conseils pour le suivi du traitement et les changements d'attitude. La formation en cours au chevet du malade et en consultation se poursuivra avec nos homologues des cliniques locales. Les protocoles médicaux et les dossiers des patients sont en cours de rationalisation entre MSF et ses partenaires locaux. La clinique VIH/sida a été réhabilitée et a ouvert officiellement ses portes en décembre.

Les équipes de MSF ont dû faire face à un certain nombre d'obstacles en 2003 :

- Les autorités chinoises ont ralenti l'ouverture du programme VIH/sida à cause de la crise du SRAS.
- Les personnels composant l'équipe médicale sida n'étaient pas disponibles avant la mi-octobre.
- Des médicaments génériques chinois antirétroviraux sont maintenant utilisés dans le Guangxi avec des protocoles non qualifiés et non recommandés. Cela signifie que le groupe de patients initial comprend plusieurs malades ayant déjà été exposés aux ARV et que les conseils de conformité au traitement ont été mis en place plus tôt que prévu (c-à-d à l'ouverture de la clinique).
- La bureaucratie chinoise a malheureusement retardé la progression mais, dans l'ensemble, l'équipe travaille à respecter le calendrier prévu.

enfants en difficulté, province de baoji shaanxi

Depuis mars 2001, Médecins Sans Frontières, en collaboration avec le bureau des affaires civiles de la ville de Baoji, prend en charge le séjour temporaire, dans un centre de 45 lits, d'enfants mineurs en difficultés (de 5 à 18 ans) originaires de toute la Chine. La plupart d'entre eux sont référés du centre de détention local, où ils se retrouvent après avoir été raflés dans la rue. MSF leur procure des soins médicaux et psychologiques, un toit, de la nourriture, une assistance sociale et une éducation adaptée.

Le programme a connu certaines difficultés en 2003 : un fort taux de renouvellement parmi les volontaires expatriés et le personnel des affaires civiles, l'épidémie de SRAS et un changement fondamental de la loi chinoise

concernant ces enfants. Les affaires civiles doivent en effet théoriquement passer d'un système répressif à un système d'aide sociale. Ceci est théorique car la nouvelle loi va être promulguée en 2004 et il n'y a pas d'argent pour la mettre en œuvre. Il y a aussi une incitation officielle pour favoriser l'expérimentation par la société civile. En pratique, tout le système continue à résister...

De mars 2001 à décembre 2003, 224 enfants ont été admis dans le centre qui accueille entre 35 et 45 enfants par mois, avec une moyenne de 5 nouveaux arrivants. Certains restent plusieurs mois, d'autres seulement quelques jours ou semaines ; 3 des plus âgés ont pu suivre un enseignement professionnel qui va les aider à trouver du travail ; 2 ont reçu des soins médicaux ou chirurgicaux spécialisés, financés par MSF. 4 enfants handicapés ont été dirigés vers une institution appropriée ; 10 sont rentrés chez eux ou chez des parents : MSF essaie d'établir un lien avec la famille avant de renvoyer l'enfant chez lui. Un psychologue, des éducateurs et un assistant social participent à ces activités de réconciliation. Malheureusement, en mai, l'épidémie de SRAS n'a pas permis à l'équipe de se déplacer dans la province de Shaanxi et les provinces voisines, ce qui a diminué de manière assez brutale le nombre de visites aux familles des enfants. Pour la même raison, les enfants des rues ont souffert d'être fortement stigmatisés car ils font partie de la population flottante, accusée de répandre le SRAS dans la région. En juillet, une nouvelle loi sur les enfants des rues est sortie qui devrait transformer le système de répression envers eux et probablement changer la manière dont MSF a accès à ces enfants, lequel, jusqu'à présent, se réduisait à ce que permettait le centre de détention. Nous avons cherché pendant des mois à aborder les enfants des rues directement, mais nous avons encore du travail pour y parvenir ; cela fait partie des objectifs pour 2004.

gongdong, danian, accès aux soins en zone rurale

Comme nous l'avions prévu l'an dernier, et après sept ans de collaboration avec les districts de Danian et Gongdong, nous avons y cessé en juin 2003 les activités de prise en charge médicales des populations exclues de la région. Les autorités chinoises, après de dures négociations, ont décidé de reprendre ce programme. Elles continuent de payer les salaires du personnel médical des hôpitaux de Danian et Gongdong et avec l'aide d'une compagnie pharmaceutique privée de les approvisionner dans le cadre du système d'exemption des coûts.

En 2004, nous nous proposons d'évaluer ce programme après le départ de MSF et de laisser les autorités chinoises prendre en charge l'accès aux soins des populations des zones reculées de la Chine (la province de Shandong a récemment essayé un projet pilote similaire d'accès aux soins médicaux pour les populations rurales).

perspectives

sida : région de guangxi zhuang

Le programme d'accès aux soins et aux traitements pour les malades atteints du Sida va être poursuivi à Nanning et dans les comtés touchés, selon les principaux axes suivants :

- Apporter des soins et des traitements gratuits de qualité aux malades du sida dans la clinique VIH/sida
- Assurer le suivi du traitement
- Prévenir la transmission du VIH parmi les patients et le personnel vus à la mise en place du programme.
- Faciliter l'accès à des soins plus spécialisés pour les patients souffrant du VIH/sida si besoin est.
- Induire un meilleur accès des groupes à risque aux centres de tests volontaires appropriés
- Construire un réseau avec d'autres ONG pour répondre aux besoins sociaux des patients atteints du VIH/sida
- Fournir le programme en traitements appropriés, abordables, de qualité, bon marché (antirétroviraux et infections opportunistes) et surveiller les dépistages.

A la fin de la première année, une évaluation du programme sera réalisée en vue de l'orienter vers les groupes de plus en plus nombreux de personnes très vulnérables et plus difficiles d'accès. Cela comprendra les comtés ruraux touchés et les groupes urbains sensibles (c'est-à-dire les nombreux malades du sida dans les camps de travail et les centres de désintoxication).

enfants en difficulté, province de baoji shaanxi

Médecins Sans Frontières va continuer à aider les enfants qui se retrouvent à Baoji et sont en danger de devenir des exclus de la société, à exercer leur droit de grandir dans un environnement enrichissant qui leur permette de réaliser pleinement leur potentiel. Nous avons identifié deux endroits où nous pouvons concrétiser ces objectifs. L'un d'eux est le centre des enfants, qui fonctionne depuis 2001, mais demande d'être plus dynamique, et le second, en ville : un centre de jour ouvert pour les enfants, avec accès aux douches, aux soins médicaux et psychologiques et un espace de discussion avec les adultes/éducateurs.

Nous avons pour ambition d'établir un contact direct avec les enfants des rues dans une zone neutre, en dehors d'une institution. Nous offrirons à ces enfants diverses possibilités pour les aider :

- Soit les laisser dans la rue et leur donner les moyens de conserver leur dignité et leurs relations sociales.
- Soit les prendre provisoirement en charge pour les aider à trouver un nouveau sens à leur vie, et leur donner une nouvelle chance de reprendre contact avec leur famille.

La mission en Chine comprend 10 volontaires expatriés et 43 employés chinois.

colombie

Depuis l'arrivée au pouvoir du président Uribe élu en mai 2002, les choses changent en Colombie. S'appuyant sur sa politique « une poigne de fer mais un cœur généreux », il tente de rétablir la présence des forces gouvernementales dans le pays. Il ne s'agit plus d'engager des pourparlers de paix avec les FARC et l'ELN, les deux mouvements de guérilla, mais de « se débarrasser de ces salauds », selon ses propres termes. Bien que la violence semble diminuer, il y a toujours environ 200 municipalités où le maire n'habite pas en ville ; lors des dernières élections locales (septembre 2003), quelque 30 candidats ont été tués par des groupes rebelles de gauche ou de droite. Pourtant, lorsqu'on se déplace dans la province du Tolima, on peut voir que les communautés locales ont davantage de sécurité. Les équipes médicales peuvent visiter les régions rurales, souvent au prix, toutefois, de voir les rebelles remplacés par l'armée, la police et les groupes paramilitaires. Reste à savoir comment les rebelles vont réagir à ce changement de scénario et comment les troupes gouvernementales vont assumer leur nouveau rôle.

Bien que la politique d'Uribe donnent des résultats, les dits-soldats fermiers et autres troupes ayant repris de nombreuses villes rurales, les guérilleros ne sont pas prêts à abandonner la partie aussi aisément. Ils ont attaqué de grands centres urbains, chose rare auparavant (ils s'en tenaient aux régions rurales), et, en réponse aux efforts déployés par Uribe pour les déloger, l'ELN et les FARC ont signé un pacte en vue d'unir leurs forces contre « Uribe et ses troupes paramilitaires ». D'un autre côté, un accord de paix a été conclu avec l'AUC (Groupe paramilitaire de droite), accompagné d'un plan de démobilisation des combattants.

A la fin de l'année, Uribe a encore subi des revers, avec l'échec de son référendum sur ses propositions de réforme politique (réduction de la taille du Congrès, nouveau régime électoral et des partis politiques, rééligibilité du président, etc.) et de réforme fiscale (érigée par le FMI) et l'élection d'un maire de gauche à Bogotá (le premier maire de gauche élu au deuxième poste du pays). La gauche a remporté des mandats de maire ou de gouverneur, d'où un changement du paysage politique qui a pris un aspect plus équilibré. Uribe a gardé le silence sur ces résultats, se montrant mauvais perdant. Du fait de l'échec du référendum, il a dû changer certains ministres partisans de la ligne dure afin de trouver d'autres voies politiques. Par ailleurs, plusieurs généraux de haut rang ont dû être remplacés pour rendre l'armée plus efficace, mesure qui passait par le départ du ministre de la défense.

activités

assistance médico-sanitaire dans le tolima et le cundinamarca

L'objectif général est l'organisation de cliniques mobiles afin de fournir des soins de base aux personnes isolées ou déplacées par le conflit.

L'an dernier, MSF a accru ses programmes au Tolima ; nous avons réalisé des missions d'évaluation dans presque toutes les municipalités de ce département, ainsi que dans une quinzaine de municipalités du Cundinamarca.

Le Tolima et la partie occidentale du Cundinamarca sont des zones stratégiques, car les routes principales allant de Cali et Medellín à Bogotá passent par là. C'est pourquoi tous les acteurs (AUC, FARC, ELN) sont actifs dans cette région, bien que l'on observe, ces derniers mois, une augmentation de la présence des troupes gouvernementales et paramilitaires. Malgré l'importance stratégique de la région et l'instabilité de la situation sécuritaire (l'armée est à présent basée dans toutes les municipalités), le travail que nous accomplissons est bien accepté par tous les acteurs. D'un autre côté, grâce à la présence gouvernementale accrue au Tolima et au Cundinamarca, la situation sécuritaire s'améliore dans les municipalités, aussi les habitants bénéficient-ils d'un meilleur accès aux services médicaux.

MSF a mis sur pied deux équipes de terrain : l'une est intervenue de manière régulière dans cinq municipalités, tandis que l'autre était chargée de missions d'assistance (dans les hôpitaux nécessitant notre présence en raison de problèmes de sécurité) et de missions d'évaluation (analyse des besoins d'intervention).

Au deuxième semestre, nous avons pu accéder à trois zones de la partie occidentale du Cundinamarca où nous avons constaté que les besoins médicaux étaient moins importants qu'au Tolima.

Dans la mesure où nous avons commencé l'année 2003 avec deux équipes, nous avons pu effectuer plus de 25.000 consultations, soit 40 % de plus qu'en 2002.

Nous avons procédé en juillet à une mission exploratoire relative à la santé mentale, identifiée par nos médecins comme le principal problème médical. Les activités dans ce domaine ont démarré au Tolima en décembre.

En 2003, nous avons aussi lancé une deuxième mission exploratoire dans l'Arauca, mais les conditions n'ont pas permis d'ouvrir une seconde mission.

perspectives

Le ministère de la Santé colombien ayant un meilleur accès aux villages du Tolima, nous réduirons nos activités à une visite de routine mensuelle menée par une équipe en deux endroits, avec un volet santé mentale.

L'objectif général sera d'assurer une assistance médicale, dont des services de santé mentale, aux personnes isolées ou déplacées par le conflit armé.

Les objectifs spécifiques seront d'accéder aux populations isolées par le conflit armé ; de maintenir ou restaurer l'accès des populations isolées aux soins de santé ; de fournir des services de santé mentale aux populations isolées ; d'assurer une présence internationale pour contribuer à diminuer cet isolement ; de faire connaître les conséquences du conflit pour les populations ; de lancer une seconde mission dans l'Arauca ; d'utiliser les ressources immédiatement disponibles pour être en mesure d'assurer des interventions d'urgence

L'équipe de MSF en Colombie est composée de 15 employés nationaux et 8 volontaires expatriés.

congo brazzaville

Suite à la reprise des troubles armés en 2002 entre les autorités et les opposants de la région du Pool, qui avaient conduit à la fermeture de la région du Pool et au déplacement de 80.000 personnes vers Brazzaville, un accord de paix est signé entre le gouvernement et le Conseil National de Résistance, le 17 mars 2003. Il s'agit d'une réaffirmation des accords signés en novembre 1999 à Pointe Noire et en décembre 1999 à Brazzaville.

Depuis le printemps 2003, le processus de retour à la paix dans le département du Pool piétine. Les plans d'aide, qu'ils soient pour la réinsertion des ex-combattants ou pour le retour des populations déplacées dans leur village d'origine, ne sont toujours pas opérationnels. Le Pool reste une zone d'insécurité. Les incidents multiples ciblant le train de fret Pointe Noire-Brazzaville perturbent les activités économiques tant sur la capitale que dans le Pool. Les acteurs humanitaires présents dans la zone ont été à plusieurs reprises victimes de pressions, d'intimidations, de vols et de violences de la part d'ex-combattants.

En fin d'année 2003, le pouvoir du président Denis Sassou Nguesso semble fragilisé : de nombreux incidents armés ont eu lieu à Brazzaville, l'affaire des disparus du Beach n'est toujours pas réglée, le FMI a fait un bilan désastreux de la gestion de l'Etat. Le Président renforce son réseau en multipliant les déplacements à l'étranger et en signant diverses conventions internationales. La situation géopolitique du Congo Brazzaville est volatile sur fond d'un conflit oublié, d'une crise socio-économique chronique et d'un état policé.

activités

victimes de violences sexuelles

Depuis quatre ans, MSF travaille à l'hôpital de Makélékélé où les femmes victimes de violences sexuelles peuvent bénéficier de consultations médicales gratuites (soins, pilule du lendemain, traitement préventif des MST, dépistage VIH, réduction des risques de séropositivité...) et d'un soutien psychologique. Ce dernier a été renforcé par des psychothérapies individualisées et une attention particulière portée aux enfants des personnes prises en charge et aux enfants nés du viol. On a continué à renforcer les réseaux associatifs permettant un soutien social efficace, une aide pour les démarches administratives (enfants nés du viol, dépôt de plainte, lien avec d'autres associations sur Brazzaville).

Dans l'objectif d'élargir toutes ses activités à un second centre de référence, une prise en charge identique à celle offerte à Makélékélé est proposée à l'hôpital de Talagāi, au nord de Brazzaville, depuis janvier 2003.

Sur les deux lieux de consultation, les équipes reçoivent en moyenne 30 patientes par mois.

Tout au long de l'année, nous avons noté une évolution du profil des agressions : celles commises par des agresseurs en tenue militaire diminuent, les violences intra-familiales ou de proximité augmentent, actuellement 65 % des personnes victimes sont des mineures.

urgence déplacés du pool - mindouli

Le « centre sportif de Brazzaville », structure de santé ambulatoire pour les personnes déplacées du Pool, ouvert en octobre 2002, a fermé ses portes le 19 juillet 2003. MSF y prenait en charge la population déplacée par la guerre afin de réduire la mortalité et morbidité liées aux maladies courantes : soins des malades en ambulatoire au centre sportif ; rédaction des certificats médicaux en cas de violences et d'exactions ; soutien en matériel et médicaments apporté aux services hospitaliers pour permettre les soins des populations déplacées ; suivi épidémiologique des patients.

15.600 consultations et un millier de références hospitalières ont été réalisées au centre en 2003.

Après plusieurs mois de non accès au département du Pool, deux sections de MSF réouvraient la route Brazzaville-Mindouli en avril 2003 lors d'une mission exploratoire. Une mission d'urgence a été ouverte depuis juin 2003 dans le district de Mindouli : campagne de vaccination (6400 polio, 8200 rougeole), 11 sites de cliniques mobiles, soutien à l'hôpital de référence, en moyenne 3000 consultations et 250 hospitalisations par mois.

bétou

Ouvert en octobre 2000, ce programme a pour ambition de réduire la mortalité et morbidité liées aux pathologies courantes pour la population du district de Bétou, dont la majorité est réfugiée, originaire des pays voisins, la République Démocratique du Congo et la République Centrafricaine.

Des soins hospitaliers et chirurgicaux sont apportés sur le centre de santé intégré (CSI) de Bétou. Neuf mois de travaux herculéens ont permis de restructurer l'hôpital et de démarrer la chirurgie programmée (octobre 2003).

Des soins ambulatoires et des lits d'observation sont offerts sur les dispensaires d'Eboko et Boyélé.

Des consultations pré et post natales sont effectuées et les références sur le CSI de Bétou sont renforcées à travers les équipes mobiles sur le fleuve.

La vaccination a été renforcée sur le CSI et les deux dispensaires du fleuve (tous les jours). Des vaccinations ponctuelles sont réalisées à travers les équipes mobiles. Une enquête de couverture vaccinale a été réalisée en décembre.

Le maintien de la qualité de l'eau a été effectué sur les endroits avec forte concentration de populations.

Pour réduire la mortalité liée au paludisme, tous les malades sont traités avec des bi-thérapies à base de composants dérivés de l'artémisinine.

Enfin pour faciliter l'accès aux soins pour la population **pygmée**, des soins en conditions acceptables sont apportés à cette population minoritaire, victime d'une forte discrimination.

Ce programme médical s'inscrit dans le cadre du Programme National de Développement Sanitaire tout en restant hors du recouvrement des coûts. Cette année un rapprochement significatif a été concrétisé avec les autorités sanitaires.

En moyenne, nous avons réalisé mensuellement 5.000 consultations sur la zone, 230 hospitalisations, et 40 interventions chirurgicales depuis fin octobre.

perspectives

Dépendant de l'évolution politico-militaire, nous devons être prêts à répondre à une situation d'urgence dans Brazzaville.

Les traitements anti-paludéens dérivés d'artémisinine ont été introduits dans les programmes MSF en 2003. Les résultats de ce travail seront présentés aux autorités sanitaires afin d'initier un changement de protocole national.

Par ailleurs, les programmes en cours seront poursuivis.

victimes de violences sexuelles

Nous allons poursuivre le programme de prise en charge des victimes de violences sexuelles à Brazzaville et réaliser une évaluation après quatre ans d'activité :

- Soigner les conséquences somatiques et psychologiques de la violence sexuelle.
- Evaluer le programme : après quatre ans d'activité, tirer les conclusions de la qualité de prise en charge et des modalités de fonctionnement du programme, tant dans le soin clinique que psychologique, afin de définir éventuellement une stratégie de désengagement.
- Renforcer notre collaboration avec les réseaux associatifs permettant une référence sociale.
- Impliquer le ministère de la santé dans la problématique des violences sexuelles : intégrer la prise en charge des victimes de violences sexuelles dans l'offre de soins des hôpitaux de Brazzaville gratuitement.

bétou

Dans le cadre du programme déjà en place :

- Réduire la mortalité et la morbidité liées aux pathologies graves : apporter des soins hospitaliers dans le Centre de Santé Intégré de Bétou, des soins ambulatoires et lits d'observation sur les dispensaires d'Eboko et Boyélé.
- Chirurgie : prendre en charge les interventions chirurgicales d'urgence et programmées ; assurer la formation de l'équipe chirurgicale de Bétou.
- Réduire la mortalité et morbidité liées à la grossesse en fournissant des consultations pré et post natales et renforcer les références sur le CSI de Bétou à travers les équipes mobiles sur le fleuve.
- Réduire la mortalité et morbidité liées aux maladies évitables par vaccination : établir un point fixe de vaccination à Bétou et Boyélé, organiser une campagne de rattrapage tous antigènes sur le district.
- Faciliter le retour du ministère de la Santé dans le district : intégrer nos activités au développement de la carte sanitaire du département de la Likouala.

mindouli – département du pool

Nous allons poursuivre le programme démarré à Mindouli en juin 2003, pour la population du district :

- Réduire la morbidité et la mortalité liées aux pathologies graves en périphérie : assurer les soins en cliniques mobiles dans le district, autant que la sécurité le permet ; recréer les points de santé fixes en respectant la carte sanitaire en fonction de l'affectation des agents de santé de l'Etat, et fournir l'approvisionnement adéquat ; assurer la référence vers l'hôpital de Mindouli.
- Réduire la morbidité et mortalité au sein de l'hôpital de Mindouli : assurer l'approvisionnement de l'hôpital, soutenir financièrement l'équipe hospitalière, encadrer les personnels du ministère de la santé en collaboration avec le médecin chef.
- Témoigner des exactions et problèmes de santé liés aux combats et aux déplacements de populations : assurer une vigilance en particulier eu égard au respect des principes directeurs relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays.

La mission au Congo Brazzaville est mise en œuvre par 125 employés nationaux et 12 volontaires expatriés.

corée (s)

L'année 2003 a été marquée, une fois encore, par la poursuite des problèmes de pénurie alimentaire pour la population nord-coréenne. L'accès à l'aide pour le commun des Nord-Coréens est resté impossible malgré les donations du Programme Alimentaire Mondial et de pays comme la Corée du Sud, le Japon.

Les réformes économiques introduites en juillet 2003 ont officiellement abrogé le système de distribution publique et instauré un nouveau système de salaires et de prix, censés refléter les coûts réels de production. Les salaires, théoriques, restent impayés. Les conséquences sont une inflation galopante et une réduction drastique des moyens de subsistance alternatifs qui s'étaient développés autour des marchés noirs, de plus en plus contrôlés. De plus, les prix pratiqués sur ces marchés noirs sont tellement élevés que seule la classe dirigeante peut y avoir accès.

Les Nord-Coréens continuent donc de fuir vers la Chine frontalière les privations et les violences orchestrées par le régime de Pyongyang. De plus en plus désillusionnés, les réfugiés sont aussi plus ouvertement critiques du système qu'ils tentent de fuir.

Tout au long de l'année, en Chine, la traque systématique des réfugiés nord-coréens, considérés comme migrants illégaux par les autorités chinoises, n'a fait que s'accroître. Des centaines ont été rapatriés tous les mois depuis chacun des postes frontières chinois avec la Corée du Nord. Une grande partie des réseaux d'aide a été démantelée et leurs membres, Chinois comme étrangers, lourdement pénalisés et emprisonnés. L'espace d'assistance à la frontière chinoise est aujourd'hui presque nul, et la Chine n'est plus qu'une extension de l'enfer pour les Nord-Coréens qui y subsistent, pourchassés comme des rats. 2003 a aussi vu la traque des réseaux se formaliser de plus en plus. Il semble aujourd'hui que ce soit même une priorité.

Poussés par les difficultés financières et physiques pour atteindre un pays tiers, des réfugiés ont ouvert une nouvelle « route » pour fuir la Chine : celle des ambassades. Plus d'une centaine de Nord-Coréens seront parvenus, à rallier la Corée du Sud en se précipitant dans des représentations diplomatiques en Chine et sollicitant leur protection. Plus de 1000 autres Nord-Coréens sont arrivés en Corée du sud en 2003 par les voies plus « traditionnelles » (Mongolie, Thaïlande, Cambodge, Vietnam), portant à plus de 3100 le nombre de transfuges présents à fin 2003 en Corée du sud (chiffres officiels). Il semble aussi que de nouvelles routes par la Birmanie, suite au durcissement des autorités thaïlandaises, se soient ouvertes. La Mongolie reste une option même si l'histoire d'un camp de réfugiés sur la frontière est aujourd'hui abandonnée.

En Corée du sud, la « sunshine policy » continue de sous-tendre les relations et toutes les décisions politiques concernant la Corée du nord. Les pourparlers sur le désarmement nucléaire de ce pays sont à ce jour au point mort et ne représentent, pour beaucoup, qu'un vernis sémantique et opaque masquant la pourriture du régime de Pyongyang, et bien pratique pour éviter de répondre aux questions sur l'aide massive qui est encore prévue en 2004 et son objectif de tout faire pour empêcher un effondrement peu souhaité pour tous les acteurs impliqués.

activités

Médecins Sans Frontières avait été contraint de suspendre, en 1998, ses activités en Corée du nord, par manque d'accès libre à la population. Un travail simultané d'assistance aux réfugiés nord-coréens en Chine et de recherche sur le déploiement de l'aide alimentaire en Corée du Nord a été entrepris en 1999 et s'est poursuivi depuis. Aujourd'hui, le projet d'assistance aux populations nord-coréennes est un programme régional d'aide en faveur des Nord-Coréens, développé en étroite collaboration avec des réseaux d'aide locaux dans plusieurs pays de la région. En 2003, plus de 900 Nord-Coréens en ont bénéficié.

Ces activités sont gérées depuis la Corée du Sud à Séoul, la capitale, en coopération ponctuelle avec les chefs de mission de Chine et Thaïlande et avec le siège à Paris. La mission MSF a ouvert à Séoul en février 2002, et compte quatre expatriés (un psychologue, un médecin, un coordinateur médical, un chef de mission) assistés d'une équipe locale sud coréenne (une assistante administrateur, un pool de traducteurs (3) et un chauffeur).

L'action de MSF en 2003, comme en 2002, a comporté différents volets :

assistance à l'intérieur de la corée du nord

MSF fournit de manière officieuse un approvisionnement alimentaire et médical régulier à des familles nord-coréennes et à un orphelinat. L'idéal serait évidemment une assistance délivrée directement aux bénéficiaires dans le pays. MSF a adressé aux autorités nord-coréennes des demandes pour des missions exploratoires mais elles sont à ce jour restées sans réponse.

soutien aux nord-coréens réfugiés en chine et dans des pays tiers

- Un soutien d'urgence est apporté en Chine en faveur de réfugiés nord-coréens logés dans des abris clandestins situés le long de la frontière sino-nord-coréenne (logement, vêtements, nourriture...)
- La deuxième moitié de 2003 a vu notre retour physique en Chine avec beaucoup de prudence. Il s'agissait de

- visites de monitoring et de suivi des actions de soutien que nous y menons.
- Des réponses ont été apportées à des demandes médicales et psychologiques ponctuelles d'assistance à des réfugiés dans la clandestinité en Chine ou dans des pays tiers.
- 2003 a vu également l'augmentation de notre soutien aux Nord-Coréens réfugiés en Russie (logement, vêtements, nourriture...)

soutien aux nord-coréens réfugiés en corée du sud

- MSF apporte un soutien à l'installation en Corée du Sud de certaines familles particulièrement vulnérables.
- Un programme d'assistance médical et psychologique entamé en 2002 a vraiment démarré en 2003 à Séoul (afin de réaliser le lien entre les réfugiés en mal d'assistance et sans réelle information et le système national médical et psychologique).
- MSF a participé à quelques forums universitaires dans un but d'information des professions concernées.

recueil d'informations et témoignages

- Une documentation systématique est réalisée de la situation générale et sanitaire en Corée du Nord, des récits de fuite des réfugiés Nord-Coréens et des politiques d'accueil des pays tiers (Thaïlande, Mongolie) et de la Corée du Sud. Ce recueil d'informations permet de continuer à documenter la réalité nord-coréenne alors que MSF n'y est plus présent, de consolider notre connaissance des réseaux de soutien aux réfugiés et de questionner la pertinence de nos opérations d'assistance.
- Ce travail permet aussi de maintenir un dialogue de manière continue, publique ou privée, avec des journalistes, des universitaires, des politiciens, des activistes de défense des droits de l'homme, des Nations-Unies, etc. sur la situation des populations nord-coréennes. En 2003, MSF a participé à des colloques et conférences, permettant de continuer soulever la question de la responsabilité du HCR (Haut Commissariat des Nations-Unies pour les Réfugiés) et des Etats dans leur rôle sur la protection des réfugiés.
- Ce travail a enfin permis d'alimenter le travail de recherche assuré avec la Fondation MSF depuis 2000. Il a donné lieu en 2003 à un rapport sur le sort des réfugiés nord-coréens en Chine et un article pour l'ouvrage « A l'ombre des guerres justes » publié par la Fondation Médecins Sans Frontières en 2003. Enfin, un ouvrage, élaboré à partir de témoignages, rédigé par S. Delaunay et M. Buissonnière est en cours de publication.

perspectives

Alors qu'il faut constater l'impossibilité de retravailler dans un avenir proche en Corée du Nord et les obstacles majeurs à une assistance en Chine aujourd'hui, les objectifs pour l'année 2004 sont les suivants :

- Développer autant que faire se peut les opérations d'assistance en Chine, en particulier médicales, avec des visites ponctuelles de l'équipe médico-psychologique, et la recherche localement de partenaires qui pourraient assurer un suivi approprié.
- Poursuivre l'assistance ponctuelle aux réfugiés en Thaïlande et l'exploration des possibilités d'assistance dans les autres pays tiers (Mongolie, Cambodge spécifiquement).
- Définir une réelle politique d'intervention (critères, typologie...) en Corée du Sud.
- Favoriser l'installation de certaines familles de réfugiés vulnérables en Corée du Sud et dans les pays tiers.
- Développer notre connaissance du système de couverture de santé en Corée du Sud et affiner notre offre d'aide.
- Poursuivre le recueil de témoignages des réfugiés Nord-Coréens et continuer à documenter la politique d'accueil des réfugiés hors de Corée du Nord. Exploiter par écrit les informations de terrain accumulées ces trois dernières années en vue de nouvelles publications.
- Consolider notre coopération avec les différents réseaux d'assistance aux Nord-Coréens (ONG sud-coréennes, japonaises, coréennes-américaines, mongoles et thaïlandaises)
- Poursuivre un travail de lobbying individuel ou par voie de médias auprès des instances concernées par la question nord-coréenne : agences des Nations-Unies, gouvernements, Union Européenne, organisations de défense des droits de l'homme, etc.
- Se questionner continuellement sur la validité du positionnement MSF et ses risques.
- Evaluer les possibilités de retourner en Corée du Nord (comme chaque année).

La mission ne devrait pas voir d'augmentation en 2004.

L'équipe est composée de 4 volontaires expatriés et de 5 employés coréens basés à Séoul.

côte d'ivoire

Un coup d'Etat échoue le 19 septembre 2002 à Abidjan. Très vite la ville de Bouaké et d'autres villes du nord et de l'ouest tombent aux mains de factions rebelles. Le pays se trouve alors divisé entre nord et sud. La situation s'aggrave vite, causant des déplacements de populations à l'intérieur du pays. En octobre, un cessez-le-feu est signé que les troupes françaises sont chargées de maintenir. En janvier 2003, sous l'égide de la France, des accords sont signés à Marcoussis (France) entre partis d'opposition et gouvernement du président Gbagbo qui prévoit la mise en place d'un gouvernement de réconciliation nationale dirigé par un premier ministre de consensus, Seydou Diarra. Ce gouvernement tarde à se mettre en place du fait des attermolements et des craintes des uns et des autres, de la persistance de combats de part et d'autre, et surtout d'une insécurité dans l'ouest du pays.

En juillet 2003, les forces de l'armée régulière et les forces nouvelles (FN, dites ex-rebelles) annoncent la fin de la guerre. Au cours du premier semestre 2003, malgré l'amorce d'un processus de conciliation, la situation politique reste très instable et particulièrement tendue ; les deux parties en conflit ne parviennent pas à s'accorder sur le choix des ministres de la défense et de l'intérieur. Le 12 septembre, Gbagbo choisit de désigner R. Amani et M. Bléou pour occuper ces deux postes, ce qui provoque de vives contestations du MPC (ex-faction rebelle du nord) qui décide alors de suspendre sa participation au sein du gouvernement et se replie à Bouaké.

En octobre, le conflit se durcit alors que Guillaume Soro (leader du MPC) demande la démission du président Gbagbo. Le président du FPI (le parti de Gbagbo) accuse la France de réorganiser et d'alimenter la rébellion. La tension monte jusqu'à décembre et une reprise du conflit semble imminente lors de la tentative (avortée) de percée vers le nord d'un groupe de l'armée régulière ivoirienne. Toutefois, sollicités par le président Gbagbo en vue de renouer le dialogue, les FN acceptent de reprendre les pourparlers avec le gouvernement ; les discussions qui se sont tenues récemment à Bouaké et à Yamoussoukro ont finalement abouti à un accord sur le regroupement des armes lourdes et le début d'une levée des barrages à l'entrée et à la sortie des villes.

Malgré ces dernières avancées, la stabilité du pays reste extrêmement fragile et les accords de Marcoussis, censés harmoniser les relations entre les parties en conflit, sont encore bien loin de constituer le socle d'une réconciliation concrète et durable.

activités

Dans ce contexte, MSF avait ouvert en octobre 2002 un programme médico-chirurgical dans l'hôpital de **Bouaké** en « zone rebelle » dont les activités ont été poursuivies tout au long de 2003.

En décembre 2002, nous avons démarré un programme médical à Daloa pour nous rapprocher des zones particulièrement sensibles où les populations vivaient enclavées et exposées à des violences qui ont duré jusqu'en mai 2003. Au fur et à mesure que les conditions de sécurité le permettaient, nous avons progressivement déplacé nos activités médicales sur l'axe ouest, de **Daloa** en direction de la frontière libérienne pour ouvrir de nouveaux projets à **Guiglo** puis à **Toulépleu**. D'autre part, alors que la guerre civile se durcissait au Liberia, environ 20.000 personnes ont traversé la frontière au printemps 2003 pour chercher refuge en Côte d'Ivoire, se répartissant sur 200 km dans les villages frontaliers. En réponse, nous avons ouvert en phase d'urgence un programme de prise en charge médicale et sanitaire dans deux villages du district de **Tabou** accueillant ces réfugiés.

En 2003, nous avons poursuivi nos activités au sein de la **MACA** (prison d'Abidjan) où le nombre des détenus est resté élevé et où les conditions de détention se sont dégradées au cours de l'année.

la maca (maison d'arrêt et de correction d'abidjan)

MSF intervient dans la MACA depuis 1997. Le nombre de détenus (environ 5500) est relativement stable depuis septembre 2002 en dépit de la capacité d'accueil (officiellement 1500 places). Bien que les procédures de remise en liberté aient repris au compte gouttes en 2003, le flux des entrées et sorties s'équilibre, et malgré l'amnistie fin 2003 d'environ 1200 détenus, cela laisse présager que le nombre de détenus restera important en 2004.

Les tensions politiques et les différents événements de l'année 2003 ont eu des répercussions directes sur les conditions de détention. L'équipe de direction de la MACA s'est montrée réticente à faire pression auprès de ses ministères de tutelle (justice et santé) pour améliorer les conditions de détention, redoutant des représailles dirigées contre ses membres. Pendant cette période, les rations alimentaires étaient insuffisantes et de qualité médiocre, les coupures d'eau fréquentes, avec des conséquences directes sur la santé et l'hygiène. Lorsqu'en fin d'année les coupures d'eau se sont prolongées, les tensions dans la prison ont fortement augmenté jusqu'à faire craindre l'émergence d'une mutinerie.

Les conditions sanitaires étant d'une extrême fragilité, l'équipe logistique MSF a renforcé ses activités et s'est investi plus particulièrement en 2003 pour sécuriser au quotidien l'approvisionnement en eau.

Nous avons conservé une vigilance particulière sur les populations particulièrement vulnérables (détenus non originaires d'Abidjan ou étrangers isolés de leur famille, personnes âgées...) et avons poursuivi nos activités de dépistage actif et de prise en charge des malnutris. Du fait de carences alimentaires généralisées et de l'apparition dès fin 2002 d'un nombre important de cas de Béribéri, nous avons distribué un apport nutritionnel supplémentaire deux fois par semaine.

Si MSF a choisi de rester peu impliqué dans les consultations externes qui sont sous la responsabilité de l'équipe du ministère de la santé, nous avons continué d'approvisionner en médicaments la pharmacie de la MACA et mis en place un système de DOT (observance directe de la prise des médicaments) pour la délivrance des traitements. Nous avons poursuivi nos activités de consultations auprès des personnes sous « mandats de dépôt », continué de prendre en charge l'ensemble des activités médicales du service d'hospitalisation et d'assurer les références vers des structures hospitalières extérieures quand nécessaire. Fin 2003, quatre malades à tuberculose multirésistante ont été pris en charge. Ayant constaté cette année une dégradation de la qualité de la prise en charge des malades tuberculeux dans le Centre Anti-Tuberculeux, nous nous investissons davantage dans ce service en 2004.

tabou

Fin mai 2003, les réfugiés libériens se sont rassemblés dans des villages difficilement accessibles pendant la saison des pluies, sans abri, sans aide médicale, et pouvant, dans ce contexte, devenir la cible de groupes de jeunes nationalistes ivoiriens, promoteurs de « chasse à l'étranger ». Dès l'arrivée des réfugiés dans la zone de Tabou, dans trois villages frontaliers qui accueillent un nombre important de familles, nous avons distribué des bâches pour les plus vulnérables et ouvert un programme sanitaire et d'accès aux soins. Une fois la période de crise terminée, nous avons fermé ce programme après passation à IRC (International Rescue Committee).

guiglo/toulepleu

L'avancée des forces d'interposition françaises sur l'axe ouest en direction de la frontière libérienne nous a conduits à fermer le programme à Daloa où la situation s'est normalisée avec la relance d'activités dans les structures publiques de santé, et à en ouvrir un en mai 2003 à Guiglo et un en juin à Toulepleu. Ces ouvertures sont liées à la situation nutritionnelle et aux déplacements de populations dans cette région dont les habitants ont été particulièrement isolés du reste du pays pendant les huit mois qui ont suivi le coup d'Etat, un grand nombre d'entre eux ayant été exposés à des violences. Aujourd'hui, cette zone est encore très instable en raison de la proximité avec le Liberia en guerre ; en fonction de l'évolution du conflit voisin, la région continue d'accueillir parfois des combattants du MODEL (libérien), alliés de l'armée régulière ivoirienne. Cette région reste aussi très sensible du fait que des populations ivoiriennes d'origine burkinabé (installées pour certaines depuis quatre générations dans la région), se sentant menacées, sont toujours regroupées dans la périphérie de Guiglo. Ce n'est donc pas pour nous le moment d'envisager un retrait.

En mai, le programme de **Guiglo** a démarré par une campagne de vaccination contre la rougeole, ce qui a permis de dépister un grand nombre d'enfants malnutris et nous a conduits à ouvrir à Guiglo un CNT (centre de nutrition thérapeutique) et un centre de consultations externes. Un mois plus tard, les conditions de sécurité ont permis de démarrer aussi des consultations externes dans l'hôpital de **Toulepleu**, déserté par le personnel médical du ministère de la Santé. Etant donné l'enclavement de ce village et les difficultés de référence vers une structure hospitalière, nous avons ouvert un service d'hospitalisation avec, dans un premier temps, une quinzaine de lits.

En octobre, l'hôpital de Guiglo étant à nouveau fonctionnel et le nombre d'enfants malnutris admis dans notre CNT en large diminution, nous avons fermé notre service de consultations et transféré nos activités nutritionnelles vers Toulepleu où aucun accès aux soins n'est possible en dehors de MSF.

Par ailleurs, l'ONG Merlin, officiellement en charge d'assurer l'accès aux soins des 7000 déplacés regroupés par les Jeunes Patriotes et l'armée ivoirienne dans le camp de Nikla, en périphérie de Guiglo, a subitement stoppé ses activités en novembre. Les déplacés restent très vulnérables, complètement dépendants de l'aide extérieure et peuvent devenir la cible de nouvelles violences. Nous avons donc réouvert un espace de consultations à proximité de Nikla pour les déplacés, accessible également pour les habitants de Guiglo.

bouaké

Suite à la tentative de coup d'Etat, nous avons ouvert un programme dans l'hôpital de Bouaké, deuxième ville du pays (environ 400.000 habitants), sous contrôle du MPCI, en septembre 2002. Notre implication dans l'hôpital - l'unique hôpital de référence pour la ville et ses environs - s'est poursuivie et intensifiée en 2003. La cristallisation du conflit n'a en effet pas permis une reprise de l'activité médicale par les équipes du ministère de la santé. Le personnel médical ivoirien est encore peu présent, la majorité n'ayant pas réintégré son poste (les cadres en l'occurrence). MSF a assuré le fonctionnement des services de santé répondant aux besoins essentiels de la population. Nous avons continué de prendre en charge les consultations externes, la médecine générale, la pédiatrie, la chirurgie. De plus, après une interruption de plusieurs mois (mars/septembre 2003) due à de sérieuses difficultés à travailler en bonne collaboration avec le personnel affecté à ce service, nous avons réinvesti la maternité et repris en charge la chirurgie gynéco-obstétrique, en ouvrant un troisième bloc opératoire.

Par ailleurs, nous avons conservé les consultations externes dans deux cliniques (Belleville et Dar-Es-Salaam), situées dans des quartiers précaires de la ville, consultations menées par une équipe qui intervient en alternance trois jours par semaine dans chacun des sites.

Si nécessaire, les patients sont référés vers l'hôpital de Bouaké.

perspectives

maca

L'ambition reste en 2004 de prévenir au maximum la dégradation du statut médical, nutritionnel et sanitaire de cette population en renforçant principalement notre action auprès des détenus identifiés comme vulnérables.

Ces objectifs se déclinent selon deux axes : garantir des conditions sanitaires et de prise en charge médicale convenables ; soutenir l'usage de procédures judiciaires acceptables dans le cadre de la mise en détention et pendant la durée d'incarcération.

On peut ajouter deux objectifs particuliers dans chacun de ces axes : identifier d'autres associations/organismes pouvant à terme s'impliquer et reprendre certaines des activités menées aujourd'hui par MSF (exemple : activités logistiques, programme nutritionnel...) ; soutenir, autant que possible, la mise en liberté des mineurs détenus en poursuivant le travail social de lien avec les familles et les instances judiciaires

guiglo/toulepleu

Nous allons continuer en 2004 à offrir une couverture médicale pour des populations vulnérables habitant dans la région :

- populations déplacées dans la périphérie de Guiglo :
 - Service de consultations externes ouvert 6 jours par semaine, accessible également à la population résidente
 - Références vers l'hôpital de Guiglo/ou Daloa si nécessaire.
- populations de Toulepleu :
 - Consolider les activités médicales dans l'hôpital de Toulepleu : dans le service de consultations externes, le service d'accouchement (3 lits maternité) et de consultations pré/post-natales, le service de médecine générale (16 lits d'hospitalisation), le service de pédiatrie (20 lits d'hospitalisation + 20 lits CNT), le service de vaccination selon le calendrier du programme de vaccinations au sein de l'hôpital de Toulepleu
 - Références vers l'hôpital de Guiglo/ou Daloa si nécessaire

Une campagne de vaccination contre la rougeole sera menée dans cette région avec une équipe mobile qui aura aussi à dépister et prendre en charge les enfants malnutris qui seront référés dans le CNT de Toulepleu.

Nous resterons également vigilants et réactifs aux besoins médicaux des populations vulnérables autour de Bangolo, Bin-Houyé et Taï, et définirons une stratégie d'intervention si nécessaire.

En avril 2004, les autorités médicales et administratives annoncent leur retour pour mai. MSF s'oriente à ce jour vers une fermeture du programme après passation aux autorités.

bouaké

Nous poursuivons le travail dans l'hôpital de Bouaké afin d'offrir un accès aux soins de qualité pour la population de la ville. La présence d'une équipe MSF au sein du CHU de Bouaké permettra le maintien des services essentiels de cet hôpital : consultations externes, médecine générale d'urgence, pédiatrie, chirurgie, maternité/gynéco-obstétrique ; nous mettrons en fonction d'une pharmacie centrale approvisionnée par MSF ; et poursuivons l'encadrement et le paiement du personnel hospitalier présent dans l'hôpital.

Nous continuerons aussi à offrir un accès aux soins pour les habitants des quartiers précaires de Dar-Es-Salaam et Belleville avec un service de consultations externes ouvert 6 jours/semaine dans chaque clinique, des références vers l'hôpital de Bouaké si nécessaire, une surveillance épidémiologique permettant, via l'analyse des données recueillies, de détecter l'émergence de pathologies à potentiel épidémique.

Nous allons également documenter et témoigner des conséquences du conflit sur les populations civiles

Depuis son ouverture, nous nous sommes positionnés en faveur d'une fermeture rapide de ce programme de Bouaké dès que les autorités sanitaires et l'ensemble du personnel médical seront en mesure de reprendre les activités de l'hôpital, au moins telles qu'elles sont aujourd'hui. Si aucune résolution du conflit ne se profile, nous serons conduits à poursuivre les activités médicales et chirurgicales sur l'ensemble de l'année 2004. Dans cette configuration, l'équipe doit rester vigilante sur les risques de dégradation de l'état nutritionnel et de santé de certaines populations vulnérables, et les possibles mouvements de populations. D'autre part, si les combats devaient reprendre, nous serions probablement amenés à réduire (évacuer ?) nos équipes tout en essayant d'assurer un minimum d'activités en lien avec la chirurgie de guerre.

La mission Côte d'Ivoire est mise en oeuvre par 27 volontaires expatriés et 334 employés ivoiriens.

éthiopie

Marquée par des années de guerre et une pénurie alimentaire chronique, l'Éthiopie reste l'un des pays les plus pauvres de la planète, confronté à des problèmes structurels majeurs le rendant très dépendant de l'aide extérieure, notamment dans le secteur de l'agriculture.

La problématique alimentaire est toujours très présente. Les trois dernières années ont été marquées par la sécheresse aussi le gouvernement a continué à solliciter l'aide internationale, annonçant 13 millions de personnes menacées par la famine en 2003. S'il est vrai que certaines régions ont vu apparaître des poches importantes de malnutrition, compte tenu de l'étendue géographique du pays et des difficultés d'accès à certaines zones très isolées, il reste toujours complexe d'évaluer et de documenter cette problématique pour y apporter une réponse adéquate, au bon endroit et au bon moment.

Pour faire face à ce problème récurrent d'insécurité alimentaire, le gouvernement éthiopien a projeté cette année un nouveau plan de « déplacement de populations ». Il est prévu, sur une période de 3 ans (2003-2005), de déplacer 2,2 millions de personnes pour leur donner accès à des terres plus fertiles que celles d'origine, où ils seront susceptibles d'assurer leur autosuffisance alimentaire. Si ce projet est aujourd'hui financé dans sa totalité par l'État, il semble bien que le gouvernement cherche rapidement à convaincre les bailleurs internationaux du bien-fondé de ce programme.

Par ailleurs, les pluies des derniers mois de 2003 ont été accompagnées d'apparition dans certaines régions d'altitude de cas de paludisme. De nombreuses zones de moyenne et basse altitudes ont connu une forte recrudescence des cas de paludisme jusqu'à déclarer une épidémie.

activités

En 2003, MSF a continué d'offrir une prise en charge médicale aux malades tuberculeux se présentant au centre anti-tuberculeux de Galaha en zone Afar. D'autre part, au cours d'une mission exploratoire dans le Wellega sur les conditions de réinstallation des populations déplacées, devant la flambée des cas de paludisme dans l'est de cette zone, nous avons décidé, en novembre 2003, d'ouvrir un nouveau programme à Gutten. Si notre première intention a été de traiter les malades, nous avons choisi comme stratégie parallèle de documenter ce phénomène en vue de promouvoir l'utilisation de combinaisons thérapeutiques efficaces à base d'artémisinine (ACT).

galaha

En région Afar, au nord-est de l'Éthiopie, la tuberculose est la seconde cause d'hospitalisation et la première cause de mortalité dans les structures de santé. Le mode de vie semi-nomade des populations Afar, la faible couverture sanitaire de la région et les difficultés d'approvisionnement en médicaments rendent le programme national de lutte contre la tuberculose peu efficace. A Galaha, le centre rural de traitement de la tuberculose diagnostique et traite toutes les formes de la maladie. Depuis 2001, un site installé en plein désert permet d'accueillir les populations Afar, tout en respectant leur mode de vie traditionnel.

Le village de Galaha ne cesse de s'étendre et des familles afars commencent à s'y sédentariser. Plus de 250 daybotas (habitat traditionnel afar) sont aujourd'hui implantées autour du centre anti-tuberculeux. Bien que chaque daybota soit initialement prévue pour accueillir deux personnes (le patient et son accompagnant), nous estimons que la population vivant à Galaha avoisine actuellement 1800 personnes.

Après plus de 2 ans d'effort, nous sommes parvenus à fidéliser le personnel médical éthiopien sur ce programme sur des moyennes et longues durées. Cette évolution positive est notamment due à l'amélioration des conditions de vie, la possibilité pour le personnel non originaire de la région de pouvoir faire un break toutes les six semaines et la consolidation des grilles salariales offrant une rémunération suffisamment attrayante. Cette nouvelle stabilité a permis d'assurer une meilleure continuité dans la prise en charge de nos patients, d'améliorer la qualité des soins dispensés et de limiter le nombre de patients perdus de vue avant la fin du traitement.

En parallèle, pour la première fois depuis l'ouverture de ce programme, le nombre des admissions a progressivement diminué entre avril et novembre 2003. En fin d'année, le programme compte environ 250 patients sous DOT (observance directe du traitement). Au cours de 2003, la proportion des malades venant de la région Afar, largement majoritaires les années précédentes, a diminué. En décembre, la moitié des patients admis dans le programme provenaient de la région Amhara. Le nombre de consultations externes est resté relativement stable sur l'année et nous sommes parvenus à maîtriser le nombre d'hospitalisations mensuelles tel que cela avait été défini dans nos objectifs pour 2003.

La construction des bâtiments en dur devant constituer le futur centre de traitement de la tuberculose a débuté cette année et se poursuivra durant les premiers mois de l'année 2004. Le transfert de nos activités dans cette nouvelle structure devrait pouvoir s'opérer en mars ou avril prochain.

gutten

Ce programme a été ouvert en urgence en novembre 2003 en réponse à une épidémie de paludisme qui a touché cinq régions d'Éthiopie. Après une mission exploratoire sur les conditions de déplacement des populations dans le Wellega, en raison d'une forte incidence des cas de paludisme dans la population résidente, nous avons choisi de cibler spécifiquement la zone de l'Est Wellega (région d'Oromia).

La population destinataire de ce programme est d'environ 45.000 personnes. Le programme tente d'apporter une réponse thérapeutique pour soigner les cas de paludisme simples, compliqués et sévères. Malheureusement notre intervention est restée jusqu'à présent très limitée du fait qu'aucun traitement de première ligne permettant de lutter efficacement contre le paludisme n'est encore disponible en Éthiopie. Les forts taux de résistance aux traitements à base de chloroquine et/ou fansidar, préconisés dans le protocole national, sont élevés. Malgré notre insistance auprès des autorités éthiopiennes et en dépit des recommandations de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) en cas d'épidémie déclarée, nous n'avons pu jusqu'ici obtenir du gouvernement éthiopien l'autorisation d'importer des ACT (combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine).

De ce fait, nos équipes ont été contraintes d'utiliser majoritairement la quinine en première intention pour traiter les patients qui se présentaient dans nos consultations. Bien que l'épidémie, au niveau national, soit supposée avoir régressé à partir de début décembre 2003, nous avons constaté à Gutten que notre activité était toujours aussi importante et risquait de le rester jusqu'à fin janvier 2004.

En parallèle, un second objectif tout aussi essentiel s'est inscrit à moyen terme dans le cadre de notre intervention : pouvoir utiliser les ACT dans l'ensemble de nos programmes pour soigner les patients. Cette étape est incontournable pour espérer une réponse adéquate en cas d'épidémie future.

En l'absence de traitements ACT pour répondre à une nouvelle recrudescence du paludisme, attendue à partir de mars 2004, et sachant que globalement l'accès aux soins pour la population est très précaire, nous envisageons de rester fortement impliqués sur cette problématique.

perspectives

galaha

MSF va continuer à garantir une prise en charge médicale de qualité pour les malades tuberculeux se présentant au centre de traitement de la tuberculose de Galaha. Les axes principaux seront cette année entre autres d'ouvrir le service de consultations externes 6 jours/7 ; de réactualiser les techniques de tests de laboratoire ; d'ouvrir un service d'hospitalisation adulte pour les pathologies graves ; un service d'hospitalisation pédiatrique, incluant une activité nutritionnelle thérapeutique ; de terminer la construction du centre anti-tuberculeux et d'étudier la faisabilité d'une prise en charge des malades atteints du sida.

Il nous paraît important de mettre par écrit les résultats de cette expérience thérapeutique singulière : pour cela, nous allons documenter l'évolution de la société de Galaha pour mieux comprendre l'impact socio-économique et l'influence culturelle qu'ont générés la création de ce programme et la rencontre des équipes MSF avec les populations vivant en région Afar ; documenter et analyser le programme d'un point de vue médical et opérationnel, et dresser le bilan de nos trois ans d'activité à Galaha ; enfin nous diffuserons les résultats de ce bilan aux autorités locales, gouvernementales, aux ONG et autres institutions internationales.

gutten

L'objectif principal est de réduire la morbidité et la mortalité en cas de recrudescence des cas de paludisme pour les patients de Gutten et des environs et de promouvoir l'introduction des ACT dans le protocole national.

Pour garantir des soins de qualité pour les malades atteints du paludisme jusqu'à la fin de l'épidémie, il nous faudra assurer un dépistage actif via des cliniques mobiles dans la périphérie de Gutten et références vers l'hôpital si nécessaire ; un service de consultations externes dans le centre de santé MSF à Gutten ; un service d'hospitalisations assurant la prise en charge des cas sévères et complexes, notamment pour les enfants de moins de 5 ans ; le maintien de notre activité médicale, même à minima, afin d'être immédiatement opérationnels dès le début de la prochaine épidémie, condition sine qua non à la poursuite de nos objectifs de lobbying.

Nous utiliserons les ACT dans nos programmes et allons promouvoir leur utilisation au niveau national ; documenter et analyser l'épidémie à Gutten à partir de notre intervention, en soulignant l'impact sur la mortalité et les limites du protocole actuel en réponse à une épidémie ; proposer au ministère de la santé éthiopien le démarrage d'un projet pilote d'implémentation des ACT, couplé avec une étude d'efficacité (ce qui implique d'obtenir l'autorisation d'utiliser des ACT dans le cadre de cette étude), permettant d'argumenter a posteriori le changement de protocole. Nous diffuserons l'information et engagerons des discussions avec tous les interlocuteurs politiques et les acteurs de santé en Éthiopie, notamment le ministère de la santé, l'UNICEF, l'OMS, les bailleurs des fonds sur le besoin de changement de protocole national le plus rapidement possible.

Le plus important dans ce travail est d'arriver à convaincre le ministère de la santé, les différents acteurs de santé et les autres ONG de la pertinence d'introduire des nouveaux protocoles ACT en première ligne

L'équipe de MSF en Éthiopie comprend 18 volontaires expatriés et 164 employés éthiopiens.

france

Après quinze ans de programmes consacrés exclusivement à la prise en charge de personnes malades et à leur accès aux droits, nous consacrons aujourd'hui une grande partie de notre activité en France à des prises en charge sociales. L'activité de Médecins Sans Frontières en France a donc changé d'objet.

L'évolution de l'action dans la ville de **Marseille** est, à ce titre, particulièrement représentative : pendant plus de dix ans, MSF a soigné des personnes malades sans accès aux soins, dans l'attente de l'ouverture de leurs droits. Aujourd'hui, l'activité médicale à Marseille se limite au suivi des personnes en cours de régularisation pour pathologies lourdes, et le nouveau programme est consacré aux droits sociaux des étrangers. L'équipe de ce programme est composée d'interprètes et de trois assistantes sociales.

Cette mutation s'est opérée progressivement au gré des réformes successives de l'Aide médicale (Loi de modernisation de 1992) puis de façon décisive entre 2000 et 2003 au moment de la mise en œuvre de la loi CMU (Couverture maladie universelle), qui a permis la fermeture de certains centres médicaux (Marseille et Lille), et l'ouverture de programmes centrés sur d'autres activités.

Ce ne sont pas seulement notre activité et nos pratiques qui ont été modifiées mais également notre fenêtre d'observation : ainsi, lorsque les pouvoirs publics nous demandent de témoigner sur la situation des bénéficiaires de la CMU en 2002, l'essentiel de notre réponse réside dans ce constat : en 2002 et en 2003, les bénéficiaires de la CMU sont à l'intérieur du système de soins et non dans les salles d'attente humanitaires.

Cette situation risque néanmoins de changer radicalement en 2004. Nous devrions voir se concrétiser les attaques répétées du gouvernement contre l'accès aux soins des plus démunis, et en particulier l'accès aux soins des étrangers en situation de séjour irrégulier : l'Aide Médicale d'Etat (AME).

La fin de l'admission immédiate à l'AME, votée par le parlement français fin 2003 et qui risque d'être applicable dès le début de l'année 2004, conduira en effet à des situations de non soin et à un engorgement programmé des services des urgences en attendant une ouverture ou bien un renouvellement de droits hypothétiques.

De quels moyens financiers disposera l'hôpital pour faire face à ces situations, si elles ne correspondent pas à un « pronostique vital » ? Aucun texte ne le précise.

De la même manière, le gouvernement a entamé un véritable désengagement financier du dispositif de la CMU aux dépens directs de l'assurance maladie. On voit poindre au travers de cette mesure les contours de ce qui devrait être la prochaine réforme de l'assurance maladie, à nouveau promise pour 2004.

Médecins Sans Frontières devra, en 2004, adapter son analyse de la situation et anticiper les conséquences de ces mesures afin d'apporter une réponse opérationnelle adaptée.

Devrons-nous ouvrir à nouveau des centres d'accès aux soins moins de trois ans après les avoir fermés pour faire face à une régression majeure d'un des droits les plus fondamentaux, celui à la santé ?

Une autre modification législative pourrait avoir un impact direct sur nos programmes, puisque l'ordonnance de 1945 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France a été profondément remaniée au cours de l'année 2003. La chasse à l'immigration irrégulière a été amplifiée et le nombre des expulsions multiplié par deux. Dans ce climat de restriction du droit, propice à la suspicion et à la discrimination, le travail social réalisé auprès de cette population majoritairement présente dans nos centres se verra considérablement compliqué.

La loi régissant les conditions de l'asile en France a elle aussi été profondément modifiée. Dans ce contexte qui est celui d'une restriction de la politique de l'asile en Europe, les équipes ont entamé un examen particulier des conditions de vie de cette population très présente dans tous nos centres d'accès aux soins et aux droits.

programmes enfance jeunesse

La remise en cause programmée du droit à l'AME et les risques majeurs qui persistent sur le fonctionnement de la CMU pourraient conduire à la réouverture de centres de soins humanitaires. Un contact régulier avec les acteurs de soins (espaces précarités, associations...) des régions dans lesquelles nous travaillons continuera à être assuré par chaque coordinateur en 2004.

L'année 2003 a principalement été marquée par la fermeture de l'activité médicale à Lille et le travail de réflexion en profondeur réalisé au centre de la gare de l'Est à Paris.

programme enfance jeunesse de la gare de l'est à Paris

Des jeunes, isolés et à la rue, gravement malades, continuent à fréquenter le centre de la Gare de l'Est. L'analyse des prises en charge sur les 2 dernières années (2002-2003) met en évidence l'extrême précarité des personnes reçues dans ce centre. Il s'agit majoritairement de jeunes femmes (67%). 88% de la population qui se présente au centre sont de jeunes étranger(e)s sans titre de séjour (44%) ou bien avec un titre de séjour précaire (44%). Ces personnes vivent la plupart du temps dans une grande instabilité vis-à-vis du logement (70% d'entre elles) et sont

soit sans ressources (27%) soit avec des ressources très faibles et incertaines (débrouille et prostitution pour 55% d'entre elles).

Elles viennent à MSF pour des soins (82%) beaucoup plus que pour un acte de prévention, et 10% d'entre elles présentent une pathologie grave dans les trois premiers mois de leur prise en charge, taux particulièrement élevé quand on considère la jeunesse de cette population.

Même si une grande majorité des personnes n'ont pas de couverture sociale la première fois qu'elles viennent consulter, elles l'obtiennent généralement rapidement avec l'aide de MSF. Est-il aujourd'hui pertinent de soigner gratuitement des personnes pour lesquelles on obtient facilement une couverture sociale (CMU ou AME) ? Pour certaines d'entre elles, l'existence d'une prise en charge n'est pas une condition suffisante à leur sortie de la médecine humanitaire et les situations doivent continuer à être étudiées au cas par cas. Pour les autres, l'ouverture des droits doit pouvoir s'accompagner, quand cela devient possible, d'une orientation vers le système de droit commun en matière de santé.

Les événements politiques et la remise en cause des dispositifs d'accès aux soins qui ont marqué l'année 2003 n'ont pas permis de se concentrer sur les objectifs définis il y a un an (mineurs en danger, domiciliation, hébergement d'urgence). Toutes ces questions restent néanmoins d'une grande actualité.

L'année 2004 risque de voir se développer la cohabitation de deux populations :

- Celle dont l'accès aux droits reste facilement accessible (les bénéficiaires de la CMU) et pour laquelle la question de la prise en charge puis de l'orientation et de l'accompagnement vers le système de droit commun reste d'actualité.

- Une autre (les bénéficiaires de l'AME) pour laquelle l'obtention d'une couverture sociale, si elle se concrétise (tout dépend des conditions du renforcement des conditions d'attribution de l'AME), ne constituera en aucun cas une garantie de prise en charge dans le système de droit commun. Les conditions de la fin de la gratuité des soins pour les bénéficiaires de l'AME ne sont en effet pas encore connues.

Jusqu'où devra aller la prise en charge de ces personnes lorsqu'elles ne parviendront plus à faire ouvrir leurs droits ou qu'elles seront dans l'attente d'une ouverture éventuelle, sans délai garanti ?

Jusqu'où pourront-elles assumer le coût de leurs soins lorsqu'il leur sera réclamé une participation financière ?

A ces questions, aucune réponse n'est encore donnée. Il est encore trop tôt pour décider d'une quelconque réorientation des activités en conséquence. Une surveillance accrue des conditions d'accès aux soins de ces personnes, dans nos centres mais également là où elles se présentent de manière habituelle (l'hôpital public), ainsi qu'une véritable réactivité seront à mettre en première priorité tout au long de l'année 2004.

Au-delà de la dégradation des conditions de l'accès aux soins et de ses conséquences à venir, nous vérifions en 2003 que les jeunes « peu précaires », ciblés lors de l'ouverture du programme en 1996, ne sont plus présents dans la salle d'attente qui s'est considérablement précarisée.

Dans le cadre d'une enquête que nous souhaitons mener début 2004, nous devons vérifier comment les jeunes peu précaires qui ne sont plus dans notre salle d'attente trouvent aujourd'hui un accès aux soins. Il y a là, sans nul doute, un effet de la mise en place de la CMU, mais sans doute également un effet du développement de dispositifs d'accueil et d'informations mis en place ces dernières années en direction des jeunes en matière de santé.

Dès 2002, nous constatons que peu des personnes qui viennent consulter au centre ont été contactées par les équipes de rues (moins de 3%). C'est à cette époque que nous commençons à rencontrer des difficultés dans l'organisation de ces équipes. En raison des priorités liées au lobbying engagé fin 2002 et en 2003 contre les mesures gouvernementales sur l'accès aux soins, nous avons décidé de suspendre les équipes de rue.

Même si le public qui fréquente aujourd'hui le centre est bien celui auprès duquel nous devons être présents, pour certaines personnes, seul le lien qui s'établit dans la rue leur permet de franchir le pas pour venir consulter. Nous faisons l'hypothèse que ce public, du fait de ses conditions de vie particulièrement précaires reste loin du système de santé, malgré l'accès au droit.

La reprise des équipes de rue (entamée en octobre 2003) nous permettra d'évaluer en 2004 la pertinence de cette proposition de soins.

L'équipe du programme de la Gare de l'Est comprend deux médecins, deux infirmières, deux assistantes sociales, deux intervenants sociaux, sous la responsabilité du coordinateur du centre médico-social de la gare de l'Est et d'un médecin coordinateur de la prise en charge.

accès aux soins des jeunes de l'étang de berre

Les objectifs du centre de Marignane (Etang de Berre), ouvert en novembre 1999, reste, comme pour les autres programmes enfance-jeunesse que MSF a développés en France au cours des dernières années, l'accueil des jeunes ; l'aspect médical toujours prioritaire, préventif et curatif, le suivi social dont la principale mission demeure l'accès aux soins, mais qui est souvent plus global lorsque les institutions renoncent à leur mission.

Au fil des années, le désir de ne plus se limiter au seul accès aux soins est d'ailleurs devenu plus fort. Nous étions confortés dans ce choix par la mise en place de la CMU et pouvions ainsi tenter de faire un bilan plus exhaustif de la vie des jeunes de manière à identifier l'ensemble des difficultés auxquelles ils sont confrontés, en particulier dans le milieu marignanais.

Par ailleurs, la singularité des jeunes qui viennent consulter au Centre médico-social de Marignane, d'origine étrangère et non francophones pour la plupart, nous a permis d'identifier très vite certaines autres problématiques, elles aussi très spécifiques de Marignane, et de leur apporter un début de réponse.

Le nombre de nouveaux consultants n'est pas très élevé chaque année (moins de 150) mais il correspond à la taille de la ville, modeste, et au caractère très compartimenté des différentes villes du pourtour de l'Etang de Berre. En revanche, nous répondons aux situations des catégories de populations les plus exclues de l'endroit. La ghettoïsation de ces populations est aussi un problème majeur.

Ce sont les étrangers qui pour l'instant composent l'essentiel des jeunes qui consultent au Centre médico-social, ils semblent trouver chez nous des réponses qu'ils n'obtiennent nulle part ailleurs.

Cette situation nous a obligés à nous interroger et à répondre à des problématiques peu spécifiques des jeunes mais connues par tous les étrangers résidant en France, pour peu qu'ils soient non francophones. Leur isolement dans la ville est aussi en soi un problème majeur car il entraîne un phénomène de repli, source d'exclusion. L'idée de créer du lien nous a amenés à envisager de mettre en place des actions de proximité favorisant la circulation des personnes, leur émancipation ou tout simplement leur autonomie. Des outils ont été mis en place tel que l'interprétariat téléphonique et l'interprétariat-accompagnement; une participation en partenariat avec l'Education nationale à des cours de français langue étrangère (FLE) pour des mères non francophones d'enfants scolarisés au collège nous a engagés un peu plus sur le chemin de la proximité tout en soutenant une action très intéressante et trop rare.

D'autres catégories de populations ne sont que trop peu représentées dans le Centre, leur profil correspond plus à celui de l'adolescent ou du jeune adulte né à Marignane ou y ayant grandi et subissant les galères que subissent tous les jeunes en difficulté avec en plus cet isolement géographique et une politique des transports inexistante. Peut-être que des actions plus actives afin d'aller à leur rencontre nous permettraient de les encourager à venir consulter.

L'objectif général d'un programme Enfance jeunesse demeure entier, il consiste à militer en faveur de l'ouverture de centres médico-sociaux permettant aux jeunes de 6 à 25 ans de venir consulter un médecin, obtenir des informations médicales, rencontrer un travailleur social afin d'être aidé dans l'ouverture de leurs droits et orientés vers les services adéquats. Car si les jeunes sont présents dans tous les discours des politiques et des institutions, les dispositifs en leur faveur sont peu opérants, mal adaptés et relèvent d'une prise en charge trop arbitraire marquée par une violence faite d'indifférence et de jeu de ping-pong d'où le jeune ressort toujours perdant.

En 2003, nous voulions, en particulier

- continuer à développer la plate-forme de partenariat :

- En l'ouvrant à l'ensemble de la région marseillaise,

- En recrutant des interprètes en langue arabe (maghrébin) et comorienne.

En 2003, l'équipe d'interprètes s'est étoffée (embauche d'interprètes en arabe) et couvre aujourd'hui l'ensemble des plages d'heures ouvrables des administrations. L'ouverture à l'extérieur est donc facilitée.

Après une période d'utilisation uniquement interne à MSF (période de rodage), puis la proposition de cet outil à quelques partenaires privilégiés courant 2002 (PMI, SSAE, assistantes sociales du secteur...), nous avons ouvert l'utilisation de ce service en janvier 2003 à tous nos partenaires institutionnels et libéraux de la zone. Des courriers et plaquettes d'information ont été envoyés avec les horaires de nos permanences et les conseils d'utilisation du service.

En 2004, l'utilisation externe va s'intensifier. Un travail de gestion des appels est donc à envisager.

Il faut également prévoir une action de relance auprès des services extérieurs ainsi qu'un outil d'évaluation de l'interprétariat avec questionnaire, temps, qualité :

- développer l'interprétariat-accompagnement

Dans le domaine social, si parmi les accompagnements réalisés par notre assistante sociale certains requéraient bien sûr son intervention propre et des explications professionnelles bien précises, la plupart n'étaient rendues nécessaires que par la non-francophonie des personnes accompagnées. Débuté fin 2002, cette activité s'est développée en 2003 et a permis de débloquer de nombreuses situations, tant du point de vue du soin des personnes (lors d'une consultation chez un spécialiste par exemple) que dans leurs démarches administratives courantes.

En 2004, l'action reste pertinente et un travail d'évaluation est à mener.

On pourra également réfléchir à la possibilité de le mettre en place sur Marseille mais sur une population plus ciblée, celles des personnes âgées isolées par exemple.

- évaluer l'impact des cours de FLE (français langue étrangère) (premier semestre) et identifier des femmes participant aux cours de français ayant la capacité d'être recrutées dans le cadre « d'habitantes-relais » auprès des populations des cités.

Le passage de relais du cours de FLE se fera en juillet 2004 avec de bonnes perspectives avec la signature du contrat Etat-Ville par la municipalité qui se voit obligée de financer des actions sociales et des associations locales. Le cours aura permis d'identifier certaines femmes qui devraient, grâce à la mise en place progressive d'un groupe de discussions, devenir des relais pour le reste des habitants des cités. Il aura également permis pour six d'entre elles de valider une formation en français par un diplôme (CFG) reconnu au niveau de l'emploi, mais mal connu et peu accessible.

Il faudra de plus en 2004 :

- de la même que sur l'ensemble de nos centres, l'organisation d'une surveillance accrue des conditions d'accès aux soins de ces personnes, dans nos centres mais également là où elles se présentent de manière habituelle (c'est-à-dire l'hôpital public), et une véritable réactivité seront à mettre en première priorité tout au long de l'année.

- travailler spécifiquement sur les conditions de vie des demandeurs d'asile, en coordination avec le programme de Marseille.
- tenter de contacter un autre public de jeunes sur la région avec rencontres des intervenants auprès des jeunes (milieu scolaire, points écoutes, missions locales et associations).

D'autres pistes de travail peuvent être envisagées :

- Travailleurs saisonniers sous contrats OMI (Office des migrations internationales) de la zone de Berre (Etang de Berre), notamment sur leur accès aux soins. Les conditions de vie décrites sont exécrables.
- « Ateliers Santé » mis en place dans le cadre de la politique de la ville avec des sites en centre ville (jeunes) et quartiers nord avec un document (CREDES et DDASS13) qui met en évidence des situations d'extrême précarité dans des zones circonscrites laissées à l'abandon.

L'équipe du centre de Marignane comprend un médecin coordinateur, un médecin consultant à temps partiel, une assistante sociale, un intervenant social, sous la responsabilité du coordinateur régional région sud.

accès aux droits sociaux des étrangers à marseille

Ce programme ouvert en septembre 2001 s'adresse aux personnes étrangères, qu'elles soient en situation de séjour en France régulière ou non et qui sont en demande d'aide pour l'ouverture de leurs droits sociaux.

L'essentiel des personnes que nous recevons est d'origine algérienne (53%). Ceci correspond à la grande proximité de l'Algérie (tant historique que géographique) alliée aux problèmes politiques de ce pays.

Les Africains (en provenance du Sénégal et du reste de l'Afrique de l'Ouest essentiellement) représentent le deuxième groupe par ordre d'importance de la population.

Plus de 60% d'entre eux vivent seuls et ont, pour beaucoup d'entre eux, laissé leur famille au pays.

La majorité (62%) est en situation régulière de séjour, ce qui n'est en aucun cas la garantie d'un accès simplifié aux droits sociaux. Enfin, plus de la moitié n'ont aucune ressource lorsqu'ils franchissent la porte de MSF, alors que 20% d'entre eux, qui se déclarent sans ressources, ont en fait droit à des prestations sociales (RMI, retraite...).

Un des faits marquants des prises en charge est l'écart constaté entre la demande de la personne, ce qui justifie sa venue au centre MSF, et ses droits potentiels, après étude de son dossier par une assistante sociale MSF.

Ces constats ont mis en évidence une carence majeure du travail social réalisé au niveau du département auprès de cette population particulièrement délaissée des services sociaux.

Les objectifs prévus à Marseille en 2003 étaient les suivants :

- travailler sur la notion d'aide au remplissage de dossiers, liée encore une fois à l'interprétariat et éventuellement à la traduction. Nous avons pu mettre en évidence qu'aucun service public, même quand la loi le prévoit (par exemple, la sécurité sociale), ne dispose dans la pratique d'un service d'aide au remplissage des dossiers ; concernant l'interprétariat gratuit, il est inexistant dans la plupart des institutions même spécialisées. Devant cette carence absolue, certaines personnes sont amenées à faire appel à l'entourage ou à un écrivain public payant, dont les motivations, les compétences et la déontologie laissent très souvent à désirer. En 2004, MSF mettra à disposition des permanences d'aide au remplissage des dossiers, afin de mettre en évidence ce besoin.
- évaluer les dysfonctionnements de la polyvalence de secteurs (pratiques de travailleurs sociaux dans leurs secteurs géographiques d'intervention). Un bilan exhaustif du travail d'enquête et d'analyse des pratiques commencé en 2003 sera terminé au cours du premier semestre 2004. Dans la continuité, ce travail sera étendu aux autres institutions : DDASS, CCAS et Politique de la Ville, Sécurité Sociale et CAF.
- compléter le travail de réalisation de fiches techniques par thèmes, par catégories de populations, par statut suivant le séjour et par textes de loi.

D'autres objectifs, prévus en 2003, ne font pas l'objet d'un bilan spécifique :

- travailler sur l'accueil des étrangers au Bureau des Etrangers de la Préfecture en lien avec l'idée d'un interprétariat-accompagnement et l'analyse complète de l'accueil et des informations qui y sont délivrées (refus d'instruction des dossiers).
- améliorer notre connaissance sur l'organisation, les champs d'intervention, les missions et moyens, les procédures d'aide, le travail en réseau inter-institutionnel, le financement de l'aide sociale.
- connaître la politique d'information des travailleurs sociaux par le Conseil Général.

En 2004, devant la politique du gouvernement sur le séjour des étrangers, l'asile et l'accès aux soins, MSF s'attachera à :

- effectuer un suivi systématique, coordonné avec le centre d'accès aux soins de Paris, des dossiers de régularisation pour pathologies lourdes. Si ce droit n'a finalement pas été remis en cause en 2003, les pratiques des préfectures sont particulièrement sensibles à l'ambiance générale ; une vigilance accrue est donc indispensable.
- avoir une vision spécifique des conditions de vie et de séjour des demandeurs d'asile dans un contexte de remise en cause de ce statut et de l'application des droits qui y sont rattachés (allocation spécifique, domiciliation...)
- vérifier la mise en place du contrat d'intégration, lancé au cours de l'année 2003 dans le département et qui devrait à terme conditionner l'obtention d'un titre de séjour longue durée.
- surveiller ce qu'il advient des conditions d'accès aux soins, en particulier pour les bénéficiaires potentiels de l'AME.

Enfin MSF continuera à chercher à solutionner la situation très particulière des retraités commerçants qui ne peuvent accéder ni au minimum vieillesse ni au RMI et qui se retrouvent sans ressources.

L'équipe de Marseille est composée d'une assistante sociale coordinatrice de terrain, de deux assistantes sociales, d'un intervenant social, de cinq interprètes à temps partiel, tous sous la responsabilité du médecin coordinateur régional région sud.

les lieux de vie

A l'origine de ce programme Lieux de Vie, MSF prévoyait d'étendre sa prise en charge de personnes en grande difficulté sociale, pour lesquelles l'absence d'un toit sur la tête constituait un obstacle au suivi médical. Pour ces personnes, parfois, le fait même d'être malade les mettaient dans l'incapacité de pouvoir assurer leur hébergement. Nous avons alors ouvert un premier lieu d'hébergement à Clausmatt (Alsace) en avril 2001 en partenariat avec l'association Espoir, et un deuxième à Lille (avril 2002), ce dernier pour des personnes initialement prises en charge par le centre médico-social de la gare de l'Est à Paris.

Les personnes hébergées le sont pour quelques semaines, afin de récupérer d'une hospitalisation, ou bien en séjour de rupture, pour apprendre à vivre avec sa maladie et son traitement.

Ces personnes, sont principalement des jeunes à la rue ou en risque de rupture d'hébergement.

Revenant sur un des principes qui avait prévalu à l'ouverture de ces lieux de vie, nous constatons que le besoin de rupture, pour lequel nous avons choisi de proposer Lille à un public rencontré sur Paris, représente dans la plupart des cas un véritable obstacle.

Un deuxième objectif de ce programme était, à terme, de faire reconnaître par les pouvoirs publics la nécessité de lieux de ce type pour des personnes qui ne rentrent pas dans les cases de l'hébergement classique que ce soit pendant une période de leur vie ou bien à plus long terme.

Les faire reconnaître, c'est également créer la possibilité de les faire financer. A ce titre, en janvier 2002, une loi est votée qui réforme les centres sociaux et médico-sociaux, entre autres les lieux d'hébergement, qu'il s'agisse des centres d'hébergement et de réinsertion sociale, des appartements thérapeutiques mais aussi des maisons de retraite....

Ainsi, pour la première fois, ces termes de « lieu de vie » apparaissent dans un texte de loi. Mais la définition réelle d'un lieu de vie est renvoyée à la parution des décrets. Deux ans après la promulgation de la loi, l'espoir de voir ces décrets paraître dans un avenir proche s'amenuise.

En revanche, le gouvernement privilégie les « maisons relais » qui sont régies par voie de circulaires. Elles peuvent être gérées par un couple et accueillir jusqu'à 20 personnes en très grande précarité. Ce schéma, dont le financement est donc très limité, ne répond en aucun cas à la question posée par Espoir et MSF. Ce que nous voulons assurer est une prise en charge personnalisée qui requiert une présence 24h sur 24h d'une équipe encadrante formée. Ce que proposent les « maisons relais » peut sans doute répondre aux besoins de personnes dont l'autonomie ne requiert qu'un suivi limité.

En 2004, MSF s'attachera donc à :

- poursuivre les prises en charge et accueillir de nouvelles personnes. Pour cela il faudra, en particulier à Lille, ouvrir l'offre auprès de certains acteurs médico-sociaux du département du Nord tout en continuant à proposer cette possibilité aux patients rencontrés à Paris.
- continuer à décrire le parcours des personnes accueillies.
- travailler au montage d'un dossier permettant d'aborder les pouvoirs publics en vue d'éventuelles demandes de subvention, en partenariat avec l'association Espoir.

L'équipe de Clausmatt comprend, pour MSF, un éducateur et deux intervenants sociaux, pour l'association Espoir, un éducateur coordinateur de terrain et deux intervenants sociaux. Ce programme est supervisé pour MSF par le coordinateur régional de la région nord.

L'équipe de Lille comprend deux éducateurs, trois intervenants sociaux et un gardien de nuit sous la responsabilité du coordinateur de la région nord.

programme réduction des risques

Réduire les risques de contamination par le VIH-Sida et surtout le VHC (hépatite C), dont l'épidémie dans la population toxicomane n'est toujours pas enrayée, reste une priorité.

A l'heure où une nouvelle étude (*épidémiologie du VHC chez les usagers de drogues, France, 1993-2002, In VS, BEH n°16-17/2003*) confirme la poursuite de l'épidémie d'hépatite C chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, la pérennité des dispositifs « pharmacie-Distribox » (distributeurs de Stéribox, matériel d'injection stérile disponible 24h-24h), déjà trop peu nombreux à Paris (25 contre 114 en Ile-de-France), se trouve menacée faute d'une politique de réduction des risques cohérente de la part des pouvoirs publics.

Les tentatives pour continuer à développer ce dispositif Distribox n'ont pas donné de résultats ; la tendance amorcée les années précédentes s'est largement confirmée cette année et il a été impossible de convaincre toutes les personnes concernées au même moment de la nécessité de la pose d'un appareil dans un arrondissement où la volonté politique des pouvoirs publics (mairie) était pourtant affichée.

Paradoxalement, le dispositif MSF (14 appareils posés devant une pharmacie répartis dans 8 arrondissements parisiens) est de plus en plus utilisé par les toxicomanes pour lesquels le Stéribox représente bel et bien un outil de prévention.

Le risque d'engorgement des appareils installés est néanmoins réel et met en danger. Suite à des distributions massives et gratuites de jetons par les associations d'aide aux toxicomanes, nous constatons une augmentation très importante du débit des appareils mis en service par MSF, alors que les achats des Stéribox dans les pharmacies

restent stables. En deux ans, le nombre de Stéribox distribués par les appareils MSF a doublé pour atteindre 4000 par mois. Cette distribution massive de jetons par les associations d'aide aux toxicomanes, qui n'a rien d'un geste de soin, se fait au détriment du dispositif MSF et sans positionnement des pouvoirs publics sur le fait qu'elle laisse l'illusion de l'existence d'un circuit de distribution gratuit subventionné.

Les objectifs prévus en 2003, qui auraient pu permettre d'ouvrir plus largement cette problématique en s'appuyant sur d'autres acteurs, n'ont pu être atteints.

Une mise à plat en profondeur des objectifs de ce programme sera effectuée dès le début de l'année 2004 par l'équipe de terrain et l'équipe de coordination.

L'équipe du programme de réduction des risques comprend quatre intervenants sociaux, sous la responsabilité du coordinateur du centre médico-social de la gare de l'Est.

Au total, les équipes de MSF en France regroupent 41 volontaires (en équivalent plein temps).

géorgie – abkhazie

Entre l'Asie centrale et l'Europe, la Géorgie bénéficie d'une position stratégique, surtout pour les deux puissances intéressées par la région, la Russie et les Etats-Unis.

Depuis la chute de l'Union Soviétique, le pays s'efforce d'affirmer son indépendance à l'égard de la Russie en se rapprochant du monde occidental. Les deux guerres avec les républiques sécessionnistes d'Ossétie du Sud et d'Abkhazie et les crises politiques qui en ont découlé, ainsi que le démantèlement de l'Union Soviétique, ont laissé le pays proche de l'effondrement économique et social. En dépit du cessez-le-feu, les deux conflits sont loin d'être résolus. La présence de réfugiés tchétchènes dans la Vallée de la Pankissi sont une des raisons de certaines tensions avec la Russie.

A cause des guerres et de leurs conséquences (embargo, personnes déplacées, etc.), la faiblesse des acteurs politiques et l'effondrement de l'économie, le système public de santé géorgien ne fonctionne plus, les besoins fondamentaux de milliers de personnes vulnérables, handicapées et âgées ne sont absolument pas couverts en Géorgie, pas plus qu'en Abkhazie. Les personnes vulnérables connaissent une situation précaire, sans accès à la santé, à l'aide sociale ou autre. La communauté internationale ne prend pas en compte les besoins humanitaires, elle consacre ses fonds à des programmes plus structurels et à des projets de résolution pacifique.

Comme dans de nombreux pays de l'ancienne Union Soviétique, la tuberculose est l'un des problèmes majeurs rencontrés dans tout le territoire et l'on craint qu'il n'existe un taux élevé de tuberculose avec résistance multiple aux médicaments.

activités

programme tuberculose en abkhazie

En 2003, nous avons maintenu les programmes tuberculose et tuberculose multirésistante au sein du système de soins tel que décidé lors de leur réouverture en 1999.

Les principales activités de l'équipe sont le diagnostic, le dépistage, le traitement de la tuberculose, y compris les cas résistants, la supervision et le soutien du laboratoire, l'approvisionnement en médicaments, ainsi que l'éducation des malades et l'information envers la population. Par rapport aux années précédentes, nous avons admis un plus grand nombre de patients dans le programme et nous avons amélioré le dépistage des malades (nous en somme à 63% pour des objectifs fixés à 70%). Les résultats concernant les nouveaux cas sont globalement très bons, mais nous avons encore des inquiétudes quant aux résultats des patients « réadministrés ».

La collaboration avec les autorités sanitaires s'est améliorée : en 2003, MSF a essentiellement travaillé sur l'investissement du ministère de la santé dans la prise en charge du programme, au travers du comité tuberculose, du comité multirésistance et du versement des primes au personnel de l'Hôpital Gulripsh. Le mauvais état des bâtiments et l'insuffisance de l'entretien ont donné à l'équipe logistique de MSF beaucoup de travail dans l'hôpital.

A la prison de Dandra, une infirmière du ministère de l'Intérieur est maintenant en charge à plein temps des patients atteints de tuberculose ; MSF a fait subir un test de dépistage à tous les prisonniers. Une division en secteurs a été effectuée pour séparer les patients contagieux de ceux qui ne le sont pas.

Nous sommes dorénavant capables de traiter les patients dans de meilleures conditions, même s'il reste du travail à fournir pour que les autorités s'impliquent dans le programme.

Nous suivons environ 180 patients avec des traitements en première intention, et le volet tuberculose multirésistante du programme fonctionne bien avec 21 patients sous traitement. En 2003, nous avons inclus 240 nouveaux patients en tout.

accès aux soins – soins pour la population vulnérable et souvent âgée

Il existe désormais une plus grande proximité entre les deux programmes d'accès aux soins pour la population vulnérable souvent âgée (à **Sokhumi** en Abkhazie et à **Tbilissi** en Géorgie) grâce au partage d'expériences via des échanges de personnel expatrié, des séminaires de médecine communs et la mise en œuvre de protocoles médicaux pour certaines maladies spécifiques. Ce lien entre les deux projets a été établi afin d'améliorer la qualité des soins, de normaliser les pratiques médicales (protocoles), d'alléger la conduite des deux programmes (gestion des ressources humaines, approvisionnement, etc.) et de favoriser la communication entre les équipes, que dix années d'obstruction avaient maintenues à distance.

La collaboration avec d'autres organisations (CICR, Première Urgence, etc.) reste très bonne en Abkhazie alors qu'elle est inexistante à Tbilissi en Géorgie. L'administration n'est pas suffisamment associée aux deux programmes, et ce point sera l'une des priorités de l'année prochaine.

Afin de sensibiliser le public à ces personnes délaissées, MSF a organisé en février une exposition de photos à Sokhumi (Abkhazie) et publié un rapport public « Personnes âgées et fragiles à l'ombre de l'embargo ».

abkhazie

Le programme d'accès aux soins en Abkhazie a été réorienté en 2003. Nous avons arrêté la donation aux hôpitaux régionaux et axé nos activités sur les soins médicaux aux personnes vulnérables, âgées (19.000), par l'intermédiaire d'un réseau de 13 médecins de famille. Par ailleurs, nous renforçons notre soutien à l'Hôpital de la Ville de Sokhumi afin de disposer d'une structure de référence appropriée pour nos patients, nous concentrant sur la chirurgie et le traitement des maladies cardiaques. Nous avons effectué une moyenne de 2000 consultations et de 30 actes chirurgicaux par mois.

tbilissi

La clinique de Tbilissi étant plus petite que celle du programme en Abkhazie, il a été mis en œuvre avec succès, en 2003, des phases pilotes d'introduction de nouveaux protocoles de traitement pour le diabète, pour les maladies cardiaques et les soins à domicile. Nous y avons effectué une moyenne de 880 consultations par mois.

chirurgie à l'hôpital d'akhmeta et dans la vallée de la pankissi

Depuis août 2002, MSF a lancé un programme chirurgical de soutien des chirurgiens de l'hôpital à l'entrée de la vallée de la Pankissi avec l'objectif de soigner les réfugiés tchéchènes et les habitants des environs d'Akhmeta en Géorgie. Nous soutenons le service chirurgical de l'hôpital de district d'Akhmeta. Cette collaboration d'une année et demie nous a montré que l'équipe qui gère l'hôpital peut fournir un bon niveau de soins dès lors qu'elle bénéficie de bonnes conditions de travail et qu'ils sont soutenus. Le niveau d'activité reste stable (assez faible), avec une moyenne de 16 actes chirurgicaux par mois, essentiellement des urgences. Après évaluation du programme, nous avons décidé de nous impliquer davantage dans l'hôpital pour permettre à la population de la Vallée de la Pankissi et à celle du district d'accéder plus facilement à la chirurgie. Etant plus présents, nous serons également plus à même de surveiller la population de réfugiés et de faire connaître leur situation. Cette nouvelle orientation du programme sera mise en œuvre en 2004.

Nous avons ouvert en janvier 2003 un point chirurgical dans la Vallée de la Pankissi où le chirurgien local prend en charge les petites chirurgies et les urgences avant de les diriger vers l'hôpital. Ce point ambulatoire permet également de suivre les patients de la vallée après leur hospitalisation.

perspectives

programme tuberculose en abkhazie

Comme le programme couvre l'ensemble du pays et que nous soutenons le programme tuberculose national, nous devrions garder les mêmes objectifs de santé publique que l'OMS. Néanmoins, nous devons « humaniser » notre approche du programme par une meilleure prise en compte des relations avec les patients et de leur condition de vie à l'hôpital et pendant le traitement. Ce qui nécessite de clarifier les objectifs du volet social du programme en travaillant sur la relation avec le patient et le personnel médical, et en assurant une continuité au sein du programme entre la phase d'hospitalisation et la phase ambulatoire.

Nous travaillerons également sur l'engagement ministériel dans le programme, en partageant les responsabilités et en l'impliquant dans la conduite du programme (aspects médical, social et technique, ressources humaines).

La tuberculose a été déclarée par le Conseil International de MSF l'une des priorités de la Campagne MSF d'Accès aux médicaments essentiels, aussi le programme d'Abkhazie sera-t-il utilisé dans la recherche opérationnelle : la simplification du traitement consistera par exemple en traitements expérimentaux sur le court terme, en nouveaux outils de diagnostic et en méthode de traitement en auto-observation.

programme d'accès aux soins en abkhazie et à tbilissi

Comme nous ne pouvons pas compter sur une amélioration de l'état des personnes vulnérables âgées tant à Tbilissi qu'en Abkhazie, nous poursuivrons les programmes d'accès aux soins. La réorientation du programme abkhazie est achevée et nous continuerons à faire progresser la qualité des soins prodigués par nos équipes aux personnes vulnérables dans le cadre des deux programmes en introduisant des protocoles clairs, en améliorant le système d'orientation vers l'hôpital (nous renforcerons notre soutien à l'Hôpital de la Ville de Sokhumi), en étant plus attentifs à la souffrance et aux soins palliatifs et en réorganisant notre soutien sur le plan social. Nous évaluerons également la facilité d'accès à nos programmes, un point épineux aujourd'hui, notamment pour les personnes vulnérables des régions instables telles que la région de Gali en Abkhazie. Compte tenu de la complexité des cas que nous rencontrons (problèmes tant médicaux que sociaux), nous devons améliorer notre collaboration avec les autres organisations engagées dans l'assistance aux personnes vulnérables. Sur la lancée de 2003, nous maintiendrons le lien entre les deux programmes par des échanges réguliers et le partage d'expériences.

chirurgie à l'hôpital d'akhmeta et dans la vallée de la pankissi

En 2004, nous comptons affermir notre engagement dans le district d'Akhmeta (Hôpital de District d'Akhmeta et Vallée de la Pankissi). Ce programme a pour objectifs d'améliorer l'accès à la chirurgie, à la gynécologie et à l'obstétrique ainsi que la qualité des soins à l'hôpital.

Les deux composantes du programme chirurgical seront : 1) le renforcement de notre présence à l'hôpital afin d'améliorer l'organisation générale du service, la qualité des soins et l'assistance technique ; 2) la poursuite d'une

consultation externe dispensée par le chirurgien dans la Vallée de la Pankissi pour permettre aux habitants d'accéder plus facilement aux soins chirurgicaux.

En ce qui concerne la gynécologie et l'obstétrique, nous prévoyons d'organiser le même genre d'activités : avec fourniture de médicaments et présence de matériel, personnels MSF. Selon l'engagement du Haut Commissariat des Nations-Unies pour les Réfugiés (HCR) dans la réhabilitation de l'hôpital, nous espérons être en mesure de démarrer ce volet du programme en juin 2004.

En confortant notre présence dans la région, nous pourrions suivre plus étroitement la situation des réfugiés tchéchènes et la surveiller. Les autorités géorgiennes renforcent en effet leur contrôle sur les réfugiés tchéchènes en introduisant des cartes d'identité électroniques (et les listes informatisées, établies par le HCR, qui en découlent), en obligeant ces réfugiés à rester dans la Vallée de la Pankissi (ceux qui habitent l'autre partie de la Géorgie ne peuvent pas être considérés comme réfugiés), en extradant de temps à autre, de manière arbitraire, les Tchétchènes vers la Russie. Plus que tout, le problème de la Vallée occasionne des tensions dans la région (la Russie voudrait que la Géorgie expulse les Tchétchènes de la Vallée de la Pankissi qu'elle soupçonne d'être un sanctuaire pour les terroristes tchéchènes).

La mission Géorgie-Abkhazie comprend 65 employés locaux et 14 volontaires expatriés.

guatemala

L'année 2004 au Guatemala aura été marquée par le retour à la violence et à la terreur électorale qui ont précédé les présidentielles de novembre. Le retour du général Efraín Ríos Montt a été ainsi particulièrement remarqué. Chef de l'Etat de 1982 à 1983, pendant l'une des pires périodes de répression menée par l'armée guatémaltèque, il est l'objet de poursuites pour génocide et crimes contre l'humanité, au Guatemala et à l'étranger, pour le rôle qu'il aurait joué dans les massacres. Un article de la Constitution, qui interdit à toute personne parvenue au pouvoir à la faveur d'un coup d'Etat de se présenter aux élections présidentielles, semblait en outre le disqualifier d'office. Sa candidature a pourtant été officiellement approuvée en 2003 par la Cour constitutionnelle, ce qui a exacerbé les tensions et donné lieu à de véritables batailles rangées entre ses partisans et ses opposants. Les événements ont pris un tour dramatique en juillet, lorsque le FRG (son parti) a fait venir par camion plusieurs milliers de ses sympathisants dans la capitale, pour que ceux-ci manifestent contre le blocage de sa candidature par la justice, puis organisé des actions violentes contre la Cour suprême, la Cour Constitutionnelle, le Tribunal électoral suprême et plusieurs organes de presse. En juin, c'est à son tour le FRG qui a été pris pour cible, des membres de communautés indigènes s'en prenant à des proches d'Efraín Ríos Montt, dans le département de Baja Verapaz, pour protester contre la propagande électorale effectuée par le FRG le jour où ils inhumaient une seconde fois les victimes des massacres perpétrés par l'armée et ses alliés sous l'ancien régime du général candidat.

L'ancien dictateur a été éliminé au premier tour, et c'est finalement Oscar Berger, conservateur, qui a remporté l'élection présidentielle avec 54% des voix. Le scrutin s'est déroulé dans le calme, et a été marqué par une faible participation : un peu plus de 46 % des électeurs. Les communautés indiennes, qui constituent près de 43 % de la population, se sont une fois de plus faiblement mobilisées lors de ce scrutin.

La tâche du nouveau président s'annonce délicate. Il ne dispose pas de majorité parlementaire. Elue en novembre, l'assemblée est, en effet, divisée en trois blocs équivalents. Le gouvernement devra notamment rattraper le retard accumulé par ses prédécesseurs dans l'application des accords de paix de 1996, qui ont mis fin à 36 ans de la guerre civile qui a fait 200.000 morts et disparus dans un pays qui compte aujourd'hui 11,2 millions d'habitants. Durant sa campagne, Oscar Berger s'était engagé à combattre activement la corruption qui gangrène les institutions de ce petit Etat d'Amérique Centrale, où 80 % de la population vit sous le seuil de pauvreté.

Enfin, il faut signaler que la signature prochaine, probablement début 2004, d'accords commerciaux entre pays d'Amérique Centrale et Etats-Unis font craindre à de nombreux observateurs des conséquences néfastes, notamment dans le secteur pharmaceutique. Il semble que de nombreux obstacles seront alors mis en place contre l'importation de médicaments génériques, avec les effets qu'on peut imaginer, notamment dans l'accès aux antirétroviraux pour les malades du sida du Guatemala.

activités

lomas de santa faz

Dans la ville de Guatemala, nos objectifs et notre stratégie d'intervention dans le quartier de Lomas de Santa Faz, où nous proposons une prise en charge des enfants victimes de maltraitance et de leurs parents, avaient été réadaptés fin 2002, suite à des menaces de mort, émanant d'individus liés à des trafics d'enfants.

Nous avons choisi de rester présents et de poursuivre notre action thérapeutique dans la Casa del Patojo, et dans les baraquements du quartier. Nous nous sommes donc attachés à développer cette dernière activité de façon à améliorer à la fois notre intégration dans le quartier et la perception que ses habitants ont de l'action de MSF. Nous avons ainsi réalisé près de 1600 visites à domicile, avec les différents membres de l'équipe, en particulier les assistantes sociales. Peu à peu, la crèche que nous avions réouverte seulement en janvier 2003, avec alors 19 enfants, en a ensuite accueilli d'avantage, pour atteindre en quelques mois le chiffre stable (et habituel) de 40. Les motifs d'admission dans la crèche sont toujours, pour parts égales : retard de développement psychomoteur, malnutrition aiguë, violences intra familiales, problèmes relationnels parents/enfant.

A l'intérieur de cette crèche, environ 2000 consultations pédiatriques ont été réalisés dans l'année (majorité d'enfants de moins de 4 ans pour infections respiratoires), et près de 700 consultations par les deux psychologues.

Nous avons décidé de faire porter nos efforts sur l'intégration des parents dans le fonctionnement de cette crèche (et d'une autre crèche communautaire que nous soutenons également). Un certain nombre d'activités récréatives ont ainsi constitué une première étape. Par ailleurs, nous savions qu'il nous fallait renouer des contacts plus étroits avec les différents acteurs et cercles d'influence locaux. Car ceci conditionne notre capacité à détecter les enfants et familles en détresse, à nous mouvoir avec plus de sécurité au sein de la communauté, et enfin devait nous permettre de résoudre la plupart des cas extrêmes auxquels nous sommes confrontés, avec plus d'efficacité.

Une de nos assistantes a en effet de nouveau été menacée de mort par un des habitants du quartier, après que sa femme et ses enfants, suivis par l'équipe, aient fui le domicile conjugal.

Mais il apparaît difficile d'identifier clairement les leaders actuels de la communauté. La sécurité de nos équipes en demeure aléatoire. De surcroît, il paraît possible de transmettre à présent tout ou partie de nos activités à une institution publique ou privée, que nous avons commencé à identifier. C'est la raison pour laquelle nous prévoyons en 2004 d'opérer un transfert progressif de notre programme en direction d'autres acteurs.

clinique tzite – enfants des rues

Dans les rues plus centrales de la ville de Guatemala et dans la **clinique Tzite**, nous avons poursuivi nos activités de soins médico-psychothérapeutiques destinés aux jeunes vivant dans la rue. Depuis le début de ce programme, 800 personnes vivant dans la rue ont été en contact avec l'équipe MSF. Cette année, les éducateurs des rues ont réalisé un total de 500 visites auprès de ces jeunes partout où ils vivent, de jour comme de nuit, en faisant plus de 600 références vers la clinique Tzite, dont 70% étaient de nature médicale, 20% pour un suivi psychologique.

Nous avons aussi réalisé une exposition publique de photographies et peintures (œuvres des jeunes que nous suivons) intitulée « Joies et Tristesses de la rue », qui a eu un succès important auprès d'un public très large. Nos objectifs restent modestes, nous nous efforçons de soulager la souffrance, la perte d'auto-estime de ces jeunes, dans le quotidien de leur errance. Sur la totalité des jeunes que nous suivons, 14 sont décédés cette année de mort violente.

sida

Après le recadrage important en 2002 du programme sida et l'ouverture de notre propre structure d'accueil et de suivi des patients VIH/sida, baptisée clinique **Yaloc**, l'année 2003 a été consacrée à renouer progressivement des liens avec les hôpitaux publics de la capitale. Nous y hospitalisons nos patients, et pouvons maintenant les suivre dans les services, en particulier dans le service de maladies infectieuses de l'hôpital San Juan de Dios.

D'autre part, nous échangeons à présent de façon très constructive avec les médecins de la Clinica Familiar, qui nous adressent des patients. Au total, donc, notre action est maintenant acceptée par tous les acteurs du VIH/sida de la ville de Guatemala et considérée comme positive.

Pour autant, il est encore trop tôt pour établir la façon dont nous pourrions réintégrer nos activités à l'intérieur des structures publiques existantes, et plus encore, pour envisager d'explorer immédiatement la possibilité de développer une activité en périphérie dans une des provinces du pays.

Les relations avec le programme national de lutte contre le Sida sont bonnes, mais il n'y a pas jusque-là, de la part du ministère de la santé, une vraie volonté d'investir l'Etat dans la prise en charge curative des patients.

Au sein de notre clinique, nous nous sommes appliqués en 2003 à parfaire la prise en charge polyvalente des patients et à consolider le travail du groupe d'auto-support qu'ils ont formé.

Nous avons décidé, fin 2002, d'élargir nos prestations à tous les patients séropositifs et d'inclure rapidement au minimum 30 nouveaux patients sous ARV par mois. Mais le recrutement n'a pas été à la hauteur de nos attentes. Les médecins de la Clinica Familiar gardent encore trop longtemps leurs patients avant de nous les confier. Mais la confiance s'installant, ceci devrait progressivement s'améliorer. Au total, à la fin de l'année, nous suivons 350 patients sous ARV et 150 patients séropositifs.

Enfin, il faut signaler notre implication aux côtés des différents acteurs guatémaltèques du VIH/sida, dans la lutte pour un accès aux ARV génériques. Ceci nous a amenés à être quelquefois au premier plan, en particulier après la publication d'un décret gouvernemental, tendant à limiter la possibilité d'importation de médicaments génériques. Un recadrage avec nos différents partenaires a alors été nécessaire.

perspectives

lomas de santa faz

Les objectifs restent les mêmes qu'en 2003 : fournir un accès à des soins spécifiques pour les enfants et mères en dépression, ou en rupture de liens affectifs materno-infantiles, mais en transférant tout ou partie de nos activités à d'autres acteurs (fin de notre présence à Lomas prévue à la fin de l'année 2004).

Pour cela, il faudra intégrer les parents dans le travail fait avec les enfants dans la crèche, articuler nos activités avec les institutions et les organisations qui travaillent dans le quartier, identifier les institutions publiques ou privées, susceptibles de reprendre notre programme dans le courant de l'année, assurer la passation de nos activités auprès de l'institution identifiée, et ensuite évaluer notre activité des 2 dernières années.

clinique tzite – enfants des rues

Pour ce qui concerne la clinique Tzite, située dans la ville de Guatemala, l'équipe va continuer à fournir un accès aux soins aux personnes vivant dans la rue.

Elle va poursuivre une prise en charge médicale et psychothérapeutique adaptée, y compris pour le suivi des jeunes mères et de leurs enfants, développer les activités en direction de la petite population d'enfants vivant en périphérie de la ville, depuis la fermeture des foyers de Casa Allianza, documenter les violences et abus subis par ces personnes dans la rue, travailler en réseau avec d'autres associations pour sensibiliser et informer sur les problématiques rencontrées.

Enfin nous ferons un travail de documentation de nos résultats.

sida

Pour le programme Sida que nous menons dans la **clinique de Yaloc**, nous avons pour ambition de fournir aux patients VIH/sida indigents un accès à la prise en charge thérapeutique la plus efficace pour prolonger leur survie. Nous avons pour ambition d'avoir 700 patients sous antirétroviraux d'ici la fin de l'année 2004.

Pour cela, nous allons améliorer et développer la consultation VIH/sida, mettre l'accent sur la détection et la référence des patients VIH/sida, en liaison avec les associations de patients et d'activistes, donner accès à un suivi prophylactique à tous les patients (y compris aux enfants) qui ne rentrent pas dans les critères de mise sous ARV, et poursuivre la prise en charge psychologique individuelle et de groupe

Il nous faut développer l'accès aux trithérapies antirétrovirales pour les patients VIH/sida et pour cela augmenter le rythme d'inclusion des patients (30/mois), inclure aussi les enfants, simplifier les protocoles diagnostiques et thérapeutiques (80% des nouveaux patients mis sous combinaison à doses fixes), espacer les consultations.

Nous allons développer une stratégie commune avec les autres sections MSF sur l'accès aux ARV au Guatemala en continuant à développer notre connaissance du réseau d'organisations et d'acteurs guatémaltèques qui assurent la mobilisation autour de l'accès aux ARV, en établissant une approche commune entre les différentes sections MSF et l'équipe de la Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels afin de participer à l'effort fait pour un meilleur accès aux ARV tout en maintenant les associations de patients dans leur rôle de fer de lance du changement.

Nous allons établir un plan de réintégration de notre programme à l'intérieur des structures de soins existants. Pour l'instant, nous n'avons pas de piste clairement identifiée, raison pour laquelle nous ne nous fixons pas comme objectif de réaliser cette réintégration en 2004.

Nous encouragerons la coordination avec les autorités sanitaires et les différents acteurs impliqués dans la lutte contre le sida pour faciliter l'accès aux médicaments à toutes les personnes atteintes du sida.

En fin d'année, nous explorerons la possibilité d'ouvrir l'année suivante une consultation décentralisée dans une des provinces du pays.

L'équipe de MSF est composée de 41 employés nationaux et 9 volontaires expatriés.

guinée

En 1984, Lansana Conté réussit un coup d'Etat et s'empare du pouvoir. Il instaure un régime dictatorial où la liberté d'expression est muselée et l'opposition politique n'est pas tolérée. Depuis une décennie, l'économie du pays se dégrade sérieusement sur fond de crise sociale. Durant les années 90, la Guinée s'est retrouvée progressivement impliquée dans les conflits de la Sierra Léone et du Libéria, qui ont provoqué sur son sol l'afflux de centaines de milliers de réfugiés libériens et sierra léonais, pour la plupart regroupés en camps.

Les rumeurs persistantes sur l'état de santé du président plongent la Guinée dans un état d'incertitude préoccupant. L'absence de successeur officiel en cas de disparition de Conté laisse la porte ouverte aux appétits politiques de tous bords. En décembre 2003, Conté impose une élection présidentielle boycottée par les mouvements politiques d'opposition. Lansana Conté, bien que malade, est réélu le 21 décembre. L'opposition a déclaré qu'elle ne reconnaissait pas cette élection. L'armée reste divisée sur les enjeux politique du pays.

L'arrêt de la guerre en Sierra Léone ainsi qu'au Libéria (1997-2001) a facilité la composition du LURD (Liberia Unity for Rehabilitation of Democracy). Avec l'aide des Etats Unis et de la Grande Bretagne principalement, le LURD a structuré ses forces en Guinée, soutenu par l'armée et puisant en partie ses troupes dans le vivier des camps de réfugiés libériens. Les premiers combats entre le LURD et les forces gouvernementales libériennes ont lieu à partir de 1998 dans le Lofa, provoquant le déplacement de milliers de personnes vers les camps de réfugiés guinéens. La fuite de ces populations pour rejoindre les camps guinéens est des plus difficiles, viols, exactions, refoulements, privations font partie du commun. La protection des populations réfugiées sur le sol guinéen reste largement insuffisante.

Par ailleurs, depuis le début du conflit en Côte d'Ivoire (septembre 2002), environ 100.000 personnes se sont réfugiées en Guinée (majoritairement des Guinéens, Maliens, Burkinabés, Ivoiriens...). Le contexte régional particulièrement volatile fait planer un risque de déstabilisation de la Guinée.

activités

Nous avons démarré en 2002 les activités en Guinée en prenant en charge trois dispensaires de la ville de Macenta. Ce projet s'est vite avéré irréalisable en partie en raison du paiement obligatoire des soins dans ce pays, mais aussi du manque de motivation du personnel soignant guinéen et de notre empressement à obtenir des résultats. Malgré nos discussions avec les autorités sanitaires de Guinée, il n'a pas été possible de trouver une alternative au paiement des soins.

Les activités de l'équipe s'étaient ensuite concentrées en juillet sur les réfugiés libériens qui fuyaient les zones de combat libériennes dans le camp de réfugiés de **Kuankan**, situé à 2 heures de la ville de Macenta.

En janvier 2003, nous avons participé, en collaboration avec les autorités guinéennes, à une campagne de vaccination de fièvre jaune dans la province de Macenta (650.000 personnes).

Entre de janvier et mai 2003, plus de 11000 consultations ont été effectuées dans le dispensaire de Kuankan dont plus de 3500 patients atteints du paludisme ont été traités avec les combinaisons thérapeutiques ACT.

Les réfugiés de la zone 12 du camp de Kuankan (8500 personnes) ont été transférés par le Haut Commissariat aux Réfugiés des Nations-Unies sur la Guinée centrale pour des raisons de sécurité. Nous avons donc arrêté nos activités médicales, gardant l'approvisionnement en eau pour les 1000 personnes refusant d'être transférées, la Fédération des Croix-Rouges assurant la prise en charge médicale.

En septembre 2003, 4500 nouveaux réfugiés en provenance du Libéria ont été transférés sur la zone 12 du camp de Kuankan. Fin décembre, nous avons donc décidé de ré-ouvrir un dispensaire sur cette zone.

Tout au long de l'année nous avons organisé des cliniques mobiles le long de la frontière libérienne et mis en place des consultations sur le site de Fassankoni.

En mai 2003, nous avons décidé de prendre en charge les activités chirurgicales dans l'hôpital de **Macenta** (un bloc opératoire) qui comprend 75 lits. Le paiement des soins est incontournable pour le patient. Depuis le mois d'avril 2003, nous sommes en charge de la supervision du service de chirurgie, de l'approvisionnement en médicaments, de l'hygiène/asepsie, de l'approvisionnement en eau. Le chirurgien obstétricien supervise également la maternité de l'hôpital. Après plusieurs mois d'activité dans le service chirurgie, nous avons identifié plusieurs problèmes dans les autres services de l'hôpital (pédiatrie, service urgences, médecine interne, maternité...), aussi une évaluation des besoins est en cours qui devrait déboucher sur la prise en charge de nouvelles activités au sein de l'hôpital. Nous avons décidé de travailler sur la mise en place de la bi-thérapie contre la malaria, et cette activité est en cours de définition.

En 2003, plus 600 interventions chirurgicales ont été réalisées, plus du tiers des interventions étaient des urgences chirurgicales. Nous avons réussi à définir un espace de travail où les équipes sont « maître d'œuvre » dans le service

de chirurgie. L'objectif du programme à l'hôpital de Macenta était d'améliorer la prise en charge des patients en chirurgie : globalement, cet objectif a été atteint.

La première cause de mortalité chez les femmes est liée aux complications des grossesses. Nous avons mis en place une évaluation de la prise en charge des femmes enceintes. Les premiers résultats montrent une carence à tous les niveaux des soins materno-infantiles. Nous ré-orientons cette évaluation pour définir si un projet sur les soins materno-infantiles est pertinent.

Concernant les réfugiés, un travail d'analyse a été initié par des visites de plusieurs mois de la part d'un sociologue et d'un politologue. Ce travail a fait l'objet de rapports sur les populations réfugiées pour l'un, et sur le contexte régional et les responsabilités politiques et humanitaires pour l'autre. Cela nous permet de mieux comprendre l'environnement dans lequel nous travaillons.

Sur le camp de réfugiés de Kuankan, l'objectif d'assurer la prise en charge médicale de la population de la zone 12 a également été atteint.

La population de la province de Macenta est d'environ 650.000 habitants. C'est une population rurale sédentaire. Elle vit en Guinée forestière à proximité de la frontière libérienne, donc de la guerre. La présence de groupes armés libériens, de l'armée guinéenne, d'une guerre de proximité, font peser sur les populations résidentes et réfugiés un climat de violence quotidien.

De plus, la crise économique et la corruption de la Guinée ne font qu'amplifier les difficultés des personnes à organiser la vie familiale. Les soins sont payants pour la population, ce qui est un obstacle à l'accès aux structures de santé. L'afflux massif de réfugiés libériens et sierra-léonais depuis plusieurs années (jusqu'à 500.000 réfugiés) participe également à cette déstabilisation de vie.

En octobre 2001, la ville de Macenta a été attaquée par les rebelles libériens perturbant pour de longs mois la vie de la population. La ville de Macenta compte environ 40.000 habitants et est à 2 heures de distance du camp de Kuankan.

perspectives

hôpital de macenta

Nous allons poursuivre nos activités à l'hôpital de Macenta pour y fournir un accès aux soins de qualité :

- Assurer les interventions chirurgicales
- Améliorer la qualité des soins post-opératoires
- Assurer la sécurité des transfusions sanguines
- Garantir la qualité de l'hygiène, l'évacuation des déchets et l'approvisionnement en eau
- Assurer l'approvisionnement en médicaments pour le service chirurgie
- Evaluer et définir les besoins au sein des services de l'hôpital de Macenta
- Evaluer et améliorer les compétences du personnel soignant
- Mettre en place la bi-thérapie malaria au sein de l'hôpital

camp de kuankan

Nous sommes responsables de l'approvisionnement en eau de la zone 12 (6500 réfugiés) ainsi que du fonctionnement d'un dispensaire dans le camp de réfugiés. Ce dispensaire comprendra un service de consultations externes une maternité. Les références seront organisées sur l'hôpital de Macenta. Un soutien au centre de santé du village de Kuankan, à proximité du camp, est envisagé.

L'objectif reste d'assurer l'accès aux soins pour la population du camp de Kuankan :

- Prise en charge des consultations
- Prise en charge des références sur l'hôpital de Macenta
- Approvisionnement en médicaments
- Approvisionnement en eau de la population de la zone 12 (4500 réfugiés).
- Récolte/analyse des données épidémiologiques
- Documentation/analyse de la problématique des réfugiés
- Poursuivre les cliniques mobiles le long de la frontière libérienne suivant les afflux de réfugiés

L'équipe est composée de 8 volontaires expatriés et des 67 employés nationaux.

indonésie

En 2003, le régime de la présidente Megawati Soekarnoputri au pouvoir depuis 2001 a pu, non sans heurts, maintenir une certaine stabilité politique. Le mouvement de réformes sociales (Reformasi) sur le processus politique, la décentralisation et la démilitarisation du pouvoir ainsi que dans les secteurs de la justice, de l'éducation et de la santé s'est poursuivi. L'Indonésie est restée bonne élève du FMI et a mis en œuvre des réformes qui ont permis de stabiliser l'économie, de réduire la dette et l'inflation et d'équilibrer les budgets.

Cependant, cet immense pays reste en proie à des problèmes et des divisions majeurs. Les investissements peinent à retrouver leurs niveaux antérieurs, le taux de croissance n'est toujours pas en mesure de réduire le chômage, et la libéralisation de l'économie a créé un grand nombre de nouveaux mécontents. La corruption reste omniprésente, les catastrophes environnementales sont multiples, l'urbanisation rapide dépasse la capacité de réponse des services publics. Entre temps, une plus grande liberté d'organisation et la politique de décentralisation ont fait ressortir d'anciens et nouveaux contentieux ethniques, religieux et politiques poussant le gouvernement à renforcer ses liens avec l'armée, toujours puissante et largement autonome dans son fonctionnement interne.

La préparation des élections législatives ainsi que la première élection présidentielle directe de l'histoire du pays est un grand enjeu pour l'Indonésie en 2004. Le parti de Megawati (PDI-P) fait face à une forte opposition contre une libéralisation économique brutale et la corruption généralisée. Le petit peuple se rappelle les « belles » années du régime Soeharto tandis que les forces islamiques modérées reprochent à Megawati une laïcisation progressive de la société indonésienne et se mobilisent pour faire de l'islam indonésien une force politique.

Finalement, malgré une forte répression depuis l'attentat de Bali en octobre 2002, l'Indonésie vit une extension des écoles fondamentalistes et reste la cible des radicaux islamistes de la Jemaah Islamiyah et de ses alliés internes et externes. En juillet, le Parlement indonésien a été victime d'un attentat, et en août, une bombe devant un grand hôtel de Jakarta a fait des nombreux morts et blessés.

activités

cliniques de cijantung et jatinegara et équipes de rue

Depuis mai 2003, les deux cliniques de Cijantung et Jatinegara, ouvertes début 2002 à Djakarta, la capitale, fonctionnent 5 après-midis/semaine. MSF offre des soins gratuits ciblant les maladies sexuellement transmissibles (MST) dans ces cliniques proches de deux lieux de prostitution. Durant le premier trimestre, des examens de laboratoire ont été mis en place afin de tester la validité de l'approche syndromique que nous utilisons en 2002.

Les pathologies rencontrées sont principalement des infections gynécologiques (entre 45 et 50% des consultations), en particulier la syphilis (20% des personnes testées). 84 femmes ont commencé une vaccination contre l'hépatite B, dont 42 l'ont terminée. Les références à des spécialistes ou à l'hôpital sont rares.

En février, une consultation VIH/sida a été ouverte à Cijantung, puis étendue progressivement à l'ensemble des lieux d'intervention de la mission. L'information MST/Sida dispensée dans les deux centres prend pour l'essentiel la forme d'entretiens individuels. La proportion de patientes prenant des préservatifs dans nos cliniques est passée en dix mois de 25 à 35% à Jatinegara et de 25 à 40% à Cijantung. Une permanence sociale a été ouverte dans chacun des centres et une psychologue est venue renforcer l'équipe à la mi-année.

Des équipes de rue ont pour tâche de faire mieux connaître les services MSF dans ces lieux de prostitution et de mener des activités de prévention (distribution de préservatifs).

L'enregistrement officiel des centres de santé n'a pas pu aboutir. Le site de prostitution de Cijantung a été fermé de force fin 2003 pour faire place à un complexe sportif, et la population de prostituées alentours s'est dispersée.

kedoya et détention administrative

En février 2003, une « clinique mobile » bimensuelle a été ouverte à Kedoya, l'un des centres de « réhabilitation » où des femmes sont détenues lorsqu'elles sont raflées dans la rue. La morbidité est plus importante parmi les femmes rencontrées à Kedoya. Trois femmes (sur 6 testées) étaient séropositives en octobre, alors qu'aucun cas de séropositivité n'était relevé dans les cliniques de Cijantung et Jatinegara.

C'est à Kedoya que l'équipe MSF a réalisé le plus grand nombre de sessions d'information. La mise en place d'une « hotline » s'est ajoutée à une information systématique sur nos centres médicaux. Il a également été possible d'obtenir la libération de plusieurs femmes, et pas seulement pour des raisons médicales. De nouveaux quartiers de prostitution ont pu être identifiés grâce aux femmes rencontrées en détention.

Durant le premier trimestre 2003, nous avons pris contact avec deux associations de lutte contre le sida travaillant avec des toxicomanes : Pelita Kambal et Atma Jaya, avec qui nous avons ouvert en juin en partenariat deux « cliniques mobiles » hebdomadaires. Parmi les patients de ces organisations, les taux de séro-positivité étaient élevés (78 et 97% des personnes testées). Le ratio hommes/femmes était disproportionné (90/10). Les médecins étaient des hommes. Notre hypothèse était que les femmes n'osaient pas venir consulter ; nous avons proposé une

journée hebdomadaire de consultation gynécologique dans leurs locaux, avec du personnel féminin. Le nombre de consultations est resté faible et beaucoup de celles réalisées ont été des consultations « de voisinage ».

Suite logique du partenariat avec ces associations, un accord a été signé le 9 juillet permettant la prise en charge de 40 trithérapies pour des patients en danger de mort (CD4 inférieur à 200) et sans ressources. MSF France s'est engagé à financer les 40 trithérapies pendant 18 mois. Pokdisus, association hospitalo-universitaire très active autour du VIH/sida, est en charge de l'approvisionnement et de la qualité des antirétroviraux, ainsi que de la centralisation des données médicales. Un comité médical mensuel assure l'inclusion et le suivi des patients, chaque association gardant par ailleurs la responsabilité des patients qu'elle propose. Les hospitalisations éventuelles sont prévues dans deux hôpitaux de référence et la prise en charge financière de ces hospitalisations décidée au cas par cas. 41 patients (l'un des patients étant décédé) ont été inclus dans ce protocole du 23 juillet au 31 octobre 2003.

Ce projet, médiatisé par nos partenaires, a suscité dans le petit monde du sida des réactions variées, certains acteurs cherchant à le déconsidérer, d'autres (ou parfois les mêmes...) essayant de nous référer leurs patients.

autres actions

Un gros effort a été fait en matière de ressources humaines locales en 2003. L'un de nos médecins indonésiens a suivi un atelier sida organisé par MSF-Suisse en mai, deux médecins ont été accueillis par les équipes de Surin (Thaïlande) et de Phnom Penh (Cambodge) et une infirmière a visité les programmes sida de MSF en Thaïlande. La responsable du travail social a effectué une visite à Phnom Penh pour y observer la mise en place des groupes de patients sous ARV (antirétroviraux).

Ce travail ne s'est pas limité à la prise en charge médicale des patients. Il a permis l'ébauche d'un réseau régional : participation de MSF à trois jours d'échanges d'expériences avec les autres pays de l'ASEAN (Association des Etats d'Asie du Sud-Est) ; accueil des membres de Pokdisus dans les missions de Thaïlande et du Cambodge ; visite de Annick Hamel de la Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels de MSF et échanges réguliers sur la problématique de l'accès aux médicaments.

En septembre et octobre, une étude du cadre légal de la mission a été réalisée (accès aux soins, prostitution, interruption volontaire de grossesse, etc.), qui a permis d'améliorer la qualité de nos contacts avec plusieurs organisations spécialisées dans les droits des femmes.

perspectives

Privilégier l'accès aux soins des femmes en situation de prostitution ainsi que fournir une prise en charge « globale » sont des choix de programmes pertinents en eux-mêmes. Cependant notre activité actuelle est insuffisante pour être poursuivie telle quelle, car nous ne touchons pas les personnes les plus à risque, notamment par rapport au sida. Plusieurs pistes de travail/contacts s'offrent d'ores et déjà à nous et pourraient donner lieu à exploration. En revanche, l'objectif de départ a toujours inclus la problématique VIH/sida.

L'importance de l'épidémie VIH dans le pays commence seulement à être révélée. L'Indonésie vit une situation d'épidémie concentrée avec un taux général faible (<0,1%) mais des taux forts (>5%) chez des groupes de prostituées et de toxicomanes. Le taux de positivité chez les donneurs de sang a augmenté par un facteur de presque 10 depuis 1995. L'estimation est de 130.000 personnes séropositives dans le pays, mais 3500 cas seulement sont officiellement recensés.

Des programmes de prévention sont mis en place par une grande variété d'acteurs nationaux et internationaux ; en revanche, il n'existe pas encore de programme de traitements du sida. Les problèmes essentiels sont l'identification des personnes séropositives et l'accès aux antirétroviraux génériques.

L'importation de ces antirétroviraux génériques dépend toujours d'une autorisation spéciale (sous le contrôle de l'association Pokdisus) et ne concerne que peu de molécules ; les autres patients doivent payer leur traitement au prix fort. Le gouvernement a promis pour 2004 une participation financière égale au tiers du prix actuel d'un trithérapie de première ligne. La production locale d'antirétroviraux génériques, annoncée pour août 2003 par la compagnie Kimiapharma, a démarré en décembre 2003.

Après deux ans de travail, les premiers mois de l'année 2004 seront l'occasion de ré-évaluer les activités en cours et un investissement potentiel plus fortement axé sur la problématique du sida chez les toxicomanes ou des groupes de prostituées plus à risques.

L'espace de travail pour MSF à Jakarta est étroit, en raison de l'abondance d'acteurs locaux compétents et de la méfiance envers les acteurs internationaux, fort nombreux et essentiellement considérés comme des bailleurs de fonds. Selon les résultats de l'évaluation, il se peut que MSF décide de se retirer d'Indonésie en 2004.

L'équipe comprend 3 volontaires expatriés et 21 employés locaux.

ingouchie-tchéchénie

L'année 2003 a été marquée par plusieurs échéances politiques d'importance. En mars, un référendum a validé une nouvelle constitution, prélude à l'élection présidentielle qui a mené au pouvoir le candidat quasi-unique, Kadyrov. Ces scrutins ont été validés, avec quelques contorsions, par l'Europe et les Etats-Unis, qui s'obstinent à vouloir croire que cette parodie de normalisation mènera à la paix.

L'année 2003 s'est terminée sur les élections législatives dans la Fédération de Russie avec la victoire du parti au pouvoir «Russie Unie». En mars 2004, l'élection présidentielle a reconduit Vladimir Poutine au Kremlin, sans que le nombre de morts en Tchétchénie lui fasse obstacle. La guerre n'a pas été un enjeu de la campagne.

Les violences en **Tchéchénie** se sont poursuivies en changeant de forme, les rafles massives ont cédé la place aux arrestations plus discrètes, mais non moins nombreuses et violentes, dans lesquelles la milice privée de Kadyrov s'est taillée une sinistre réputation. L'organisation russe Memorial a enregistré 431 enlèvements cette année, bien qu'elle n'ait accès qu'à un tiers du territoire et qu'à une partie des informations. Les attaques des séparatistes, tout comme les opérations militaires fédérales, sont quotidiennes.

Autre facette de cette « normalisation », la forte augmentation des violences en **Ingouchie**, dont la majeure partie visait les réfugiés tchéchénes. Les enlèvements de civils par l'armée ont maintenant lieu aussi dans les camps de réfugiés et les squats. Le danger augmentant, il tend à faire disparaître la perception de relative sécurité des réfugiés en Ingouchie, les poussant ainsi à rentrer en Tchétchénie. Ils ont commencé à céder aux pressions qu'exercent sur eux les autorités, dans le but avoué de fermer les camps. Ainsi, ceux de Bella et Alina ont fermé, et seule une minorité de réfugiés particulièrement courageux ont obtenu un logement dans un autre camp. La fermeture des derniers camps est annoncée. Une partie des expulsés est rentrée en Tchétchénie, d'autres sont restés en Ingouchie. La mobilisation politique internationale pour défendre le droit de fuite des réfugiés a été d'une faiblesse extrême, renforçant le sentiment d'abandon et de non-choix qu'ils éprouvent.

Les organisations humanitaires subissent aussi menaces, restrictions et harcèlement. En février, 185 chambres construites par MSF pour les réfugiés ont été déclarées illégales et sont restées vides. Depuis la fermeture du camp de Bella, des autorisations sont obligatoires pour accéder aux camps.

En novembre, certaines organisations humanitaires ont été accusées de faire de la propagande contre la stabilisation en Tchétchénie et on a indiqué que leurs activités sont surveillées par les services de sécurité.

Quatre employés russes et tchéchénes d'organisations de défense des droits de l'homme ou humanitaire ont été enlevés (ainsi qu'un correspondant de l'AFP), un seul a été libéré, un autre a été tué.

Une douzaine d'avertissements de risques d'enlèvement de personnel humanitaire a été lancée cette année dans cette région du Caucase. Fin octobre, une mine télécommandée a explosé au passage d'un véhicule d'IRC (International Rescue Committee), sans faire de victimes cette fois-ci. Un véhicule de MSF-Hollande a été volé par des hommes en armes en Tchétchénie.

L'attitude des Nations-Unies et de ses agences est de plus en plus complaisante. Ainsi, le HCR (Haut Commissariat aux Réfugiés des Nations-Unies) ne juge plus forcés les retours et Jan Egeland (OCHA : bureau de coordination des affaires humanitaires des Nations-Unies) oublie de mentionner les Tchétchénes dans le chapitre sur la protection des personnes déplacées de son discours au Conseil de Sécurité. Le monde, petit, des humanitaires détourne les yeux des vrais problèmes des réfugiés.

En août 2002, Arjan Erkel, volontaire hollandais travaillant pour MSF Suisse au Daghestan, république voisine de la Tchétchénie, était enlevé. Fin 2003, il n'avait toujours pas été libéré. Après une trop longue période attentiste en 2002, MSF s'est engagé dans une campagne diplomatique, publique et médiatique auprès des autorités russes, des chefs d'Etats et principaux gouvernements partenaires de la Russie, des membres du Conseil de Sécurité de l'ONU, des institutions internationales et du public (380.000 personnes ont signé une pétition remise aux autorités russes). Cette pression a permis d'obtenir les preuves qu'Arjan était encore en vie, un engagement public de Poutine, une reconnaissance internationale du cas d'Arjan, ainsi que des informations concrètes, mettant en avant la passivité des services de sécurité lors de son enlèvement, puis au cours de l'enquête, interrompue pendant plusieurs mois.

L'enlèvement d'Arjan a conditionné jusqu'ici tous nos choix opérationnels. Notre inquiétude sur son sort rendait le futur de la mission incertain et la planification difficile. L'enlèvement d'Arjan et d'autres menaces nous avaient conduits à limiter énormément les déplacements sur le terrain de l'équipe de coordination, rendant le travail très difficile. Une seule visite (liée à Arjan) de la coordination a été faite cette année en Tchétchénie.

Heureuse nouvelle, Arjan a été libéré le 17 avril 2004, ce qui va nous permettre de revoir à terme nos choix opérationnels.

activités

ingouchie

L'objectif de cette mission est d'améliorer les conditions de vie et la prise en charge médicale de la population civile tchétchène déplacée en Ingouchie par le conflit. La population totale des réfugiés tchétchènes en Ingouchie est officiellement passée de 103.000 à 70.000 entre janvier et décembre 2003. Celle des camps était d'à peine 8000 en décembre contre 16.000 en février. Dans les *kompaknikis* (squats), on comptait 25.000 personnes en juin, 23.600 en décembre. Source HCR.

programme médical

En Ingouchie, les activités dans nos cliniques gynéco-obstétriques (Logovaz, Mro et Bart) ont continué et le nombre de consultations a été plus élevé qu'en 2002. Nous avons assuré des soins pédiatriques à Logovaz et Mro.

Nous avons aussi continué à soutenir les maternités de Nazran et Sleptovskaïa par des donations en matériel, médicaments, kits césarienne pour permettre une prise en charge gratuite de nos patientes qui y sont référées.

La provenance des patients est presque également répartie entre les camps, les *kompaknikis* et le privé (chez l'habitant). Certaines femmes (environ 5%) viennent toujours de Tchétchénie car le danger les pousse à être suivies et à accoucher en Ingouchie.

Au mois de mai, il y a eu un début d'épidémie de rougeole dans le camp de Bart qui s'est élargie aux autres camps. MSF-France a participé à la veille épidémiologique et a pu sensibiliser le ministère de la santé ingouche sans avoir pour autant l'autorisation de procéder nous-mêmes à la campagne de vaccination.

Nous n'avons pas poursuivi le travail sur l'anémie, qui reste pourtant un problème très important. Quant au fer, pour soigner l'anémie, un nouveau produit beaucoup moins cher a été identifié.

Tous les médecins travaillant pour MSF-France, ainsi que certains médecins des maternités, ont participé aux formations continues que doivent suivre tous les médecins de la Fédération de Russie.

Nous avons obtenu les licences médicales et pharmaceutiques pour l'Ingouchie.

programme logistique

Alors que nous prévoyions la construction de 500 chambres pour améliorer le logement des déplacés, les 185 premiers logements construits par MSF ont été déclarés illégaux par le gouvernement et sont toujours vides, 45 d'entre eux ont été détruits. Après six mois de négociations pour obtenir des autorisations qui ne sont jamais arrivées, les travaux ont repris de manière plus limitée et moins visible. 36 chambres supplémentaires (sous-traitées à des entrepreneurs pour obtenir les autorisations) ont été construites et 216 autres ont été réhabilitées. La difficulté principale, outre les autorisations, est le choix de l'attribution de ces chambres si peu nombreuses au regard des besoins. Ont également été réalisés : 58 doubles latrines, 17 points d'eau, 22 blocs de douches, 25 laveries, 1230 m² de toitures, et d'autres travaux d'assainissement. Le tout a permis de réduire le nombre de personnes par point d'eau ou par sanitaire et d'offrir des constructions de qualité. Un travail de rationalisation et de réorganisation de l'activité logistique est en cours.

Les dotations ciblées de matériel (chauffage et couvertures) ont été poursuivies.

Toutes les infrastructures nécessitent des travaux de maintenance réguliers ainsi que des réparations ponctuelles.

moniteurs

Leur travail est de suivre la situation dans les camps et dans les squats : arrivées, départs, incidents et besoins.

Les trois moniteurs du programme ont continuellement visité les camps et les *kompaknikis* (squats), relevant les incidents, mouvements des gens ainsi que certains besoins criants, notamment en matière de logement. Les progrès de cette équipe sont notables et le travail va se poursuivre.

tchétchénie

L'objectif en Tchétchénie est d'améliorer la prise en charge médicale de la population civile. A Grozny, capitale de la Tchétchénie, on compte officiellement 400.000 personnes (centres d'accueil temporaires : 23 000), à Chatoï : 9000, à Charoï : 3200, à Itum Kale : 3800, à Chiry Yurt : 5800, à Stari Atagy : 24 000.

programme médical

Médecins Sans Frontières travaille avec une équipe uniquement tchétchène. Nous continuons à soutenir un hôpital, celui de Chiri Yurt, deux maternités, celles de Grozny et Stary Atagui, trois centres de santé : Chatoï/Aslambeck Chiripova (l'hôpital étant toujours occupé par l'armée), Charoï, Itum Kale, et le Centre des Grands Brûlés de Grozny. Dans toutes les cliniques, les infections respiratoires sont les pathologies les plus fréquentes. Les structures soutenues ont été régulièrement fournies en médicaments. Les visites régulières de notre équipe tchétchène dans ces structures nous permettent de cerner un peu mieux leurs activités leurs besoins en médicaments et d'adapter nos donations en conséquence.

Nous avons dû suspendre nos donations à l'une des cliniques d'Alkhazurovo, suite au départ de l'unique médecin.

programme logistique

Nous avons réalisé des travaux de réhabilitation et de sanitation dans les structures médicales identifiées à l'Unité

des brûlés de l'hôpital N°4 de Grozny : chauffage, électricité, peinture, sols, plafonds et isolation du toit, eau, évacuation eaux usées et huisseries. Et à la clinique d'Aslambek-Sheripova (Chatoi) : électricité, eau, évacuation eaux usées, toilettes.

prises de parole publiques

En février 2003, une enquête a été menée révélant que 98% des réfugiés des camps en Ingouchie ne voulaient pas retourner en Tchétchénie, pour 90% d'entre eux par crainte pour leur vie. Ce rapport a donné lieu à une communication publique, entre autres une conférence de presse à Moscou.

fédération de russie

Nous souhaitons en 2003 continuer à explorer les besoins médicaux en Russie pour un futur projet médical. Aucune exploration n'a été menée, cependant, des discussions préliminaires nous orientent vers la tuberculose multi-résistante, problème médical de taille en Russie.

perspectives

Dans les mois qui viennent, nous allons revoir nos objectifs, à la lumière de la libération d'Arjan Erkel.

ingouchie

Les objectifs principaux pour l'année 2004 restent les mêmes qu'en 2003 : améliorer la situation et les conditions de vie des Tchétchénes réfugiés en Ingouchie et les aider à demeurer dans ce pays en restant très vigilants sur les pressions au retour. Pour cela, nous continuerons à offrir des soins gynéco-obstétriques pour les femmes réfugiées dans nos trois cliniques (Logovaz, Mro et Bart), à soutenir les maternités de Sleptsovskaya et Nazran (médicaments, matériel, kits césarienne) et y référer et suivre nos patientes qui vont y accoucher, à offrir des soins pédiatriques pour les déplacés dans nos deux cliniques (Logovaz et Mro), et réorienter ces cliniques si nécessaire.

En fonction des fermetures de camps, nous déplacerons nos cliniques pour atteindre plus spécifiquement les réfugiés vivant chez l'habitant ou dans les squats.

Nous allons poursuivre la construction et l'équipement de logements. Les travaux les plus visibles seront sous-traités à des entrepreneurs pour faciliter l'obtention des autorisations de construction. Les activités de maintenance et de réparation des logements existants seront réalisées par les équipes MSF. Les expulsions des déplacés nécessitent de réévaluer constamment les besoins. A cette fin, il est nécessaire de renforcer le lien entre l'équipe de monitoring et l'équipe logistique pour que les besoins relevés donnent lieu à une réponse.

Le travail des moniteurs va se poursuivre : suivi des arrivées et départs, des incidents et des besoins ; identification et recherche active des familles prioritaires à qui donner des chambres ou pour qui en réhabiliter.

tchétchénie

Nous allons contribuer à améliorer la capacité des hôpitaux et des cliniques de fournir des soins, avec des médicaments, du matériel et des équipements médicaux.

Au vu de la situation en Tchétchénie et du nombre de retours, nous allons évaluer les possibilités d'augmenter l'aide apportée par MSF dans ce pays.

Une piste est de renforcer l'offre de soins anténataux, gynécologiques et pédiatriques à Grozny, sur le modèle de notre activité en Ingouchie.

Nous poursuivrons les travaux de réhabilitation et de sanitation, en articulation avec l'augmentation des activités médicales. Une évaluation est nécessaire, notamment à la maternité de Grozny.

Nous continuerons à témoigner de la situation des civils tchétchénes réfugiés ou non et de la qualité de l'aide qui leur est apportée.

autres projets

pharmacie

En Ingouchie et Tchétchénie, nous allons faire un travail d'analyse de nos distributions et de nos achats pharmaceutiques, et faire le lien entre l'activité et nos donations, une synthèse et une étude des coûts.

prises de parole et témoignage

Nous continuerons à prendre la parole sur la conduite de la guerre en Tchétchénie, sur les causes de la résignation au retour des réfugiés tchétchénes et mettrons l'accent sur la compromission du système de l'aide.

fédération de russie

Nous allons mener une mission exploratoire sur la tuberculose multirésistante en Russie.

L'équipe sur ces deux programmes comprend trois volontaires expatriés et 42 employés locaux.

iran

L'Iran est une république islamique menée par un président réformateur, Khatami, élu par le peuple, dont les velléités de réforme restent bridées par le guide de la révolution, Khamenei, garant des ordres amenés par la révolution de 1979.

Ce pays a accueilli depuis des décennies des réfugiés, et en grand nombre : Kurdes, Irakiens, Afghans, sans être beaucoup épaulé par l'aide internationale.

L'arrêt de la guerre entre l'Alliance du Nord et les Talibans en Afghanistan, l'instauration d'un gouvernement provisoire dans ce pays et l'aide internationale déployée incitent l'Iran à pousser depuis deux ans les réfugiés afghans à rentrer chez eux. La population afghane réfugiée en Iran, qui a fui un conflit long de 20 ans, ne souhaite pas être rapatriée immédiatement en raison de la précarité de la situation en Afghanistan (insécurité, mauvaise distribution de l'aide, économie précaire). Même si ces réfugiés subissent exclusion et paupérisation dans le pays d'accueil en raison d'un accès précaire au travail, même s'ils sont acculés à des endettements successifs, même s'ils voient leur accès aux soins de santé s'amenuiser, car payants, et leurs bénéfices sociaux se réduire progressivement, ils préfèrent rester en Iran à tout prix. Les autorités iraniennes les poussent au rapatriement volontaire, et pour cela des mesures drastiques se pratiquent depuis l'été 2002.

Les Afghans en Iran ne sont aujourd'hui plus considérés comme réfugiés protégés par la Convention de 1951. Le renouvellement des cartes de séjour par des permis de séjour temporaire sans certitude de renouvellement accentue la pression psychologique et fragilise l'ensemble des populations afghanes en Iran et leur avenir reste très incertain. 2004 va voir de nouveau une aggravation de leurs conditions de vie, non seulement par les pressions administratives mais en raison du désengagement de certains acteurs d'une aide déjà faible.

Le HCR (Haut Commissariat des Nations-Unies) a en effet signé en 2002 un accord tripartite avec les gouvernements afghan et iranien pour organiser le retour volontaire mais aussi réduire les fonds attribués à ces réfugiés, autre moyen convaincant pour inciter le retour, mais qui est resté sans succès depuis 2002.

Par ailleurs, des tensions régionales sont prégnantes comme la guerre en Irak qui nécessitent de porter un intérêt tout particulier aux événements politiques des pays voisins.

L'Iran reste par ailleurs un pays à fort potentiel sismique, le tremblement de terre du 26 décembre 2003 à Bam nous rappelle à cette triste réalité.

activités

mashad (province du khorassan)

Médecins Sans Frontières offre un suivi médical et médico-social des groupes les plus vulnérables (très pauvres, illégaux et récemment arrivés). dans la banlieue de Mashhad, à Gulshar, quartier de 80.000 habitants dont la moitié de réfugiés afghans

- Clinique de Gulshar : depuis 1996, MSF appuie à Gulshar une clinique du ministère de la santé iranien : consultations médicales générales et grossesses à risque (environ 2300 par mois), soins infirmiers, pharmacie, références hospitalières (30/mois) et prises en charge financière pour consultations spécialisées (300/mois), programme de nutrition (activité faible), examens des enfants en milieu scolaire quand les écoles afghanes sont autorisées à ouvrir.
- Equipes médicales mobiles sur sept sites périphériques autour de Mashhad (1200 consultations par mois).
 - Réseau de neuf visiteurs à domicile pour la détection et le suivi de cas médicaux, la prévention (référence vers la clinique de Gulshar et suivi du résultat), la documentation sur les conditions de vie des réfugiés afghans, et la liaison avec le HCR et le Bafia (organisation gouvernementale en charge des ONG) pour les cas de protection : environ 800 familles visitées chaque mois.
 - Distribution saisonnière et ciblée de couvertures, tapis de sol, chauffage et produits d'hygiène aux patients les plus démunis de la clinique.

zahedan (province du seistan-balouchistan)

Comme à Mashhad, à Zahedan, le programme de MSF a pour vocation d'assister une population réfugiée vulnérable, souvent exclue pour des raisons économiques ou légales des réseaux de soins iraniens, notamment du système de sécurité sociale :

- activité médicale curative à Shirabad (quartier de Zahedan) : consultations (1800/mois), soins infirmiers, pharmacie, références et prise en charge financière des consultations spécialisées (50/mois) et hospitalisations (30/mois), malnutrition (faible activité),
- réseau de huit visiteurs à domicile ;

- équipes médicales mobiles dans trois zones périphériques de Zahedan (Garaj, Karim Abad et Abdul Fazel : 1300 consultations/mois) et soutien au poste de santé du camp de réfugiés de Niatak deux fois par semaine avec consultations médicales et médicaments gratuits (5000 personnes, 650 consultations/mois).
- distribution saisonnière et ciblée de couvertures, tapis de sol, chauffage et produits d'hygiène aux patients les plus démunis de la clinique.

zaranj

En complément de son action, MSF était intervenu, fin 2002, **à partir de l'Iran, en Afghanistan** en faveur d'environ 4000 déplacés à Zaranj dans la province de Nimrouz en Afghanistan. Confrontée à l'absence de structure médicale adéquate dans la région, l'équipe avait démarré un appui à l'hôpital provincial du ministère afghan de la santé de Zaranj et appuyé l'activité médicale de l'hôpital, qui avait quasiment cessé de fonctionner auparavant. Ce programme, intégré en décembre 2002, au programme Seistan-Baluchistan, a été fermé en septembre 2003 et transmis à une ONG italienne COOPI. Les 4 premiers mois, l'équipe expatriée venait de Zahedan 10 jours /mois puis 5j/mois jusqu'à la fin. Les outils et l'organisation mis en place fin 2002 ont permis une bonne adhérence de l'équipe afghane à ce mode de travail. Les résultats prouvent la continuité de la qualité de notre intervention.

- activité médicale curative à l'hôpital de Zaranj : 3200 consultations/mois, 30 lits, 100 admissions/mois en moyenne, référence vers les hôpitaux de Zabul en Iran pour les cas nécessitant des soins spécialisés inexistant à Zaranj, une vingtaine d'enfants/mois dans le centre de nutrition supplémentaire avec 80% de guéris, 600 consultations anténatales/mois.
- Maintien de l'hygiène et protection des soignants bien suivis.
- Bonne gestion de la pharmacie.

urgence irak

MSF avait mis en place des préparatifs en vue de l'afflux de réfugiés irakiens à la frontière irako-iranienne : pré-positionnement d'équipes expatriées, nationales, de matériel médical et de sanitation pour mettre en place des camps de réfugiés et des services médicaux en collaboration avec le Croissant-Rouge iranien. Finalement cette préparation s'est avérée inutile puisque les camps n'ont pas été utilisés puisqu'il n'y a pas eu d'exode d'Irakiens.

tremblement de terre à bam

Fin 2003, MSF a mené une intervention sur le tremblement de terre à Bam, avec une équipe internationale (toutes sections confondues : MSF-France, MSF-Belgique, MSF-Suisse, MSF-Espagne) et une grande participation de l'équipe nationale iranienne. L'intervention est encore en cours et a mené des activités :

Médicales : à l'hôpital de Bam (service de néphrologie) ; des cliniques mobiles dans la ville et maintenant à Baravat (banlieue de Bam), un dispensaire avec consultations externes, anténatales, références et le démarrage de soutiens psychologiques.

Sanitaires : adduction d'eau dans certaines zones de Bam et des structures de santé.

Distribution de matériels : couverture, kits hygiènes, biscuits protéinés.

perspectives

L'objectif général pour 2004 est de continuer à améliorer la santé des populations afghanes vulnérables en leur garantissant un accès gratuit aux soins de santé primaires et secondaires et à témoigner du sort des populations afghanes, de leur condition de vie, de leurs droits.

- Améliorer l'accès des réfugiés aux soins de santé primaires (offre de soins curatifs et délivrance de soins préventifs).
- Améliorer le système de références des cas spécialisés vers les structures adaptées.
- Prendre en charge le suivi des femmes enceintes exclues des systèmes de soins iraniens et assurer que les accouchements sont assistés par du personnel qualifié, tout en respectant les contraintes liées au contexte, à la culture et aux lois.
- Améliorer la définition de notre population cible sur des critères médicaux et économiques.
- Poursuivre une révision systématique de la qualité des soins.
- Garantir des conditions de vie de base aux patients les plus démunis.
- Optimiser les services de santé offerts à travers une surveillance de la morbidité.
- Témoigner des conditions de vie des populations afghanes en Iran et continuer à leur donner toute visibilité.
- Poursuivre le monitoring et l'adaptation aux besoins humanitaires liés aux flux de populations à la frontière afghane.
- Maintenir et réactualiser les préparations aux urgences et tremblements de terre.

L'équipe de MSF France en Iran comprend 6 volontaires expatriés (en dehors de l'urgence du tremblement de terre à Bam) et 74 employés locaux afghans et iraniens.

kenya

Le Kenya a longtemps été considéré comme un pays modèle en Afrique en raison de sa stabilité politique et économique. Cependant, au cours des dernières décennies, il a été frappé par des crises économiques et sociales ; le gouvernement d'Arap Moi était caractérisé par le népotisme et la corruption. Le Fonds Monétaire International, la Banque Mondiale et les principaux donateurs d'aide ont demandé que la répression cesse et que la domination politique de Moi se relâche.

En décembre 2002, le président Moi s'est retiré à la suite d'élections pacifiques. Mwai Kibaki a été élu à la présidence après une campagne centrée sur la lutte contre la corruption et pour une plus grande justice sociale. Après une année de pouvoir, mis à part l'introduction de la scolarisation primaire publique gratuite et le lancement de campagnes anti-corruption dans l'appareil judiciaire, la population attend toujours avec impatience des améliorations importantes de sa vie quotidienne.

Pendant ce temps, le Kenya doit faire face à de nombreux problèmes. Depuis 1997, le pays a été le théâtre d'importantes inondations, d'épidémies de choléra et de malaria, et d'une forte sécheresse. Le sida (prévalence d'environ 15 %) demeure un problème majeur -un adulte sur trois est séropositif- et touche tous les secteurs de l'économie, instituteurs, fonctionnaires, agriculteurs, pêcheurs...

Avec l'arrivée de l'initiative 3X du Fonds Global des Nations-Unies et de l'OMS (qui se fixe l'objectif -annoncé le 1er décembre 2003 à Nairobi- de traiter 3 millions de patients atteints du sida d'ici 2005 dans le monde entier), le Kenya a publiquement annoncé le lancement d'une lutte active contre le sida dans son système de santé publique. Jusqu'à ce jour, le traitement anti-sida est encore inaccessible à la grande majorité des patients dans le secteur public.

activités

MSF est présent au Kenya depuis 1987 en réponse à diverses crises alimentaires et malariques, et depuis 1997 MSF travaille à la mise en œuvre de deux programmes à moyen terme à Matharé (bidonvilles de Nairobi) et à Homa Bay (lac Victoria).

homa bay

prise en charge vih/sida et tuberculose dans l'hôpital régional et la province de homa bay

La prévalence du VIH à Homa Bay est estimée à environ 35 %. Actuellement, MSF travaille dans un service sida basé à l'hôpital, 3 salles hospitalières (2 salles médicales et 1 salle tuberculose), le service des maladies pulmonaires, l'IPP (pharmacie des malades hospitalisés), ainsi que dans un centre de santé périphérique (Ndiwa).

Les services offerts par MSF comportent un centre de conseil et de dépistage volontaire, une consultation clinique, un centre de conseils en matière de médicaments et d'adhésion au traitement, et un centre de traitement gratuit. Cette année, l'activité a été marquée par la simplification des protocoles et par la réorganisation du service. Aujourd'hui, nous sommes capables d'intégrer environ 100 nouveaux patients sous multithérapie antirétrovirale par mois, portant le nombre total de patients ayant commencé une multithérapie antirétrovirale à 1012, dont 5 % d'enfants âgés de moins de 13 ans. Les consultations des patients porteurs du sida ont commencé dans un centre de santé périphérique de façon que les patients puissent avoir accès à leur traitement à proximité de leur domicile.

Les activités propres à la tuberculose ont été réorientées vers le soutien du service des maladies pulmonaires de Homa Bay et la salle tuberculose de l'hôpital, en se concentrant sur la liaison entre les prises en charge de la tuberculose et du sida, la tuberculose demeurant la principale infection opportuniste. Les principaux défis de notre zone d'intervention restent l'inclusion précoce des enfants dans le programme sida, la bonne collaboration avec le personnel du ministère de la santé et la réorganisation de la pharmacie.

Comme les structures physiques de notre service se sont avérées surpeuplées, nous avons entrepris la construction d'un nouveau service sur des terrains appartenant à l'hôpital.

mathare

clinique (blue house) pour patients atteints par le sida et la tuberculose dans un bidonville de nairobi

Les activités de MSF à Mathare ont commencé en 1997 avec un dispensaire installé dans le bidonville. Par suite d'importants problèmes de gestion, MSF a décidé de cesser de soutenir ce dispensaire à la mi-2002.

Depuis 2001, MSF travaille dans la clinique Blue House à la périphérie de Mathare en proposant des soins aux patients atteints par le VIH et la tuberculose. Les activités de la Blue House comportent un centre de conseil et de dépistage volontaire, des conseils, des consultations médicales (80/jour), des soins relatifs à la tuberculose et un soutien nutritionnel pour les patients VIH éligibles. Depuis avril 2003, nous avons commencé à mettre les patients

VIH sous multithérapie antirétrovirale, nos dossiers comportent 753 patients VIH dont 168 ont été mis sous multithérapie antirétrovirale (7 % d'enfants).

Pendant les trois premiers trimestres de l'année, 194 patients ont été mis sous traitement pour la tuberculose.

Le lien entre VIH et tuberculose, ainsi que l'inclusion précoce des enfants dans le programme sida, en particulier dans le cadre d'un programme de prévention de la transmission mère/enfant demeurent les défis auxquels doit faire face ce programme.

autres activités

Suite à des inondations dans la région de Turkana en juillet 2003, une mission d'évaluation a été menée, qui n'a pas donné lieu à une intervention de MSF.

En mai 2003, MSF a organisé un colloque VIH/sida, en invitant le ministère de la santé et d'autres sections MSF ainsi que des donateurs, dans le but de démontrer la faisabilité du traitement des personnes atteintes par le VIH au Kenya avec des antirétroviraux.

En septembre, à l'occasion d'une conférence tenue à Nairobi, MSF a organisé un atelier traitant de la simplification des protocoles de traitement par les antirétroviraux.

perspectives

homa bay

Nous allons poursuivre le programme à Homa Bay afin de garantir une bonne qualité de soins aux patients atteints du sida dans les structures de MSF.

L'objectif est de mettre tous les patients éligibles du service sous multithérapie antirétrovirale, avec comme axes principaux :

- Augmenter le nombre d'enfants traités par multithérapie antirétrovirale
- Évaluer les activités du programme de prévention de la transmission mère/enfant
- Améliorer les soins intégrés pour les patients porteurs de VIH et de tuberculose (TB)
- Simplifier le suivi des patients sous multithérapie antirétrovirale
- Garantir une bonne qualité des examens biologiques pour les patients VIH/TB
- Garantir des transfusions sanguines sûres
- Garantir la disponibilité de médicaments de bonne qualité et en quantité suffisante pour les patients hospitalisés
- Terminer la construction du nouveau service sida
- Réhabiliter la salle tuberculose
- Définir un cadre de collaboration entre MSF et le ministère de la santé kenyan
- Proposer une formation sur les infections opportunistes et les multithérapies antirétrovirales au personnel des établissements sanitaires du ministère de la santé
- Définir un cadre de collaboration avec les établissements du ministère de la santé, à Nairobi ainsi qu'à Homa Bay

mathare : blue house

Le programme va être poursuivi à Mathare avec comme principaux objectifs :

- Mettre les patients atteints du sida éligibles de notre clinique sous multithérapie antirétrovirale.
- Améliorer le lien entre prise en charge du sida et prise en charge de la tuberculose.
- Évaluer les possibilités d'offrir un programme de prévention de la transmission mère/enfant intégré aux services de soins anténatals.
- Mener à bien une étude (Fastplaque) pour des diagnostics sensibles, "adaptés au terrain", de la tuberculose chez les patients atteints du sida.

autres

Nous allons rester vigilants pour répondre aux urgences qui apparaissent dans le pays, comme les sécheresses, les inondations et les épidémies (par exemple, la malaria).

Nous allons communiquer sur l'expérience de MSF dans les domaines des soins VIH/sida sur des plates-formes nationales et internationales et via des publications.

La mission Kenya est mise en œuvre par 12 expatriés et 113 employés kenyans.

libéria

Le Libéria a connu une guerre civile de 1989 à 1997, année où le chef de guerre Charles Taylor fut élu président. Une fois au pouvoir, il a continué sa politique de déstabilisation régionale en soutenant, entre autres, un mouvement rebelle de Sierra Léone, le RUF. Début 2000, un processus de désarmement en Sierra Léone, coordonné par les Nations-Unies, a eu comme effet une remilitarisation du Libéria et de la Guinée. Un nombre important de combattants de tous bords a été recruté et entraîné sous l'égide de la Guinée, regroupé sous l'entité LURD, avec l'accord tacite des représentants internationaux, principalement britanniques et américains. L'objectif du LURD étant de chasser Taylor du pouvoir par les armes. Les premières incursions du LURD en territoire libérien ont lieu fin 1999. En janvier 2001, la Guinée subit des attaques à Guékédou et Macenta de la part de combattants libériens coordonnés depuis le Libéria. En mai 2001, un embargo est décrété par le conseil de sécurité des Nations-Unies envers le Libéria. L'aide internationale diminue alors drastiquement au Libéria au profit la Sierra Léone et de la Guinée.

En 2002, les attaques du LURD s'intensifient et on contrôle sur le territoire du Lofa semble établi. Ces combats provoquent le déplacement de plusieurs centaines de milliers de personnes pour la plupart regroupées dans des camps de déplacés aux abords de Monrovia et dans le Bong. Un tiers du pays est alors inaccessible aux organisations humanitaires. En septembre 2002, la guerre éclate en Côte d'Ivoire qui engendre des répercussions sur la sécurité des populations du Libéria.

En mars 2003, un autre groupe rebelle, le MODEL, émerge de Côte d'Ivoire avec le soutien de Laurent Gbagbo et lance des attaques sur le Libéria. Le gouvernement de Monrovia fait alors face à deux fronts, et Charles Taylor est isolé sur le plan politique.

Les événements vont alors se précipiter et, en juin 2003, les rebelles entrent dans Monrovia qui subira trois vagues de combats extrêmement violentes. La majorité des organisations humanitaires doit évacuer le Libéria, mais Médecins Sans Frontières choisit de rester à Monrovia. En juillet, un cessez le feu est signé entre les parties au conflit, alors qu'aucun groupe n'a « gagné » la bataille de Monrovia. Une force d'interposition africaine, en premier lieu, puis internationale, sous l'égide des Nations-Unies, se déploie alors dans Monrovia.

En août, Charles Taylor quitte le pouvoir et se réfugie au Nigeria. Des centaines de milliers de Libériens restent à la merci des combattants de tous bords. Un gouvernement tripartite se met en place sous la tutelle des Nations-Unies. Un processus de désarmement est mis en place sous la coordination des troupes onusiennes. La souffrance des populations libériennes n'est pas exclusivement liée aux ambitions guerrières d'un seul homme, Charles Taylor, mais à une multitude de facteurs régionaux et internationaux qui laisse entrevoir des risques de dérive du processus de paix actuel dans un climat régional instable.

activités

En raison des événements, l'ensemble de nos programmes a été régulièrement remis en cause en 2003, principalement pour des raisons d'intensification des combats. Du personnel expatrié et national de Médecins Sans Frontières s'est retrouvé otage d'un groupe armé venu de Côte d'Ivoire, en mars 2003, à Zwedru. A partir du mois de juin, les équipes ont été confrontées à des combats sporadiques, puis à la guerre dans Monrovia.

La population libérienne a connu la guerre durant les 14 dernières années, avec des diminutions d'intensité durant quelques années, mais en fait le climat de guerre est omniprésent depuis 1990. Environ 3 millions de personnes ont été déplacées du fait de combats dans la région de la Mano River. Monrovia, la capitale, comptait 500.000 habitants avant la guerre, l'estimation est aujourd'hui de plus d'un million. Depuis plus de dix ans, la population subit les violences répétées des combattants de tous bords et des forces gouvernementales.

Le mode de vie de la population libérienne est rurale et sédentaire. Monrovia, est une ville détruite par 14 ans de guerre, surpeuplée, sans électricité, sans eau, où les malades n'ont pas accès aux soins ; en 2003 les structures hospitalières à Monrovia comptaient 750 lits, et les soins sont payants. L'ensemble de la population libérienne vit sous perfusion des humanitaires, et l'espoir de recouvrer une vie ordinaire s'amenuise avec le temps.

maryland/grand gede

Nous avons ouvert l'hôpital d'Harper (77 lits) fin 1997. La province du **Maryland** (située à l'extrême sud-est du pays à la frontière avec la Côte d'Ivoire) comptait environ 100.000 habitants. Nous y étions en charge du fonctionnement de l'hôpital, de l'approvisionnement en médicaments, de la supervision des consultations et de l'hospitalisation, de l'hygiène. Nous soutenions aussi quelques structures périphériques. Les activités de l'hôpital étaient de 250/300 hospitalisations et de 1600/2000 consultations mensuelles. Les combinaisons thérapeutiques contre la malaria (AS + AQ) ont été introduites en 2002. Nous avons quitté le Maryland fin mars 2003.

Début janvier 2003, à Zwedru (au nord du Maryland), dans la province du **Grand Gede**, où une population d'environ 10.000 personnes fuyant les combats en Côte d'Ivoire s'est réfugiée, une campagne de vaccination contre

la rougeole (3460 enfants) a été effectuée avant l'incursion du MODEL dans la région, et le centre nutritionnel a traité 92 enfants sévèrement malnutris. Par ailleurs, nous avons effectué plus de 10.000 consultations durant notre présence à Zwedru, et mené un programme d'eau et assainissement.

A la suite de violents combats en mars, nos équipes évacueront et cette région restera inaccessible aux humanitaires jusqu'en octobre 2003.

wilson camp

Ce camp de déplacés a été ouvert en avril 2002, suite aux combats dans le Sud Lofa, il se trouve aux abords de Monrovia. Environ 10.000 personnes déplacées y avaient trouvé refuge. Nous y étions responsables d'un dispensaire (4 lits d'observation), de l'approvisionnement en eau et de la construction de latrines. De janvier à avril 2003, environ 1050 consultations par semaine ont été effectuées par les équipes. Un camp choléra a été ouvert suite à des cas confirmés. Le camp a été fermé en avril 2003.

camps du bong

Dans la province du Bong, début 2003, nous sommes en charge de deux camps de déplacés, **Maimu** et **Totota**, (40 000 personnes). Médecins Sans Frontières y installe des structures médicales, prend en charge l'approvisionnement en eau et participe à la construction des camps. Environ 3000 consultations par semaine sont effectuées. La bi-thérapie malaria (AS+AQ) a été introduite en 2002. Une maternité est ouverte en janvier 2003, avec environ 25 accouchements par semaine. A la mi-mai, une structure d'hospitalisation est construite à Maimu (capacité 50 lits), avec 30 admissions par semaine.

A la fin du premier trimestre 2003, les combats s'intensifient dans le Lofa provoquant l'afflux de dizaines de milliers de personnes sur le Bong. Le camp de **Salala** a été ouvert en mars 2003, pour 5000 déplacés.

Fin mai 2003, environ 50.000 personnes sont prises en charge dans les 3 camps.

En juin, les équipes évacuent les camps. En juillet, les camps sont attaqués par le LURD provoquant le déplacement d'environ 100.000 personnes en direction du sud. Des camps sont alors formés le long de la route, et nous décidons d'ouvrir une structure médicale et nutritionnelle à Careysburg, avec 650 consultations, 18 hospitalisations et 24 admissions dans le centre nutritionnel réalisées par semaine durant le mois de juillet.

Fin août, les combats s'arrêtent, nous retournons alors dans le Bong au mois de septembre, où nous effectuerons 4120 consultations par semaines, dont 21% concernent la malaria (traitement AS+AQ), et 43 hospitalisations.

Une épidémie de choléra se déclare alors dans le camp de Salala, avec 10 admissions par jour.

En 2 mois, 503 enfants malnutris sévères ont été traités dans le centre de nutrition intensive de Salala.

En septembre, nous organisons deux distributions de nourriture spécialisées pour les enfants de moins 5 ans, 10.700 enfants recevront une ration mensuelle pour une période d'un mois.

monrovia

En juin 2003, la ville de Monrovia est attaquée par le LURD provoquant le chaos. La maison de vie à Mamba Point se transforme alors en hôpital d'urgence. Durant les mois de juillet et août, au plus fort des combats, 1598 patients sont hospitalisés dans la structure d'urgence. Nous prenons en charge 35.000 personnes déplacées dans le stade de Monrovia, où nous assurons l'approvisionnement en eau et installons un dispensaire et un centre choléra. Nous effectuerons 1500 consultations par semaines à partir du mois de juillet. Vers le 15 juin, un centre nutritionnel (malnutrition sévère) est ouvert, en huit semaines, 247 admissions sont réalisées. Après des conditions de travail extrêmement difficiles, dues aux combats violents à Monrovia, les équipes sont en mesure de reprendre les activités dans la ville et dans le Bong.

En novembre, nous décidons d'ouvrir un hôpital de 150 lits dans la ville de Monrovia. Durant le mois de décembre nous effectuerons 132 interventions chirurgicales, 762 hospitalisations, 7120 consultations. Nous avons signé un accord avec le ministère de la santé stipulant que l'accès est gratuit pour les patients. Cet hôpital comprend 5 services principaux : pédiatrie, médecine, gynéco-obstétrique, chirurgie, soins intensifs, et un service de consultations externes. Nous sommes responsables du fonctionnement de l'hôpital dans son ensemble.

En dehors des activités médicales, nous avons fourni 150.000 litres d'eau potable par jour sur 10 points répartis dans la ville entre les mois d'août et de novembre.

perspectives

En 2004, nous continuerons à nous investir sur deux programmes : l'hôpital de Monrovia et les camps de déplacés du Bong. Un stock d'urgence (logistique et médical) est prépositionné sur Monrovia en cas de détérioration de la situation.

hôpital de monrovia

L'objectif global est d'assurer un accès aux soins hospitaliers gratuit pour la population de Monrovia avec comme principaux axes de travail :

- Garantir la prise en charge médicale des patients hospitalisés
- Assurer les interventions chirurgicales
- Assurer la sécurité des transfusions sanguines

- Assurer le fonctionnement du service d'urgence
- Assurer les consultations externes
- Assurer l'approvisionnement en médicaments pour le fonctionnement de l'hôpital
- Assurer la bonne qualité des examens de laboratoire et radiologie
- Garantir la qualité de l'hygiène, de la stérilisation, de l'évacuation des déchets, et l'approvisionnement en eau
- Evaluer et améliorer les compétences du personnel de l'hôpital
- Assurer la gestion administrative et la maintenance de l'hôpital

les camps de déplacés du Bong

Depuis le mois d'août 2003, les combats ont cessé sur l'ensemble du pays, mais la situation reste fragile. Des combattants sont toujours présents dans le Bong. Les camps accueillent environ 80.000 personnes (3 camps). Nous avons trois structures de consultations externes, une structure d'hospitalisation, un centre de nutrition intensive, une unité d'isolation pour les patients diarrhéiques et nous sommes responsables de l'approvisionnement en eau des trois camps. L'ambition est d'assurer une prise en charge médico-nutritionnelle de la population déplacée de ces camps :

- Assurer les consultations externes
- Garantir la prise en charge médicale des patients hospitalisés
- Assurer les références médicales vers des structures adaptées
- Assurer l'approvisionnement en médicaments des structures de santé
- Assurer la prise en charge des enfants sévèrement malnutris
- Assurer l'approvisionnement en eau pour la population des camps
- Assurer la maintenance, l'hygiène sur les structures de santé
- Assurer le suivi des données épidémiologiques
- Répondre aux urgences dans la région du Bong

le lofa

Plusieurs missions d'évaluation des besoins ont été effectuées fin 2003 dans la région de Kolahun (Nord Lofa). Pour des raisons de charge de travail sur les programmes en cours et du faible nombre de populations, il a été décidé de ne pas ouvrir de programme. Il semble que des familles libériennes rentrent sur le Nord Lofa depuis la fin de l'année 2003, nous effectuerons donc une mission d'évaluation en janvier dans cette zone, qui devrait déboucher sur l'ouverture d'un programme.

L'équipe de coordination est composée de cinq personnes : 1 chef de mission, 1 coordinateur médical, 1 responsable technique logistique, 2 administrateurs.

L'équipe du projet hôpital est composée de 9 personnes : 1 médecin directeur, 1 médecin, 1 chirurgien, 1 anesthésiste, 1 infirmière bloc, 1 infirmière surveillante, 1 infirmière hygiène, 1 sage femme, 1 logisticien.

L'équipe du projet Bong est composée de 5 personnes : 1 responsable technique-logistique, 2 médecins, 2 infirmières.

Nous avons défini une politique d'intégration du personnel national dans le processus décisionnel et la prise de responsabilité. Un administrateur libérien est affecté sur la gestion du personnel expatrié et national.

madagascar

A Madagascar, 70% de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté. Les différentes réformes touchant la politique de santé n'ont pas permis d'améliorer l'accès aux soins des plus pauvres, qui reste quasi-inexistant.

Après plus de 25 ans de règne (interrompu de 1992 à 1996), Didier Ratsiraka a été chassé du pouvoir en 2002 et remplacé depuis par Marc Ravalomanana. Cette transition, contestée et réalisée dans le conflit, a entraîné une chute dramatique de l'économie, déjà fragile, une recrudescence des clivages ethniques et politiques. Après une période de turbulences et la reconnaissance de Ravalomanana au niveau international, le pays semble sur la route d'une dynamique de renouveau politique et économique, même si beaucoup de problèmes persistent. Le rôle de l'opposition est aujourd'hui considéré comme un frein aux réformes du président.

En ce qui concerne la politique de santé, le maintien de la gratuité des soins par le gouvernement en 2003 a été un fait marquant, même si le résultat au niveau de l'accès aux soins n'a pas été probant. Cette gratuité a été effective au début et a fait exploser le nombre de consultations, mais ensuite, du fait de pénuries, les patients ont été contraints d'acheter eux-mêmes leurs médicaments.

L'amélioration du système judiciaire est visible dans les procédures, mais reste très dépendante des personnes en poste.

L'assainissement de la ville de Tananarive se poursuit. Beaucoup des familles des rues ont accepté de se réinstaller dans des sites d'accueil désignés par le gouvernement en dehors de la ville. Celles qui n'ont pas fait ce choix se sont dispersées dans différents recoins de la capitale et font profil bas en attendant des temps meilleurs.

Par ailleurs, les aléas climatiques (cyclones, ouragans, inondations.....) s'ajoutent à la précarité et augmentent la dépendance du pays vis à vis de l'aide internationale.

activités

Les activités menées à Tananarive sont restées globalement stables même s'il y a eu quelques changements dans l'organisation du programme.

En octobre, une exploration a été conduite au sud de l'île pour évaluer les besoins nutritionnels dans cette région traditionnellement très fragile au niveau de la sécurité alimentaire. La situation n'ayant pas été jugée préoccupante, cette exploration n'a pas donné suite à une intervention.

tananarive

A Tananarive, nous assurons la prise en charge médicale, nutritionnelle, sociale et juridique d'une population défavorisée (enfants et mères) vivant en situation précaire dans la ville de Tananarive.

En 2003, nous avons renforcé notre activité médicale dans les trois centres de santé (Isotry, Andravohangy, Anosibe) et consolidé la qualité de la prise en charge de nos patients. Chaque enfant inclus dans le programme bénéficie d'une première consultation systématique dans un centre MSF, quel que soit son état de santé. Dans chaque centre, une équipe pluridisciplinaire complète, composée d'un médecin, d'un infirmier, d'un assistant-social et d'un animateur, garantit la cohérence des prises en charge, sous la supervision du coordinateur de programme et en relation avec les deux juristes de l'équipe. Pour cela, un travail sur les pratiques juridiques a été entamé sous forme de fiches descriptives détaillées permettant de répondre à des questions précises (viol, placement, état-civil...), accessibles à chaque intervenant. Elles doivent permettre de travailler sur des définitions communes à toute l'équipe.

L'accent a également été mis sur l'accès aux soins et le traitement des dossiers juridiques pour les mineurs détenus dans la prison d'Antanimora.

En parallèle, nous avons choisi d'interrompre notre activité de partenariat avec des médecins du secteur privé au regard des faibles taux de fréquentation des consultations de réseau.

Un important travail de redéfinition des critères d'admission pour les enfants et les femmes enceintes a été initié. La mise à jour de notre file active a ainsi permis d'établir que notre programme comptait 3700 bénéficiaires et non pas 6700 (nombre des dossiers répertoriés avant la mise à jour).

Nous sommes restés impliqués dans la prise en charge des patients et la formation du personnel du CRENI (centre nutritionnel thérapeutique) de l'hôpital de Befelatanana.

Dans le cadre de la politique du gouvernement actuel qui vise à expulser les populations des rues du centre ville de la capitale, nous avons gardé une vigilance toute particulière sur les conditions de transfert et de réinstallation des populations déplacées dans les sites d'accueil situés en périphérie.

perspectives

En 2004, les objectifs resteront globalement de poursuivre une prise en charge de qualité médicale, nutritionnelle, sociale et juridique dans les trois centres de santé (Isotry, Andravohangy, Anosibe) ouverts aux enfants et familles en situation précaire vivant dans la ville de Tananarive et de répondre de manière rapide et adaptée aux urgences médicales et nutritionnelles, conséquence des événements climatiques fréquents et récurrents à Madagascar.

Dans les trois centres de santé :

- Service de consultations externes 5 jours/7
- Service de vaccinations selon le calendrier du Programme Elargi de Vaccination
- Consultations pré/post-natales à Isotry
- Réseau de référence pour des soins de santé secondaire vers l'hôpital de Befelatana
- Accompagnement social et assistance juridique au cas par cas
- Documenter le travail juridique réalisé autour des questions d'état civil en identifiant un relais possible au niveau des autorités malgaches

Nous allons évaluer nos activités pour mieux ajuster nos réponses aux besoins des enfants et familles en situation précaire :

- Evaluer la qualité de la prise en charge, l'accès et le taux de fréquentation de la population cible dans chacun des centres de santé
- Rationaliser les ressources et les moyens par rapport aux activités existantes
- Suivre les déplacements irréguliers des populations vulnérables à l'intérieur de la ville et redéfinir notre champ d'action (notamment durant les tournées de nuit) pour rester au plus proche des besoins sans mettre en danger les patients
- Suivre l'évolution de la politique « d'assainissement » dans la ville et sur les sites de réinstallation

Nous maintiendrons un accès aux soins et favoriserons le traitement rapide des dossiers juridiques pour les mineurs incarcérés à la prison centrale.

Nous allons continuer à encadrer la prise en charge thérapeutique et la formation du personnel de santé dans le centre nutritionnel thérapeutique de l'hôpital de Befelatana

L'équipe comprend 4 volontaires expatriés et 57 employés malgaches.

malawi

Le Malawi est un pays politiquement stable. On estime à 14,4 % le taux de VIH chez les adultes, ce qui signifie que 760.000 patients sont infectés par le virus. L'épidémie touche tout type de populations, y compris le personnel de santé, ce qui entraîne une pénurie dramatique du personnel sanitaire dans tout le pays. 170.000 personnes ont besoin d'un traitement nommé HAART, ou thérapie rétrovirale hautement active.

Essentiellement axé sur les patients infectés par le VIH, le programme MSF au Malawi a évolué depuis 1999. En collaboration avec le ministère de la santé, nous avons complété les propositions sanitaires du district du Malawi : prise en charge des infections opportunistes dans toutes les structures de santé, prévention de la transmission des infections de la mère à l'enfant à l'hôpital de district en 2000, enfin traitement HAART à l'hôpital de district en 2001.

Le Fonds Global des Nations-Unies a approuvé la demande formulée par le Malawi en faveur du traitement du VIH. L'accord a été signé en octobre avec l'UNICEF, cet organisme opérant en qualité d'agence chargée de fournir les thérapies HAART. Dans le cadre de ce programme, le ministère de la santé compte proposer très largement le traitement du VIH à partir de juillet 2004.

activités

chiradzulu

Le programme est centré sur l'augmentation des activités en liaison avec le VIH avec comme objectif principal de mettre le plus de patients possibles sous antirétroviraux aussi bien dans les structures de santé publiques que privées (un hôpital et onze centres de santé).

L'objectif de renforcement du traitement contre le VIH s'est déroulé de manière positive. On a pu constater une volonté évidente de soumettre à la thérapie HAART le plus grand nombre possible de patients : ils étaient près de 2000 à bénéficier d'un traitement antirétroviral en fin d'année, contre seulement 319 début 2003.

La simplification des protocoles a grandement facilité cette montée en puissance. On ne recherche plus systématiquement la formule CD4 des patients pour les faire bénéficier du HAART, car ils sont admis sur des critères cliniques.

L'hôpital central de district procède à des consultations quotidiennes de dépistage du VIH. Elles sont bimensuelles dans les 11 centres de santé du district, qui voient environ 400 patients nouvellement diagnostiqués chaque mois. La décentralisation a démarré, avec mise en place de tests du VIH et mise en œuvre de la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant (PMTCT) ; des infirmières du ministère de la santé proposent un programme d'assistance nutritionnelle dans les centres de santé.

Dans le cadre du programme PMTCT, MSF utilise, avec de bons résultats, du plumpy nut© de production locale en tant que complément de sevrage pour les bébés jusqu'à 6 mois.

MSF reste très impliqué dans les soins aux patients hospitalisés dans l'hôpital de district. 450 personnes en moyenne sont hospitalisées chaque mois.

Toutes les activités non curatives ont été confiées aux partenaires existant dans le district, comme cela avait été prévu au début de l'année.

La coopération avec les autorités sanitaires a été très satisfaisante, sinon exemplaire. Le principal défi à relever désormais est celui du nombre de patients qui viennent d'autres régions du pays pour se faire soigner gratuitement, et qui représentent jusqu'à 40 % des nouveaux cas vus dans les consultations de VIH.

En 2003, MSF a également effectué sur le terrain des tests de la machine Partec© de cytométrie en flux (formule CD4), dont les résultats seront rendus publics l'année prochaine.

Pour soutenir la cause du traitement des personnes séropositives, MSF a présenté les résultats de ce programme lors de conférences internationales sur le sida (Nairobi, Paris), et le protocole du ministère de la santé du Chiradzulu et de MSF est la preuve qu'il est possible de pratiquer le traitement HAART à grande échelle en environnement rural en Afrique.

perspectives

Le premier objectif est de réduire au maximum la mortalité due au sida, et ce en traitant au moyen d'une thérapie HAART tous les patients du district pour lesquels ce traitement semble nécessaire (environ 7000). On prouverait ainsi qu'il est possible de soigner les patients infectés par le VIH en environnement rural en Afrique.

Ce sont essentiellement la décentralisation au niveau des centres de santé et la simplification des protocoles qui permettront d'atteindre ces buts.

Pour cela nous travaillons sur les axes principaux suivants :

- Offrir une thérapie antirétrovirale hautement active (HAART) à tous les patients au stade 3 avancé et au stade 4 tels que définis par l'OMS, ou dont la formule CD4 est inférieure à 200/mm³ dans le District de Chiradzulu. Ceci devrait concerner 300 nouveaux patients par mois.
- Intégrer les soins du VIH/sida dans tous les soins ambulatoires (consultations externes) des établissements de santé du district. Spécifiquement, nous visons à confier aux infirmières des centres de santé la gestion puis le suivi des infections opportunistes et enfin le démarrage du traitement HAART. Cela nécessitera un énorme effort de formation des infirmières périphériques et des assistants médicaux.
- Poursuivre les efforts de démonstration du modèle en améliorant le contrôle des données et en réalisant une étude de conformité (avec Epicentre, centre de recherches en épidémiologie de Médecins Sans Frontières). Le but est de décrire le modèle et d'en discuter les limites par rapport à la capacité de MSF.
- Prendre en charge la prévention du VIH pour les femmes enceintes et leurs bébés, en collaboration avec le programme PMTCT national.
- Soutenir le ministère de la santé dans la mise en œuvre du programme du Fonds Global des Nations-Unies pour les projets relatifs à la tuberculose, au paludisme et au VIH/sida tant au niveau du district que sur le plan national. Des thérapies combinées à base d'artémisinine (ACT) seront lancées à titre de traitement standard du paludisme dans le district.

L'équipe est composée de 10 volontaires expatriés et de 56 employés malawites.

népal

Le Népal est une monarchie constitutionnelle où l'hindouisme est la religion d'Etat. Suite à des émeutes de 1990, une démocratie constitutionnelle a été mise en place, caractérisée par une instabilité politique chronique (une dizaine de gouvernements depuis 1990) et une intensification de la crise sociale et de la pauvreté dans les zones rurales enclavées, plus particulièrement dans l'ouest du pays. C'est dans cette région qu'une guérilla maoïste apparaît en 1995. Elle réclame la création d'une assemblée chargée de définir une nouvelle constitution et une abolition des privilèges royaux.

La constitution du PNC-M (Parti communiste népalais-maoïste) coïncide avec le lancement de la « guerre populaire » en février 1996, après de fortes répressions de la part des forces gouvernementales décidées à détruire les fondements de la rébellion maoïste dans le district de Rolpa.

Un an après le début de « la guerre populaire », les maoïstes expulsent de la région ouest les fonctionnaires et la police. Le mouvement commence alors à administrer les zones sous son contrôle à travers des comités de districts. A la fin des années 90, les maoïstes ont de plus en plus de districts sous leur contrôle, recrutent leurs combattants parmi la population des montagnes, exigent une participation humaine et financière à leur cause, et la guerre se radicalise. Ils représentent alors une menace pour l'image du pays et sa principale ressource : le tourisme.

En mai 2001, la famille royale est assassinée et le nouveau roi, frère de l'ancien, prend le pouvoir. En août 2001, un cessez-le-feu est annoncé, mais suite aux échecs des négociations, l'insurrection reprend en novembre dans l'ensemble du pays.

En janvier 2003, les maoïstes déclarent un nouveau cessez-le-feu. Un « code de bonne conduite » est adopté par les deux parties en mars. Les leaders maoïstes se rendent à Katmandou pour entamer les négociations qui se retrouvent vite au point mort. Fin août 2003, le cessez-le-feu est de nouveau rompu et la guerre se radicalise des deux côtés. Les estimations font état de 8200 morts depuis le début du conflit.

La population du Népal, rurale à 90%, est d'environ 23 millions d'habitants, 41% de la population a moins de 16 ans. Le pays est soumis à un régime de mousson de juin à août qui rendent les déplacements dans les montagnes difficiles et dangereux (glissements de terrain). Le district de Rukum où MSF travaille compte environ 200.000 habitants vivant dans les montagnes et les vallées (1000/2000 mètres), populations d'origine indo-népalaise. Elles ont fait partie des royaumes fondateurs du Népal, sont aujourd'hui ignorées du pouvoir central et ont peu accès au développement. Leur situation économique est désastreuse, règnent dans les villages pauvreté et analphabétisme. Ce sont principalement des agriculteurs/éleveurs, cultivant à flanc de montagnes et dans les vallées.

Dans le district de Rukum, quelques villages sont occupés par l'armée gouvernementale ; les villages de montagnes sont sous influence et administration des maoïstes. La contribution à l'effort de guerre demandé aux familles par les maoïstes génère des tensions sociales et des souffrances psychologiques et physiques au sein de la population. Certaines familles sont également suspicieuses vis-à-vis des autorités gouvernementales lorsqu'elles se déplacent des villages sous contrôle maoïstes vers les zones contrôlées par l'armée.

Les postes de santé sont mal approvisionnés et les soins délivrés de mauvaise qualité. Les malades sont peu enclins à fréquenter les structures de santé et préfèrent souvent consulter les « chamans » qui pratiquent une médecine traditionnelle. Du fait de la difficulté d'accès, les patients arrivent souvent tardivement au niveau des hôpitaux de référence.

activités

La présence de Médecins Sans Frontières est effective au Népal depuis février 2003 dans l'hôpital de Rukum. En octobre 2003, MSF Hollande a dû faire face à deux problèmes de sécurité en zone maoïste. Par ailleurs, nous avons été confrontés à des problèmes d'enregistrement légal auprès des ministères de la santé et des affaires sociales. Les autorités ne connaissent pas Médecins Sans Frontières, l'aide étant essentiellement sous-traitée à des associations népalaises dont les projets sont axés sur le développement et dont l'échec est criant.

Durant les six premiers mois de l'année, nous avons axé nos activités sur l'hôpital de Rukum où nous sommes confrontés à des difficultés vis-à-vis du personnel médical de l'hôpital. Nous ne pouvons pas en effet payer le personnel ce qui rend difficile l'organisation du travail. Nous avons réalisé 10.800 consultations externes sur l'année 2003. La principale pathologie traitée est l'infection respiratoire aiguë. 840 personnes ont été hospitalisées sur l'hôpital de Rukum et 70 patients ont été transférés sur l'Hôpital de Beri (Nepal gang) principalement pour des interventions chirurgicales.

Nous sommes en charge des consultations externes, des hospitalisations, de l'approvisionnement en médicaments et de la gestion de la pharmacie de l'hôpital. Si la pharmacie des hospitalisations est bien organisée, en revanche un travail d'organisation est à faire sur la pharmacie des consultations. Les examens de laboratoires sont de mauvaise

qualité ce qui induit des problèmes concernant les diagnostics. Nous supervisons l'hygiène et la gestion des déchets dans l'ensemble de l'hôpital.

Un programme national de lutte contre la tuberculose a été initié vers les années 80. Actuellement 70 patients atteints de tuberculose sont traités à l'hôpital de Rukum.

Après une évaluation, le suivi médical des patients n'est pas satisfaisant, principalement en termes de diagnostic (test laboratoire) et d'hébergement des patients.

Nous avons également effectué de petites réhabilitations de la structure hospitalière de Rukum.

Les deux problèmes majeurs identifiés durant l'année 2003 sont la collaboration difficile avec le personnel de l'hôpital et la déficience du personnel expatrié médical qui a été chaotique depuis l'ouverture de la mission.

Nous avons profité du cessez-le-feu pour visiter plusieurs fois les dispensaires périphériques sous contrôle des maoïstes sans pour autant lancer des activités médicales au sein de ces structures. Depuis la rupture du cessez-le-feu, nous n'avons plus accès aux dispensaires périphériques. Un travail important auprès du ministère de la santé de la part de l'équipe de coordination de Katmandou commence à porter ses fruits. Le dispensaire de Simrutu, situé à 10 kilomètres au sud de l'hôpital de Rukum, est depuis peu accessible aux équipes. Il se trouve en zone « grise » (ni gouvernementale ni maoïste). Environ 70 consultations par jour y sont effectuées. Nous sommes en charge de l'approvisionnement en médicaments, de la supervision des consultations et des références sur l'hôpital de Rukum, de l'hygiène.

perspectives

hôpital de rukum

Médecins Sans Frontières va poursuivre sa prise en charge de la gestion de l'hôpital de Rukum (15 lits) en partenariat avec le personnel du ministère de la santé de l'hôpital, superviser les consultations externes, l'hospitalisation, les soins infirmiers, les références sur l'hôpital de Népalgang, approvisionner en médicaments l'hôpital et gérer la pharmacie, l'hygiène et l'évacuation des déchets.

En 2004, nous envisageons de prendre en charge les patients atteints de tuberculose et donc de nous investir dans le laboratoire de l'hôpital. Nous prévoyons de mettre en place des sessions légères de formation ad-hoc concernant les soins infirmiers.

Des rapports médicaux mensuels seront effectués par les équipes et envoyés sur Paris, ce qui permettra de suivre l'évolution du programme. Les principaux indicateurs sont le nombre de consultations, d'hospitalisations et de références ainsi que la morbidité et mortalité.

Actuellement nous avons une moyenne mensuelle de 900 consultations par mois, ce qui semble peu au regard du nombre d'habitants dans le district (190.000 habitants). Plusieurs problèmes ont été identifiés concernant la « faible » fréquentation de l'hôpital. La mauvaise réputation des structures médicales publiques, le manque récurrent de médicaments, les déplacements difficiles exacerbés depuis le début du conflit, le paiement des soins. Nous espérons augmenter le nombre de consultations en 2004 sur l'hôpital de Rukum.

dispensaires périphériques

Suite à différentes missions d'évaluation, nous avons défini les besoins en soutien à trois dispensaires actuellement dans les zones contrôlées par les maoïstes : Simrutu (4 heures de Rukum), Rukumkot (1/2 journée) et Arviskot (1 jour). Ces structures sont mal approvisionnées en médicaments, le personnel pratique une médecine de mauvaise qualité. Ces dispensaires sont situés dans les montagnes aux alentours de Rukum dont l'accès s'effectue à pied (pas de route).

Nous avons eu des négociations difficiles durant les trois derniers mois de l'année 2003 avec le gouvernement pour avoir accès à ces dispensaires. Aujourd'hui nous avons l'autorisation de nous y rendre. Un travail reste néanmoins à effectuer auprès des maoïstes pour définir notre « espace » de travail et les conditions de sécurité des équipes.

Nous prévoyons de prendre en charge les consultations médicales dans les dispensaires, les références sur l'hôpital de Rukum, l'approvisionnement en médicaments, la gestion de l'hygiène et des déchets. Des formations ad hoc semblent nécessaires au regard du faible niveau de connaissances du personnel soignant.

Actuellement, deux commandes médicales par an sont réalisées pour l'approvisionnement de l'hôpital. Au cours de 2004, les quantités seront à ré-évaluer suite à l'ouverture des dispensaires en zone maoïste. Après avoir investigué la possibilité d'achats locaux, nous avons décidé d'importer les médicaments pour des raisons de qualité.

De petites réhabilitations sont nécessaires dans les dispensaires, l'équipe évaluera cette activité. Sur l'ensemble de la mission, les déplacements et les transports de patients s'effectuent à pied ou par avion.

L'équipe de coordination basée sur Katmandou est composée de trois personnes. Sur Rukum, quatre personnes.

En capitale, deux Népalais sont employés comme assistant de la coordination et assistant de l'administration. Peu de personnes parlant anglais sur Rukum, l'équipe travaille avec des traducteurs. Un médecin népalais a été embauché pour suivre les références sur l'hôpital de Népalgang.

Au total l'équipe comprend 7 volontaires expatriés et treize employés népalais.

niger

Le Niger est un pays du Sahel politiquement stable mais très pauvre, où des épidémies régulières, le coût des soins payants et l'isolement affectent la santé de la population. Médecins Sans Frontières y intervient régulièrement depuis les années 80 contre des épidémies de rougeole et de méningite, ainsi que lors des crises nutritionnelles. Le manque d'accès aux soins, particulièrement en ce qui concerne la malnutrition sévère, et les logiques d'aide inadaptées génèrent un nombre important d'enfants malnutris qui ne sont pas pris en charge par le système national.

activités

malnutrition sévère à maradi

Au cours de l'année 2003, environ 6500 enfants ont été pris en charge dans le programme nutritionnel de MSF. Outre l'aspect curatif, l'objectif essentiel du programme est de proposer un modèle de prise en charge de la malnutrition sévère qui soit simple pour les familles, et moins coûteux pour un ministère de la santé dépourvu de moyens que ne l'est l'hospitalisation dans un Centre de réhabilitation et d'éducation nutritionnelle intensif (CRENI). Les deux piliers de ce modèle sont le traitement en ambulatoire et l'utilisation d'un produit nutritif thérapeutique fabriqué localement.

Le traitement se compose de deux phases : une interne, à l'intérieur d'un centre entièrement construit en 2003, l'autre externe, à proximité de trois centres de santé de la région de Maradi. Les enfants présentant des pathologies graves sont hospitalisés dans le CRENI puis sont transférés dès que possible en phase ambulatoire afin de les rapprocher de leur lieu d'habitation.

Après des difficultés de mise en œuvre depuis 2002, la phase ambulatoire a atteint un bon rythme de croisière à partir de juin 2003, avec en moyenne un tiers des enfants admis directement en fin d'année. Les indicateurs de fonctionnement de prise en charge -durée moyenne de séjour, gain de poids et mortalité- sont satisfaisants puisque comparables aux indicateurs de prise en charge en hospitalisation classique.

Epicentre (centre de recherches en épidémiologie de Médecins Sans Frontières) est associé au programme dans une recherche opérationnelle d'évaluation de la prise en charge ambulatoire, qui devrait être finalisée début 2004. Nos résultats ont d'ores et déjà été présentés lors de la conférence internationale de nutrition à Dublin (Irlande).

Les problèmes qui subsistent sont le manque d'intérêt des autorités sanitaires nigériennes pour la question de la malnutrition sévère, et leur faible implication dans le programme MSF.

La phase de production locale de « plumpy nut » est étudiée sur le terrain depuis octobre et devrait se concrétiser courant 2004.

urgence épidémies

En 2003, le Niger a de nouveau connu d'importantes épidémies de rougeole et de méningite. MSF est intervenu dans les deux régions les plus touchées, Maradi et Zinder, de mars à mai. Nous avons importé 450.000 doses de vaccin contre la méningite et 300.000 doses de vaccins contre la rougeole. Nous avons vacciné directement dans les principaux centres urbains des deux régions avec des équipes d'urgence MSF et fait des donations aux autorités sanitaires pour qu'elles complètent la couverture vaccinale sur les zones rurales.

Sur le plan curatif, MSF a approvisionné les structures de santé des districts touchés de 8400 traitements contre la rougeole et 1600 traitements contre la méningite.

Epicentre a effectué une étude d'efficacité comparative sur l'utilisation de la ceftriaxone contre celle du chloramphénicol huileux, en dose unique, contre la méningite, dont les résultats paraîtront en 2004.

perspectives

programme nutrition à maradi

L'objectif général reste de réduire la mortalité liée à la malnutrition aiguë sévère des enfants âgés de six mois à cinq ans.

MSF va poursuivre sa gestion du CRENI de capacité d'accueil de plus de 200 enfants. Plus d'un quart de ces enfants ont un poids en dessous de quatre écarts-types par rapport à la normale, ce qui impliquera un important suivi médicalisé. Nous profiterons de la présence des mères dans notre structure pour faire un travail de sensibilisation et d'éducation.

Nous continuerons à dynamiser la prise en charge ambulatoire de la malnutrition. Pendant la période de pic, nous voyons plus de 800 enfants en suivi hebdomadaire. Nous souhaitons en 2004 inclure du personnel du ministère de la santé dans les centres périphériques.

Nous avons toujours pour objectifs de produire localement le plumpy-nut pour la prise en charge de malnutris sévères et de produire dans un deuxième temps un témoignage sur son efficacité et son coût.

Nous voulons aussi finaliser un modèle simplifié et à moindre coût de la prise en charge ambulatoire de la malnutrition pour le proposer au ministère de la santé.

Nous allons étendre nos activités de phase externe avec implication du personnel de la santé nigérien et communiquer régulièrement avec les bailleurs de fonds pour rappeler l'importance d'une prise en charge curative de la malnutrition.

réponse aux épidémies

L'équipe de coordination basée à Niamey continuera à assurer la surveillance épidémiologique. Un support spécifique aux autorités est prévu pour la préparation de la saison épidémique 2004. MSF tient par ailleurs toujours prêt de l'équipement pour la prise en charge de cas de choléra.

L'équipe au Niger comprend 9 volontaires expatriés et de 80 à 110 employés nigériens selon les périodes.

ouganda

L'Ouganda est gouverné par un régime autoritaire et vit une guerre interne et une instabilité régionale de plus en plus grande.

L'Ouganda, considéré comme un « bon élève de l'Afrique », ainsi qu'il est si souvent nommé, montre une stabilité constitutionnelle depuis l'arrivée au pouvoir il y a 18 ans du président Museveni. Tout d'abord président transitoire et, depuis deux mandats présidentiels, président élu par la population, il briguerait bien un troisième mandat en 2006 si la constitution ne l'en empêchait. Il n'a pas permis jusqu'à ce jour la création de partis politiques d'opposition. L'opposition, à l'origine d'une réelle instabilité, se manifeste au travers de groupes rebelles violents et armés, souvent issus des régions délaissées par les investissements de l'Etat et le développement économique comme les régions du nord (Arua, Gulu, Kitgum) et de l'extrême est (Bundibungyo). La LRA (Lord Resistance Army) est à l'origine de nombreux massacres et déplacements de populations dans le nord depuis bientôt plus de 15 ans, maintenant ces régions dans le chaos. En 2002 et 2003, ce mouvement a étendu son champ de nuisance dans les régions de Lira et de Soroti sans que l'armée ougandaise ne puisse réellement le contenir. La LRA laisse dans son sillage tueries, pillages et fuites des populations civiles. Pourtant le budget alloué au ministère de la défense est le plus important du gouvernement. L'effervescence n'a pas uniquement lieu à l'intérieur mais aussi à l'extérieur du pays. En 2003, l'armée ougandaise a effectué de longues incursions en Ituri, région est du Congo voisin, dans le but affiché de protéger ses frontières des conflits armés de cette zone. Mais elle a également joué l'incendiaire et le pompier au sein des différents groupes armés de cette région, pour contrer les velléités rwandaises, présentes par leur bras armé congolais, le RCD-Goma, qui cherche à étendre son secteur d'influence dans cette région, particulièrement riche en ressources pétrolifères et minières. En juin 2003, l'armée ougandaise s'est retirée du Congo à la demande du gouvernement intérimaire et des forces internationales, parallèlement au recul forcé du RCD-Goma vers le sud de Lubero (Nord-Kivu, RDC). Mais le gouvernement et l'armée restent très vigilants quant à la situation qui règne chez leur voisin, prêt à de nouvelles incursions.

Par ailleurs, ses soutiens occidentaux n'étant pas négligeables surtout de la part des Etats Unis, sans aucun doute à l'Ouganda pourra prendre en mains petit à petit ses problèmes de santé publique, en l'occurrence pour les malades atteints du Sida. Mais ces relations n'ont pas que des avantages, étant donné que les donateurs occidentaux financent et font la promotion de protocoles obsolètes pour la lutte contre la malaria.

activités

Les axes d'intervention de Médecins Sans Frontières en Ouganda sont les endémies (maladies du sommeil, sida, malaria) et les personnes déplacées.

prise en charge des malades du sida à arua

On compte 84.000 habitants pour la ville d'Arua et 830.000 habitants pour le district. Environ 6% de la population sont affectés par le VIH soit 5.000 dans la ville d'Arua et 50.000 dans le district (source : ministère de la santé ougandais).

Nous avons traité les premiers malades du sida en août 2002 alors que nous intervenions à l'hôpital d'Arua depuis 2001 pour améliorer la prise en charge des soins périnataux et offrir des traitements aux femmes enceintes séropositives pour réduire la transmission mère-enfant de la maladie. Au cours de l'année 2003, MSF n'a cessé d'améliorer la qualité de sa prise en charge et ses performances d'offre de soins. Nous avons construit une extension de la clinique VIH, réhabilité un nouveau bâtiment pour l'équipe de AHAP, partenaire de MSF au centre de diagnostic. Nous avons mis un accent tout particulier sur l'intensification de la collaboration avec l'hôpital toujours au profit du malade en conduisant des séances d'informations régulières sur le VIH envers le personnel soignant, en facilitant l'approvisionnement en médicaments et matériels jetables, en organisant un circuit fiable pour l'élimination des déchets. A la fin de 2003, 600 patients sont sous traitements antirétroviraux (ARV) et 1500 dans la file active, et 95% des patients qui ont besoin d'ARV sont sous ARV. Cela a pu être possible grâce à l'optimisation des techniques de laboratoire et l'usage de protocoles d'antirétroviraux moins contraignants pour les malades. L'année 2004 verra probablement se confirmer ses efforts par l'ouverture d'une clinique pour patients séropositifs à l'intérieur d'une structure de santé en périphérie d'Arua pour augmenter l'inclusion des patients vivant dans la province mais éloignés d'Arua.

assistance aux personnes déplacées et prise en charge du paludisme

Devant l'amélioration des conditions de sécurité dans la province de Bundibungyo, MSF a décidé de suspendre son assistance aux personnes déplacées venant des montagnes du Ruwenzori. Près de 80.000 personnes avaient fui en 1996 les exactions conduites par des groupes rebelles opposés au gouvernement en place. Finalement cette population déplacée s'est progressivement ré-installée au sein des villages-hôtes, d'autres sont retournées sur leur

lieu d'origine. L'amélioration des conditions d'hébergement, d'hygiène, l'accès aux terres agricoles ont permis de voir diminuer les cas de paludisme, de choléra et l'incidence de la malnutrition depuis plus d'un an.

Avant de quitter le service de pédiatrie, le centre nutritionnel de l'hôpital et la clinique de Nyahuka, MSF a formé le personnel à la bonne gestion des déchets hospitalier, l'hygiène dans les structures et a achevé la construction d'incinérateurs.

Au départ de l'équipe MSF, en juillet 2003, un stock de médicaments pour six mois a été délivré à Nyahuka et au service de pédiatrie de l'hôpital, incluant évidemment des traitements adaptés pour traiter le paludisme comme les dérivés d'artémisinine. Une dernière session de formation a été assurée également auprès des techniciens de laboratoire de l'hôpital et de la clinique de Nyahuka sur les techniques diagnostiques du paludisme.

Nous avons présenté aux responsables du ministère de la santé les résultats de nos différentes études sur la résistance du paludisme aux médicaments composant le protocole national et notre étude sur l'impact de la distribution générale des moustiquaires à la population. Mais les autorités ougandaises n'envisagent pas de changement de leur protocole national avant 2005.

Les équipes MSF resteront vigilantes aux problèmes d'insécurité relatifs à cette région mais aussi tout particulièrement aux conflits potentiels dans la région limitrophe congolaise du Nord Kivu. Les afflux de réfugiés annoncés en juin près du lac Albert se sont avérés moindres et absorbés par les populations locales, c'est pourquoi nous avons distribué un stock de médicaments pour trois mois à la clinique de cette zone. Pas de détérioration de la situation n'a été mentionnée depuis.

maladie du sommeil dans la province du west Nile

Après le départ de MSF en 2002 des districts d'Adjumani, Omugo et Moyo au nord du pays, les patients atteints de la maladie du sommeil ont pu continuer à recevoir des traitements adaptés dans les structures médicales du ministère de la santé auxquelles MSF avait transféré ses compétences. Mais MSF n'a pas été en mesure de connaître la figure exacte de cette activité. Nos collègues d'Epicentre continuent à suivre une cohorte de 30 personnes sur deux ans après leur traitement à Yumbe.

assistance aux déplacés victimes de violence dans la province de soroti

En août 2003, une centaine de milliers de personnes fuient vers la ville de Soroti, en raison de massacres orchestrés plus à l'est à Kanyatsi, par le groupe rebelle du LRA (Résistance Armée du Seigneur) réputé pour sa cruauté. MSF intervient quasi comme seul acteur pour organiser une distribution générale de biens non périssables et de première nécessité, pour soutenir le service de pédiatrie de l'hôpital accueillant trois fois plus d'enfants que sa capacité, ouvrir deux cliniques périphériques pour répondre à la demande de soins et mettre en place un système de veille aux épidémies. Malheureusement une épidémie de rougeole survient alors que le ministère de la santé vient de terminer une campagne de vaccination contre la rougeole. MSF est alors amené à augmenter son intervention dans l'hôpital en ouvrant un centre de soins intensifs pour accueillir les cas de rougeole compliqués de pneumopathie ; la mortalité y est élevée malgré nos efforts. Au pic de l'épidémie, on a enregistré une mortalité de 20 décès/10.000/jour pour les enfants de moins de 5 ans, et la majorité due à la rougeole. Un centre nutritionnel voit aussi le jour pour répondre à la seconde complication de cette terrible maladie et trois cliniques mobiles sont organisées pour répondre aux besoins de la trentaine de camps disséminés dans toute la ville qui comprend 40.000 habitants. Il faudra attendre fin décembre pour que l'urgence diminue à Soroti. A la même période, l'accès au nord de Soroti, Amuria, devient possible. L'équipe de MSF découvre alors de nouveaux camps de déplacés comptant plusieurs dizaines de milliers de personnes qui survivent dans des conditions sanitaires très précaires, et une nouvelle mission est alors ouverte.

Une enquête rétrospective de mortalité associée à une enquête nutritionnelle a été effectuée en octobre 2003, révélant une mortalité de 10 personnes/10.000/jour au sein de la population adulte, et principalement des hommes, entre juin et novembre 2003, consécutive à la violence des attaques menées par les rebelles. Celle-ci conforte malheureusement notre idée de poursuivre très activement notre aide aux populations civiles déplacées et victimes de violences, en concert avec les autres sections de MSF, Hollande et Suisse, qui, elles, se sont déployées plus au nord, à Lira et Gulu.

perspectives

Les objectifs sont pour 2004 :

A Arua, poursuite de la prise en charge des patients malades du sida :

- Accentuer la collaboration avec le personnel de l'hôpital pour un meilleur suivi des personnes référées par la clinique MSF et les autres, faciliter les conditions de travail du personnel en matière de confort, d'hygiène et de sécurité. MSF va se rapprocher à différents niveaux de ses partenaires travaillant à l'hôpital : au niveau du laboratoire, du service de médecine interne adulte, du service d'infectiologie, le but étant de progressivement intégrer le personnel dans nos activités pour un transfert de connaissances.
- MSF va continuer à améliorer le suivi des enfants nés de mère séropositive, augmenter la prise en charge des mères et leur mise sous traitement.
- L'autre volet à Arua sera d'augmenter le nombre de patients sous traitement par la création d'une clinique VIH en périphérie au nord de la province et cela dans un environnement de prise en charge simplifiée avec plateau technique réduit. Le but est de pouvoir inclure sous traitement plus de 100 patients/mois en conservant les

mêmes durées d'attente pour les mises sous traitement.

Dans le West Nile, nous mettrons en place un système de suivi par la collecte des données du ministère de la santé sur le nombre de cas traités pour la maladie du sommeil, en accentuant nos relations avec le département de lutte contre la trypanosomiase et en organisant des visites bi-annuelles vers les centres où MSF a travaillé.

A Soroti, nous allons :

- Poursuivre la prise en charge des personnes déplacées au niveau médical jusqu'à l'amélioration des conditions sanitaires ou leur retour dans leur ville d'origine.
- Continuer de suivre le système de veille sanitaire par la collecte des recueils de données et leur analyse venant des différentes structures de santé.
- A Amuria, mettre en place des moyens logistiques pour considérablement améliorer les conditions sanitaires de cette population et répondre aux besoins médicaux.
- Témoigner auprès des autorités sanitaires, mais également si besoin sur la scène internationale si les violences auprès des populations civiles devaient se perpétuer à nouveau en 2004.

L'équipe est composée de 19 volontaires expatriés et de 118 employés locaux

palestine

Dix ans après les accords signés à Oslo en 1993, le processus de paix paraît bloqué. Aucun traité n'a résolu le conflit israélo-palestinien et n'a mis fin à l'occupation des territoires palestiniens commencée en 1967 par l'armée israélienne. Les territoires palestiniens ont vu leur situation se dégrader au cours des trois dernières années d'Intifada.

Le processus d'Oslo (1993) a échoué et l'Autorité palestinienne établie alors a peu de contrôle sur la population et rencontre d'énormes difficultés dans le fonctionnement de ses ministères.

La « feuille de route », placée sous les auspices du « Quatuor » (États-Unis, Union européenne, Nations-Unies et Russie), mais surtout présentée et soutenue par le président George Bush, vise à instaurer une solution pour régler le conflit. Au terme de cette feuille de route, les Palestiniens devraient immédiatement renoncer de manière inconditionnelle à toute violence. Israël devrait se retirer des territoires palestiniens occupés depuis septembre 2000. Les deux parties devraient reconstituer le statu quo existant à cette époque. Israël devrait aussi geler toute colonie nouvelle, démanteler les avant-postes édifiés depuis mars 2001 et geler toute activité de colonisation (y compris l'augmentation naturelle des colonies).

Dans une deuxième phase, les efforts devraient se concentrer sur l'option consistant à créer un Etat palestinien indépendant, doté de frontières provisoires.

La « feuille de route » a peu de chances de réussir et se trouve remise en question par « l'initiative de Genève », proposée en octobre 2003 : des chefs de l'opposition israélienne, ayant à leur tête Yossi Beilin, et des Palestiniens sous la conduite de Yasser Abd-Rabbo, ont négocié un projet de convention censé remplacer les accords d'Oslo et servir de base à une paix israélo-palestinienne. Les négociations avaient pour objet les problèmes de longue date concernant (1) les réfugiés, (2) les frontières de l'État palestinien, y compris les colonies et (3) Jérusalem.

activités

Pourquoi une présence dans les territoires occupés ?

La présence de MSF dans ce conflit est dans une certaine mesure très complexe. Les besoins en aide humanitaire sont beaucoup moins évidents que dans d'autres contextes dans lesquels MSF est impliqué. De nombreuses ONG sont présentes pour aider le peuple palestinien. Notre présence est due à plusieurs raisons, notamment la politique générale de MSF, la volonté de nous positionner jusqu'à un certain point dans ce conflit et un désir de visibilité dans le monde musulman et arabe. Cependant, la guerre elle-même et les besoins cliniques constituent la raison principale de l'existence de ce programme.

La situation humanitaire

Si la crise politique est incontestable, elle ne signifie pas pour autant crise humanitaire. Le pays jouit d'une énorme assistance, en place pour le long terme. Les agences de l'ONU à elles seules auront un budget de 305 millions de dollars pour 2004.

En 2003, les objectifs du programme de MSF dans les territoires occupés étaient les mêmes qu'en novembre 2000 et demeureront inchangés en 2004 : répondre aux conséquences traumatiques de l'Intifada en offrant des soins psychologiques accompagnés d'une assistance médicale et sociale aux familles palestiniennes, qui se trouvent dans les zones les plus exposées de Jénine et de la bande de Gaza, souffrant de traumatismes aigus et du manque d'assistance médicale.

Il s'agit principalement de prévenir et réduire les effets psychologiques négatifs (stress, peur, angoisse) sur la population (enfants, adolescents et adultes) la plus gravement affectée par la violence provoquée par l'occupation des territoires palestiniens et l'Intifada et aussi de faciliter la réinsertion de cette population dans le réseau local d'institutions médico-sociales palestiniennes.

L'équipe de MSF oriente son travail vers les familles exposées à la violence et aux actions militaires quotidiennes en offrant des consultations d'action sociale. Pratiquant les visites à domicile, l'équipe identifie les personnes affectées et propose un « traitement » adapté. Les patients atteints de troubles psychologiques sont dirigés vers des psychologues ou des psychiatres. Le modèle de référence consiste en une brève thérapie (individuelle, familiale ou de groupe) par le biais de consultations thérapeutiques réalisées, si possible, sur place (visite à domicile) et dès que l'événement se produit.

La sécurité a été un sujet principal dans ce contexte et de nombreux incidents se sont produits. Nos relations avec les deux parties du conflit nous ont permis d'avoir un meilleur accès et de disposer d'un champ d'action relativement correct.

L'année 2003 a vu la consolidation des activités, bien que l'environnement demeure instable. En 2002, la mission avait dû faire face à de nombreuses carences en personnel, ce qui a affecté la qualité du travail. En 2003, la mission a bénéficié d'une équipe stable.

La mission MSF a ainsi pu se concentrer sur la qualité du travail, en collaboration avec les psychologues, médecins et travailleurs sociaux impliqués. L'organisation du travail, sur le terrain comme au niveau de la coordination, nous a permis d'organiser des réunions fréquentes avec des psychologues et des médecins, mais aussi les travailleurs sociaux des trois bases rencontrés à Jérusalem. L'aide externe apportée par un psychologue israélien et par des consultants de MSF a permis d'améliorer la qualité de l'aide apportée.

La plus grande liberté de mouvement des équipes du ministère de la santé palestinien a permis de mettre fin aux activités d'accès à Hébron et Jénine.

Durant l'année 2003, les psychologues de MSF ont traité 614 patients, pour un total de 3445 consultations. 54 % des thérapies sont individuelles et 31 % sont familiales.

Les patients appartiennent aux deux sexes (52 % de femmes et 48 % d'hommes) et à toutes les classes d'âge, sauf en ce qui concerne les jeunes hommes et jeunes femmes âgés de 15 à 20 ans. Cette catégorie est sous-représentée, comptant respectivement 4 et 5 % du nombre total de patients.

Les diagnostics les plus fréquents sont dépression, anxiété, syndrome post traumatique, troubles aigus liés au stress et troubles psychosomatiques.

L'activité de transport de médicaments pour les équipes du ministère de la santé palestinien a également pris fin avec l'arrivée de Pharmaciens Sans Frontières.

Les démolitions de maisons à Rafah : une série d'incursions militaires israéliennes dans la bande de Gaza depuis octobre 2000 a laissé des milliers de sans-abri, particulièrement dans la ville et le camp de réfugiés de Rafah. Le moyenne mensuelles d'habitations et de possessions réduites en poussière a été de 60 en 2003.

La défense des droits : au cours de 2003, l'exposition de photos de MSF sur les Chroniques palestiniennes a continué sa tournée dans les Territoires Palestiniens et Israël.

En fonction des résultats de l'enquête dans la bande de Gaza, MSF fera une communication sur la situation (concernant les civils qui courent un grand risque de subir des dommages dans leurs logements à la limite de Rafah).

perspectives

Les objectifs pour 2004 doivent demeurer les mêmes que pour 2003 en ce qui concerne les activités médico-sociales. Lorsque nous avons des besoins plus pressants, comme à Rafah fin 2003, nous devons faire preuve de suffisamment de souplesse pour concentrer notre énergie sur ces besoins spécifiques. Nous renforcerons notre collaboration avec les structures locales responsables des programmes de santé mentale, ce qui nous permettra de réagir rapidement dans les situations de crise.

La qualité de nos soins : il s'agit d'un sujet extrêmement important en ce qui concerne les thérapies dispensées par les psychologues.

La construction du **mur** par Israël à l'intérieur de la Cisjordanie a un impact sur la vie quotidienne des Palestiniens ; son impact sur la santé mentale et sur l'accès des gens aux soins médicaux constitue une approche de travail potentielle. Le mur se prolonge loin à l'intérieur de la Cisjordanie et va causer du tort à plus de 875.000 Palestiniens, affectant leurs sources de revenus, l'enseignement et les soins de santé. L'équipe de MSF à Jénine fera porter ses efforts sur la population des villages isolés entre le mur et Israël et séparés du reste de la Cisjordanie (Bartah, Oum el Riham, Bakah...). Ces zones seront à évaluer, pour définir l'impact de cette construction sur l'accès aux soins et sa répercussion sur l'état psychologique des plus vulnérables.

En Cisjordanie et dans la Bande de Gaza, nous ferons un suivi de la situation sanitaire en vue d'autres interventions possibles. Ceci entraîne également de faire constamment pression sur le ministère de la santé palestinien qui rejette la responsabilité de tout sur Israël et sur l'occupation.

Exposée nuit et jour à la violence des forces armées israéliennes, la population de **Rafah** et de **Khan Younis** - où les gens sont exposés à la destruction progressive de leur maison, à une menace constante pour leur vie - est « piégée par la guerre ». Ce problème constitue une préoccupation majeure pour 2004. Depuis le 16 janvier 2004, les vagues d'incursions et de démolitions ont augmenté à Rafah ; le nombre moyen d'habitations et de possessions réduites en poussière par mois s'élève à 90 (moyenne mensuelle de 60 en 2003).

En mars 2004, l'équipe de Gaza a commencé une enquête pour évaluer la situation des civils qui courent un grand risque de subir des dommages à la limite de Rafah. L'idée est de mettre l'accent sur l'accélération des nouvelles démolitions de maisons exécutées par l'armée israélienne et sur l'augmentation du nombre de personnes privées d'un logement décent.

Nous poursuivrons le plaidoyer en faveur de la situation des populations civiles lors de réunions avec des autorités palestiniennes et israéliennes, des diplomates, d'autres organismes locaux et internationaux et les médias.

L'équipe de MSF dans les territoires palestiniens comprend 10 volontaires expatriés et 25 employés nationaux.

rdc - république démocratique du congo/katanga

Cette année a été marquée par la dichotomie entre les accords signés par les différents belligérants et les violences, principalement dans l'Ituri et le Kivu. D'un côté, le processus politique de pacification et réunification du pays avance ; le gouvernement de transition, pléthorique, est en place, l'objectif n'étant pas qu'il puisse gouverner, mais de faire cesser les hostilités. De l'autre, les violences extrêmes dans l'Est se poursuivent et deviennent plus visibles du fait d'un plus grand intérêt politique et médiatique international. Intérêt relatif, le Congo n'est pas l'Irak.

L'accès aux victimes des violences dans l'Est s'est amélioré pour les humanitaires et les journalistes, mais limité à Bunia. Le déploiement plus massif de la MONUC (Mission des Nations-Unies au Congo), avec un mandat plus fort va peut-être aller dans le sens d'une meilleure protection des civils, mais cela reste à prouver.

Les raisons de cette guerre -le pillage des ressources congolaises- ont été mises en avant par un rapport des Nations-Unies. Le Rwanda continue à contrôler activement le RCD-Goma (Rassemblement Congolais pour la Démocratie) et garde des troupes sur le sol congolais, tout en soutenant d'autres milices de manière opportuniste. L'Ouganda utilise également différentes milices, parvenant même à faire demander par certains le retour de ses troupes à Bunia, pour éteindre le feu qu'elles ont elles-mêmes allumé.

D'un côté, comme de l'autre, l'outil utilisé est le pire qu'il soit, la mobilisation ethnique pour installer la peur, l'incitation à la haine raciale et l'escalade de la violence en un cycle de massacres.

Plus au sud, dans le Maniéma et le Nord Katanga, la situation est à peine meilleure. Si les forces du RCD-Goma sont prioritairement rassemblées et actives dans le Kivu et l'Ituri, le mouvement rwando-rebelle n'en a pas pour autant lâché les villes qu'il contrôle dans ces deux provinces même si son autorité ne dépasse pas ces villes, entourées de Maï-Maï, d'ex-Forces Armées Rwandaises (FAR) et d'Interahamwe. Les ONG ne parviennent pas à percer l'encerclement, et les populations à l'extérieur de ces villes sont livrées aux violences et privations diverses, sans témoins ni secours.

Un peu plus au sud, on commence à pouvoir franchir aisément l'ancienne ligne de front aujourd'hui vide d'enjeu stratégique, dégarnie par le RCD et les Rwandais, d'un côté, occupée par des Forces Armées Congolaises (FAC) qui ne se sont jamais battues, de l'autre. Ceux que le gouvernement avait appelés à la rescousse en 1999, des civils devenus Forces d'Autodéfenses Populaires (FAP) ou Maï-Maï, ont gardé leurs armes. Ils tentent de préserver le pouvoir acquis et s'entredéchirent quant à son partage.

L'année 2003 avait pourtant débuté par des signes prometteurs avec l'aboutissement des négociations entre le gouvernement et les Maï-Maï, qui prévoyaient le retrait des FAC, tant espéré par la population, contre la nomination de chefs Maï-Maï à des postes officiels, chef de la police à Malemba N'Kulu, chef de groupement à Kabumbulu, qui devait s'accompagner d'un désarmement qui n'a jamais eu lieu et pour lequel aucun moyen n'a été mis en place. Les autorités administratives n'ont qu'un pouvoir nominatif et ne sont pas en mesure d'intervenir.

Malheureusement, les combats ont repris, d'abord entre Maï-Maï à Mukanga (à l'est de Malemba), vidant la chefferie de ses 75.000 habitants dont une partie s'est réfugiée à Mukubu, plus au nord. Puis, en juin, dans la région de Kitenge où les FAP ont fait leur retour et où deux groupes Maï-Maï se sont battus pendant plusieurs mois, vidant et pillant des villages (y compris des centres de santé) comme ceux de Kileo et Kaloko. En août, des violents combats ont opposé les Maï-Maï aux FAC et PIR (Police d'Intervention Rapide), entre Malemba N'Kulu et Kikondja, provoquant à nouveau la fuite de la population. Les Maï-Maï ont à cette occasion commis des massacres. Suite à ces combats, les FAC ont repris le contrôle de la zone et chassé les Maï-Maï censés assurer la sécurité à Malemba. Leur retour en ville a été synonyme de viols, racket et violences à l'encontre des civils.

En fin d'année, la situation semble se stabiliser vers Mukanga, suite au décès de Kabalée, chef Maï-Maï redouté pour sa cruauté, et certains des villageois commencent à rentrer chez eux. Les chefs Maï-Maï, dont Maccabée, se font plus discrets, peut-être en attente de nouvelles négociations.

activités

L'objectif général pour 2003 était de répondre aux épidémies, déplacements de populations et autres crises provoquées par le conflit dans l'est du Congo.

kitenge

MSF assure les hospitalisations à l'hôpital d'Anuarite depuis mi-2002 et appuie deux centres de santé au nord (Kaloko) et au sud (Kiléo) de la zone de Kitenge. Nous avons également commencé en 2002 la réhabilitation de ces trois structures. L'activité a fortement augmenté à Anuarite en début d'année suite à la baisse du prix des soins. L'adaptation nécessaire qu'entraînait cette augmentation d'activités a été douloureuse dans un premier temps, mais un gros travail de réorganisation a été mené depuis le deuxième semestre et est toujours en cours. Plus de

1100 patients ont été admis en hospitalisation. 23.000 consultations ont été effectuées dont 23% pour paludisme. 560 enfants ont été admis au CNT (centre de nutrition thérapeutique) en 2003. 150 patients tuberculeux ont été suivis. Malgré les entraves (obstruction gouvernementale et combats), des vaccinations contre la rougeole ont pu être menées à Kitenge et alentours. Une assistance a été portée aux populations déplacées : vaccination des enfants et construction d'abris collectifs. L'ampleur de ces tâches nous a en revanche éloignés de notre objectif de réponses aux urgences dans la zone, avant et pendant les violences de la deuxième partie de l'année.

Le soutien aux centres de santé de Kileo et Kaloko a été interrompu plusieurs fois par les attaques des Mai-Mai et des FAP. Le centre de Kaloko a été pillé fin août et la population n'est pas rentrée avant décembre.

Autour de Budi, la population est aussi cachée en brousse et n'ose pas rentrer chez elle.

Une unité de traitement de choléra a été installée à Makwidi en décembre.

Les travaux de réhabilitation sont quasiment terminés. L'accès à l'eau à travers les forages s'est avéré très difficile et des tests de potabilité de l'eau sont en cours pour permettre de conclure ces travaux.

malemba nkulu

Le choléra, endémique au Katanga, avait fait un retour dans la province fin 2001. C'est pourquoi MSF avait installé dans la zone de Malemba Nkulu des centres de traitement près de l'hôpital général et dans les villages de Songwé et Mukanga, ainsi que des unités de traitement dans une dizaine d'autres villages de la zone. Sur le front du choléra, la situation a été meilleure cette année, probablement parce que la flambée a été moindre que les deux années précédentes mais aussi parce que la réponse a été rapide et efficace. A chaque apparition de cas, les centres de traitement prévus à cet effet ont été réactivés. En fin d'année, ils ont été remis en état, les équipes MSF s'étant retirées, sauf à Malemba-hôpital où un infirmier reste en surveillance.

Une structure d'hospitalisation prévue à Malemba n'a pas été confirmée, éclipsée par l'ouverture en urgence d'un programme à Mukubu. La référence chirurgicale a cependant continué ponctuellement à Malemba sans être satisfaisante. Pendant les violences qui ont culminé entre août et septembre, les blessés ont été pris en charge sur place (Malemba et Kikindja) ou référés à Lubumbashi. Les équipes, un temps bloquées par les combats, ont ensuite mené des évaluations sur les lieux des violences et apporté une aide matérielle aux personnes déplacées.

Les centres de santé de Songwe et Kabumbulu ont été soutenus par ACF (Action contre la faim) et nous leur avons transmis nos centres de traitement du choléra en mars.

Au nord de Malemba, des cas de rougeole sont apparus dans ces zones qui n'avaient pas été incluses dans les campagnes de vaccinations de 2002. Nous avons alors vacciné 18.250 enfants.

Depuis septembre, 13 femmes victimes de viols, dont 11 commis par les FAC (Forces armées congolaises) et 2 par les Mai-Mai, ont été vues en consultation dans les 72 heures et ont reçu des traitements incluant antirétroviraux, pilule du lendemain et prophylaxie contre les maladies sexuellement transmissibles. En prévision du retrait de l'équipe MSF, un travail de passation est en cours dans le centre de santé de Kametemete. Ces viols comme les autres violences subies par la population ont été portés à l'attention des autorités, mais aussi du grand public, grâce à un communiqué de presse.

ankoro

L'intervention à Ankoro, débutée en décembre 2002, avait pour objectifs d'appuyer pendant deux mois l'hôpital de référence et un certain nombre de structures sanitaires dans les villages en périphérie d'Ankoro où se sont réfugiés un grand nombre de civils. Il était prévu de revoir l'intervention sur Ankoro au bout des deux mois selon l'évolution de la situation des déplacés. L'intervention de MSF a permis d'aider une population, attaquée par sa propre armée à l'arme lourde, faisant des morts, des blessés et des milliers de déplacé (1500 maisons ont été brûlées). Elle a cessé avec le retour de la population et un regain de stabilité, toujours fragile, dans cette ville-garnison. Les soins hospitaliers gratuits ont permis de soigner les malades dans les services de médecine interne et pédiatrie. 25.000 enfants ont été vaccinés contre la rougeole et 1562 ont été pris en charge pour un nombre de décès limité à 5. Des cliniques mobiles ont été menées auprès des déplacés et 63 abris temporaires et 30 latrines ont été construits pour les personnes de retour à Ankoro.

kamina lenga

L'équipe d'Ankoro ayant été alertée par l'apparition de cas de rougeole plus au sud, elle est intervenue avec succès pour stopper une épidémie de rougeole naissante à Kamina Lenga. 42.900 enfants ont été vaccinés en trois semaines, dont 9500 en zone RCD-Goma. Une petite hospitalisation a été ouverte pendant les 5 semaines de l'intervention, permettant de prendre en charge 220 patients (84% d'enfants dont 18% de cas de rougeole compliqués et 23% de malnutrition). Cette structure est restée en place et nous y sommes retournés en novembre pour prendre en charge des cas de choléra, installer une isolation et la surveillance épidémiologique de la zone.

mukubu

Nous sommes aussi intervenus à Mukubu. Au début, nos activités étaient centrées sur la prise en charge des enfants rougeoleux et malnutris. Par la suite, l'aide médicale et nutritionnelle s'est étendue aux 15.000 personnes de Mukanga déplacées à Mukubu. Un approvisionnement en eau potable a été installé. Après une réduction controversée de notre présence, et devant la persistance du problème, l'équipe s'est réinstallée complètement en novembre dans cette zone la plus violente de la région. Au centre nutritionnel qui a accueilli 460 enfants, 1400 rations supplémentaires mensuelles ont été distribuées. 450 patients ont été admis en hospitalisation, dont 15% pour la rougeole (surtout au début de l'intervention). 1000 personnes ont été vues en consultation (35% pour malaria confirmée). Il y a eu une épidémie de shigellose en juillet avec 207 cas. En fin d'année, la population a

amorcé un retour vers Mukanga, et nous avons commencé à travailler dans le centre de santé de référence de ce village. Nous n'avons pour l'instant pas obtenu des autorités l'autorisation de vacciner les enfants de la zone contre la rougeole, mais 3000 enfants ont tout de même été vaccinés.

les lacs

Dans cette zone, l'intervention visait à apporter des soins et une surveillance pendant la période critique de choléra à la population saisonnière de pêcheurs. 1788 consultations ont été réalisées dans les 3 cliniques. Les problèmes de sécurité à Malemba, pendant l'été, ont sérieusement entravé nos déplacements. La partie prévention et distribution de matériel (jerrycans notamment) a finalement été abandonnée, ne s'avérant pas nécessairement une réponse efficace à un problème qui, lui, reste entier.

mulongo

En début d'année, un soutien a été apporté à l'hôpital de Mulongo pour la prise en charge des cas de choléra arrivant de la Région des Lacs. Notre présence s'est renforcée en novembre, avec un pic de cas (90 cas en semaine 39), qui nous a amenés à construire un centre de traitement du choléra et y organiser la prise en charge. Les clefs en ont été remises en fin d'année.

perspectives

L'objectif général est de continuer à prendre en charge médicalement les malades et les blessés des zones touchées par les violences, réduire la mortalité due aux épidémies ou à la malnutrition et rendre compte de nos actions et de leurs causes.

exploration dans la partie du katanga contrôlée par le rcd-goma

En fonction de la réunification progressive ou partielle du Katanga, ou a minima, et d'une possibilité d'accès à la zone RCD-Goma, nous mènerons une mission exploratoire pour intervenir dans des zones de violences, villes enclavées et encerclées par des groupes armés : ex-Interahamwés et Mai-Mai. Une base arrière et une coordination à Lubumbashi permet de faire l'économie d'une nouvelle équipe de coordination (déjà 3 pour la RDC). Un accès depuis la zone gouvernementale offre un autre angle d'intervention, inexistant pour l'instant.

ankoro

Le besoin d'un hôpital de référence dans le Nord-Katanga, pour les cas graves et les blessés, se fait sentir depuis deux ans. La localisation de l'hôpital d'Ankoro, à équidistance des deux zones les plus touchées par les violences du côté gouvernemental (Kitenge et Malemba) et accessible de la zone RCD et notre première expérience positive, nous ont décidé à intervenir dans cet hôpital général de référence. Les objectifs sont nombreux :

- instaurer la forfaitisation des soins : un forfait de 100 FC couvrira tous les médicaments, analyses, gestes et soins. Les indigents en seront exemptés.
- fournir les médicaments, le matériel et l'équipement médical, le mobilier ainsi que la nourriture pour les patients et les gardes-malades.
- assurer la disponibilité d'un personnel soignant motivé et donc rémunéré et suivi en co-gestion avec l'administration de l'hôpital.
- réhabiliter l'hôpital avec des travaux temporaires au démarrage (cuisines, hébergement des gardes-malades, approvisionnement en eau, électricité, centre nutritionnel), puis la réhabilitation de quatre des bâtiments existants, dont en priorité celui de la chirurgie.
- renforcer les capacités et compétences chirurgicales déjà existantes avec une équipe MSF.
- renforcer les différents services de l'hôpital : consultations externes, médecine interne, maternité, pédiatrie, réhabilitation nutritionnelle, tuberculose, laboratoire.
- effectuer un travail continu d'accompagnement sur l'organisation des activités, les diagnostics, l'utilisation rationnelle des médicaments, les soins et le suivi des patients en général, et en particulier les soins intensifs et post-opératoires.
- dans le premier mois, préciser le mode de coopération entre MSF et l'hôpital et plus particulièrement le rôle de chaque membre du personnel hospitalier, afin de déterminer la composition et le rôle de l'équipe MSF.
- traiter la malaria avec une combinaison thérapeutique et argumenter ce choix en réalisant une enquête de résistance.
- suivre, avec des déplacements réguliers, la situation dans la zone, encourager les références et intervenir en cas d'urgence.

réponse aux urgences

Dans l'optique de répondre aux urgences dues aux violences, déplacements de populations, malnutrition et épidémies dans le Nord Katanga, nous allons continuer à rechercher activement les informations et conduire des missions d'évaluations, intervenir rapidement si nécessaire, pour des actions de secours (limitées dans le temps à la durée de l'urgence). Afin de gagner en réactivité, nous compléterons l'équipe mobile qui doit comprendre un logisticien et deux médecins congolais. Les personnes recrutées seront au préalable formées dans les projets MSF

en cours. D'autre part, dans chaque projet ou base MSF, des personnes seront identifiées pour se rendre disponibles en cas d'urgence.

Nous maintiendrons le stock d'urgence prépositionné à Lubumbashi, comprenant principalement un kit choléra, un kit nutrition, un kit vaccination, un kit 10.000 personnes/trois mois, du matériel eau-hygiène et assainissement et logistique.

La mission en cours à Mukubu-Mukanga sera réévaluée en janvier et sera prolongée tant que le problème nutritionnel persistera. Elle devrait se terminer par une aide au retour, progressif, des déplacés.

MSF offrira des soins médicaux aux victimes de violences sexuelles partout où nous intervenons.

kitenge – anuarite

Il est prévu le retrait du centre de santé d'Anuarite en juin 2004. D'ici là, nous poursuivrons l'accompagnement du personnel en général et des consultants en particulier, le travail en cours de rationalisation des infrastructures. Nous allons également finaliser le système d'approvisionnement en eau.

Nous réduirons les visites au centre de santé de Kiléo et Kaloko et reprendrons les visites aux autres villages touchés par les violences, comme Budi.

Nous répondrons aux urgences éventuelles, y compris après notre départ, et pas nécessairement à Kitenge même.

Nous continuerons à rendre compte de la situation sur la zone pour trouver un repeneur. La Croix Rouge espagnole est intéressée.

Enfin nous organiserons la passation.

prises de parole publiques

Les victimes des violences dans le Nord Katanga n'ont obtenu que très peu d'attention de la part des responsables politiques et militaires congolais. Nos opérations doivent maintenant comporter un volet plus important d'explications publiques. Nous allons rendre compte de nos interventions et de leur causes aux responsables et acteurs politiques et humanitaires, par contact direct ainsi que publiquement et mobiliser ces mêmes acteurs au secours de la population de la zone.

Pour cela, nous allons développer le document en cours comprenant : une chronologie, une description des violences et l'histoire spécifique de certaines villes ou villages afin d'interpeller les militaires et responsables politiques congolais ou internationaux par des contacts directs, ainsi que les acteurs humanitaires.

Nous appuierons ce travail par des prises de position publique en RDC, au moyen des médias.

Enfin, nous réaliserons un **film** décrivant l'histoire de ces violences, la réalité de la vie de la population, les difficultés d'intervention et l'« ambiance » du Katanga. Ce film sera projeté aux acteurs mentionnés ci-dessus.

kinshasa et lubumbashi

Des équipes d'encadrement, de coordination et de support logistique, médical et administratif nécessaire aux projets resteront basées à Kinshasa et Lubumbashi.

Nous allons consolider la base de Lubumbashi. Les objectifs seront de remettre en place le recueil de données médicales mensuelles et les rapports médicaux, synthétiser et partager avec les équipes les informations contextuelles et opérationnelles nécessaires au travail de chacun, reprendre et maintenir des contacts à Kinshasa, avec les autorités notamment, définir un plan d'action malaria et rougeole, tenter de sortir de la situation de blocage concernant les importations, exonérations de taxe et visas.

L'équipe comprend 27 volontaires expatriés. Les employés locaux sont au nombre de 313 : médicaux : 171 (120) médicaux ; logistique : 81 (40) 16) administration et support : 63 (16) (les chiffres entre parenthèses indiquent le personnel dépendant du ministère de la santé mais payé par MSF).

rdc - république démocratique du congo - zone rebelle

L'éclatement de la deuxième guerre au Congo ex-Zaïre en 1998/2000 contre les troupes de Laurent-Désiré Kabila voit le Mouvement de Libération du Congo (MLC) de Jean-Pierre Bemba se constituer en pouvoir dans la zone du Nord-Equateur. L'accord de Lusaka et l'arrivée de la MONUC (Mission des Nations-Unies au Congo) en 1999 n'empêchent pas l'extension du conflit. L'année 2001 est marquée par la mort de L.D. Kabila, remplacé par son fils Joseph, et la création puis l'éclatement d'une alliance entre le MLC et des factions du RCD (Rassemblement Congolais pour la Démocratie). Ce n'est qu'après les discussions de Sun City en avril 2002, qui voient un accord entre J.P. Bemba et le président Kabila, que les zones sur la ligne de front entre le MLC et le gouvernement se démilitarisent et que la libre circulation des biens et des personnes est décrétée.

Début 2003, J.P. Bemba, sous fortes pressions internationales, annonce le retrait de ses troupes de République Centrafricaine où elles étaient allées défendre le président Patassé, aujourd'hui déchu. Ses soldats sont accusés de massacres et de cannibalisme autour de Mambassa en Ituri (RDC). Certains seront traduits par une cour militaire de Gbadolite contestée. La Cour Pénale Internationale recevra des plaintes pour les atrocités commises.

A partir d'avril, le processus de réconciliation et réunification du pays s'accélère. Quatre vice-présidents sont nommés. En juin, un accord est signé sur la répartition des postes dans la nouvelle armée, et en juillet le vice-président Bemba arrive à Kinshasa. Son bras droit et cerveau du MLC, Olivier Kamitatu, devient président de l'Assemblée Nationale. Fin septembre, le MLC obtient officiellement le statut de parti politique.

Le lent processus de désenclavement et le retour timide des acteurs humanitaires n'empêchent pourtant pas la population de continuer à vivre dans une grande précarité. Le commerce est quasiment inexistant ; une économie rurale de subsistance de plusieurs années a laissé la grande majorité sans le sou, incapable de se payer l'accès aux quelques services de soins fonctionnels ou d'habiller et scolariser leurs enfants. Le paludisme, la trypanosomiase, la tuberculose, le sida, la malnutrition et les épidémies (sur des enfants non-vaccinés) sévissent devant le peu d'efforts de contrôle.

activités

L'objectif global pour 2003 était de rester présents au Congo en zone rebelle (Equateur) en se désengageant de l'appui apporté à la zone de santé de Pimu et en réorientant nos actions vers la trypanosomiase.

Les objectifs spécifiques pour les activités sur Pimu et Bongadanga étaient de continuer de participer aux activités en se concentrant sur l'essentiel, finir des petits travaux logistiques essentiels, assurer une reprise, préparer un bilan d'activités de 2002 et faire une passation aux partenaires/propriétaires de l'hôpital de Pimu qui se proposaient de faire un retour sur la zone.

Pour l'ouverture d'un nouveau programme, les objectifs étaient de revoir à fond la situation de la trypanosomiase notamment sur l'axe Bwamanda-Gemena-Karawa-Businga.

pimu et bongadonga

L'implication de MSF dans la zone de santé de Pimu (240.000 habitants), démarrée fin 2000, s'est poursuivie jusqu'à fin mars 2003 comme prévu, avec une activité mensuelle moyenne de 4000 consultations, 125 hospitalisations, 60 interventions chirurgicales, 35 accouchements, 20 transfusions et 20 admissions au Centre de Nutrition Thérapeutique (CNT). A notre départ, une réserve de 3 mois de médicaments a été laissée à l'hôpital ainsi qu'un véhicule tout terrain. La passation à la Communauté de Baptistes du Fleuve Congo (CBFC) et leurs partenaires, Solidarité Protestante Belge et British Mission Society (BMS) s'est faite en douceur. Ces derniers ont repris leur assistance avec un budget pour 2003 pour les médicaments et l'entretien de l'hôpital ainsi qu'une enveloppe pour les activités de la zone de santé.

urgences

Quatre interventions d'urgences ont été réalisées en 2003 : deux mini campagnes contre la rougeole sur les zones de santé de Karawa et Bosobolo touchant plus de 10.000 enfants, une prise en charge d'une cinquantaine d'enfants sévèrement mal nourris parmi une population habitant une plantation à l'abandon dans l'aire de Bosomodjebo, zone de santé de Businga, et un appui à la prise en charge de la coqueluche (une soixantaine de cas enregistrés) sur deux aires de la zone de santé de Gbadolite.

mission exploratoire trypanosomiase

Les contacts avec le Centre du Développement Intégral (CDI) de Bwamanda, responsable de la coordination de la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (THA : maladie du sommeil) dans la sous région Nord-Equateur ont été repris en mars (MSF ayant déjà eu l'expérience de collaboration avec ce centre avant la guerre de 1998). La sous région Nord-Equateur est un foyer de THA des plus actifs. En 2002, 2436 nouveaux cas (sur 878.026

personnes examinées) ont été dépistés et traités auxquels il faut ajouter 878 anciens cas et 57 retraitements. 62,7% des nouveaux cas étaient en deuxième phase. Le traitement de première ligne suivant le protocole national est par Melarsoprol. Le DFMO (difluorométhylornithine) n'est disponible qu'à l'hôpital de Bwamanda en petites quantités. Une évaluation d'Epicentre (centre de recherches en épidémiologie de MSF) en mai/juin a permis de confirmer les problèmes de prise en charge des cas dans la zone de santé de Loko à l'extrême est du foyer, ainsi qu'une extension probable de l'endémie à deux zones de santé limitrophes à Loko (Businga et Bosobolo) ne faisant partie d'aucune activité de contrôle prévue dans le projet du CDI.

En août, une visite du responsable de programme avec le futur chef de mission a permis de dessiner les objectifs du futur programme, qui seront retravaillés et négociés au cours des mois suivants. Les activités de préparation ont été lancées en octobre, les commandes réceptionnées en novembre et l'équipe est au complet en janvier 2004.

perspectives

Les objectifs pour 2004 se décomposent en trois volets :

- Activités de lutte contre la trypanosomiase dans les zones de santé de Loko, Businga et Bosobolo ;
- Appui à deux centres de santé de référence (CSR) de la zone de santé de Loko ;
- Appui à deux centres de santé de référence (CSR) de la ville de Gbadolite (zone de santé de Gbadolite).

MSF restera disponible pour des interventions d'urgences (épidémies, déplacements de populations, malnutrition).

trypanosomiase

Les axes du programme pour 2004 sont :

- Ouvrir un Centre de Dépistage, Traitement et Contrôle (CDTC) à Botetenza dans la zone de santé de Loko (plus de 100 patients attendus)
- Améliorer les conditions de prise en charge des patients traités au CDTC de l'Hôpital Général de Référence (HGR) de Loko (50 cas attendus)
- Introduire le DFMO pour le traitement de cas de rechutes et voir avec le CDI de Bwamanda et le Bureau National, l'intérêt d'adopter le DFMO comme traitement de première ligne
- Participer aux activités de dépistage actif de l'Unité Mobile de Loko touchant 60.000 personnes
- Mener des activités de prospection (dépistage actif) dans certaines aires de santé des zones de santé de Businga et Bosobolo, où il y a des fortes indications d'extension de la maladie du sommeil (25.000 personnes) et prendre en charge les cas dépistés (50 cas attendus)

zone de santé de loko (botetenza et bodangabo)

Les axes de travail seront :

- Approvisionner les deux centres de santé de référence (CSR) de Botetenza et Bodangabo en médicaments, consommables et petit matériel médical
- Assurer une prise en charge médicale et thérapeutique adaptée aux pathologies présentées par la population desservies par les deux CSR (plus de 50.000 personnes)
- Assurer un fonctionnement du laboratoire adapté à la démarche diagnostique
- Assurer une prise en charge médicale adaptée aux patients atteints de paludisme avec l'introduction de combinaisons thérapeutiques et de tests rapides.
- Améliorer les conditions de prise en charge des patients et la qualité des consultations préventives
- Appuyer les CSR aux références des urgences chirurgicales
- Mettre en place les combinaisons thérapeutiques et les tests rapides pour la prise en charge du paludisme

zone de santé de gbadolite (gbado 1 et gbado 2)

Médecins Sans Frontières va :

- Approvisionner les deux centres de santé de référence (CSR) de Gbado 1 et Gbado 2 en médicaments, consommables et petit matériel médical
- Assurer une prise en charge médicale et thérapeutique adaptée aux pathologies présentées par la population desservies par les deux CSR (70.000 personnes)
- Assurer une prise en charge médicale adaptée aux patients atteints de paludisme, avec l'introduction de combinaisons thérapeutiques et de tests rapides.
- Evaluer les problèmes de malnutrition sur la ville de Gbadolite
- Assurer la sécurité transfusionnelle à l'Hôpital Général de Référence de Gbadolite

S'agissant d'une ouverture de programme, les activités se préciseront au courant de l'année. L'état de la malnutrition sur Gbadolite, suite à des longues années d'occupation militaire et de démonétisation de l'économie, semble en effet préoccupant ; l'ampleur de l'extension de l'endémie de la trypanosomiase dans les zones de Businga et Bosobolo reste inconnue, en attendant les activités de prospection.

L'équipe est composée de 7 volontaires expatriés et 67 employés nationaux (dont 31 dépendent du ministère de la santé mais sont payés par MSF).

rdc - république démocratique du congo -est

Le processus de transition, présidé par J. Kabila, a démarré en juin 2003 après un accord signé en décembre 2002 entre le gouvernement et les différentes représentations de la population (opposition politique, société civile, mouvements rebelles...). A l'issue de deux ans de transition, des élections doivent être organisées (2005). Composé du président Kabila et de quatre vices présidents : Bemba du MLC, Abdoulaye Yerodia Dombasi du gouvernement, Arthur Z'Ahidi Ngoma de l'opposition politique (non armée) et Azarias Ruberowa du RCD-Goma, le gouvernement travaille essentiellement sur deux dossiers : la pacification du pays et la préparation aux élections.

En ce qui concerne la pacification, qui doit permettre l'unification du pays, deux objectifs semblent prioritaires au Gouvernement de Transition : intégration des ex-soldats des mouvements de rébellion (APC, MLC,...) dans l'armée nationale (Forces Armées Congolaises) et désarmement des groupes sévissant essentiellement dans l'est du pays dont l'Ituri et le Nord-Kivu (Maï-Maï, Interhamwe, ex-Far, Lendu, Hema, etc.). La MONUC, mission des Nations Unies, appuie le gouvernement dans ce processus avec un programme appelé « DDRRR » (Démobilisation, Désarmement, Rapatriement, Réintégration, Réinsertion).

La préparation des élections de 2005 suscite beaucoup de polémiques. Les mouvements de rébellion, qui ont déstabilisé l'est du Congo, se transforment en partis politiques (RCD-Goma, RCD-Kis-ML, MLC) et se retrouvent au pouvoir. Focalisés sur l'après transition et leur désignation à leur prochain poste, ils en oublient leurs tâches quotidiennes au sein du gouvernement de transition.

Si à Kinshasa on parle de pacification, d'intégration, de désarmement, au **Nord Kivu-Sud Ituri**, région alentour de Beni, la situation est bien moins claire. Les hommes de l'APC (militaires comme policiers), ainsi que quelques Maï-Maï, ont reçu, au cours des derniers mois, leur nouvelle tenue, symbolisant leur intégration dans les institutions de la RDC. Mais des plaintes se font entendre. Le gouvernement a choisi, pour commander la région militaire du Nord-Kivu, un membre du RCD-Goma. Le RCD-Kis-ML et une partie de la population sont mécontents de voir arriver un représentant du RCD-Goma, identifié comme Rwandais, pays accusé d'avoir pillé l'est du Congo (sous prétexte de « protéger ses frontières »).

Suite à l'échec de la MONUC en 2002 dans la mise en place d'une force de paix, la Commission Européenne a envoyé des troupes en juin 2003 (la Force Artemis) essentiellement françaises, avec un mandat limité à trois mois. Elles ont su faire respecter le calme sur Bunia (ce qui est moins vrai pour les alentours). A la fin de leur mandat, en septembre 2003, la MONUC a repris sa place.

En pratique, la situation reste instable dans l'Ituri et le Nord Kivu à la fin de cette année 2003 et particulièrement pour les populations civiles qui ont fui les exactions à Bunia. Elles sont dans l'attente de garanties de sécurité pour rentrer et la fin du déminage des axes routiers qui rejoignent Bunia et ses alentours.

activités

Les conflits armés entre groupes rebelles (certains soutenus par des bras armés ougandais et rwandais) en Ituri et les massacres édifiants qui ont lieu à Bunia créent un afflux massif de déplacés sur les axes Béni-Mambassa et Béni-Kommanda de fin 2002 à fin juin 2003. MSF décide une intervention d'assistance aux populations déplacées sur Béni et alentours, la zone de Bunia étant suivie par MSF Suisse.

La stratégie adoptée en début de programme est de suivre les déplacements de populations en assurant une prise en charge médicale urgente aux déplacés fuyant les combats et exactions, d'où les différentes ouvertures/fermetures de centres de santé sur l'axe Béni-Mambassa entre décembre 2002 et mars 2003. Les cliniques mobiles menées sur l'axe Mambassa (Téturi, Mangina) puis sur l'axe Kommanda (Ndalia, Erengetti) en avril/mai 2003 ont permis d'accueillir les déplacés sortant de brousse et de fournir un accès aux soins immédiat urgent en attendant que les sites se mettent en place.

béni

axe mambassa-béni

A partir de mai, MSF apporte son soutien à l'hôpital de Mambassa et ouvre un centre nutritionnel pour porter assistance à environ 7000 déplacés et à la population locale. Une campagne de vaccination contre la rougeole est menée pour les moins de 15 ans sur l'axe Mambassa-Beni. Malgré l'arrêt de nos activités médicales fin juillet, deux distributions générales alimentaires ont lieu en septembre et octobre, reprises ensuite par d'autres organisations.

axe erengetti-béni

L'axe Béni-Erengetti a reçu plus de 70.000 déplacés en mai 2003, les structures de soins existantes sur Oicha ne permettaient pas d'absorber cette augmentation de populations : MSF ouvre un service de réhydratation orale à Oicha, en mai, pour répondre à l'épidémie de choléra déclarée sur Erengetti (20 km plus au nord). Ce service de réhydratation sera transformé en une clinique de soins de santé primaires à proximité d'un camp de 3000

personnes à Tenambo, qui assurera le suivi des femmes enceintes et les références des cas sévères à l'hôpital de Oicha et des enfants malnutris dans un centre nutritionnel de l'association World Vision.

béni et sa contrée

Devant le grand nombre de déplacés dans la ville de Béni, hébergés pour la plupart dans des familles d'accueil depuis plusieurs mois, et le flux régulier de nouveaux arrivants, MSF construit en juillet le camp de **Tuha**, avec accès à l'eau, aux douches et aux latrines, d'une capacité de 3000 personnes. Fin 2003, le camp en comptera 1600.

Dans une clinique MSF, on effectue environ 80 consultations/jour, la plupart des patients venant de l'extérieur du site. Les consultations anténatales sont également assurées ainsi que les références médicales à l'hôpital de Béni.

La situation sanitaire entre Béni et Erengetti est déplorable. Pour améliorer les conditions de séjour des populations déplacées et par là-même réduire les risques épidémiques, un second camp est construit à **Mukulia** (août) prévu pour une capacité de 6000 personnes provenant de l'axe Béni-Erengetti. On y compte aujourd'hui environ 200 familles soit 1274 personnes. Les familles désireuses de venir sur Mukulia sont identifiées par un infirmier, MSF assure leur transport. Un centre de santé a été ouvert, avec environ 40 consultations par jour.

Suite à une évaluation rapide nutritionnelle dans les quartiers pauvres de Béni, une unité nutritionnelle de jour a ouvert début novembre et a accueilli jusqu'à ce jour 27 enfants et 3 adultes.

Pour des raisons de mauvaise coordination entre ONG, de nombreuses distributions sont faites sur les sites de l'axe, freinant le départ des familles vers Mukulia.

kassindi

A l'est de Béni, où vivent 5000 déplacés, en juillet, suite à une épidémie de choléra et pour seconder les structures médicales existantes, MSF construit un centre de traitement du choléra et cinq unités de traitement du choléra. Les cas de choléra diminuant, nous avons fait une passation avec la zone de santé de Mutwanga pour la prise en charge des cas sporadiques. Un système de surveillance est conservé pour permettre une intervention rapide.

kayna

Fin décembre 2003, une mission exploratoire est menée dans le Nord Kivu près de Lubéro où des poches d'instabilité demeurent. Des groupes armés Maï-Ma et Interhamwe sont à l'origine de violences et de pillages sur les populations civiles. A Kayna, un centre de nutrition thérapeutique (CNT) dans l'enceinte de l'hôpital est mené par l'équipe soignante. 150 enfants sévèrement malnutris y sont accueillis. Dans les villages environnants 4 centres de nutrition supplémentaire suivent également plus de 100 enfants. Les conditions de prise en charge sont inadéquates et insuffisantes. Les moyens à disposition des soignants font défaut et la situation nutritionnelle d'une certaine frange de la population est inquiétante. MSF décide alors de l'ouverture d'un CNT en janvier 2004.

perspectives

béni

La situation à Bunia reste incertaine. La MONUC, présente depuis septembre 2003, commence seulement, fin 2003, son déploiement. Seule l'armée ougandaise a retiré officiellement ses troupes. Les milices armées demeurent toujours actives. La nomination d'un membre du RCD-Goma au commandement de la région militaire ne plait pas aux membres de l'APC actuellement sur Béni, on craint une troisième rébellion menée par des Rwandais.

Les déplacés ne peuvent donc retrouver leur domicile dans la région de Bunia et sont donc acculés à rester à Béni, où la situation est calme depuis juillet 2003, date du recul des forces du RCD-Goma qui menaçaient d'un assaut sur Béni. La priorité pour MSF est de poursuivre l'assistance aux déplacés.

L'objectif général est d'offrir la continuité des soins médicaux aux populations vulnérables de la région de Béni et de prévenir les épidémies suivant les axes suivants :

- Assurer l'accès aux soins de santé primaires pour les personnes déplacées d'Ituri le temps de leur présence sur l'axe et permettre leur accès aux soins spécialisés par un système de références vers les structures hospitalières.
- Assurer l'accès à l'eau en quantité et qualité sur l'axe Oicha-Erengetti suite à l'arrêt d'approvisionnement par Solidarité.
- Maintenir une surveillance épidémiologique choléra sur la zone de santé de Mutwanga afin de répondre rapidement à une épidémie probable.
- Continuer, en collaboration avec la zone de santé, une surveillance épidémiologique sur l'axe Béni-Erengetti.
- Mettre en place des cliniques mobiles pour le retour des déplacés.

kayna

L'objectif est de réduire la malnutrition au sein de la population de la région de Kayna, en fournissant un accès aux soins médicaux et nutritionnels aux personnes malnutries en ouvrant un CNT et donnant un soutien aux quatre CNS. Une évaluation de la situation nutritionnelle au sein de la population de Kayna et des zones voisines sera réalisée afin de fournir des réponses appropriées.

L'équipe comprend 7 volontaires expatriés et 103 employés nationaux.

sierra leone

Suite aux accords de paix signés en janvier 2002, une élection présidentielle a eu lieu en mai, qui a reconduit à la tête de l'Etat le président Tejjan Kabbah, et le processus de désarmement a suivi son cours jusqu'à fin 2002. Si 2001 a été l'année de la pacification, 2002 celle de la stabilisation, 2003 a été, dans un climat de paix retrouvée, celle de la reconstruction. Les bailleurs de fonds, les ONG et le gouvernement ont concentré leurs ressources et leurs efforts sur la mise en œuvre de projets de développement.

Toutefois, la majorité de la population sierra-leonaise vit toujours dans une grande pauvreté alors que le coût de la vie augmente et que l'accès à la terre reste limité pour les populations rurales. La corruption est très présente à tous les niveaux de la société et les classes sociales les plus démunies sont totalement exclues des bénéfices du processus de reconstruction. Les services publics (santé et enseignement en l'occurrence) sont encore loin de couvrir le territoire national en nombre de structures disponibles et en qualité des prestations offertes.

De nombreux jeunes se retrouvent sans formation aucune sur le marché du travail. Les formations inscrites dans le cadre du processus de désarmement, démobilisation et réintégration des anciens combattants (un peu plus de 20.000 personnes concernées) ont pris fin en décembre 2003 avec des perspectives de débouchés quasi-inexistantes. Sur les 280.000 Sierra-Leonais, anciennement réfugiés pendant la guerre en Guinée et au Liberia, 250.000 sont rentrés au pays. Depuis 2002, ils se sont progressivement réinstallés dans leur région d'origine mais vivent encore dans des conditions précaires pour bon nombre d'entre eux.

C'est dans ce contexte que, depuis 2002, des milliers de personnes fuyant la guerre au Liberia sont venues se réfugier en Sierra Leone. Ils sont estimés à 65.000 présents sur le territoire dont 55.000 regroupés dans des camps. La persistance du conflit au Libéria et les tensions dans les pays voisins (Guinée, Côte d'Ivoire) restent un facteur possible de déstabilisation pour la Sierra Leone.

Pour ces raisons, l'UNAMSIL, force de maintien de la paix des Nations-Unies, depuis la signature des accords de Lomé en juin 1999, a décidé de prolonger son mandat en Sierra Leone jusqu'à fin 2004, bien que son effectif ait diminué progressivement de 17.000 en 2002 pour atteindre 9000 en décembre 2003.

activités

Dans ce contexte, MSF a choisi en 2003 de renforcer ses activités médicales auprès de la population de Kailahun, nouvellement ré-installée, et pour laquelle aucun accès aux soins de santé secondaires n'était jusqu'alors disponible. Nous avons consolidé notre intervention auprès des réfugiés libériens en poursuivant nos activités médicales et sanitaires dans le camp de Taïma et en nous impliquant dès l'ouverture du camp de Tobanda, en mars, dans la prise en charge médicale des réfugiés et l'approvisionnement en eau potable sur l'ensemble du camp.

Enfin, à Moyamba, en raison des tensions récurrentes entre MSF et les autorités locales de la santé avec qui aucune collaboration n'était plus possible, nous avons décidé en juillet 2003 de fermer le centre nutritionnel thérapeutique.

kailahun

La ville de Kailahun s'est visiblement beaucoup développée tout au long de l'année 2003. La population estimée aurait doublé en nombre (de 15.000 à 30.000), les rapatriements en provenance de la Guinée en étant la cause principale. Dans la région, du fait de la proximité avec la Guinée et le Liberia voisins, la circulation trans-frontalière des biens et des personnes se pratique sans que les autorités soient toujours en mesure de la contrôler. Il s'agirait *a priori* d'individus ou de petits groupes participant à des échanges commerciaux, et non pas de groupes armés pouvant potentiellement menacer la sécurité de la population. Toutefois, des incidents récents, liés à ces trafics, ont impliqué les forces armées sierra-leonaises (SLA) présentes à Kailahun et donné lieu à des échanges de tirs dans la ville.

Compte tenu de la fragilité des conditions de réinstallation et de vie de la population du district de Kailahun, MSF a poursuivi ses activités médicales dans sa structure privée hospitalière, opérationnelle depuis octobre 2001. Au cours de l'année 2003, nous avons dû faire face à une demande croissante (en lien avec l'augmentation de la population du district) et changeante, ce qui nous a amenés à restructurer nos activités pour augmenter notre capacité d'accueil et de prise en charge de nos patients. Plusieurs facteurs ont contribué à cette évolution. Pour répondre à la demande de prise en charge des grossesses et accouchements difficiles, nous avons ouvert un service de consultations prénatales ainsi qu'un service de maternité. D'autre part, début 2003, le nombre d'enfants malnutris a significativement diminué, tandis que les cas de pédiatrie nous étaient référés de plus en plus nombreux en provenance des centres de santé périphériques -notamment via International Medical Corps, présent dans une quinzaine de centres de santé périphériques du district, qui, tous les jours, nous référait des patients. La

réponse inadéquate des centres de santé pour traiter le paludisme a eu une forte incidence sur le nombre de ces références.

Kailahun a également été l'un des cinq sites de l'étude de résistance conduite par Epicentre (centre de recherches en épidémiologie de MSF) sur le traitement du paludisme. Engagée en septembre 2002, cette étude a confirmé des taux de résistance importants pour la chloroquine (78,8% à Kailahun) et le fansidar (46,1% à Kailahun), nous amenant à poursuivre notre travail de lobbying auprès du ministère de la santé pour l'amener à changer le protocole national et introduire les ACT (combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine). Profitant du dispositif mis en place pendant cette étude, nous avons négocié avec les autorités locales de la santé de garder une activité de consultations externes ouvertes pour les moins de 15 ans.

camps de réfugiés de taïama et tobanda

Il existe aujourd'hui 8 camps de réfugiés libériens en Sierra Leone, regroupés dans les districts de Bo, Moyamba et Kenema. La prise en charge médicale de ces réfugiés dans les camps est principalement assurée par MSF (MSF Belgique est engagée dans cinq camps, MSF France dans deux, et l'association Merlin dans un).

taïama

Dès l'année 2000, MSF-France a ouvert un espace de consultations à Taïama qui accueillait alors des déplacés sierra-léonais. En avril 2002, les populations déplacées, fortement incitées à regagner leur région d'origine à l'approche de l'élection présidentielle, ont quitté le camp laissant la place aux premiers réfugiés qui avaient fui les combats au Liberia. La population du camp a augmenté rapidement en 2002 et s'est stabilisé en 2003 à 6500 personnes. Tout au long de cette année, nous avons continué à prendre en charge la santé des réfugiés, offrant un service de consultations externes, un service de vaccination, un service de consultations pré/post-natales et de maternité pour les accouchements simples. Notre présence et nos activités dans l'hôpital de Moyamba jusqu'en juillet 2003 en ont fait le lieu de référence pour les hospitalisations jusqu'à cette date. Depuis lors, les références concernant les cas de médecine générale et de malnutrition sévère sont orientées vers l'hôpital de MSF Belgique à Gondama (près de Bo), la chirurgie vers l'hôpital de Bo, exception faite des cas pédiatriques qui peuvent être opérés par l'équipe chirurgicale de MSF Hollande à Magburaka.

D'autre part, nous avons dû assurer l'approvisionnement en eau potable pour l'ensemble de la population du camp, les puits n'étant pas opérationnels en saison sèche. En parallèle, pour limiter les risques épidémiques qui semblaient imminents, nous avons également participé à la construction de 400 latrines, à la réhabilitation des systèmes de drainage et à l'organisation de la gestion des déchets sur l'ensemble du camp.

tobanda

Le camp de Tobanda a accueilli les premiers réfugiés libériens en mars 2003. En fin d'année, la population du camp est estimée à 7500 personnes. MSF s'est impliqué dans leur prise en charge médicale avec le même engagement qu'à Taïama. Toutefois, nous avons travaillé dans des conditions plus précaires du fait que la mise en place des activités a été improvisée dans une structure temporaire montée rapidement par nos équipes avant de pouvoir intégrer en octobre le centre de santé construit par Lutheran Word Federation. Depuis septembre, après une mission d'évaluation d'un psychologue, nous avons ouvert à Tobanda des consultations de santé mentale. Bien que, comme à Taïama, le projet n'ait pas été défini comme tel à l'origine, nous avons dû développer une activité logistique importante autour de l'approvisionnement en eau potable pour l'ensemble de la population du camp.

perspectives

kailahun

L'année 2004 pourrait être le théâtre de nouvelles tensions. Les anciens combattants, engagés dans le processus de réintégration, se retrouveront en début d'année sur le marché du travail et probablement sans perspective d'emploi. D'autre part, l'implication de plus en plus forte du SLPP (parti politique du président Kabbah) dans la vie politique de la société de Kailahun est source de tensions au sein de la communauté dont une partie de ces membres a entretenu dans le passé des liens étroits avec le mouvement rebelle du RUF.

La fin de la reconstruction de l'hôpital public de Kailahun étant quasiment achevée, sa mise en fonction a démarré en février 2004.

L'objectif de MSF est de continuer à apporter une réponse médicale et sanitaire de qualité, et gratuite, pour les populations particulièrement vulnérables dans un contexte de post-conflit.

La perspective de la réouverture de l'hôpital public nous avait conduits à proposer aux autorités régionales et gouvernementales de la santé d'y transférer nos activités médicales et de continuer à en assumer l'entière responsabilité (éthique, pratique et financière) pour 2004.

Les négociations ont débuté avec l'émergence « annoncée » de conflits d'intérêt entre MSF et le directeur de l'hôpital qui revendiquait le contrôle des activités médicales supposées être à but lucratif. Bien que notre positionnement soit clair, l'avenir de ce programme reste incertain pour MSF car il dépend de nombreuses contraintes extérieures. Nous avons négocié de conserver à minima la pédiatrie, la maternité. En avril 2004, MSF a débuté le transfert des activités hospitalières dans l'hôpital public nouvellement réhabilité. Il est pour le moment envisagé une fermeture de ce programme au plus tard en décembre 2004.

camps de taïma et tobanda

L'avenir de ces deux programmes dépend étroitement de la résolution du conflit au Libéria. Pour MSF, les objectifs de l'année 2004 sur ces deux camps s'inscrivent dans la poursuite des activités médicales telles qu'elles ont été définies en 2003, sachant que l'offre de soins s'adresse également à la population sierra-léonaise habitant en périphérie des camps. Les axes principaux du programme sont d'offrir un accès aux soins de santé primaires de qualité pour la population réfugiée, une prise en charge thérapeutique pour les personnes en souffrance psychique, maintenir un réseau de références hospitalières en adéquation avec les besoins des patients, garantir un approvisionnement en eau de qualité et en quantité suffisante.

Le Haut Commissariat aux Réfugiés prévoit le rapatriement des Libériens dès novembre 2004.

A Kailahun, l'équipe est composée de 7 volontaires expatriés et 100 employés nationaux. Pour les camps de Taïama et Tobanda, les équipes totalisent 8 volontaires expatriés et 80 employés nationaux.

soudan (nord)

Un conflit entre les organisations rebelles sudistes et les forces gouvernementales se poursuit au Soudan depuis de nombreuses années. Des pourparlers intersoudanais de paix se tiennent depuis plusieurs mois au Kenya entre le gouvernement soudanais et la rébellion sudiste, l'Armée populaire de libération du Soudan (SPLA).

Ils bloquent sur l'application ou non de la loi islamique (charia) dans la capitale soudanaise, Khartoum, après la signature d'un éventuel accord de paix global entre le sud et le nord du pays.

Les deux parties, et particulièrement le gouvernement du Soudan, sont bien connues pour créer des menaces (de blocage) et même pour claquer la porte, provoquant la déception des gens qui n'attendent pas moins qu'une solution immédiate, juste, équitable et durable de ce violent conflit, qui oppose depuis 1983 le sud du Soudan, à majorité chrétienne et animiste, au nord, arabo-musulman, et qui a fait environ 1,5 million de morts. Depuis des mois, les différents acteurs du conflit annoncent régulièrement qu'un accord de paix global doit être signé incessamment. Il le sera, cela ne fait guère de doute.

Depuis la reprise des négociations, le cessez-le-feu conclu entre les deux parties en octobre 2002 tient à peu près. Alliances et revirements continuent dans certaines régions, en particulier celle du Haut Nil, ce qui génère des affrontements sporadiques.

Dans l'immense majorité du territoire sud du pays, le calme aura cependant pu être maintenu tout au long de l'année 2004.

La pression extérieure pour que le processus de paix aboutisse est très forte. En particulier, l'administration américaine a besoin d'un tel succès. Tout semblerait pousser à l'optimisme. Cependant de nombreux points de désaccords subsistent.

Le conflit qui a éclaté au Darfour est évidemment lié avec les négociations qui ont lieu actuellement entre nord et sud. Les populations sédentaires du Darfour dénoncent depuis des années les attaques et pillages de villages et le massacre de leurs habitants par des milices nomades. Les autorités soudanaises ont, semble-t-il, laissé carte blanche à ces milices pro-gouvernementales pour lancer des attaques contre les populations sédentaires.

L'accès pour les acteurs de l'aide humanitaire est très limité, en particulier pour toute la partie ouest et nord de cette zone. Officiellement, le conflit aurait déjà fait plus de 3000 morts, 100.000 réfugiés côté tchadien, et plus de 600.000 déplacés sur l'ensemble du Darfour. Bombardements aériens, attaques des milices à cheval et des différents mouvements de rébellion... Rien ne permet de prévoir une issue rapide à ce conflit.

Un grand nombre de zones du territoire sont et devraient être encore concernées par des périodes d'insécurité alimentaire. L'effet conjugué de mauvaises récoltes et la désorganisation du système de l'aide risque de générer en effet des conséquences en termes de malnutrition pour les plus vulnérables, peut-être dès la fin du premier trimestre 2004.

Que sera la période post-confliktuelle pour les populations du Sud Soudan ? D'ores et déjà, les promesses d'aide internationale pour la reconstruction du pays sont de l'ordre de plusieurs centaines de millions de dollars, tant du côté américain que du côté européen. Il est très généralement prévu le retour massif d'un grand nombre des déplacés, vivant autour de Khartoum, mais originaires du Sud Soudan. Avec ou sans ces mouvements importants de populations, on craint la résurgence de conflits localisés, entre voisins ennemis d'hier.

De surcroît, on peut aussi redouter une augmentation généralisée de l'insécurité pour les populations du fait de la démobilisation et de la circulation probable d'un grand nombre d'armes. Car les forces armées, du SPLA ou des anciennes milices pro-Khartoum, auront bien du mal à être cantonnées et contrôlées, en l'absence probablement totale de contingents extérieurs au pays, quel que soit leur mandat. Il est peu probable que la période qui suivra la signature d'une paix entre Nord et Sud soit une période de tranquillité et de répit pour les populations civiles...

activités

orphelinat de mygoma

A **Khartoum**, nous souhaitions intervenir dans l'orphelinat de **Mygoma**, où la mortalité annuelle parmi les 450 à 500 enfants admis chaque année était supérieure à 75%. Cette institution regroupe des enfants pour la plupart abandonnés dès leur premier jour de vie. Après des mois de tractations avec les autorités, une équipe MSF a pu commencer à y travailler fin avril 2003. Nous avons alors privilégié la prise en charge médicale des enfants les plus vulnérables, en particulier les nouveaux-nés présentant des pathologies graves. Parallèlement, nous avons progressivement changé le mode d'alimentation des nourrissons, remplaçant l'ancien système de gavage à la timbale par des biberons individualisés. Nous avons aussi revu l'organisation des circuits d'élimination des déchets, du lavage des vêtements et de l'hygiène en général. Pour faire face à l'augmentation du nombre d'enfants, nous avons construit deux structures supplémentaires et investi dans une troisième plus conséquente. 50 à 60 nouveaux-nés sont admis chaque mois. La mortalité mensuelle diminue progressivement, mais la mortalité annuelle reste élevée pour 2003 (55% contre 76% en 2002). Quelques épisodes viraux épidémiques, à tropisme pulmonaire ou

digestif, ont causé la mort de nombreux enfants en très bas âge, plusieurs mois de suite. Tant pour lutter contre cette mortalité encore excessive que pour aider à un développement psychomoteur le plus proche de la normale pour ces enfants, il nous faut travailler sur le couple assistante maternelle-enfant ; c'est, à présent, l'objectif principal. Nous travaillons aussi à trouver au plus vite pour ces enfants des familles d'adoption ou d'accueil. Ceci est réalisé en coordination avec l'Unicef, le ministère des Affaires Sociales, une ONG (Hopes and Homes) au sein d'un comité chargé de promouvoir l'adoption ou le placement d'orphelins. Malgré un bon relais médiatique et une amélioration nette de l'image extérieure de l'orphelinat, les adoptions sont encore trop peu nombreuses, en moyenne une vingtaine par mois, au lieu d'une dizaine en début d'année.

mayo

Au centre nutritionnel thérapeutique de Mayo, nous avons pu réaliser les enquêtes nutritionnelle et anthropologique planifiées l'an dernier. Au total, et mises en perspectives avec le suivi des activités au sein du centre nutritionnel dans les dernières années, elles démontrent la persistance saisonnière de la malnutrition aiguë dans la zone, et même très au-delà (plus de la moitié des enfants admis et traités cette année dans le centre de nutrition n'étaient pas originaires de Mayo). Elles concluent également à la nécessité d'une couverture alimentaire et médicale plus large et plus en amont. Ceci n'est pas nouveau. En revanche, nous sommes à présent convaincus que ces activités peuvent être transmises à des organisations locales, bien implantées, travaillant dans le plus long terme. C'est pourquoi nous avons préparé tout au long de 2004 la passation pour la fin de l'année. Il n'est pas certain qu'elle pourra être plus rapide, le pic d'admissions intervenant en général à partir d'août, avec un nombre d'admissions en progression depuis 2003 (1191 enfants admis en 2003, 926 en 2002).

Enfin, l'essai clinique qui comparait deux types d'antibiothérapie systématique, sous la double supervision de l'université de Khartoum et d'Epicentre, s'est terminé en octobre et a conclu à l'équivalence des deux schémas, ce qui devrait avoir un intérêt opérationnel dans d'autres contextes d'intervention.

bentiu

MSF a ouvert en août 2000 un programme à Bentiu pour apporter des soins à des populations **nuers** déplacées par les combats. A Bentiu et dans l'Unity State, les combats ont connu une trêve après la signature fin 2002 d'une cessation des hostilités, même si des accrochages ont encore opposé les différentes milices locales. Il en est resté un certain degré d'insécurité dans Bentiu et certaines petites villes alentour, mais sans pour autant générer d'importants mouvements de populations. Notre clinique demeure la structure hospitalière de référence. Les efforts d'amélioration de la qualité des soins, entrepris l'année précédente, se sont heurtés au manque d'organisation du travail du personnel et à la vétusté des infrastructures, au départ peu prévues pour une telle activité. Il a donc fallu reconstruire certains bâtiments, tâche qui n'est pas terminée et qui se poursuivra en 2004. L'organigramme du personnel a été revu, pour une plus grande stabilité des employés, en particulier des cadres, et des objectifs de formation ont été définis. MSF est en charge des consultations externes et des hospitalisations, des consultations prénatales et gynécologiques, de même que des soins spécialisés pour les malades atteints de tuberculose (306 patients mis sous traitement) et de Kala Azar (365 patients pris en charge). Ces deux dernières pathologies, qui requièrent un traitement long et spécifique, constituent une part très importante de notre activité. Dans l'éventualité de la construction d'un hôpital public, une fois la paix établie, il semble que la prise en charge de tels malades ne soit pas prévue, ce qui nous amènera à réfléchir aux moyens de pérenniser le dispositif mis en place.

paludisme

Grâce au soutien du ministère de la santé soudanais et du département Roll Back Malaria (OMS), nous avons organisé en octobre une conférence sur le paludisme. Avec le concours d'un grand nombre d'universitaires et de médecins de Khartoum ; cet événement a abouti à la décision d'abandonner le protocole national utilisant jusqu'alors chloroquine et sulfadoxine-pyriméthanine, pour se tourner d'emblée vers les combinaisons thérapeutiques à base de dérivés d'artémisinine (ACT). Il nous a été demandé de tester ces combinaisons sur nos terrains d'intervention, ce qui a donc comme conséquence que nous pouvons les utiliser à présent pour nos patients en toute légalité.

darfour

Enfin, après avoir longtemps dû attendre l'autorisation de Khartoum d'intervenir dans le Darfour, nous avons finalement pu mener nos premières missions d'évaluation dans le sud et l'ouest de cette zone en novembre. Avec l'arrivée d'un premier fret sur place (Nyala), nous avons démarré des activités de soutien (santé, eau et complément nutritionnel) aux déplacés de trois sites du Sud Darfour (Nyala, Zalingei et Mornay). L'insécurité nous limite à l'heure actuelle pour explorer plus avant les zones ouest et nord, dans lesquelles il est vraisemblable que les besoins d'assistance des populations civiles soient au moins aussi importants.

perspectives

orphelinat de mygoma (khartoum)

L'objectif général du programme à l'orphelinat restera de fournir des soins spécifiques et adaptés aux enfants (700 par an) de l'orphelinat de Mygoma. Selon les axes de travail définis, les activités seront :

- Centralisées autour du couple assistante maternelle/enfant, que nous allons stabiliser tant sur le plan individuel que géographique (à l'intérieur de l'institution).
- Axées sur les soins médicaux adéquats et adaptés aux pathologies rencontrées ; transferts des cas sévères dans les hôpitaux publics et travail en coordination avec le staff médical de ces services,
- Fourniture d'une alimentation adaptée
- Suivi psychomoteur
- Nursing et environnement psychologique et émotionnel adapté aux enfants
- Prévention des infections nosocomiales
- Extension de l'espace utilisable dans les nouveaux bâtiments
- Travail en réseau et coordination avec Adoption Task Force : communication et sensibilisation sur le besoin des enfants de trouver une famille

centre nutritionnel thérapeutique de mayo (khartoum)

Nous poursuivons la prise en charge médico-nutritionnelle des enfants du camp de déplacés de Mayo atteints de malnutrition aiguë sévère dans le centre de nutrition thérapeutique. Nous allons travailler à identifier les acteurs et organisations locales susceptibles d'absorber tout ou partie de l'activité du CNT, adapter la stratégie de prise en charge des enfants mal nourris aux possibilités locales, former et transmettre notre savoir-faire à nos successeurs.

Nous poursuivons nos activités au CNT tant que nos successeurs ne seront pas opérationnels. Notre désengagement final de Mayo est prévu au maximum pour la fin de l'année 2004.

clinique de bentiu (unity state)

L'objectif général est de continuer à fournir l'accès à une structure hospitalière aux populations autour de Bentiu, encore affectées par l'instabilité de différents groupes armés : améliorer la qualité et la pertinence de notre offre de soins, diminuer la mortalité globale au sein de la clinique, améliorer l'organisation et la répartition des activités dans l'hôpital et améliorer notre accès aux populations des zones enclavées à l'extérieur de Bentiu.

Nous allons poursuivre dans la clinique les consultations prénatales et gynécologiques, les consultations externes généralistes, l'hospitalisation des adultes et enfants, de même que les soins spécialisés pour les malades atteints de tuberculose et de Kala Azar. Pour cette maladie, nous allons étendre la possibilité de diagnostic et de traitement à proximité des foyers actifs de l'épidémie. Nous devons également adapter les structures de prise en charge des patients atteints de tuberculose et de leur famille. Nous poursuivons la réhabilitation des bâtiments

Nous avons prévu de réaliser une enquête d'efficacité des combinaisons ACT pour soigner le paludisme.

Nous mènerons des interventions extérieures à Bentiu suivant les besoins.

urgence darfour

Nous continuerons à porter assistance aux populations civiles affectées par le conflit au Darfour. Nous allons explorer en fonction des possibilités les besoins d'intervention sur toute la zone concernée par le conflit et adapter notre réponse opérationnelle aux besoins identifiés (médicaux, sanitation, nutrition, etc.)

Le travail, se fera sous forme de cliniques fixes et/ou mobiles. Les autres axes seront la fourniture d'eau potable, des distributions alimentaires ou centre nutritionnel thérapeutique en fonction des besoins, dans trois sites : Nyala, Zalingei, Mornay. Il n'est pas prévu pour l'instant de maintenir notre présence dans le Darfour au-delà de la période de crise qui justifie notre intervention en urgence.

Au Soudan, l'équipe de MSF comprend 558 employés nationaux et 20 volontaires expatriés.

soudan (sud)

Voir pages précédentes (Soudan Nord) pour la situation générale.

activités

akuem - bahr el gazal

MSF travaille depuis mars 2000 dans le centre de soins d'Akuem, dans une région où en dehors de ce centre l'accès aux soins est inexistant. En plus des activités permanentes de la clinique, nous avons dû faire face en 2003 à deux urgences, malnutrition et paludisme, qui nous ont amenés à élargir notre zone d'intervention, habituellement cantonnée au comté d'Aweil Est.

Comparativement à 2002, la recrudescence de la malnutrition aiguë parmi les enfants, pendant la période de soudure a été plus importante en 2003. A partir d'avril, nous avons dû ouvrir trois centres de nutrition supplémentaire et deux centres de nutrition thérapeutique (en plus du CNT d'Akuem fonctionnant en permanence, et dont le pic d'admissions a été atteint en mai, avec 330 enfants) qui ont fonctionné jusqu'en novembre.

A partir de décembre, nous avons décidé de poursuivre l'activité du CNT dans la clinique d'Akuem, les chiffres d'enfants encore admis demeurant élevés. Les enquêtes nutritionnelles et de sécurité alimentaire menées au cours de l'année font craindre que 2004 ne voit revenir dès la fin du premier trimestre les conditions d'une recrudescence de malnutrition aiguë parmi les enfants de cette région.

L'épidémie de paludisme qui a frappé la région à la même période a certainement été favorisée par le statut nutritionnel des plus vulnérables, de même que par de sévères inondations. Pour à la fois traiter efficacement les cas sévères et les détecter le plus précocement possible, nous avons équipé les centres de santé et les centres nutritionnels, y compris en moyens de transfusion, et constitué des équipes mobiles de deux personnes, se déplaçant à bicyclette, capables de diagnostiquer et traiter sur place dans les villages isolés des cas non encore compliqués. Au total, les équipes mobiles ont été actives d'août à décembre.

Nous avons ainsi pu diagnostiquer et traiter plus de 70.000 malades (dont 66% directement par les cliniques mobiles) dans les comtés d'Aweil Est et Nord. Tout au long de l'épidémie, nous avons utilisé des combinaisons de dérivés d'artémisinine (AS + SP), ce que nous faisons déjà dans la clinique d'Akuem depuis 2002.

Nous avons dû également en fournir aux centres de santé de la région, normalement soutenus par d'autres ONG, mais pratiquement en rupture de stock permanent.

Pour le reste, le niveau des activités habituelles de la clinique est comparable avec celui de l'année précédente, consultations externes, hospitalisations dans la clinique (80 lits), accouchements, soins aux tuberculeux.

La signature prochaine de la paix entre Nord et Sud et le calme qui dure depuis quinze mois dans la région ne permettent pas pour autant de pouvoir prédire des lendemains radieux au Bahr el Ghazal.

Pour l'instant, aucune structure hospitalière ne peut remplacer celle que nous avons installée à Akuem. C'est la raison pour laquelle nous maintiendrons notre activité sur la même base, en reconstruisant une partie des bâtiments, à présents insalubres ou inutilisables.

maladie du sommeil - ibba

Depuis décembre 2000, MSF mène un programme de lutte contre la maladie du sommeil à Ibba, comté de Maridi dans l'Ouest Equatoria, près de la frontière avec la RDC, région où se situe un important foyer de cette affection. Dans l'hôpital d'Ibba, d'une capacité de 90 lits, l'équipe effectue le diagnostic dans le laboratoire de l'hôpital et traite les patients. Les objectifs ont été à peu près atteints cette année. Nous avons stabilisé le travail déjà effectué. Les résultats montrent une prévalence inférieure à 1%.

Nous avons effectué des tests à partir de Kotobi, sur la rive ouest de la rivière Yei, probable foyer le plus actif de la région (prévalence observée entre 2 et 9% dans les villages testés). Nous avons depuis l'année précédente un laboratoire et un dispensaire pour traiter les stades 1 en ambulatoire. Durant le dernier trimestre 2003, nous avons installé les moyens pour traiter en hospitalisation les stades 2 (premiers cas traités en novembre). Des travaux nécessaires pour que Kotobi devienne une nouvelle base seront réalisés en janvier, car en 2004, le traitement de ce foyer sera notre priorité.

En revanche, à l'ouest d'Ibba, notre implication est restée modeste. Même si le foyer ancien de Tambura demeure une préoccupation (nous y sommes allés occasionnellement), il est dans l'immédiat impossible de faire porter nos efforts en même temps sur deux foyers (Tambura et Kotobi) séparés par plusieurs jours de route. MSF Espagne envisage d'ailleurs d'intervenir à Tambura à partir de leur base centrafricaine, ce qui logistiquement est plus facile qu'à partir d'Ibba. Une baisse du nombre de patients traités malgré un plus grand nombre de personnes testées, traduit la chute de la prévalence autour d'Ibba. En 2004, nos efforts concentrés sur Kotobi devraient nous amener à augmenter considérablement le nombre de patients à traiter.

perspectives

En 2004, nous prévoyons de poursuivre les deux missions permanentes à Akuem et Ibba, en essayant de renforcer la qualité et l'adéquation de notre offre de soins à Akuem, et d'intervenir activement à partir de Kotobi sur le foyer de trypanosomiase de la rivière Yei. Par ailleurs, nous nous efforcerons d'être attentifs à l'évolution de la situation alimentaire, en particulier à Akuem et dans le Bahr El Ghazal, et d'intervenir sans retard si besoin. Nous serons réactifs face aux urgences (déplacement de populations, épidémies, malnutrition).

akuem

Les objectifs généraux sont de fournir un accès aux soins, et si nécessaire une assistance nutritionnelle, à la population autour d'Akuem, dans le Bahr El Ghazal, aussi longtemps que cette population n'a pas accès à d'autres centres de santé ; de surveiller les mouvements de population et d'organiser toute opération de secours nécessaire en cas de déplacements de populations ou d'apparition d'épidémie.

Dans le centre de soins (consultations, hospitalisations : 80 lits), l'équipe assurera le suivi des femmes enceintes et les accouchements dystociques, une enquête auprès des matrones, la formation au sein de la clinique, la petite chirurgie, la vaccination, le centre nutritionnel thérapeutique, le centre de traitement de la tuberculose.

En cas de besoin, nous assurerons la prise en charge des déplacés, avec vaccination de masse et programme nutritionnel. Nous mènerons des enquêtes de sécurité alimentaire périodiques et des enquêtes nutritionnelles *ad hoc*.

ibba

Les objectifs généraux restent de diagnostiquer et traiter les patients affectés par la maladie du sommeil dans les comtés de Maridi et de Mundri, Western Equatoria ; détecter et traiter autant de patients que possible dans les comtés de Maridi et Mundri ; fournir les meilleurs traitements aux patients ; améliorer le suivi des patients en post-traitement.

Nous allons poursuivre le diagnostic passif dans les laboratoires de Ibba, Maridi et Kotobi, un dépistage actif systématique dans le comté de Mundri, le traitement de tous les stades de la maladie à Kotobi et à Ibba ; nous renforcerons le travail des équipes sur la détection des patients et leur suivi post thérapeutique. Nous améliorerons le suivi des données, organiserons le recueil de données afin de déterminer les zones les plus affectées par l'épidémie et le suivi des effets secondaires des nouveaux protocoles thérapeutiques employés (Epicentre : centre de recherches en épidémiologie de MSF).

L'équipe comprend 19 volontaires expatriés et 341 employés soudanais.

thailande

La Thaïlande est le seul pays du sud-est asiatique qui n'a jamais été sous le contrôle d'une puissance européenne, et elle est depuis 1932 sous le règne d'une monarchie constitutionnelle. Après la deuxième guerre mondiale, la Thaïlande a été dominée par les militaires et a subi plus de 20 coups (et contre-coups) d'Etat, séparés de brèves tentatives de démocratie. En 1992, un gouvernement civil a été réinstauré. En 2000, Thaksin Shinawatra et son parti nationaliste « Thai Rak Thai » (Les Thaïs aiment les Thaïs) ont remporté une victoire écrasante.

La Thaïlande a été un des fondateurs de l'ASEAN (Association des nations du sud-est asiatique) réunissant aujourd'hui dix pays de la région. La Thaïlande a traversé plusieurs crises économiques, la dernière en 1997, dont elle semble, maintenant, se remettre. Au cours des dernières décennies, elle est devenue un pays moderne, avec une haute technologie, en particulier dans les villes, et un système de santé publique fonctionnel.

Pendant ce temps, en Birmanie, dans les régions frontalières avec la Thaïlande, le combat armé pour l'indépendance continue. Plusieurs de ces groupes ethniques minoritaires, dont les Mons, ont signé un accord de cessez-le-feu dans les années 90 avec le gouvernement central de Birmanie, pays où la situation politique et économique reste fragile sous le régime militaire.

D'autres, comme les Karens, poursuivent leur combat contre le pouvoir de Rangoon. Les populations vivant sur ces zones frontalières vivent dans une grande insécurité car ils sont l'objet d'attaques et d'abus aussi bien des mouvements rebelles que des forces armées birmanes ou bien de bandits. Les réfugiés karens sont nombreux en Thaïlande.

Des centaines de milliers de travailleurs migrants traversent illégalement la frontière de la Thaïlande pour y chercher du travail dans l'agriculture et les industries de la pêche ou textiles. Le plus grand nombre travaille pour de très bas salaires et vit dans des conditions extrêmes, essayant d'échapper à l'expulsion ; ces personnes sont exclues des avantages sociaux et de la protection sanitaire.

activités

Médecins Sans Frontières mène quatre programmes en Thaïlande, où l'association est présente depuis 1983.

Près de la frontière birmane, à Maesot et Ratchaburi, MSF travaille auprès de réfugiés karens. A Maesot, MSF prend également en charge les travailleurs migrants illégaux atteints de tuberculose.

A Sangklaburi, sur la frontière birmane, MSF soutient, depuis la Thaïlande, des dispensaires en Birmanie.

A Surin, MSF prend en charge des patients atteints du HIV/Sida. En 2001, l'introduction des anti-rétroviraux en tri-thérapie a représenté un changement important dans ce programme, dans un pays où un nombre extrêmement limité de malades a accès à ces traitements, essentiellement dans le cadre d'essais thérapeutiques.

mae sot

Mae Sot est une ville thaïlandaise de la frontière nord-est avec la Birmanie. Elle est la base de deux de nos programmes : l'un pour le camp de réfugiés karens de Maela (présence de MSF depuis la fin des années 1980) et le programme « tuberculose chez les migrants » qui a commencé à la fin de 1999.

maela : réfugiés karens

Maela est un camp où sont regroupés ± 38.000 réfugiés **karens** (provenant de Birmanie) ; MSF est responsable des soins, de l'eau et des installations sanitaires, de 2 unités d'hospitalisation (environ 300 hospitalisations/mois, 15 à 20 % venant de l'extérieur du camp) et de 2 unités de consultations externes (environ 12.000 consultations/mois, ± 7 % venant de l'extérieur du camp). Les patients sont vus par du personnel médical karen formé par MSF en même temps que par le médecin expatrié.

Les principales maladies traitées sont les infections respiratoires aiguës, les diarrhées et, en saison, la dengue et le paludisme ; depuis deux ans, ont été mises en place des consultations pour maladies chroniques : asthme, maladies cardiaques, syndrome néphrotique ou infection par le sida (actuellement 15 patients sous antirétroviraux). Le niveau de soins est élevé dans les unités d'hospitalisation, mais on doit améliorer la qualité des consultations externes et des prescriptions. Les références (± 80-100/mois), principalement pour motifs chirurgicaux ou obstétricaux, sont faites vers l'hôpital de Mae Sot. Une équipe de visiteurs à domicile (infirmières karens et l'infirmière expatriée) sont chargées de la vaccination et du suivi de la malnutrition et des questions d'hygiène.

Les soins obstétricaux sont en assurés par le SMRU (Unité de recherche sur le paludisme de Shoklo) ; seulement 10 % des accouchements étant réalisés dans les locaux MSF, nous avons confié toutes les activités obstétricales au SMRU, y compris les accouchements, afin d'assurer une bonne qualité de suivi des femmes enceintes.

Nous avons mené une évaluation du système d'eau et sanitation qui nécessite une révision afin d'assurer une distribution d'eau de bonne qualité tout au long de l'année.

La gestion des médicaments pour les différentes structures médicales de MSF a été l'un de nos problèmes au cours de 2003 ; des progrès ont été réalisés mais le soutien d'un pharmacien apparaît nécessaire afin de développer un système de gestion des commandes et de la distribution efficace et contrôlable.

La distribution de la nourriture dans le camp est assurée par MSF et par BBC (Burmese Border Consortium) ; avec les années, la gestion de la distribution de nourriture étant devenue de plus en plus difficile, nous avons conclu qu'il fallait réorganiser le système de distribution de la nourriture pour les patients.

programme tuberculose

Le programme **tuberculose** pour **migrants** a démarré en décembre 1999, poursuivant un programme de lutte contre la tuberculose initié dans le camp de Maela. L'idée était d'élargir nos activités à la grande communauté des migrants illégaux qui vivaient dans des conditions extrêmes avec un accès aux soins pire que pour les réfugiés du camp. Les patients désirant être hospitalisés sont pris en charge dans le « village tuberculose » du camp de Maela ; les autres continuent à travailler dans les usines ou le secteur agricole (ou traversent chaque jour la frontière depuis la Birmanie) et reçoivent quotidiennement la visite des responsables du programme DOTS (prise du traitement sous surveillance directe). En 2003, nous avons enregistré 493 patients (la moitié dans Maela, l'autre moitié dans et autour de Mae Sot), parmi lesquels 67 % étaient positifs. Sur les 439 patients qui ont terminé leur traitement en 2003, le taux de succès est de 75 %, avec un taux de perdus de vue relativement élevé, ± 16 %. Si l'on tient compte du contexte difficile, le taux d'échec élevé est acceptable. En 2001, nous avons commencé à traiter des patients multirésistants. Malheureusement, en raison des difficultés rencontrées avec les importations de médicaments, nous avons décidé de ne pas inclure de nouveaux patients multirésistants pour le moment, en attendant une formalisation des procédures d'importation de médicaments. Nous espérons qu'avec le soutien d'un pharmacien en charge des négociations avec la FDA (administration responsable des médicaments) thaïlandaise de même qu'avec les autres autorités concernées, nous serons capables d'atteindre cet objectif. En attendant, nous assurerons le traitement correct des cinq derniers patients multirésistants.

camp de ratchaburi/tham hin

Tham Hin (région de Ratchaburi) est un camp construit en 1997 qui accueille environ 9000 réfugiés **karens** venant de Birmanie. Ici, comme à Maela, MSF est responsable des soins, de l'eau et des installations sanitaires ; d'une unité d'hospitalisation (± 130 admissions/mois) et d'une unité de consultations externes (± 2000 /mois). MSF est également en charge des maladies chroniques, y compris le traitement du sida (actuellement quatre patients sous antirétroviraux), de la tuberculose ainsi que des soins obstétricaux. La surpopulation dans le camp favorise les épidémies (dengue, typhoïde, diarrhées). En 2003, nous avons été confrontés à une épidémie de dengue (891 cas suspectés), heureusement non hémorragique, aussi la mortalité est-elle restée très basse.

Une évaluation du système de sanitation des eaux a été menée cette année et les mesures nécessaires à son amélioration ont été prises.

sangklaburi

Suite aux accords de cessez-le-feu en 1995, la population **mon** émigrée en Thaïlande (± 12.000 personnes) s'est réinstallée en Birmanie, sur la frontière, dans trois districts (Halokhani, Bee Ree et Tavoy), dans lesquels nous soutenons en fournitures médicales et soins médicaux dix dispensaires (dont cinq avec hospitalisation). Sangklaburi est la base de nos activités transfrontalières dans l'Etat Mon (zone de cessez-le-feu). En 2003, nous avons activement soutenu les activités des dix cliniques dans les trois districts. En raison de problèmes de sécurité et de communications, nos équipes expatriées n'avaient plus la possibilité de superviser régulièrement les activités médicales dans ces districts depuis plusieurs années : seulement la moitié des dispensaires était visitée par l'équipe expatriée moins d'une fois par an voire encore moins. Après avoir finalement mené des visites à Tavoy et à Beeree fin 2002 et début 2003, nous avons décidé de mettre un terme à notre soutien dans ces deux districts à la fin de 2003, n'ayant aucun moyen de contrôler l'utilisation de nos fournitures médicales et logistiques.

Le paludisme reste la maladie prédominante dans toutes les régions d'intervention, avec environ 9000 cas pour la période de janvier à novembre 2003, suivie par les infections des voies respiratoires basses et des diarrhées.

Le long de la frontière, une évaluation en profondeur a été menée sur la situation des migrants illégaux, entre autres celle des migrants libérés des centres de détention. Leur situation est précaire, marquée par des problèmes de santé après de longues périodes difficiles comme migrants illégaux de même qu'après des mauvais traitements au cours de leur détention. Dans la mesure où l'un des sites de passage de la frontière est proche de Sangklaburi, les équipes MSF prennent soin des anciens détenus se présentant dans les structures sanitaires de MSF.

surin : vih sida

Depuis 1996, MSF travaille dans la province de Surin et prend soin des patients sidéens (prévalence du VIH de 1,5 % en Thaïlande) ; à partir de soins simplement à domicile, le programme a évolué vers l'offre d'un programme thérapeutique proposant un traitement hautement actif (HAART) aux patients éligibles de la province de Surin et éventuellement de la province voisine de Mahasarakam. Aujourd'hui, MSF travaille dans les deux hôpitaux provinciaux de Surin et Mahasarakam et a décentralisé ses activités vers quatre hôpitaux de district. Le total de patients séropositifs mis sous traitement jusqu'à fin 2003 est de 965, dont 10 % sont des enfants.

Il est à noter que la Thaïlande produit des antirétroviraux génériques, permettant un traitement de bonne qualité à faible coût.

Le gouvernement thaïlandais a annoncé un plan de traitement de tous les patients séropositifs nécessitant un programme HAART. Ce plan est développé dans le cadre du secteur public de santé. Les premiers patients ont été transférés de notre programme aux hôpitaux de district thaïlandais de la région. Ainsi, nos activités se concentrent de plus en plus sur la formation des soignants thaïlandais, incluant le conseil pour l'adhérence au traitement ainsi que pour la recherche des patients perdus de vue, pour leur permettre d'apporter aux patients séropositifs des soins de haute qualité.

perspectives

maela

Les objectifs généraux sont de maintenir un accès aux soins de bonne qualité pour la population du camp de Maela, améliorer les habitudes de prescription dans les unités de consultations externes, améliorer les soins aux patients VIH, fusionner les deux unités d'hospitalisation, améliorer la gestion des médicaments dans les camps, réorganiser la distribution de la nourriture dans les structures MSF, redéfinir les tâches et le nombre d'employés karens dans le camp, fournir de l'eau potable en qualité et quantité suffisantes.

programme tuberculose

Nous allons poursuivre le traitement de la tuberculose chez les migrants/réfugiés, travailler à diminuer le nombre de suivis défaillants, poursuivre l'éducation sanitaire dans les usines, formaliser les importations de médicaments pour les patients multirésistants.

ratchaburi

Nous allons poursuivre notre activité dans le camp de Tham Hin afin d'apporter une bonne qualité des soins aux réfugiés, améliorer le système d'eau et de sanitation, réorganiser la distribution de la nourriture dans le camp au sein de nos structures, enfin préparer la passation du camp à une autre ONG.

sangklaburi

Comme prévu, nous allons mettre un terme à nos activités dans les districts de Beeree et Tavoy, mais rester prêt à intervenir dans celui de Beeree en cas d'épidémie.

En revanche, nous allons intensifier les activités médicales dans les cliniques de Halokhani (par exemple, le laboratoire et une extension de la clinique Palang Japan), et commencer à prendre soin des patients séropositifs de notre population cible.

Nous allons également continuer à suivre la situation des immigrants illégaux libérés des centres de détention.

surin - sida

Nous allons continuer à prendre soin des patients séropositifs dans les provinces de Surin et de Mahasarakam. Nous définirons une stratégie pour confier les patients au programme sida thaïlandais. Il est prévu également d'intensifier la formation pratique du personnel de santé thaïlandais dans les programmes VIH. Nous réaliserons une étude sur l'adhésion au traitement.

Nous allons de même évaluer et préparer une possible participation à la Conférence internationale sur le sida, prévue à Bangkok, mi-juillet 2004.

L'équipe comprend 16 volontaires expatriés et 119 employés thaïlandais.

zambie

La Zambie, malgré des problèmes majeurs, reste un pays stable. Le président Levy Mwanawasa, élu en 2001, dans une élection toujours contestée, consolide son gouvernement en y intégrant des membres de l'opposition et entérine son pouvoir et sa popularité en appuyant les poursuites judiciaires pour corruption contre son prédécesseur Frederick Chiluba.

La Zambie est confrontée de plein fouet à l'épidémie du sida (plus de 20% de positivité parmi les adultes) avec tout ce que cela comporte d'impact sur une stabilité sociale déjà précaire (familles brisées et production d'orphelins souvent cibles d'abus) et la baisse de productivité de sa population.

Le pays est aussi sous pression par ses dettes et l'effondrement de l'industrie minière du cuivre en voie de privatisation sans parler d'une grave pénurie de pétrole qui a touché le pays en début d'année.

En revanche, suite aux efforts d'aide et à une bonne récolte en 2003, la sécurité alimentaire s'améliore nettement et les programmes de distribution massive sont arrêtés.

Plus de cinq millions d'enfants zambiens ont été vaccinés contre la rougeole dans le cadre d'une campagne de rattrapage organisé par l'UNICEF et le gouvernement, campagne qui fut l'occasion d'un vaste programme de distribution de moustiquaires qui pousse la couverture à plus de 30%. La Zambie a été un des premiers pays en Afrique à mettre en place le traitement du paludisme avec les traitements combinés à base d'Artesunate (ACT).

Un plan a été et des fonds ont été débloqués pour mettre plus de 10.000 malades du sida sous traitement antirétroviraux (ARV) sur 200.000 personnes estimées être en attente de traitement.

La Zambie accueille depuis plus de 30 ans des réfugiés angolais, du fait du conflit qui a accablé leur pays. Depuis la fin de la guerre en Angola fin 2002, la paix se concrétise. Malgré les insuffisances dans le fonctionnement des services publics notamment des services de santé, une normalisation de la vie en Angola est évidente. Grâce en partie à l'aide humanitaire, mais surtout aux efforts de la population elle-même, la situation alimentaire s'améliore significativement. Des centaines de milliers de déplacés retrouvent leur domicile et leurs terres. Des dizaines de milliers d'Angolais réfugiés en RDC, Zambie et ailleurs prennent spontanément la route du retour.

Le nombre de réfugiés angolais en Zambie était estimé à plus de 200.000 début 2003 mais plus de la moitié ne sont plus suivis par le Haut Commissariat des Nations-Unies pour les Réfugiés (HCR) (car ils ne vivent pas dans les camps). L'histoire des réfugiés angolais en Zambie date des années 70. Plusieurs vagues se sont succédées, dont la dernière en 1999-2001 a été à l'origine de l'intervention de MSF dans le camp de Maheba.

Des 90.000 réfugiés recevant une assistance du HCR début 2003, le camp de Maheba en héberge 40.000, dont la moitié sont arrivés avec la dernière vague et font l'objet d'une prise en charge de MSF en santé et sanitation.

La grande majorité de cette population de la dernière vague (la seule qui ne soit pas autonome pour son alimentation) est issue de la province frontalière de Moxico et en particulier du district de Cazombo. Plus de 80% d'entre eux ont exprimé leur désir de faire partie du plan de rapatriement du HCR en 2003.

Dès le début de l'année, le HCR a en effet préparé un rapatriement organisé des réfugiés angolais de Zambie. Un accord tripartite avait été signé dans ce sens entre le HCR et les gouvernements zambien et angolais en novembre 2002, puis entériné en mars 2003. Le plan prévoyait de rapatrier 40.000 réfugiés en 2003. Des efforts ont été faits pour les accueillir, en particulier dans la province frontalière de Moxico où plusieurs ONG, dont MSF-Belgique, se sont installées, dans la capitale provinciale de Cazombo.

activités

L'objectif général des activités de MSF en Zambie était la prise en charge des soins curatifs et préventifs des réfugiés arrivés dans le camp de Maheba depuis 1999 jusqu'à leur retour prévu à partir de l'été 2003, soit environ 20.000 personnes des zones E et H du camp.

Nous avons programmé de suivre et de participer au rapatriement et d'adapter notre volume d'activités en conséquence, d'organiser le relais du traitement des rapatriés atteint de tuberculose et autres pathologies chroniques, de maintenir nos activités sur le clinique H jusqu'à la fin du programme et ensuite de transmettre nos activités de la clinique D au ministère de la santé zambien bien avant notre départ, enfin de préparer le désengagement de MSF du camp.

La fermeture du programme était prévue pour fin juillet 2003 suivie du retrait de la Zambie.

En mai 2003, un accord est signé avec le HCR. MSF s'occupera de l'évaluation médicale des réfugiés sur le retour, de l'identification des personnes vulnérables (pour raisons médicales) et de l'organisation de la reprise du traitement des tuberculeux et de ceux souffrant de pathologies chroniques par les services de santé disponibles sur Cazombo, province de Moxico, en Angola, lieu principal de leur rapatriement.

Après des délais, dus entre autres à la découverte d'une mine sur la route de retour en juin 2003, les convois de rapatriement ont débuté en juillet. Jusqu'à leur suspension en novembre, suite au retour de la saison de pluies et les mauvaises conditions des routes, plus de 18.000 réfugiés ont été rapatriés.

MSF a participé aux évaluations et à l'identification des vulnérables jusqu'à la passation de cette activité à l'organisation African Humanitarian Action (AHA), début octobre. Un total de 318 personnes ont été enlevés des convois soit pour pathologie aiguë, soit pour conditions médicales ne permettant pas un rapatriement correct. Ils sont rentrés en Angola par la suite.

L'équipe MSF a visité les installations d'accueil à Cazombo plus de quatre fois pendant ce processus de retour. Une équipe de MSF-Belgique s'occupe du camp de transit et gère des services nutritionnels sur l'hôpital. Une amélioration de la qualité des services offerte à l'hôpital de Cazombo a été observée au courant des visites.

Les activités sur la clinique D ont été passées au gouvernement fin avril et ceux de la clinique H mi-octobre juste avant le retrait de MSF du camp. Vu la baisse de la population dans les zones desservies par la clinique H (la population de la zone H même est passée de 15.000 à 5000 début octobre), et pour faciliter la transmission de cette dernière, les activités ont été revues à la baisse pendant les deux mois précédant la passation.

Avant la passation des activités de la clinique D fin avril, MSF a continué à assurer les consultations et les hospitalisations (dont 33% concernant des enfants de moins de 5 ans). 21% des hospitalisations l'ont été pour cause de paludisme mais seulement 2 décès lui sont dus, alors que 11 (la moitié) font suite à des pneumonies.

Dans la clinique H, jusqu'à la fin septembre, MSF a assuré les consultations (15% paludisme) et les hospitalisations. Sur 24 décès, 50% sont dus à des pneumonies, dont la moitié chez des enfants de moins de 5 ans.

Au sein de la clinique D, MSF a assuré les consultations prénatales et a fourni des vaccins antitétaniques. MSF a appuyé les activités du PEV (Programme Elargi de Vaccination) dans les zones H et E jusqu'à son retrait (rougeole, diphtérie-polio-tétanos, vaccin polio oral et BCG). Le Centre de Nutrition Thérapeutique a traité une centaine d'enfants et a été intégré aux activités de la clinique H avant la passation. 186 enfants ont été pris en charge dans le programme de supplémentation nutritionnelle. Le programme tuberculose a accueilli 54 nouveaux cas (dont seulement 15 BK+) en 2003. Le laboratoire de la clinique H a été fermé fin août 2003.

Au courant de 2003, 2842 tests parachek pour le paludisme ont été effectués sur le clinique H dont 1756 (62%) se révélèrent positifs.

Médecins Sans Frontières a quitté le camp et la Zambie en novembre.

L'équipe de MSF en Zambie était formée de 7 volontaires expatriés et de 95 employés locaux.

les activités du siège de médecins sans frontières

L'organisation des activités du siège de Médecins Sans Frontières est exclusivement au service des missions.

Voici quelques lignes de force de cette organisation, afin de montrer comment les compétences du siège permettent une meilleure efficacité des actions de terrain au service des populations en danger.

direction générale

Avant d'aborder le bilan de l'année 2003, il nous faut saluer la libération en avril 2004 d'Arjan Erkel qui avait été enlevé au Daghestan en août 2002. Arjan a donc passé 20 mois en captivité, sa libération a été le fruit d'un travail collectif dirigé par nos amis de MSF Suisse qui voient leurs efforts et leur ténacité récompensés.

bilan 2003

L'année a été marquée par deux événements clés qui vont avoir des conséquences au-delà de 2003 en termes de revue d'objectifs et d'évolution de l'association en France mais aussi du mouvement MSF.

Le premier événement a été en mai la fin du mandat de Jean-Hervé Bradol comme administrateur d'abord et comme président du CA. Elu au Conseil d'administration en 2000 pour trois ans, Jean-Hervé a vu son mandat de président renouvelé chaque année par les membres du CA. Ces trois ans lui ont permis de travailler avec le CA et la direction générale à une réflexion critique sur l'association, ses opérations et son développement national et international. Cette réflexion débutée sur le plan opérationnel, quand il assumait la charge de directeur des opérations, a permis la remise en question d'un certain nombre de directions prises au cours des années 90 en tirant les leçons des succès comme des échecs opérationnels de la deuxième moitié des années 90. Cette réflexion, partagée avec et portée par l'ensemble du comité de direction, avait abouti à l'élaboration d'une vision du développement de l'association, son champ de responsabilités et son évolution internationale.

Le bilan présenté par Jean-Hervé à l'Assemblée générale de mai 2003 a montré comment l'association s'était adaptée aux nouveaux enjeux et contextes de l'action humanitaire tant dans les conflits que dans les situations de violences extrêmes mais plus discrètes exercées contre des groupes de personnes ou de populations, soit directement soit par le biais de discrimination dans l'accès à des soins médicaux efficaces. Tirant les leçons de son bilan, Jean-Hervé s'est représenté en mai 2003 à l'Assemblée générale comme administrateur pour un mandat de trois ans. Il a été réélu et de nouveau choisi par le CA comme **président** à cette occasion.

Le **départ du directeur général** fin 2003 a eu lieu conformément à la règle établie par le Conseil d'administration en 1996 qui limitait dans le temps les fonctions des cadres dirigeants de l'association de façon à éviter « l'enkystement » dans les postes et à permettre le renouvellement des générations. Le processus de remplacement du Directeur général a été initié et maîtrisé par le conseil d'administration de bout en bout et a été unanimement apprécié tant par l'exécutif que par le CA. Ce processus, qui permet à l'association de renouveler sans crise institutionnelle ses cadres, montre le degré de maturité de Médecins Sans Frontières.

Il faut rappeler que le Directeur Général (DG) n'est pas élu sur un projet pour l'association mais nommé par le CA comme la personne la plus à même de travailler avec les différentes instances de l'association, le CA et l'exécutif, pour faire évoluer le projet associatif et en assurer l'exécution et le suivi.

Le développement international, qui s'est amplifié ces dernières années, requiert, de la part du directeur général, une implication de plus en plus importante dans la gestion des dossiers internationaux. De plus, dans le cadre plus restreint des sections partenaires, le DG doit avoir un rôle moteur pour stimuler la réflexion, faire avancer les débats et plus concrètement favoriser l'implication des sections partenaires dans la gestion des opérations, au travers des desks décentralisés mis en place en 2002 et 2003. Le DG exerce ses responsabilités internationales au travers du Comité Exécutif (composé des DG des cinq sections opérationnelles et du/de la secrétaire internationale), seule plate-forme décisionnelle stable du mouvement MSF, et au travers de la réunion bi-annuelle des DG de toutes les sections MSF. Au niveau international, ces « plate-formes » exécutives travaillent avec les instances associatives, à savoir le Conseil international restreint (composé des présidents des cinq sections opérationnelles, du président international et de deux présidents des sections partenaires) et le Conseil international composé des présidents de toutes les sections MSF. Les responsabilités nationales et internationales du DG sont à l'évidence importantes, mais restent contrôlées par les instances associatives nationales et internationales.

Le DG est donc choisi pour sa capacité à non seulement gérer l'association mais aussi à proposer un projet, à l'exécuter, l'évaluer, le faire évoluer et à rendre compte des résultats. Le fait qu'une seule personne se soit portée candidate à ce poste montre que beaucoup jugent ces responsabilités trop « écrasantes » et illustre la pénurie réelle de cadres « dirigeants ». Cette situation n'est pas nouvelle. Déjà en 1998, il n'y avait eu que deux candidats au poste de DG et ce phénomène est observable dans les autres sections MSF opérationnelles et non opérationnelles.

Une réflexion devra avoir lieu sur comment alléger la charge qui pèse sur les épaules d'un directeur général de Médecins Sans Frontières, mais aussi comment garder les cadres dirigeants tout en maintenant notre politique de renouvellement des générations dans la prise de postes à responsabilités.

Les objectifs présentés en début 2003 définissaient l'année comme une année de transition au cours de laquelle la direction générale assurerait la gestion des dossiers en cours et la transition avec la future direction générale. Les seuls nouveaux dossiers ouverts ont concerné les ressources humaines terrain et la formation. Il appartiendra au

nouveau Directeur général, après un bilan complet et un état des lieux, de redéfinir un projet et des objectifs à moyen terme à proposer au Conseil d'administration en 2004.

les opérations

Le rythme opérationnel a été comme chaque année très soutenu. Le turn-over au sein du département des opérations a été, cette année encore, très important. Il faut souligner le départ de Jean-Clément Cabrol qui avait été nommé, en 1998, responsable des programmes des urgences. En cinq ans, Jean-Clément a développé la cellule des urgences, ce qui a permis à MSF d'être présent sur l'ensemble des crises ces dernières années. Bienvenue à Mercédès Tatay et Thierry Allafort qui forment le nouveau tandem des urgences.

les interventions dans les conflits

Les événements majeurs ont été la suite des conflits afghan et irakien, nos opérations en Iturie (RDC) et au Libéria et la tragédie du Darfour au Soudan.

- La fin de la guerre en **Irak**, marquée symboliquement par la chute du régime de Saddam Hussein, n'a malheureusement pas apporté la paix et la sécurité pour la population irakienne. L'année a été marquée par une lente détérioration de la situation politique et par une dégradation des conditions de vie des Irakiens même si, sur le terrain, la réalité est différente d'une province à l'autre. Les attentats dirigés contre les agences des Nations-Unies et contre les agences humanitaires internationales ont coûté la vie à des internationaux, mais aussi à des travailleurs irakiens auxquels il été reproché de travailler avec les « Occidentaux ». Il faut saluer la mémoire de Sergio Vieira de Mello, représentant du secrétaire général des Nations-Unies à Bagdad, assassiné en août 2003, et que MSF avait côtoyé et apprécié sur les terrains de crises au cours de ces 20 dernières années.

En parallèle, la situation en **Afghanistan** est loin d'être stable sur le plan politique et militaire et les assassinats d'employés internationaux et nationaux des agences humanitaires ont pour conséquences le repli de ces organisations et donc la difficulté à porter assistance aux personnes dans le besoin. Une grande partie des provinces du sud et de l'est du pays ne sont actuellement pas ou peu accessibles aux humanitaires.

Les difficultés des organisations humanitaires indépendantes à œuvrer en Afghanistan mais aussi en Irak illustrent la question du positionnement des humanitaires dans ces conflits menés au nom de la guerre contre la terreur.

Dans le lancement des opérations militaires comme dans la conduite de la guerre, jamais l'humanitaire n'avait été autant sollicité pour servir les objectifs politiques des coalitions occidentales. Cette instrumentalisation de l'humanitaire n'est pas nouvelle mais elle n'a fait que s'accélérer et s'amplifier au cours de ces dernières années pour aboutir à « la guerre humanitaire » menée au Kosovo en 1999 et à l'humanitaire « embarqué » en Irak en 2003.

Les organisations humanitaires paient le prix d'un renoncement progressif aux idéaux et principes de l'action humanitaire indépendante. Dans ces derniers conflits (Kosovo, Irak et Afghanistan), l'argent a joué un rôle clé dans l'instrumentalisation des agences humanitaires, d'autant que les bailleurs de fonds traditionnels de l'aide humanitaire furent ceux-là mêmes qui intervenaient militairement, poussant les agences humanitaires à des choix cruciaux entre les principes et la survie institutionnelle.

Toutes les ONG humanitaires devront repenser leurs positionnements vis-à-vis des pouvoirs politiques en général et plus spécifiquement vis-à-vis des puissances occidentales, vis-à-vis des armées en campagne mais aussi vis-à-vis de la « stratégie cohérente d'intervention », élaborée par les Nations-Unies au cours des années 90 pour gérer les crises à haute visibilité, et qui soumet l'humanitaire à l'atteinte d'objectifs politiques. Cette réflexion est essentielle si les organisations non gouvernementales humanitaires veulent continuer à pouvoir mener des actions indépendantes dans les conflits pour accéder aux populations et « sauver des vies et alléger la souffrance ».

- La tragédie du **Darfour** (Soudan) illustre bien le fait que les crises non visibles, c'est-à-dire celles dans lesquelles les puissances occidentales ne sont pas directement impliquées, sont condamnées à évoluer dans l'indifférence, et que les tragédies humaines générées sont destinées à rester « invisibles ». MSF a, dès la fin de l'année 2003, attiré l'attention sur les massacres des populations dans cette province soudanaise et ses conséquences en termes de personnes déplacées ou réfugiées qui essayaient d'échapper à leurs bourreaux.

- Les opérations en **Iturie** (RDC) et au **Libéria** ont reposé la question des limites de l'action humanitaire et celle de « l'appel à l'intervention » de la communauté internationale. Ces deux tragédies illustrent aussi, comme le Darfour, l'indifférence de la communauté internationale quand les intérêts des puissances occidentales ne sont pas en jeu.

En Iturie, l'intervention d'une force européenne dirigée par la France à Bunia a incontestablement permis de diminuer les violences dans le secteur d'intervention de cette force. Elle a permis de stabiliser la région et ouvert la voie à un retour des Nations-Unies qui ont pris le relais de cette force. Le rapport publié par MSF intitulé « Promesses non tenues » pointaient les limites « géographiques » du mandat de cette force, qui laissait des populations face à leurs bourreaux, la persistance des violences à l'intérieur de Bunia et exprimait des inquiétudes sur la suite, c'est-à-dire le relais pris par les forces des Nations-Unies. Ce rapport a cependant largement sous-estimé l'effet stabilisateur de cette force dans une région secouée par des massacres labellisés « inter-ethniques » mais de fait pilotés par les puissances régionales intéressées par les ressources économiques de cette région.

Au Libéria, la bataille de Monrovia a fait ressurgir le débat de l'appel à une intervention armée. MSF est resté présent à Monrovia tout au long des combats. L'aide de Médecins Sans Frontières est restée marginale face à l'immensité des besoins médicaux de la population de Monrovia, piégée par la guerre civile, mais les équipes ont pu continuer à travailler et à secourir des personnes affectées par le conflit.

les discriminations dans l'accès à des médicaments efficaces

L'accélération de l'inclusion de malades atteints du sida dans des programmes de traitement avec des trithérapies ainsi que la mise à disposition de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine dans le traitement des malades atteints de paludisme (à falciparum) ont montré qu'il est possible de traiter correctement ces patients et de leur redonner vie et espoir. L'action de MSF restera toujours une goutte d'eau dans l'océan des besoins mais elle peut être utilisée comme « mouche du coche » pour stimuler les décideurs politiques nationaux à prendre leurs responsabilités et permettre l'accès de leurs populations à ces traitements. Mais il ne faut pas nous tromper de combat et jeter toutes nos forces dans la guerre contre les décideurs nationaux et internationaux. Notre combat est celui que nous menons auprès de nos malades pour leur assurer des traitements efficaces et un suivi de qualité. Trop d'inconnues existent encore dans la prise en charge des sidéens, et même si nous bénéficions dans ce domaine de l'expérience des pays du nord, nous devons continuer à travailler sur l'inclusion de nouveaux patients mais aussi nous assurer que ceux qui sont inclus ne vont pas mourir du fait de l'apparition de résistances au traitement, de tuberculose ou d'autres infections opportunistes. Dans le cas du paludisme, il faut aussi nous assurer que tous les patients pris en charge par MSF, quel que soit le contexte de l'intervention, bénéficient bien d'un accès à des traitements efficaces.

Les sections de MSF, appuyées et stimulées par l'équipe de la Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels, ont beaucoup progressé ces trois dernières années. Nous avons parcouru beaucoup de chemin mais la route devant nous est longue. Il nous faut garder la tête froide et éviter de proclamer « *urbi et orbi* » que les solutions à la prise en charge de ces deux pathologies, et plus largement des maladies négligées, résident dans la simple mise à disposition des médicaments, encore faut-il que ceux-ci existent et qu'ils soient accessibles à des prix abordables.

Malheureusement, bien que l'implication dans la prise en charge des patients tuberculeux ait été définie comme une priorité, nous avons pris du retard. Les analyses développées par l'équipe de la campagne devraient nous stimuler pour aller de l'avant. Quelles sont en effet les alternatives offertes à ce jour à nos patients traités pour le sida et atteints de tuberculose ? Celles d'être référés dans les différents programmes nationaux dont nous connaissons les limites tant dans le domaine du diagnostic que dans ceux du traitement et du suivi, sans évoquer les cas de résistances au traitement.

On peut affirmer que des pratiques médicales, admises et couvertes tant par les politiques de santé nationales que par des autorités sanitaires internationales, pourraient être aujourd'hui l'objet de poursuites judiciaires pour « mauvaise pratique » dans les pays occidentaux. Ces pratiques, qui consistent à soigner ses patients avec des traitements reconnus comme étant inefficaces, sont acceptées pour des pays qui ne peuvent s'offrir les médicaments efficaces ou les vaccins pour diminuer la mortalité liée aux maladies infectieuses et parasitaires. Les opérations, les départements médicaux et l'équipe de la « Campagne » doivent se battre pour documenter ces pratiques, même si elles surviennent à l'intérieur des programmes MSF. MSF doit clairement et fermement les dénoncer.

La mise en place effective, au cours de l'année 2003, de l'initiative pour les maladies négligées (DNDi) va permettre de répondre en partie aux enjeux de l'accès aux médicaments. Une collaboration étroite entre MSF et la DNDi reste donc plus que d'actualité car nos malades attendent des résultats.

l'accès aux soins en france

Après une première alerte avec l'action du gouvernement français contre l'Aide Médicale d'Etat fin 2002, le gouvernement a repris son offensive en 2003 nous obligeant à réfléchir à des implications plus importantes dans ce domaine de l'accès aux soins qui avait été réduit du fait de la mise en place de la CMU.

le support opérationnel

deux chantiers ont été lancés

Ces deux dossiers ont trait aux ressources humaines terrain et ont pour but d'aider à améliorer la qualité des programmes en utilisant des ressources humaines nationales et internationales adaptées aux projets et bien formées.

- Une personne a été nommée comme attachée à la directrice des ressources humaines terrain pour être l'interface avec le terrain pour toutes les questions concernant le personnel national souvent traité comme la dernière roue du carrosse mais pourtant essentiel au bon déroulement des programmes MSF.
- Un « coordinateur » formation a été nommé après des années de latence. MSF a enfin repris ce dossier resté dans les limbes pendant plusieurs années.

les desks décentralisés

Après une gestation de plus d'un an, un desk décentralisé, sous la direction des opérations basée à Paris, a vu le jour à New York. Avec le desk mis en place à Tokyo en 2002, les opérations conduites devraient décoller tant en termes de qualité qu'en termes de quantité.

Beaucoup de personnes, au sein de l'exécutif et du CA, se sont inquiétées de la diminution du nombre de programmes gérés par Paris. Cette baisse incontestable n'est pas le fruit du hasard mais celui d'une politique mise en place visant à améliorer la qualité des programmes en diminuant le nombre de programmes gérés par chaque desk. Cette diminution en quantité des programmes n'a pas pour autant diminué le volume financier opérationnel et les ressources humaines nécessaires pour les mener à bien.

La mise en place des desks à New York et Tokyo, au-delà des objectifs spécifiques de développement de ces deux sections auxquels ils répondaient, pourra soulager, dans un premier temps, les desks existants et répondre, dans un deuxième temps, à l'accroissement du volume en quantité du nombre de programmes gérés par la direction des opérations à Paris. Cette initiative opérationnelle devra faire l'objet d'évaluations régulières sur le plan des opérations conduites, mais aussi sur celui de leur impact sur le développement de la section qui abrite un desk décentralisé.

le service médical

Le départ de Jean Rigal comme chef de mission MSF en Thaïlande et son remplacement par Emmanuel Baron ouvrent une nouvelle ère pour le service médical. Merci à Jean qui avait accepté il y a un an de reprendre le collier afin de re-stabiliser un département qui avait beaucoup souffert de l'absence de leadership.

le mouvement international

La croissance, la gouvernance mais aussi la dimension associative du mouvement ont fait l'objet de nombreux débats au cours de l'année écoulée. Il est temps aujourd'hui de cesser les palabres et de faire que les intentions soient traduites en actes et donc en objectifs qui permettront de rendre des comptes sur nos activités à nos donateurs comme aux personnes prises en charge dans le cadre de nos programmes. Que fait MSF sur le terrain ? Comment est utilisé l'argent des donateurs pour accomplir la mission sociale définie par l'assemblée générale ? Autant d'interrogations légitimes auxquelles il nous faut répondre en toute transparence

Sur le plan financier, la consolidation des **comptes** internationaux est en voie d'être achevée. C'est le premier pas dans ce rendu de comptes et de transparence qui sont demandés à l'ensemble des organisations non gouvernementales. Nous devons cependant aller au-delà d'une simple présentation des comptes et donc d'une lecture financière de nos activités et montrer à quels contextes et à quelles activités les fonds sont affectés, quel est le coût de nos opérations, etc.

L'harmonisation des politiques des ressources humaines dans le domaine de la **rémunération** du personnel international : beaucoup d'obstacles ont été surmontés. Cette harmonisation doit servir l'objectif de fidélisation de cadres au sein du mouvement pour encadrer les « premières missions » (volontaires qui partent pour une première mission de terrain) qui continueront à être largement représentées sur le terrain et qui sont essentielles à la survie de l'association. Ces premières missions représentent le sang neuf qui permet à l'association de se régénérer. Ce travail d'harmonisation des pratiques salariales sur le terrain ne sera cependant achevé que lorsque nous aurons aussi pris en compte le personnel national.

Pour conclure, il ne faut pas hésiter à dire que le mouvement MSF se porte beaucoup mieux aujourd'hui qu'il y a quelques années. Bien que des oppositions sur le fond continuent à se manifester et à provoquer des débats houleux, il ne faut pas cacher cette évidence que la cohésion du mouvement est une réalité. Que les oppositions s'expriment est sain, et les débats qui s'ensuivent doivent permettre d'avancer ensemble dans le long terme même si dans le court terme cela peut laisser l'impression d'un recul. Le choix d'organisation internationale fait par MSF n'a pas empêché l'avancée du mouvement. Cependant notre environnement et nos responsabilités vis-à-vis de ceux qui sont pris en charge par nos programmes comme vis-à-vis de nos donateurs nous obligent à plus de transparence dans le rendu de comptes de nos activités et à plus de cohésion internationale.

L'année 2003 a vu le départ de Rafa Vila San Juan (secrétaire international), de Morten Rostrup (président international) et de leur assistante, Delphine Prinselaar. Ils formaient une équipe solide qui a su avec diplomatie et ténacité aborder de front les crises internes, sans les minimiser, et proposer des compromis acceptables qui n'étaient pas des compromissions. Qu'ils soient tous les trois remerciés pour l'excellence de leur travail.

Le déménagement du Bureau international de Bruxelles à Genève a été l'occasion de faire une mise à plat et de refixer des objectifs internes et externes. Marine Buissonnière (secrétaire internationale), Rowan Gillies (président international) et Laure Bonnevie (leur assistante) composent la nouvelle équipe. Il ne fait aucun doute qu'ils reprendront avec éclat le flambeau de l'ancienne équipe, après la période nécessaire d'adaptation à leurs nouvelles fonctions et de prise en charge des dossiers.

les dossiers de fond

- La publication d'un nouveau « Populations en danger », « *A l'ombre des guerres justes* » a permis de renouer avec une tradition inaugurée par François Jean et abandonnée en 1996. Il faut remercier Fabrice Weissmann et l'équipe du comité éditorial pour l'élaboration d'un cadre d'analyse original dans les réponses internationales aux crises.
- MSF a peu avancé sur le dossier des crises alimentaires et des réponses opérationnelles possibles et donc de la mise en place d'une organisation adaptée. Les changements intervenus dans la cellule des urgences devraient permettre de rediscuter de ce dossier. Nous ne pouvons pas faire l'impasse sur une réflexion sur la réponse opérationnelle comme sur le type d'organisation à mettre en place pour développer des opérations « efficaces », même si beaucoup a été déjà fait.

Dr Karim Laouabdia

objectifs 2004 de la direction générale

pierre salignon, directeur général

Je veux dire d'abord au revoir à Karim (Docteur Laouabdia), directeur général de l'association ces six dernières années, et qui a quitté ses fonctions en janvier 2004. Je tiens à le remercier pour tout le travail qu'il a réalisé, et aussi pour la qualité des passations que nous avons eues ensemble (elles ont duré deux mois ; je suis en fonction effective depuis début janvier 2004). Médecins Sans Frontières a beaucoup changé ces dernières années et est aujourd'hui une association médicale humanitaire reconnue internationalement, de premier plan. C'est bien grâce à lui. Il laisse une organisation adulte et capable d'affronter les enjeux de demain.

Je reprends donc le flambeau, conscient des responsabilités qui sont celles du directeur général de l'association Médecins Sans Frontières, conscient aussi de préserver une organisation dynamique, capable de prendre des risques, tout en restant modeste sur ses réalisations.

On peut résumer les principales tendances du projet 2004 de la façon suivante :

- nos objectifs restent toujours aussi ambitieux ;
- 2004 sera une année de « changements » tant interne que dans le mouvement international ;
- les dépenses de l'association sont en augmentation, et des investissements sont nécessaires pour l'avenir ;
- il s'agit de poursuivre la construction d'une association qui prend des risques et se sent responsable de ses actes.

Avant de vous présenter quelques échéances importantes, et les enjeux principaux de notre projet, je tiens à brièvement rappeler les orientations générales définies par le conseil d'administration et au cours de la dernière assemblée générale de Médecins Sans Frontières.

les orientations générales

Elles sont résumées notamment dans les rapports moraux publiés chaque année au moment de l'assemblée générale. Le conseil d'administration a également précisé certaines priorités de l'association dans le cadre du processus de nomination du nouveau directeur général.

le rapport moral de la xxxie ag de mai 2003

Jean-Hervé Bradol, notre président réélu en 2003, nous y rappelle que nous sommes « associés pour agir » en France et à l'étranger et que notre action consiste en « l'aide aux personnes affectées par les conflits armés », « la réponse aux épidémies et aux endémies », enfin, « l'aide aux personnes privées de soins en raison de leur situation particulière au sein de leur société ».

Il y insiste sur l'importance de « mieux comprendre la réaction internationale aux crises et l'environnement de nos interventions ». Enfin, il aborde plusieurs questions importantes... « la sécurité des équipes », « l'offre de soins et de services élargie... sophistiquée même... que propose MSF », « les limites en matière de qualité et de quantité des secours que nous pouvons apporter ». Il note en particulier : « Si les limites des secours sont principalement politiques, d'autres sont celles que nous produisons nous-mêmes »... « en négligeant certaines catégories de patients, en manquant de rigueur dans nos pratiques médicales notamment, ou encore en minimisant l'importance de la relation avec les patients et le respect de leur volonté »...

les recommandations du ca à la direction générale maintenant...

Je les résume au regard notamment de mon profil de poste et des recommandations des administrateurs : les ressources humaines, l'international et le fonctionnement interne.

- **Les ressources humaines** : il s'agit de former des équipes mixtes engagées sur le terrain, de fidéliser des personnels, enfin de renforcer le suivi des cadres et leur formation.
- **L'international** : les administrateurs ont souligné l'importance de poursuivre la construction du mouvement international et de travailler à sa gouvernance. Le partage opérationnel et la relation avec les sections partenaires est un enjeu dans ce sens, comme le travail lancé par la Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels ainsi que la recherche et le développement en faveur notamment des maladies négligées.
- **Le fonctionnement interne** : c'est une autre des priorités de la nouvelle direction générale qui doit privilégier l'articulation d'une équipe de direction renouvelée autour d'un projet collectif auquel elle adhère. Pour ce faire, il convient de clarifier les niveaux de décision et d'oxygéner la vie associative et la communication interne.

Ceci étant rappelé...

les échéances

Les échéances nationales et internationales sont nombreuses pour 2004 au risque, selon les points de vue, de déstabiliser ou redynamiser (suivant comment on regarde les choses...) notre association et ses projets.

On peut les résumer ainsi :

Prise de fonction du nouveau directeur général : elle a eu lieu début décembre 2003. La passation s'est achevée en janvier avec la présentation par la nouvelle équipe de direction du projet et du budget 2004 devant le conseil d'administration.

Renouvellement d'une partie de l'équipe de direction : en 2004, plusieurs postes de direction seront ouverts. Si les « timings » ne sont pas définis, plusieurs départements seront concernés, à savoir : celui des opérations, celui de la logistique et celui de la communication. L'assemblée générale 2004 verra donc la composition d'une équipe de direction renouvelée.

Fonctionnement en desks, un état des lieux nécessaire : après 8 ans de fonctionnement en desks, il semble important de faire un état des lieux. Il ne s'agit ni de remettre en question les desks ni de révolutionner l'organisation de la maison, mais bien de réfléchir, au regard du projet opérationnel et de la mise en place des desks décentralisés, à l'évolution des métiers qui composent les desks et leur articulation avec les départements de MSF, ainsi qu'avec les autres sections partenaires. En rappelant les responsabilités des uns et des autres, la nécessité du travail collectif, et en s'assurant que notre organisation est avant tout tournée vers notre objectif principal : la délivrance de secours de qualité sur nos terrains d'intervention.

Définition d'un plan d'action 2005-2008 : cela paraît important afin de projeter dans l'avenir MSF et d'anticiper les impacts notamment financiers de nos choix politiques et pour répondre à un projet qui se veut ambitieux. Ce sera notre tâche principale en 2004 afin de présenter en fin d'année un plan pluriannuel engageant l'association dans son ensemble pour demain.

Renouvellement des postes de direction dans le mouvement international : pour ne citer que les principaux... : la présidence internationale, le secrétariat du Bureau international, les Directeurs généraux des autres sections, la direction de la Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels et celle de la Drug for Neglected Diseases initiative (DNDi, et les autres effets qui y sont liés... à suivre attentivement.

les enjeux

Je vais maintenant m'arrêter sur les enjeux 2004 de la direction générale.

la qualité de nos interventions

Il s'agit de garder un projet ambitieux, des opérations réactives, en constante adaptation. Comment ?

- D'abord en développant **des secours de qualité adaptés aux besoins des populations...** Par la qualité, il faut entendre des soins, des médicaments, une relation aux patients, de qualité. Cela renvoie aussi à l'idée que nous nous faisons de notre responsabilité en tant qu'acteur humanitaire vis-à-vis des populations que nous essayons d'aider. Il faut que nous soyons capables de démontrer que ce que nous disons faire correspond bien à la réalité. Cela passe par un suivi continu de nos activités, le développement d'outils de surveillance et l'analyse de nos données médicales, logistiques et financières notamment. Sans parler de la gestion de nos stocks, du suivi des commandes et du contrôle de qualité des médicaments achetés en particulier localement.
- Il nous faut aussi préserver **des opérations dynamiques** : les urgences (maintien en 2004 de l'enveloppe de 12 millions d'euros, consolidation des acquis en 2004 pour reformuler un projet des urgences ambitieux dans les années à venir), les projets sida (avec une augmentation de 4,4 millions d'euros des dépenses en 2004 qui correspondent à l'accroissement du nombre de patients sous traitement ARV), la tuberculose (trop longtemps parent pauvre de nos efforts sur le plan médical), la malaria et les hôpitaux.
- Nous aurons à faire **des choix** constants, et à fixer des priorités, car MSF ne peut pas tout faire ni répondre à tous les besoins. Merci de vous référer au rapport moral de Jean-Hervé Bradol de la dernière AG en mai 2003.
- Il nous appartient de questionner constamment **nos « représentations »** dans un environnement humanitaire en constante évolution : des outils existent (la Fondation Médecins Sans Frontières et ses publications) ; mais ce ne sera pas suffisant si nous restons fermés sur nous-mêmes, en évitant tous contacts avec les autres acteurs, humanitaires, politiques ou militaires, que nous croisons sur nos terrains d'intervention. Tout en affirmant notre spécificité et nos différences d'analyse, il nous faut développer les contacts extérieurs et accepter d'être questionnés.
- La question de **l'évaluation** transparente de nos interventions est prioritaire, comme l'entretien de la culture de la critique et de l'autocritique : nous envisageons la création d'une cellule d'audit opérationnel dont le fonctionnement et les attributions restent à définir.
- Rien ne sera possible sans accepter de constituer **des équipes mixtes** au travail, avec des statuts revalorisés, et des équipes de capitale responsabilisées : cette démarche implique la mise en place d'un suivi du personnel national et le développement de la formation (siège et terrain), élément clé pour la fidélisation de cadres -du personnel au sens large-, peu importe leur nationalité ou origine. Quand je parle d'équipe mixte, il s'agit bien de travailler à leur composition et à l'intégration de tous dans les processus de décision. Cette politique ne signifie ni

le remplacement des expatriés par des nationaux ni l'expatriation systématique des nationaux. Elle signifie néanmoins un changement de mentalité et de méthode de travail. Et les résistances sont nombreuses.

- Enfin, il apparaît important de questionner l'**image « humanitaire » de MSF** et la prise de parole publique de l'association en France et à l'étranger. Quelle image a le public de MSF ? Sommes-nous audibles ? MSF est-il une organisation humanitaire, alter-mondialiste, anti-mondialiste ? Qu'est-ce qui la différencie des autres ONG ou acteurs humanitaires ? Sur quels sujets sommes-nous fondés à réagir publiquement ? Et comment ? Le débat existe, il ne faut pas le nier. Même si je pense que MSF est avant tout une organisation de terrain qui tire sa légitimité de ses actions médicales et qui est avant tout « humanitaire », c'est-à-dire en tension avec le politique et indépendante dans ses choix d'action, agissant dans le seul intérêt des personnes qu'elle assiste.

le fonctionnement interne

Le fonctionnement interne est un autre enjeu important pour l'année à venir.

- L'équipe de direction : elle va évoluer et être en partie renouvelée dans les mois à venir. Il nous faudra privilégier **le partage des responsabilités**, en clarifiant les arbitrages puis en assurant le suivi de l'application des décisions prises. Ce qui signifie une évaluation de leur impact ou de leur pertinence ensuite après une certaine durée.
- Les membres du Conseil d'administration comme de nombreux salariés du siège ont demandé la clarification de la politique des ressources humaines du siège. Le poste d'adjoint du directeur général vient d'être modifié dans ce sens. Désormais, il existe donc un directeur de l'administration et des ressources humaines du siège.
- Le fonctionnement en **desks** en question ? J'en ai parlé plus tôt. Trois mois de CDD y seront consacrés. L'étude a commencé début février et des conclusions sont attendues courant mai prochain. L'avis des personnels du siège et du terrain sera sollicité.
- L'intégration des **satellites** au projet MSF (Epicentre, MSF Logistique, Etat d'Urgence Production, Fondation Médecins Sans Frontières) est une nécessité pour des opérations de qualité.
- Enfin, la dynamique associative et la communication interne doivent être relancées, en réaffirmant le rôle central dans ce domaine du Conseil d'administration. Des outils et un état d'esprit existent. Beaucoup d'animation à faire, et d'oxygénation de la vie démocratique, de la parole, dans le respect des personnes...

l'international

La poursuite de la construction du mouvement international MSF et sa gouvernance restent au cœur des préoccupations du conseil d'administration et de la direction générale.

- **L'ancrage opérationnel** et le renforcement des liens avec les sections « partenaires » : la mise en place des desks décentralisés est très avancée. Cette année, l'objectif est de décentraliser plus de pays de mission vers New York et Tokyo, en renforçant les liens opérationnels avec Sydney.
- Le Conseil International, l'Excom (executive committee : le comité qui regroupe les 5 directeurs généraux des centres opérationnels), le Bureau international : autant d'instances de décision ou de médiation, de gouvernance, d'influence du mouvement. Ce sont surtout de mon point de vue des outils de transparence et de coordination dans l'application des orientations politiques du mouvement et dans l'anticipation de leurs implications financières.
- La Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels, la recherche et le développement : 2004 est une année de transition et de changements. La DNDi (Drugs for Neglected Diseases initiative : médicaments pour les maladies oubliées) a vu le jour en juillet 2003 et commence tout juste à exister. Bernard Pécol en a été nommé directeur général et a donc quitté ses fonctions de directeur général de la Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels. Un nouveau directeur doit être choisi au cours du premier semestre 2004. Il s'attaquera à définir les objectifs futurs de la campagne.

conclusion

Voici donc présentés les enjeux pour la direction générale. Ils sont dans la continuité du projet dessiné ces dernières années. J'espère que nous serons capables de définir en 2004 un projet qui projette de façon ambitieuse MSF dans les années à venir. En affirmant nos spécificités et en étant impliqué dans le réel. Cela ne sera pas possible sans une mobilisation de l'association et de tous ses membres. Notre environnement de travail est en constant changement et les incertitudes sont nombreuses. Il y a des paris à prendre et à assumer.

opérations

La typologie des actions de Médecins Sans Frontières reste stable et a été validée par le Conseil d'administration : 96% de nos terrains d'intervention se situent à l'étranger ; 60% de nos programmes s'adressent à des personnes victimes de conflits ; 20% proposent des secours dans le cadre des épidémies/endémies ; 20% de nos activités sont développées à l'intention de personnes victimes de violences sociales, d'exclusion.

Le fonctionnement en « desks » qui a été validé en 1995 et confirmé en 1999 devra faire l'objet d'une analyse particulière. La réalité de nos opérations et celle de nos ambitions sont aujourd'hui en effet différentes de ce qu'elles étaient au moment de la mise en place de cette organisation. L'objectif sera donc de vérifier si notre fonctionnement actuel, nos équipes de support sont toujours correctement calibrées.

La mise en place de nouveaux binômes de responsable de programmes et d'adjoint est maintenant effective dans nos sections partenaires de Tokyo et de New York. Leurs responsabilités opérationnelles resteront limitées à trois pays, incluant les programmes domestiques. Cette nouvelle répartition du travail fera aussi l'objet d'une attention particulière en 2004.

bilan de l'année

Nous avons voulu un projet dynamique, et cela peut se voir à travers les ouvertures et fermetures de programmes. Sur les derniers trois ans, 87 programmes de terrain ont été ouverts et 106 ont été fermés. 40 % des fermetures de l'année 2003 concernent des programmes vieux de plus de six ans. Par conséquent, le projet actuel est plus jeune.

Nous avons voulu relancer les urgences dont nous nous étions éloignés à la fin des années 90. Plus de 10 millions d'euros sont dépensés annuellement sur des urgences depuis plus de trois ans (12 millions sont prévus en 2004). Sur les 28 programmes ouverts en 2003, 21 sont des programmes d'urgence.

La prise en charge des personnes ayant subi des violences était et reste un axe opérationnel important. 13% de nos programmes ont une dimension chirurgicale contre 10% il y a trois ans et ce malgré la fermeture de nos missions au Sri Lanka. Des services, des moyens pour la prise en charge de personnes victimes de violences sexuelles sont présents sur 25% de nos programmes. Les soins psychologiques font partie intégrante de notre offre de soins dans 15% des programmes.

La clarification des programmes dits « moyen-long terme » a eu comme conséquence la fermeture d'un certain nombre d'entre eux, dont le Yémen en juin 2003, et la révision des objectifs d'autres, comme au Guatemala.

Les équipes de Médecins Sans Frontières restent l'élément essentiel pour développer des programmes de qualité. Un changement fondamental est en cours, qui vise à travailler avec des équipes mixtes (expatriés, nationaux), encadrées par des personnels formés et suivis. Une nouvelle politique, de nouveaux moyens au siège, avec la création d'un poste de coordinateur de la formation et d'un responsable du personnel national, ont été mis en place en 2003 afin d'atteindre ces ambitions.

La qualité des secours, l'offre de soins, le travail sur les pathologies comme le paludisme et le sida ont été au cœur de notre réflexion ces dernières années. Des avancées significatives ont été obtenues. La nouvelle politique internationale de prise en charge de la malaria à falciparum avec des ACT (combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine) a été mise en place en une année sur l'ensemble de nos terrains.

Plus globalement, ce bilan permet de confirmer que des politiques volontaristes visant à l'amélioration qualitative des secours produisent des effets dans des délais relativement courts. Le chantier n'est pas clos, le plus important reste l'organisation des équipes, l'encadrement, les ressources humaines. Notre action repose sur des personnes, des compétences, c'est là que nous devons porter tous nos efforts pour les années à venir.

les missions

les urgences au cœur de notre activité.

Dans ce domaine, **dynamisme et réactivité** restent les maîtres mots. L'année 2003 a vu l'ouverture de 21 programmes en urgence, le budget a dépassé les 10 millions d'euros ; 12 millions sont prévus pour 2004. Cependant, malgré le travail effectué, on peut noter deux types de difficultés. D'abord notre absence de curiosité pour

aller voir, évaluer, nous pencher sur des problèmes qui peuvent être récurrents sur un pays. C'est le cas au nord du Kenya où la situation alimentaire en Ethiopie n'a pas suscité l'année passée une attention suffisante de notre part. On sait ces situations complexes, difficiles à appréhender ; pour autant nous avons manqué de réactivité cette année. La deuxième difficulté, c'est celle de se projeter sur des terrains pas ou peu connus pendant des situations de crise. L'Irak en est un exemple. Le terrain n'était pas « facile », l'ambiance générale polluée par de l'intoxication militaire et politique. Nous avons clairement eu des difficultés à faire ce que nous devons tenter de faire dans ces situations : envoyer une équipe pour évaluer par nous-mêmes la situation et intervenir en fonction des possibilités, des opportunités. Rien, bien sûr, n'était acquis par avance dans une situation dont nous ne savions comment elle allait évoluer. Il ne s'agissait ni de « plantage de drapeau » ni de « sacrifier » une équipe au nom d'un supposé « idéal » humanitaire, mais bien d'une action de secours à un moment critique pour les civils irakiens.

Une des conséquences principales des situations de crise reste le déplacement de populations. La fuite, c'est la survie, la seule échappatoire aux violences. **Les personnes réfugiées ou déplacées** sont donc au cœur de nos actions en situation de conflit. En 2003, 33% de nos programmes s'adressaient à des personnes ayant fui des combats. C'est encore le cas aujourd'hui, au Darfour notamment, où l'on parle de plus de 600.000 déplacés. Les actions de secours d'urgence sont essentielles pour ces personnes qui ont souvent tout perdu et dont le sort ne dépend que de la rapidité et de l'efficacité des organisations de secours internationales.

Les **secours non-médicaux** essentiels aux populations réfugiées ou déplacées en particulier doivent faire l'objet de plus d'attention de notre part. Les secours alimentaires, l'eau, les abris sont essentiels. Nos outils, nos pratiques, les « standards humanitaires » restent trop en deçà de ce que nous devons faire face aux besoins. D'autres pistes de travail doivent être creusées, dont celle des forages pour la distribution d'eau potable, ou des possibles alternatives à la bâche plastique pour la confection des abris. Enfin les opérations de secours alimentaires restent une priorité, tant le décalage entre l'urgence des secours et les distributions effectives reste grand.

Les **épidémies de paludisme** nous posent, à tous, des questions opérationnelles. Nous sommes intervenus au Soudan et en Ethiopie l'année dernière, et au Burundi et au Kenya les années précédentes. Nous souhaitons continuer à nous investir sur ces épidémies, travailler sur les stratégies, les réponses opérationnelles, pour prendre en charge plus efficacement et plus largement les malades. De plus, il nous faut mieux comprendre, décrire les conséquences de ces épidémies en termes de mortalité en particulier.

Enfin, il nous faudra en 2004, à l'occasion du changement de l'équipe des urgences, reprendre un travail de réflexion sur nos difficultés (par exemple, retard sur une vaccination de rougeole à Soroti/Ouganda), sur nos choix opérationnels (par exemple, distribution de nourriture versus centre de nutrition supplémentaire), sur les stratégies (par exemple, stratégie vaccinale anti-rougeole en milieu ouvert).

les pays en crise

Sans vouloir faire une liste exhaustive de ces pays dans lesquels nos équipes sont fortement sollicitées, il convient par quelques exemples de souligner les difficultés d'action que nous rencontrons.

La République Démocratique du Congo. C'est clairement une priorité opérationnelle. Nous y avons renforcé notre présence ces trois dernières années, 50 volontaires expatriés développent 5 programmes. Un nouveau programme, ambitieux, démarre à Ankoro qui sera notre point d'ancrage hospitalier sur le Katanga et à partir duquel nous développerons les réponses opérationnelles aux urgences : violences, déplacements de populations, épidémies.

Le Liberia, la Côte d'Ivoire, mais plus largement l'Afrique de l'Ouest restent une région fortement instable. Au Liberia, nous avons démarré une structure hospitalière privée à Monrovia. Dans le Bong, 80.000 déplacés, principalement du Lofa font l'objet d'une opération de secours d'importance ; ces déplacés pourraient décider de retourner dans le Lofa où nous démarrons aussi des activités.

La région du Darfour, au Soudan, est en train de devenir une « terre de déplacés ». 600.000 personnes ont dû fuir leurs villages suite aux violences des milices gouvernementales. Les villages sont brûlés, les personnes fuient, au Tchad pour plus de 100.000 d'entre elles, mais la vaste majorité est encore dans la région du Darfour. Ces personnes ont quasiment tout perdu et se retrouvent le plus souvent isolées, sans assistance ni protection. Pour l'instant, les opérations de secours restent fortement limitées, du fait de la guerre, mais surtout des barrières que pose le gouvernement soudanais à l'assistance. Notre conviction est qu'une crise alimentaire sérieuse est en train de se construire.

En Afghanistan, les besoins restent très importants dans ce pays partagé entre « reconstruction » et « guerre contre le terrorisme ». Pour les équipes de MSF, il y a une double difficulté à définir un espace de travail, face aux plans internationaux d'assistance et de reconstruction. Nous avons été amenés à quitter la province de Bamyan, où désormais un opérateur unique, choisi à Kaboul, est en charge de toutes les activités médicales. Il est d'autre part quasi-impossible de déployer des secours aux populations vivant dans des zones du sud du pays car tous les étrangers et les humanitaires et leur personnel sont la cible d'attaques des groupes les plus radicaux.

La Colombie pose d'autres problèmes aux équipes. Les prises de risques pour le déploiement des secours sont importantes, qu'elles soient dues à la guerre, au franchissement des lignes de front, à la pratique des prises d'otage. Dans ce contexte, nos actions de secours qui ne répondent pas à des soins « urgents » (le diagnostic vital n'est pas engagé) peuvent paraître en décalage avec les risques encourus.

Nos opérations dans **le Caucase** sont bien évidemment discutées. Notre collègue **Arjan Erkel** est otage depuis août 2002. Son enlèvement ne peut être dissocié des crimes qui se poursuivent portés à l'encontre des civils tchéchènes.

les épidémies / endémies ; les projets « exclus ».

La configuration politique en **France** a subi un changement profond. Depuis plus d'un an, une série d'attaques a été portée à l'encontre de l'AME (Aide Médicale d'Etat) et de la CMU (Couverture Maladie Universelle), dispositifs garantissant l'accès aux soins des personnes les plus pauvres ou des personnes étrangères en situation illégale. La fin de l'admission immédiate à l'AME, votée en fin d'année 2003, risque de conduire à des situations de non-soin et à l'engorgement des services d'urgence. Le gouvernement a aussi entamé un véritable désengagement financier du dispositif complémentaire de la CMU. Cette situation change profondément notre approche en France. Nous sommes maintenant engagés dans la création d'un réseau de résistance pour tenter de sauvegarder les dispositifs AME et CMU. Si la situation continuait à se dégrader, nous pourrions alors ré-ouvrir des centres médicaux sociaux, centres que nous avons fermé (Marseille, Lille) après la mise en place de la CMU.

A travers un travail d'écriture autour du **programme Madagascar**, nous souhaitons discuter des différents aspects de la prise en charge des enfants des rues. L'évolution dans le temps de ce projet, les différents problèmes auxquels nous avons été confrontés sont autant d'expériences qui méritent qu'on s'y attarde. Les questions autour de la sécurité des équipes et des enfants sont primordiales, ainsi que les différents outils mis en œuvre pour faire évoluer le cadre de la prise en charge médico-sociale des enfants et de leurs familles.

Au Niger, le travail sur la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère donne des résultats particulièrement intéressants. Cela pourrait nous amener à revoir nos protocoles sur les terrains de crise. Nous souhaitons pouvoir décrire et analyser cette prise en charge afin de pouvoir l'adapter aux situations de crise. Enfin, nous avons comme perspective de développer deux nouveaux programmes de prise en charge de la **trypanosomiase** (maladie du sommeil). Ces projets vont voir le jour, dans le nord de la RDC et dans le nord de l'Angola, en plus du programme d'Ibba au Sud Soudan, qui va lui se développer en direction d'un autre district, celui de Mundri.

la qualité des secours

Cela reste l'axe essentiel de notre politique opérationnelle. Ce travail sur la qualité comporte plusieurs directions de travail.

Les équipes sont l'élément essentiel au déploiement des secours. Ce sont elles qui prodiguent les soins, qui font avancer les programmes, qui mettent en œuvre la politique opérationnelle. Or, le constat, aujourd'hui, est que nous avons au moins deux handicaps majeurs : l'organisation même des équipes et le manque chronique de personnels d'encadrement. Deux problèmes qui ne sont ni nouveaux ni simples à travailler.

Nos équipes restent par ailleurs trop organisées autour du personnel expatrié, sans prendre en compte la réalité du travail ni nos collègues nationaux. Ces derniers ne sont pris en compte que trop rarement dans les discussions, dans les débats, dans les prises de décision, nous privant d'éléments essentiels dans la conduite de nos opérations. Nous allons nous attacher à construire des équipes mixtes, plus cohérentes, au vu des activités, des objectifs, de l'environnement.

Le deuxième élément de cette politique de ressources humaines, c'est la formation, le suivi et la fidélisation des cadres. Là, aussi le constat actuel n'est pas à la hauteur de nos objectifs opérationnels. Les postes de coordination, de responsable de terrain sont trop difficilement pourvus. De plus, les personnes qui sont amenées à prendre ces responsabilités le font sans que l'organisation leur donne les moyens nécessaires à cette prise de responsabilités. Leur parcours dans l'association n'est ni réfléchi ni organisé. Leur donner des éléments de réflexion, de critique, des outils concernant la prise de décision au regard de nos champs d'action actuel, c'est le sens de la nouvelle politique de formation que nous souhaitons mettre en œuvre.

La réflexion autour du « **panel de soins** » disponible, pour les personnes qui s'adressent à nous, reste un autre fil conducteur de nos opérations. Une des conséquences de cette politique est que nos activités sont plus étoffées aujourd'hui, nos programmes pris individuellement sont plus conséquents en termes de secours.

Cette année, nous souhaitons développer deux axes de réflexion :

-Un axe autour de la prise en charge hospitalière, qui est la conséquence de l'augmentation de ce type de programmes (Ankoro, Monrovia...). Il impliquera un travail transversal, entre les différents départements sur différents aspects : l'organisation du travail, des équipes, le plateau technique, l'hygiène hospitalière, la stérilisation...

-Un autre axe autour de la santé des femmes. 30% (contre 11% l'année dernière) de nos programmes voient l'équipe investie dans une maternité ; 30 % des programmes ont une activité materno-infantile. Nous souhaitons cette année, porter une attention particulière à ces activités : s'assurer que les équipes sont bien à même de recevoir les femmes (écoute, personnel féminin, intimité des consultations).

Les pathologies que nous allons suivre plus particulièrement sont les suivantes :

- **Le Sida**. Nous avons 6000 patients sous ARV fin 2003, les équipes prévoient de monter ce nombre de patients à 16.000 pour fin 2004. L'impact et l'effort budgétaire sont importants. Nos objectifs : tous les patients inclus dans la « file active », qui sont « éligibles » pour une trithérapie doivent l'être effectivement ; il s'agit aussi de démarrer des

prises en charge en dehors des programmes spécifiques et de renforcer des partenariats opérationnels avec des organisations locales.

- **Le paludisme.** L'axe principal est la réponse aux épidémies. La mise en place des ACT (combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine) est maintenant une réalité sur tous nos terrains à l'exception de l'Éthiopie qui devrait changer son protocole national rapidement. Les efforts portés cette année par MSF, en international, pour une prise en charge efficace du paludisme avec des ACT devront continuer en 2004, notamment en Sierra Leone, en Guinée, en Éthiopie...

- **La tuberculose** est un sujet que nous devons traiter ensemble avec les autres sections de Médecins Sans Frontières. D'abord pour faire un état des lieux précis de la prise en charge de cette maladie dans tous les programmes de MSF. Ensuite, parce que nous avons besoin de rediscuter nos ambitions quant à cette prise en charge. Plusieurs axes de travail existent : la prise en charge de ces patients hors programmes spécifiques ; la recherche opérationnelle sur les méthodes diagnostiques (*fast-plaque*) ; les possibilités de développer un traitement raccourci. Enfin, nous devons discuter cette année de l'ouverture d'un programme spécifique de prise en charge de la tuberculose multirésistante (Arménie).

la qualité des opérations

On ne peut résumer la qualité d'une opération de secours humanitaire seulement à une série de standards techniques. Ce serait faire un mauvais diagnostic de la situation des personnes que nous entendons aider ; ce serait résumer les problèmes des crises à des indicateurs de morbidité ; ce serait croire qu'il y a là des réponses techniques aux problèmes de société.

La compréhension de l'environnement dans lequel nous évoluons reste un enjeu majeur de l'association. « *A l'ombre des guerres justes* », le dernier ouvrage de la série « Populations en danger » publié par la Fondation Médecins Sans Frontières propose une grille de lecture des situations en conflit et des situations qu'elles engendrent du point de vue des populations et d'une organisation comme MSF. Cet outil doit être utilisé comme fil conducteur pour nos opérations de terrain. Il doit pouvoir être critiqué et discuté afin de mieux appréhender les situations auxquelles nous faisons face. C'est un outil de travail qui nous aide à questionner nos programmes, à mieux définir la nature humanitaire de nos opérations.

Plus largement que le plateau technique offert à nos patients, les questions sur **nos pratiques médicales** doivent aussi être plus clairement débattues. L'examen critique des soins proposés par MSF est insuffisamment questionné ; on sait pourtant l'importance des questions culturelles, sociales, relationnelles (...) sur la qualité d'un soin, sur la guérison. Nos secours sont-ils réellement adaptés à nos patients ?

La qualité de nos opérations ne peut non plus se comprendre sans discussion autour de nos **prises de parole publiques**. Les thèmes sur lesquels nous intervenons, les rythmes de prise de parole sont tels, qu'il devient de plus en plus difficile de comprendre les lignes directrices de l'association ; qui est à même de suivre ? Une revue critique est nécessaire. Les priorités de communication devront être plus clairement établies.

Enfin, la majorité des programmes sur lesquels nous travaillons ne peut aboutir sans prendre en compte **l'international** de MSF. Les combats que nous avons à mener avec les ministères de la santé pour obtenir l'autorisation d'utiliser les ACT pour le traitement du paludisme, au Burundi, en Éthiopie ou en Sierra Leone ne peuvent se mener seuls. Une campagne de communication sur l'Angola ou le Soudan ne peut se mener à une seule section. Présenter nos comptes, section par section, sans la dimension internationale de l'association n'est pas le reflet de la réalité. Cet international n'est pas un international de consensus mais plutôt un travail en tension, de débat et conviction autour de notre projet opérationnel.

ressources humaines terrain

Des recherches récentes dans les archives de MSF ont révélé que nous souffrions déjà dans les années 1980 d'une pénurie de coordinateurs possédant un vécu suffisant pour leurs fonctions. Si le problème reste entier aujourd'hui, il existe enfin une volonté politique de le résoudre.

Dans le « Projet 2003 », nous avons expliqué qu'il était difficile d'opérer des changements en raison de la tendance du personnel de terrain international à ne s'engager envers MSF qu'à court terme. Cette dynamique « urgentiste » fait obstacle à la mise en place d'un suivi individuel et à l'établissement de parcours au sein de MSF, procédures qui nous permettraient d'investir réellement dans la formation de coordinateurs. Nous avons un long chemin à parcourir pour faire évoluer cette mentalité vers des engagements à plus long terme à l'égard de l'ensemble de l'organisation, ou des engagements à rester en poste pendant une durée raisonnable (l'analyse statistique ci-dessous montre que le taux de rotation du personnel international est encore plus élevé en 2003 qu'en 2002). C'est pourtant un objectif que MSF ne doit pas perdre de vue si nous voulons former davantage de coordinateurs pour l'avenir.

Nous souhaitons associer le personnel national à la formation des coordinateurs, afin de retenir les personnes qui se sentent impliquées dans les activités de MSF et de mettre à profit leurs compétences, leur perspective nationale –d'une importance cruciale pour la pertinence de nos prises de décision– et la stabilité qu'elles apportent aux équipes face au taux de rotation élevé des expatriés. Cela suppose d'élargir les équipes MSF pour y inclure d'autres membres que les seuls expatriés et de donner des postes à responsabilité au personnel national. « Mélanger » ainsi nos équipes implique un changement en profondeur des mentalités et du fonctionnement de l'association.

Par la suite, la mise en œuvre des changements passant par la sélection et la formation de coordinateurs (nationaux et internationaux), elle exigera, de toute évidence, un surcroît de moyens : augmentation des budgets de formation, implication accrue des bureaux dans le suivi individuel, création d'un nouveau poste au siège, etc. Toutefois, nous pensons aussi que nous pouvons faire mieux avec ce que nous avons déjà. Nous faisons preuve d'une tendance institutionnelle à éviter toute réflexion approfondie sur l'organisation de notre travail, par exemple. Prendre le temps d'adapter nos équipes de terrain aux objectifs et aux environnements de nos projets est souvent considéré comme un « ralentissement des opérations ». Dans ces conditions, même si nous parvenons à former davantage de coordinateurs, les meilleurs d'entre eux éprouveront des difficultés à faire du bon travail.

Afin d'améliorer la qualité et l'efficacité de nos secours, nous devons optimiser l'association de tous les personnels autour du projet MSF.

Pour ce faire, il y a deux lignes de force :

- l'organisation du travail actuel et la composition de nos équipes de terrain, à partir des objectifs de chaque programme, qui prétend assurer la mixité des équipes et promouvoir l'appropriation des résultats ;
- le développement et la fidélisation des cadres

bilan 2003

De nombreuses présentations et discussions ont présidé au lancement de la nouvelle politique et du projet des ressources humaines de cette année, alors que, dans le même temps, l'équipe des ressources humaines devait faire face à des besoins sur le terrain et à une charge de travail quotidienne toujours aussi lourds. Ceci ressort clairement de l'analyse statistique de nos ressources humaines sur le terrain.

personnel international

Cette présentation continue à s'exprimer uniquement par les statistiques du personnel expatrié international. Mais une base de données incluant le personnel national est actuellement en cours de création. En attendant, ces deux catégories de personnel sont traitées séparément.

nombre de départs et nombre de postes

nombre de départs

On remarque cette année une augmentation de 39 départs (+ 3,8 %) par rapport à 2002. Cette augmentation des départs s'explique notamment par une reprise de l'activité chirurgicale en 2003, et ce malgré la fermeture de la mission au Sri Lanka. En effet, 71 expatriés sont partis sur des postes d'activité chirurgicale : chirurgiens,

médecins anesthésistes, infirmières anesthésistes et infirmières de bloc, contre 51 l'an dernier. Le nombre de départs de volontaires sur des projets d'urgences a été de 256 en 2003, soit 24% du nombre total de départs (donnée non disponible les années précédentes).

nombre de postes

Le nombre de postes reste stable : 435 postes en moyenne sur l'année.

En revanche, on remarque une variation notable du nombre de postes sur l'année, avec une perte de 44 postes entre mars et août. La diminution du nombre de postes en Angola (- 13 postes entre janvier et août), en Afghanistan (- 9 postes entre janvier et juin) ainsi qu'en Chine (- 6 postes entre février et juillet), ajoutée à la fermeture de 3 missions (Sri Lanka : - 15 postes, Yémen et Pérou : - 7 postes), explique cette variation.

En août, à la fermeture de la mission à Malemba en RDC, s'ajoute un effet saisonnier récurrent chaque année : il est probable, face à la difficulté de recrutement vérifiée durant la période d'été, que l'ouverture de postes non urgents ait été reportée pour la rentrée. Ceci explique en partie la nette reprise d'activité en septembre, ajoutée à la reprise d'activité sur le Libéria (+ 14 postes en septembre).

postes vacants

Cette année, 3,26% des postes ouverts sur l'année sont restés vacants. Cette proportion a augmenté par rapport à l'an dernier (4,1% en 2002).

composition des équipes

La composition moyenne des équipes reste stable. 58% de postes de terrain pour 42% de postes de coordination.

Cette année, nous avons décidé de séparer les postes de soutien/supervision technique et les postes de responsables techniques logistiques (RTL).

Les postes de soutien technique sont basés en capitale ou sur le terrain, ponctuels en fonction de l'actualité et de l'activité. Médicaux ou non, ils comprennent les assistants RTL, les assistants coordinateurs médicaux et assistants chef de mission, les coordinateurs laborantins, vaccination et paludisme (Thaïlande, Guinée et Sierra Léone), les coordinateurs eau/hygiène/assainissement (Congo, Libéria), les responsables événementiels (G8, chargés de communication Arménie, Chine), les appuis juridiques (Indonésie), les chargés de missions (Corée, Territoires Occupés de Palestine, Madagascar), les intervenants sur la sécurité alimentaire (Ethiopie, Sud Soudan), les chargés d'étude de contexte (Libéria).

Cette année, les « soutiens techniques » sont intervenus dans 21 pays et représentent 2% de la composition des équipes.

structure équipe et missions

Cette année, on remarque une légère augmentation de la taille des équipes, ainsi qu'une diminution notable des pays avec un seul programme (de 40 à 29%)

départs par professions

La proportion souhaitée de 1/3 de médicaux, 1/3 de paramédicaux et 1/3 non médicaux sur le nombre de départs est respectée.

On assiste à une légère reprise du nombre de départs des logisticiens (235 en 2003 contre 216 en 2002), mais ce nombre reste encore faible (il ne représente que 22% du nombre des départs), si l'on souhaite pouvoir continuer à pourvoir les postes de RTL ou de superviseurs logistiques à terme. Un effort reste encore à fournir dans ce sens.

On remarque depuis 5 ans une augmentation régulière du nombre de départs des psychologues, en rapport avec l'augmentation régulière du nombre de volets « santé mentale » dans nos programmes.

En revanche, il y a eu 11 départs en moins cette année chez les laborantins (32 en 2002 contre 21 en 2003). Ceci s'explique par la diminution du nombre de ces postes de terrain (11 en 2002 contre 9 en 2003) ainsi que par la diminution du taux de rotation (qui passe de 2,84 en 2002 à 2,25 en 2003).

départs par fonctions

L'analyse des départs par fonctions nous montre une forte médicalisation de nos équipes ; 39% des personnes partant sur des postes « terrain » sont de profession médicale et 71% des coordinations médicales sont maintenant assurées par des médecins.

Le taux de rotation moyen des postes est en légère augmentation, notamment sur les postes de coordination médicale (on passe de 1,3 en 2002 à 1,9 en 2003). Ces postes, difficiles à pourvoir, nous obligent parfois à envoyer des expatriés disponibles sur de courtes périodes.

Ceci confirme notre difficulté à fidéliser les médecins et à les intéresser à ce type de fonction.

La rotation des postes de terrain est également en légère augmentation (de 2,5 en 2002 à 2,7 en 2003). Ceci s'explique en partie par l'augmentation du nombre de départs de volontaires sur des postes d'activité chirurgicale : ces expatriés ont des durées de mission souvent très courtes.

Il n'est pas possible de comparer le taux de rotation des RTL avec celui des années précédentes, étant donné que l'on a décidé cette année de les séparer des superviseurs techniques. On peut toutefois remarquer qu'il est en dessous de la moyenne globale, ce qui est plutôt un bon indicateur.

départs par nationalités

Il y a eu 61 nationalités différentes dans les équipes expatriées cette année.

départs par bureaux de recrutement

Sur une période de 5 années, on remarque nettement une diminution progressive de la proportion de départs issus du bureau français qui passe en dessous de la barre des 70% cette année.

Si le pourcentage des volontaires issus de la section française diminue, il est toutefois important de noter que leur nombre en valeur absolue reste stable. L'activité de recrutement reste donc la même, face à un nombre croissant de départs.

Cette diminution est corrélée à davantage d'implication des bureaux américain et australien depuis deux ans. En travaillant avec plus de proximité avec ses partenaires, les ressources humaines ont su répondre à la demande.

De plus, le bureau du Japon a expatrié 28 personnes cette année contre 9 l'an dernier. Ce changement est probablement dû à la présence d'un responsable de programmes décentralisé à Tokyo.

Il faut noter qu'en expatriant un nombre croissant de volontaires, nos sections partenaires commencent aujourd'hui à « fournir » des gens susceptibles de prendre des postes à responsabilités sur le terrain.

lieu de recrutement des premières missions par profession

Le lieu de recrutement des premières missions est influencé par notre difficulté de recrutement. Ainsi, le recrutement des médecins et des chirurgiens en première mission se fait de plus en plus de manière internationale (seulement 41% des médecins et 13% des chirurgiens sont recrutés par Paris) alors que nous continuons d'envoyer majoritairement des infirmières recrutées à Paris (64%).

Lorsque les postes sont assez spécifiques, on se heurte à la différence de formation d'un pays à l'autre. Les éducateurs spécialisés, par exemple, ne sont pas une profession existant dans un certain nombre de pays de nos sections partenaires. Ainsi, Paris recrute 94% des professions « autres ».

analyse des départs en première mission

La tendance à la diminution du pourcentage de départs de première mission (PM) se vérifie encore cette année (32% des départs contre 33% en 2002 et 35% en 2001), bien que le nombre de départs reste stable.

Il y a eu 334 départs de volontaires PM pour 166 postes de PM. Avec un taux de rotation de 2,01, les PM restent en moyenne 6 mois sur leur terrain contre 4,5 mois pour les volontaires expérimentés (269 postes d'expérimentés sur 722 départs, taux de rotation = 2,68).

Cette année, pour un nombre identique de départs total d'administrateurs avec 2002, on remarque une nette augmentation du nombre de PM (de 26 à 36... soit de 27% en 2002 de PM à 38% 2003). Ces chiffres indiquent une difficulté à la fidélisation des administrateurs sur leur fonction. Une réflexion sur le profil d'administrateur est actuellement en cours.

Sur 334 départs de PM, 15 ont pris des fonctions à responsabilités (3 chefs de mission, 2 coordinateurs médicaux, 6 responsables de terrain, 4 RTL, hors Administrateurs) soit 4,5% des PM.

Etant donné notre difficulté à pourvoir les postes à responsabilités, il nous semble intéressant de suivre cette donnée. Elle peut permettre en outre de mesurer l'ouverture de MSF aux volontaires ayant une expérience autre.

activité chirurgicale

Cette année, nous avons décidé de nous préoccuper plus précisément de l'activité chirurgicale pour plusieurs raisons :

- La reprise de l'activité chirurgicale est une volonté affichée au sein du département des opérations, d'où l'importance de la suivre.
- les fortes variations de cette activité influent rapidement sur le nombre de départs des volontaires, ainsi que sur les taux de rotation des postes
- l'activité chirurgicale requiert au sein du département des ressources humaines une surcharge de travail : trouver des expatriés rapidement, sans permission de postes vacants, sur des postes spécialisés, souvent sur des périodes courtes.

Pour cette année, nous sommes intervenus dans 8 pays, 10 programmes, 1 mission exploratoire. Nous avons fait partir 71 volontaires sur des postes spécifiques (chirurgiens, médecins et infirmières anesthésistes, infirmières de bloc). Le taux de rotation de ces postes est largement supérieur à la moyenne (6,22 contre 2,4 en moyenne), avec des variations importantes selon les pays.

personnel national

Nous avons commencé à collecter les chiffres ci-dessous au cours du dernier trimestre 2003 et n'avons pas encore de précisions sur les ventilations au sein des différentes catégories. Il est donc impossible de procéder à une analyse détaillée des statistiques relatives au personnel national. Une base de données plus complète sera créée en 2004.

Notons toutefois que ces chiffres ne comprennent pas le personnel recevant des incitations ou nos travailleurs journaliers.

Pour le moment, nous ne disposons pas non plus de données concernant le nombre d'employés nationaux occupant des postes à responsabilité, mais à en juger par les évaluations des équipes de terrain menées depuis octobre 2003, très peu d'entre eux étaient dans ce cas en 2003.

Personnel national 2003				
Postes terrain Personnel national	Conflits armés	Endém/épidémies	Violence sociale/ exclusion (19%)	Total
Médical	987 (59%)	225 (13%)	462 (28%)	1674 (55%)
Logistique	306 (69%)	89 (21%)	44 (10%)	439 (14%)
Administrateurs	55 (50%)	40 (36%)	16 (14%)	111 (4%)
Autres	539 (65%)	156 (19%)	134 (16%)	829 (27%)

autres aspects du bilan 2003

Les réflexions menées sur l'organisation du travail et la composition des équipes : des réflexions avaient démarré et quelques actions avaient été menées dans 4 programmes sur 104 à la fin de 2003 : Bentiou, Mygomar, Monrovia Hospital, Makamba Hospital. (NB : 3 programmes sur 104 étaient « traités » auparavant : Surin, Ngouchi, Chiradzulu). 7 programmes sur 104 sont en cours (Akuem Hospital, Ankor Hospital, Kwala, Kwanza Note, Abkhazia TB et HAP, Tbilissi clinic).

En revanche, il y avait peu de remise en cause de l'organisation du travail et de la composition des équipes en capitale, hormis la création d'un poste de responsable des ressources humaines sur le terrain au Libéria.

avoir une meilleure visibilité des données concernant le personnel national

Les documents de terrain existants sur la gestion du personnel national -règlements intérieurs, politiques médicales, types de contrats, fichier de salaires, organigrammes, etc.- ont été collectés et centralisés à Paris. Des analyses ciblées des documents ont été réalisées pour 15 missions.

Une base de données préliminaire a été créée, afin de générer des statistiques pour 2003.

formation des cadres

Des outils d'évaluation (pour les desks) des cadres de terrain ont été élaborés, ainsi que des outils d'évaluation (pour le terrain) du personnel national.

Une politique de formation du personnel national et international a été conçue et communiquée sur le terrain.

La première « semaine environnement », destinée aux « jeunes cadres » (futurs responsables de terrain), a eu lieu. 4 autres promotions sont prévues en 2004.

Les contributions du département des ressources humaines terrain à la formation et aux semaines de réflexion de MSF ont été chaque fois étudiées et modifiées, l'apport global des ressources humaines s'accroissant au fil de l'année. Quelque 30 cadres ou futurs cadres ont passé des entretiens destinés à la création de parcours individualisés. La mise en place et le déroulement de ces parcours seront formalisés en 2004.

rémunération

L'« étude sur la rémunération » en vue de l'harmonisation des statuts du personnel international qui vise à réduire la précarité de la couverture sociale et médicale se poursuit. La première phase doit être mise en œuvre en septembre 2004, avec un coût supplémentaire estimé de 450.000 euros pour la section française. La prise en charge et la politique de rémunération du personnel national font l'objet d'une étude parallèle.

visites de terrain effectuées par le département

11 visites de terrain ont été effectuées par les chargés des ressources humaines pendant l'année (contre 8 l'année précédente), et 14 par le département dans son ensemble. A mesure que l'année avançait, le nombre de visites de terrain par les ressources humaines incluant des réflexions sur l'organisation du travail et la composition des équipes (dont l'association accrue du personnel national) a augmenté.

suivi des cadres et formation

En juin 2003, un responsable « suivi des cadres et formation » est nommé au siège. Il est rattaché au département des Opérations mais le caractère transversal de sa fonction nécessite qu'il collabore activement avec tous les autres départements, en particulier avec celui des Ressources Humaines.

L'objectif principal de ce poste est la définition et la mise en œuvre d'un projet de formation permettant la création d'un pool de cadres-coordonateurs qui puissent s'engager à MSF dans la durée.

le projet formation

Le projet formation se conçoit à travers la réalisation d'un parcours individuel pour tous les cadres coordinateurs (et potentiels), qui s'articule autour de 4 grands axes : l'expérience de terrain, les missions courtes au siège, les formations internes MSF et les formations externes.

le parcours individuel

Il doit être proposé à tous les volontaires cadres-coordonateurs ou potentiels qui souhaitent s'engager sur le long terme au sein de l'association à plein temps ou de façon alternée.

bilan 2003 et perspectives

Des entretiens avec une vingtaine de volontaires ont été effectués en 2003 pour imaginer les modalités pratiques de ce parcours. En 2004-2005, le projet doit être formalisé en accord avec les ressources humaines et les desks.

le repérage des futurs coordinateurs

Il doit être l'activité de tous au sein de l'association (siège/terrain). Quelques critères facilitant le repérage : la sensibilité à l'environnement d'intervention, la capacité à aller au-delà des tâches prescrites, à assumer des responsabilités lorsque la situation l'exige, la volonté de mieux connaître MSF. Les desks (et notamment les Responsables de programmes/Assistants responsables de programmes), en particulier, sont les moteurs de cette activité en coordination avec les chefs de missions, coordinateurs médicaux et responsables de terrain.

bilan 2003 et perspectives

Les personnes du département des opérations se sont engagées, lors de leurs visites terrains, à systématiser ce travail de repérage. Il permettra de constituer progressivement un pool de potentiels cadres.

l'évaluation/appréciation

Elle est une étape indispensable dans un parcours individuel et permet de mesurer à intervalles réguliers (fin de mission ou reprise d'activités à MSF après une absence formation ou des activités hors MSF) les compétences acquises et/ou manquantes, le contenu de l'engagement et les envies du volontaire.

bilan 2003 et perspectives

Un document « appréciation » a été réalisé en 2003 à destination des responsables de programmes/assistants responsables de programmes pour qu'ils réalisent une évaluation des coordinateurs (responsable de terrain, coordinateur médical et chef de mission) à leur retour de mission (ou sur le terrain lors d'une visite). Ce travail doit être systématisé à partir de 2004.

le « comité de formation »

Il a été constitué en 2003 pour permettre de renforcer la cohérence du projet formation entre tous les départements de MSF. Il doit fonctionner comme une instance de propositions (contenu des formations internes), de validation (formations externes) et de décisions sur la pertinence des étapes dans le parcours individuel d'un volontaire (choix d'une formation, bourse...)

bilan 2003 et perspectives

Le Comité de formation doit en 2004 proposer et valider de nouvelles formations extérieures (sciences humaines et médicales), arbitrer lors de la constitution des listes de participants aux stages 2004, évaluer les besoins en formations internes et valider une nouvelle formation pour coordinateurs de capitale (en lien avec le comité de direction).

l'expérience de terrain

L'expérience de terrain est au cœur du parcours individuel. La prise de responsabilités à un poste d'encadrement d'une équipe MSF nécessite des compétences opérationnelles particulières. Elles ne peuvent être acquises qu'à travers des expériences multiples dans le cadre des différents types d'interventions MSF.

acquisition des compétences opérationnelles

Le parcours, en tant qu'outil pour anticiper la future prise de responsabilités à un poste d'encadrement, doit favoriser systématiquement la multiplicité des expériences pour permettre aux volontaires de connaître plusieurs types d'intervention MSF.

bilan 2003 et perspectives

Le choix d'une mission pour un volontaire se fait encore trop souvent de façon opportuniste. De nombreux facteurs peuvent expliquer cette réalité (manque de ressources humaines, pression des opérations, méconnaissance des personnes...). En 2004, le mouvement doit s'inverser pour dorénavant rechercher une meilleure adéquation entre le profil de poste et le parcours du volontaire.

prise de responsabilités et constitution des équipes de terrain:

De nouvelles responsabilités données à un volontaire (un premier poste de responsable de terrain, coordinateur médical et chef de mission) nécessitent un soutien plus particulier de la part de l'équipe de coordination et des desks.

bilan 2003 et perspectives

Un contrat « première expérience » doit être conclu entre le volontaire « première mission à un poste d'encadrement » et son responsable direct. Il pourrait se matérialiser par une évaluation à mi-parcours, un briefing au départ plus approfondi, des visites terrains plus fréquentes (le chef de mission/le coordinateur médical pour un(e) responsable de terrain, le responsable de programme/assistant responsable de programme pour un chef de mission/coordonateur médical) L'équipe de terrain doit être constituée dans la perspective d'une intégration d'une « première mission à un poste d'encadrement ».

les missions courtes au siège

Les missions courtes au siège (de 1 à 3 mois) s'inscrivent dans le parcours individuel. Elles répondent à 3 objectifs prioritaires : mieux connaître le fonctionnement du siège, créer ou renforcer son réseau personnel, se familiariser avec le projet MSF dans son ensemble. Trois types de « courtes missions » possibles : le remplacement d'un salarié du siège, l'assistant temporaire sur un dossier particulier ou le parrainage.

bilan 2003 et perspectives

Le principe des courtes missions au siège dans une perspective d'intégration des cadres a été accepté en 2003. Trois départements ont déjà proposé des missions courtes pour l'année 2004 (Techniques médicales, Opérations, Communication). A la fin de l'année 2004, tous les départements devraient être en mesure de planifier ces missions pour 2005.

les formations internes

Il existe schématiquement deux types de formations internes.

Les stages à caractère technique permettent l'acquisition de nouvelles compétences médicales ou logistiques pour faciliter l'encadrement d'une équipe de volontaires moins expérimentés dans un souci de transmission du savoir (Réponses aux Epidémies, Formation des Formateurs, Nutrition et Vaccination, Formation de logisticiens, Populations en situation précaire).

Les formations transversales permettent l'acquisition de nouvelles connaissances spécifiques à la fonction de coordinateurs au sein de la section française de MSF. Elles sont un espace de débats où les participants questionnent et discutent la qualité et le respect de leur engagement à la conception de l'action MSF (déclinaison des « semaines » : médicales, projet, environnement, coordinateurs).

bilan 2003 et perspectives

La première édition de la semaine environnement a eu lieu en octobre 2003 et quatre sessions seront organisées en 2004. Une proposition de formation pour les coordinateurs de capitale sera présentée lors du premier trimestre 2004 et une première édition pourrait être proposée lors du dernier trimestre 2004/premier trimestre 2005.

les formations extérieures

Les formations extérieures peuvent être divisées en 4 groupes : les formations en sciences sanitaires, les formations cliniques, les formations en sciences humaines, les formations en langues étrangères.

les formations en sciences sanitaires

Elles apportent de la rigueur et de la méthode aux volontaires pouvant accéder à des postes d'encadrement.

bilan 2003 et perspectives

Les formations validées par MSF en 2003 sont très peu nombreuses. En 2004, de nouvelles formations devront être proposées et validées pour offrir un choix plus large aux coordinateurs.

les formations en sciences humaines

Ces formations (sciences politiques, sociologie...) permettent d'apprendre à construire une réflexion (dégager une problématique, émettre des hypothèses...). Les volontaires sont ainsi mieux préparés pour occuper des fonctions de coordination générale (chef de mission, responsable de programme/assistant responsable de programme...).

bilan 2003 et perspectives

Des formations en sciences humaines devront être proposées et validées en 2004.

les formations en langues étrangères

Elles se déclinent en deux parties. **Les langues d'usage à MSF** sont le français et l'anglais. Les cadres coordinateurs doivent comprendre les deux langues même s'ils ne s'expriment que dans l'une d'entre elles. **Les langues pratiquées dans les pays d'intervention** doivent être enseignées (4-5 semaines) aux cadres coordinateurs avant leur départ sur le terrain afin que ces notions leur offrent une meilleure intégration dans le pays d'accueil.

bilan 2003 et perspectives

Les formations en anglais et français ont été encouragées en 2003 mais le nombre de bénéficiaires (moins de 10) reste trop faible au regard des besoins. Quant aux langues pratiquées sur le terrain, aucune n'a été enseignée avant le départ (et de trop rares exemples sur le terrain). En 2004, il doit être proposé systématiquement à tous les cadres coordinateurs de posséder correctement les 2 langues d'usage et d'encourager quelques expériences pour les autres langues (exemple de l'arabe au Soudan).

les bourses de la fondation

Les bourses de la Fondation Médecins Sans Frontières sont proposées aux cadres coordinateurs pour suivre des formations extérieures (sauf langues étrangères prises en charge par la mission du volontaire) courtes (moins de 4 mois : bourse Junior) ou longues (moins de deux ans : bourse Senior).

bilan 2003 et perspectives

En 2003, 8 bourses ont été accordées (3 seniors et 5 juniors). En 2004, une quinzaine de bourses peut être accordée après validation par le Comité de formation

département médical

Le Département Médical est un département d'appui à la politique opérationnelle de Médecins Sans Frontières ayant pour objectif général de définir et de développer des pratiques et des techniques médicales de qualité, adaptées au contexte des terrains d'intervention.

Institué comme tel et séparé du département des Opérations dans l'organigramme de MSF en 1988, a été créé pour assurer un appui médical aux missions. Il s'agissait, et il s'agit toujours, d'adapter les moyens dont disposent les médecins et le personnel soignant au contexte et à l'environnement des populations que nous soignons.

Le travail de l'équipe de ce département consiste essentiellement à fournir les meilleurs outils favorables à une médecine de qualité : guides, recommandations, documents de références, entretien de réseaux actifs de spécialistes dans les domaines abordés, visites d'accompagnement, d'évaluation du travail produit, etc.

De fait, il participe largement à l'expression de ce qu'on appelle la politique médicale de Médecins Sans Frontières, politique qui se modifie au cours du temps avec d'une part les progrès techniques dont le département médical a pour vocation de suivre l'évolution, d'autre part avec les choix opérationnels de l'association.

Les grandes lignes d'action du département médical sont d'intensifier l'appui auprès des Opérations et du terrain, de développer les actions menées en international, de formaliser la transversalité avec les autres départements, et la gestion interne du département

appui aux programmes

Il se fait d'abord dans le cadre de l'appui au département des opérations, c'est-à-dire aux desks. Les objectifs sont d'apporter au desk des éléments de décision nécessaires à la conduite des programmes, de collaborer à la prise de décisions, de travailler sur les stratégies d'intervention : VIH, tuberculose, nutrition (distributions alimentaires, centres nutritionnels thérapeutiques), milieu hospitalier (groupe de travail pluridisciplinaire), prise en charge des blessés de guerre, catastrophes naturelles (psy).

Il s'agit de maintenir un interlocuteur par desk pour les aspects généraux de fonctionnement et de communication entre les deux départements ; de clarifier le positionnement par pays et par dossier ; de définir un mode de fonctionnement avec le médical du desk sur des aspects tels que données médicales, briefing, commandes, protocoles, consultations, recherche.

Il se fait ensuite dans le cadre de l'appui au terrain afin de donner aux équipes les moyens d'améliorer la prise en charge des patients, par les contenus des briefings et des visites standardisés (évaluation des objectifs et des programmes, de la pratique médicale, des aspects techniques) ; par la poursuite avec MSF-Logistique des briefings de coordinateurs médicaux, sur la gestion de la pharmacie, l'aide à l'approvisionnement et à la commande.

Un travail se poursuit sur les outils (médicaments, matériels, guides, films).

suivi des activités

L'objectif est d'accroître la responsabilité du département dans le suivi des activités, au moyen du recueil, de l'analyse et du suivi des données, en s'appropriant et utilisant les outils de suivi budgétaires et en anticipant les besoins et les commandes médicales avec MSF-Logistique.

desks décentralisés

Avec la création des desks décentralisés de MSF-Japon et de MSF-Etats-Unis, il a fallu les intégrer au fonctionnement du département ; à MSF Japon, en renforçant la transmission d'informations générales à caractère médical ; à MSF Etats-Unis, en établissant un mode de travail avec le futur « medical adviser » sur l'appui au terrain et le dossier des diarrhées, et en menant une collaboration ad hoc sur des dossiers (déjà planifiée sur la tuberculose par exemple).

principaux aspects spécifiques

Seuls les objectifs opérationnels dans lesquels le Département Médical s'inscrit (et non les aspects proprement techniques) sont mentionnés. Concernant les trois maladies majeures que sont l'infection à VIH, la tuberculose et le paludisme, les objectifs sont de travailler autant sur les aspects opérationnels de la prise en charge des malades que sur les modalités pratiques et techniques de celle-ci.

infection à vih

Objectifs

- « Scaling up » (passage à l'échelon supérieur) et stratégie d'inclusion de nouveaux patients.
- VIH et TB : modalités pratiques et techniques de prise en charge des patients co-infectés.
- Accès aux ARV pour les patients hors programmes ARV.

Moyens

- Recherche sur la validation de la simplification.
- Poste de terrain d'appui à la formation aux programmes africains.
- Mise en place d'un groupe de travail commun VIH et tuberculose.
- Réflexion et proposition sur stratégies et éléments de mise en œuvre et de suivi par le groupe de travail et la commission VIH.
- Elaborations de documents de référence sur la prescription des ARV.

tuberculose

Objectifs

cf. ci-dessus VIH pour la prise en charge co-infection.

- Prise en charge des patients MDR (à tuberculose multirésistante).
- Traitement plus court et adapté aux conditions des patients.

Moyens

- Protocole de traitement de 6 mois avec la Rifampicine.
- Elaboration de recommandations de prise en charge des patients MDR.
- Etude de faisabilité sur un laboratoire MSF.

paludisme

Objectifs

- Accès aux ACT (combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine) sur l'ensemble de nos programmes.
- Mise en place et efficacité des ACT sur les programmes.

Moyens

- Enquêtes de résistance.
- Monitoring après introduction des ACT.
- Appui au lobbying pour pouvoir utiliser l'ACT sur nos programmes (Ethiopie, Sierra Leone).
- Recommandations pour la prise en charge des épidémies.

autres dossiers

Objectifs

- Maintenir un niveau de compétences sur des dossiers faisant l'objet de programmes ou d'activités spécifiques.

Moyens

- Référent en compétences « orphelines » : trypanosomiase (3 pgm) et leishmaniose (1 pgm) en lien avec MSF-Suisse, diarrhées.
- Appui aux programmes de santé mentale : ouverture d'un poste de psychologue
- Pérennisation du poste de chirurgien en temps plein.
- Révision du briefing en autoformation « gestion de la pharmacie ».
- Appui à l'achat local de médicaments, identification des sources.
- Nutrition : stratégies d'intervention sur les crises alimentaires (distributions alimentaires, Centre Nutritionnel Thérapeutique), prise en charge des adultes malnutris.
- Identification des besoins concernant les soins aux femmes.
- Définition de thèmes de travail communs avec le Département Logistique.

aspects propres au département médical

suiti des activités

- Elaboration de tableaux de bord annuels avec indicateurs et résultats par maladie ou activité.

compétences

- Reprise des dossiers « orphelins » et attribution des nouveaux dossiers (voir Appui).
- Place de l'anthropologie dans nos réflexions et actions.
- Thèmes de travail menés par CDD : douleur, résistance bactérienne aux antibiotiques.
- Recherche de collaboration avec institutions et associations.

autres départements

- Objectifs : améliorer la transversalité, décloisonner les départements pour une meilleure réponse opérationnelle et technique.

logistique

- Définir les besoins et les modes sur les thèmes communs (hygiène hospitalière, lutte anti-vectorielle).

ressources humaines

- Profiter des interventions extérieures (enseignements, collaborations) pour faire connaître MSF.
- Etablir des schémas clairs de validation de CV et briefings (chirurgie, santé mentale).

finances

- Connaître et utiliser les indicateurs d'utilisation des ressources.

communication

- Communication en interne sur les actions menées par le département.
- Utilisation du numéro trimestriel de Messages pour aborder des problématiques par maladie.

coordination formation

- Participation au Comité Formation sur la politique et la validation des formations.
- Identification des missions courtes au siège (Stérilisation, Education du patient, Révision des kits, Elaboration des outils de prescription des ARV, révision de l'autoformation Gestion de la pharmacie).

international

Les objectifs à ce niveau sont d'éviter de dupliquer à Paris les travaux et expertises déjà existantes dans les autres sections de MSF, impulser une dynamique allant dans le sens de nos choix opérationnels et techniques.

came

- A travers les groupes de travail, définir des thèmes de travail propres à l'accès (exemples : traitements tels que 2^{ème} ligne ou FDC, tests diagnostiques).

groupes de travail

- Redonner du poids à ces groupes de travail, avec un véritable leader pour chacun.
- Participation et influence sur les dossiers, autant sur la mise en œuvre des programmes et leurs aspects politiques (lien avec le groupe des Directeurs des Opérations), la pratique médicale et les aspects techniques.

msf-suisse

- Initier une collaboration en chirurgie et santé mentale.

sections partenaires

- Mode de collaboration avec MSF-Australie (sur dossiers spécifiques).

gestion équipe

- Procéder aux évaluations individuelles.
- Encourager les formations et les pratiques médicales à l'extérieur.

satellites de médecins sans frontières

épicerie

- Suivi régulier avec le département des Opérations de MSF de l'évolution des programmes planifiés de recherche d'Epicerie (centre de recherche en épidémiologie de Médecins Sans Frontières).
- Réflexion sur l'ouverture d'un poste de « data manager » sur la gestion des données médicales de terrain.

msf-logistique

- Encourager les visites régulières des membres du Département Médical (dont la présence au Conseil d'administration de MSF Logistique, centrale d'achat de Médecins Sans Frontières à Bordeaux : médicaments, matériel médical, matériel logistique, véhicules, approvisionnement général des missions).
- Travailler sur la prévision du volume annuel des commandes.
- Constituer un stock physique de sécurité pour antituberculeux et ARV
- Assurer un suivi du matériel médical.

état d'urgence production

Etat d'Urgence Production est la cellule de production de films sur les activités et les missions de Médecins Sans Frontières.

- Identification des ressources nécessaires et validation du contenu.
- Campagne vaccination (images terrain), médicaments, tests méningite, maternité (utilisation seringue AMV, accouchement).

département logistique

L'année 2003 a été une année tournée vers la concrétisation et la consolidation de nos stratégies logistiques. Cette étape nous a permis de prendre un peu de recul vis-à-vis de notre travail, de mieux identifier les obstacles et les difficultés entravant la réalisation de certains de nos objectifs.

rappel des objectifs directionnels

Il y a trois ans, afin de relancer une dynamique logistique, nous avons défini les objectifs directionnels suivants :

- Harmonisation de nos outils et de nos méthodes de travail au sein du département logistique et vis-à-vis des terrains.
- Qualité technique et financière de nos programmes logistiques (programmes de construction, programmes eau/assainissement ...).
- Gestion optimale de nos activités de support et de nos équipements (radio-com, véhicules, fret, aéronautique, informatique ...).
- Réponse aux urgences adaptée et efficace (abris et secours, eau/assainissement, opérations alimentaires, fret ...).

ces objectifs directionnels reposent sur trois piliers

politique

Des politiques et des stratégies claires pour les diverses activités logistiques.

technique

Des outils, des équipements, des techniques et un savoir-faire aux services de ces politiques.

pédagogique

Un cursus de formations pour enseigner et communiquer, afin que les politiques soient connues, les techniques maîtrisées et que le tout soit appliqué.

organisation opérationnelle

Des équipes logistique (non cadres)

Les logisticiens expatriés (70 personnes) et les équipes logistiques nationales (450 personnes)

Des cadres généralistes

Les Responsables Techniques Logistiques (RTL, 18 postes) basés en capitale (ou base logistique) et les Superviseurs logistiques (7 postes) basés au siège. Ensemble, ils assurent la définition, la gestion et la supervision des activités, ciblent les priorités et ont recours à des spécialistes, qu'ils coordonnent.

Un pool de spécialistes professionnels

Ils réalisent des missions d'appui technique dans divers domaines d'activités à la demande des responsables logistiques et sous leur responsabilité.

Les équipes de capitale

Le fonctionnement des équipes n'est pas toujours adapté à nos objectifs de qualité.

Les équipes de coordination

Il est théoriquement acquis depuis dix ans que le RTL fait partie de l'équipe de coordination et qu'à ce titre, il est impliqué dans la définition des programmes aux côtés des Chefs de mission, Coordinateur médical et Administrateur. En pratique, la plupart du temps, ce travail est effectué par le Chef de mission et le Coordinateur médical, le Responsable Logistique n'y est pas souvent associé. Un vrai travail en commun permettrait une meilleure planification de nos projets, une gestion plus rationnelle de nos activités et une plus grande appropriation des programmes de la part des équipes logistiques.

Les équipes logistiques

Elles sont organisées selon un schéma de management hiérarchique vertical : le RTL décide et valide toutes les activités et établit des contrôles *a priori*. Le principal inconvénient de ce système est la dé-responsabilisation des autres membres de l'équipe.

Là encore, nous devons mettre en place sur nos missions un type d'organisation transversal permettant une meilleure répartition des responsabilités et accordant une réelle délégation aux responsables. Le RTL y assurera alors un rôle de supervision et de contrôle *a posteriori*.

Relations Superviseur logistique et RTL

Globalement, les « Superlogs » maîtrisent bien le suivi de leurs programmes. Ce suivi pourrait cependant être amélioré par une formalisation des échanges entre le superlog et le RTL. Actuellement, les échanges informels dominent ; souvent basés sur un mode « affectif », ils ne fonctionnent pas dans tous les cas. La mise en place d'un mode de communication plus structuré permettrait d'éviter les écueils dus à la trop grande part prise par les relations interpersonnelles.

L'objectif de cette formalisation est de gagner en clarté et simplicité pour les demandes d'information au terrain, de donner un feed-back du siège vers les missions et d'assurer une plus grande régularité des flux d'échanges entre les deux parties.

support technique spécialisé

Les missions spécialisées d'appui technique continuent de se développer, ce qui est un point positif essentiel pour la qualité de nos programmes. Ces missions sont coordonnées par les RTL et les Superlogs et effectuées par des spécialistes. Elles permettent de gérer nos activités de façon professionnelle et de garantir ainsi un travail de qualité.

mécanique et gestion du parc véhicules

- Environ 350 véhicules ; 3,6 M.Euros/an (1ère dépense après les médicaments)

Six missions (soit 11 mois de terrain) ont été réalisées en 2003. Ces missions ont pour but de faire une révision de fond du parc de véhicules, de former les chauffeurs et les mécaniciens nationaux à la maintenance des véhicules et de remettre en place un système d'entretien et de gestion des pièces détachées. La finalité de ces missions est d'assurer la fiabilité des véhicules et la sécurité des équipes lors des déplacements en voiture et d'optimiser les coûts de fonctionnement du parc.

En 2000, 51% des pièces détachées véhicules étaient achetées localement contre seulement 29% en 2003. On peut en déduire que l'achat de pièces détachées est mieux contrôlé et que la politique définie est respectée.

radio-com

- 320 K.Euros d'achat en 2003
- 65 bases HF en service sur nos missions, 66 téléphones satellites

Quatre missions ont été réalisées en 2003 (7 semaines sur le terrain) par notre spécialiste. Le nombre de visites reste nettement insuffisant par rapport aux besoins, mais Raymond ne peut s'absenter plus souvent car sa présence au siège est nécessaire pour garantir le fonctionnement du secteur radio (service après vente radio et informatique, gestion des commandes, gestion des messages radio-telex, appui technique aux terrains par téléphone ou e-mail).

Les missions d'appui nécessitent bien sûr une bonne connaissance technique pour identifier et résoudre les problèmes mais aussi une grande disponibilité car une fois les installations remises techniquement en état de marche optimale, il faut pouvoir consacrer du temps à effectuer les essais de communication entre les différentes stations, vérifier toutes les programmations de fréquences et enfin former les utilisateurs.

aéronautique

- 1,3 M.Euros de location en 2003 (dont 980 Keuros au Sud Soudan)

Les missions du spécialiste sont toujours plus nécessaires et plus demandées. En 2003, Didier a effectué 7 missions, au total 23 semaines passées sur le terrain au service de MSF-Belgique, MSF-Suisse et MSF-France.

Les opérateurs fiables se raréfient et les accidents aériens, particulièrement sur le continent africain, sont de plus en plus fréquents. La prise en compte de cet état de fait nous oblige à toujours plus de vigilance, les compagnies aériennes identifiées comme dangereuses ne doivent pas être utilisées par nos équipes. Les alternatives existent, il faut trouver les moyens de les mettre en place. L'année 2004 s'annonce donc chargée. Cette activité repose essentiellement sur les compétences de Didier, mais bientôt la charge de travail sera trop importante pour une seule personne. Nous devons commencer à préparer l'avenir afin d'assurer la continuité de cette activité.

construction et réhabilitation

- Dépenses globales = 1,8 M.Euros
- 5 missions (15 mois) de concepteurs de projet (architectes)
- 6 missions de constructeurs (chef de chantier, maçons...)

En 2003, nous avons réalisé 15 projets à plus de 30 Keuros dont 9 projets à plus de 50 Keuros.

La construction de l'hôpital de Bétou au Congo Brazzaville a été le projet le plus coûteux (250 Keuros), mais la qualité du travail réalisé est à la hauteur des dépenses (le coût du m2 construit reste dans la moyenne) et la construction répond aux besoins de la situation. En revanche, le devis initial a été largement sous-estimé et le suivi de l'évolution des travaux a été très difficilement géré par les équipes d'encadrement.

Pour une construction, la phase de conception du projet est essentielle. Le bâtiment, une fois construit est destiné à être utilisé pendant plusieurs dizaines d'années, il faut donc apprendre à prendre le temps nécessaire à la conception du projet et arrêter d'aborder ces projets comme des urgences. Construire des bâtiments en urgence, c'est construire des bâtiments temporaires. Dans ce domaine d'activité, qui dit vite fait dit rarement bien fait.

Cette phase de conception nécessite les compétences d'un architecte, mais cette compétence n'est pas toujours disponible au moment où on en a besoin. De plus, le démarrage des projets de construction est rarement planifié suffisamment à l'avance et chacun d'entre eux est perçu comme une priorité. Nous pouvons toujours essayer d'augmenter notre pool d'architectes et de constructeurs mais, dans tous les cas, nous devons affecter des priorités à l'échelle de tout le département des Opérations afin de pouvoir planifier un démarrage échelonné des projets et rationaliser ainsi la gestion de nos ressources humaines.

eau/hygiène/assainissement

- Activité EHA sur plus de 40 programmes ; l'activité est mieux intégrée dans la majorité des desks.

Une douzaine de missions d'urgence et d'appui technique ont été réalisées en 2003 (15 mois de terrain), par nos deux spécialistes. Le renforcement de ce secteur d'activité, avec un poste CDD terrain de spécialiste « volant », a permis d'apporter un support plus rationnel au terrain : missions de mise en place de projets et missions de suivi et d'évaluation.

Un travail d'analyse et de recherche sur les programmes de forage a débouché dernièrement sur la décision d'investir dans l'achat d'une foreuse et de se donner les moyens de développer un savoir-faire dans ce domaine. Ce savoir-faire nous permettra d'apporter une réponse plus appropriée aux programmes d'approvisionnement en eau et, dans un deuxième temps, de disposer de techniques supplémentaires pour répondre aux besoins en urgence.

Le spécialiste « hygiène » a quitté ses fonctions en cours d'année et sera remplacé en 2004 par un poste polyvalent basé au département médical. Bien que certaines questions très techniques nécessitent les compétences d'un expert, il ne faut pas pour autant en déduire que l'hygiène hospitalière est uniquement affaire de spécialiste. L'hygiène hospitalière se traduit avant tout par la mise en place de mesures simples qui doivent être appliquées et supervisées par une ou plusieurs personnes clairement identifiées et responsabilisées.

recherche & développement

incinérateurs

Gestion des déchets : le développement de l'incinérateur Montfort continue, nous estimons à environ 60 modèles déjà en service sur les divers terrains des différentes sections, dont une trentaine sur les programmes MSF France. Pour autant, le travail de développement continue et des tests de température et d'analyse des gaz rejetés doivent encore être réalisés à Bordeaux. Cependant, on souhaite finaliser ce travail en 2004 car le produit actuel semble répondre au cahier des charges initialement fixé. Un document technique de construction et d'utilisation de l'incinérateur conclura l'achèvement de ce travail.

radio-communication

Le développement du RTLX 2 (transmission des e-mails par onde radio HF) est toujours en cours. Le produit a été installé sur 5 pays en 2003, mais certains « bugs » informatiques, associés quelquefois à de mauvaises manipulations de la part des utilisateurs, nous ont fait douter des chances de succès de ce projet. Après recadrage des priorités et du mode de suivi de l'avancement des travaux, nous avons déjà corrigé une partie des « bugs ». Une version finalisée prête à être à nouveau installée sur nos terrains sera disponible au premier semestre 2004.

énergie électrique

Nous travaillons actuellement sur le développement d'un nouveau modèle de Chargeur/Invertisseur capable de produire du courant alternatif 220 volts à partir d'un accumulateur de courant continu sans perturber par rayonnement le fonctionnement des équipements radios. Nous pensons avoir un produit fini au premier semestre de l'année 2004.

eau/hygiène/assainissement

Nous avons révisé et amélioré courant 2003 quelques-uns des kits. Parallèlement, nous travaillons sur le développement des unités de traitement d'eau par filtration. Le kit de traitement par floculation est finalisé, il reste maintenant à l'encoder et à l'intégrer à nos catalogues.

véhicules

Nous travaillons avec les autres sections sur un nouveau modèle de véhicule de ville. Un standard de véhicule 2 x 4 devrait donc être défini courant 2004.

abris familiaux

En 2004, nous devons redéfinir le niveau de qualité des secours que nous voulons et pouvons apporter aux populations et rechercher ou développer les équipements nécessaires à cette prise en charge.

harmonisation des outils & documents de références

outils et formulaires

Une révision de fond des documents du kit de gestion est en cours et une nouvelle version complètement révisée sera disponible début 2004.

guides et documents de référence

La nouvelle version du Massis, rebaptisé « Aide à l'organisation logistique d'une mission », est sortie en fin d'année et a déjà été distribuée sur la plupart des missions. Une version anglaise est prévue pour fin 2004.

Ce guide traite des politiques et des stratégies logistiques et donne à l'utilisateur des outils et des méthodes pour l'aider à mener à bien sa mission sur le terrain. Pour les aspects techniques, il fait référence à d'autres documents.

D'autres documents du Support technique sont sortis en 2003, il s'agit des guides Support mécanique, Support construction, Support utilisation des motopompes. Le guide Radio-communication, réalisé par MSF-Belgique, sera aussi le document de référence pour notre section. Certains de ces guides sont déjà en cours de traduction et les versions anglaises seront disponibles courant 2004.

formation des logisticiens

La formation est une priorité du département depuis trois ans. Au cours des trois dernières années, les locaux du Centre de Formation Logistique (Ceforlog) ont été entièrement rénovés et le centre a été équipé du matériel pédagogique et des équipements nécessaires à son fonctionnement. Le cursus de formation se stabilise mais les objectifs, le contenu et les méthodes pédagogiques évoluent en permanence afin d'être toujours mieux adaptés aux besoins du terrain. Les supports de cours entièrement informatisés sur CD Rom permettent aux stagiaires d'accéder rapidement à l'information recherchée.

ppdl

En 2003, nous avons réalisé 4 PPDL (Préparation au Premier Départ Logistique)

70% des logisticiens francophones partis sur le terrain en 2003 ont été formés au cours de 3 PPDL en français. 26% des logisticiens des sections partenaires ont été formés au cours d'un PPDL en anglais.

forelog

Le Forelog (Formation de Responsable Logistique) a accueilli 24 stagiaires en 2003, dont 7 personnes du personnel national. 15 stagiaires pour la section française et 9 pour les sections suisse et belge. 90% des RTL en poste sur le terrain sont passés par cette formation. En 3 ans, nous avons formé 42 stagiaires au poste de RTL (MSF-France), parmi lesquels 32 sont encore actifs à l'heure actuelle.

formations ad-hoc

Trois formations ad-hoc réalisées : une de mécanique, une d'approvisionnement en eau, une de préparation urgence Libéria.

service approvisionnement (paris) casier départ

Le service se structure et s'organise depuis que le poste de responsable administratif et logistique est stabilisé. En revanche, ce service est en permanence en surcharge de travail car l'activité augmente proportionnellement à celle du reste du siège.

Le service a géré 1073 commandes pour une valeur totale de 460 Keuros d'articles et de médicaments, suivant la répartition suivante :

- 39% en informatique, 25% en radio, 16% en médical, 14% en bibliothèque, 6% en logistique divers

relation avec msf logistique

L'arrivée du nouveau directeur général à la tête de MSF Logistique relance une dynamique dans les relations avec notre département. Cet élan d'énergie devrait naturellement permettre de renforcer les acquis concernant les relations liées aux opérations, l'appui technique et la formation, mais aussi permettre de construire un projet d'approvisionnement des missions plus cohérent, basé notamment sur la reconnaissance des compétences disponibles dans les autres sections MSF et orienté vers un objectif de qualité totale.

Le mode de définition des projets de Recherche et Développement géré par le secteur technique ainsi que le suivi de l'évolution de ces dossiers en lien avec les superlogs doit être amélioré.

relations internationales

Un état des lieux a été réalisé par chaque section et une mise à plat a permis de définir les enjeux et les développements pouvant être menés en commun. L'objectif est de rationaliser nos moyens et de tirer profit des expériences et du savoir-faire des uns et des autres tout en évitant de s'embourber dans des contraintes institutionnelles qui pénaliseraient les initiatives individuelles.

- Pragmatisme mais pas internationalisme :

Un audit sur la « chaîne d'approvisionnement » MSF (toutes sections) a été réalisé par deux consultants en logistique. Des recommandations et une proposition de projet seront présentées aux Directeurs Généraux des sections de MSF en février 2004.

finances

L'année 2003 se terminera par un déficit, certes essentiellement dû à des écarts de change comptables, mais qui doit nous mettre en garde et nous faire prendre conscience de notre fragilité.

L'excédent avant les écarts de change (dus aux écarts entre l'euro et le dollar) est insuffisant au regard de nos objectifs de réserves et nous devons améliorer notre capacité à évaluer les incidences de nos choix à moyen terme.

L'anticipation de notre croissance est indispensable pour pouvoir nous permettre de planifier les investissements en collecte de fonds privés à Paris, New York, Sydney et Tokyo ou de relancer la recherche de fonds publics institutionnels.

On constate une croissance financière importante de nos dépenses de missions, en cohérence avec le projet opérationnel, tel qu'il est dessiné depuis quelques années. Depuis 1998, les dépenses de missions ont augmenté de 35 M€(+ 105%), dans le même temps le nombre de projet a diminué, tandis qu'augmentait fortement le nombre des volontaires et employés sur le terrain.

Cette forte augmentation des dépenses est la conséquence logique des choix politiques de ces dernières années : relance des urgences en 1998, implication dans les projets de traitement du sida, introduction systématique des thérapies combinées (ACT) pour le traitement du paludisme, amélioration de la qualité des missions, élargissement de l'offre de soins, campagne d'accès pour les médicaments essentiels (CAME) et la Drugs for Neglected Diseases initiative.

Les objectifs du projet 2004 sont également ambitieux, que ce soit dans la poursuite des actions engagées, dont l'ampleur pèse parfois fortement sur les budgets (50% de l'augmentation du budget des missions sont dus aux prévisions du nombre de patients dans les projets sida en fin d'année 2004, soit 4,4 M€, dans le lancement de nouvelles actions de terrain initiées en 2003 (implications fortes dans des structures hospitalières, au Liberia en Côte d'Ivoire ou en RDC, ré-ouverture de programmes de traitement de la trypanosomiase..) ou d'orientations générales (réflexion autour de la composition des équipes, meilleure intégration du personnel national, évaluation des programmes). On notera également les projets internationaux, qui pèsent ou pèseront de manière importante sur nos budgets : projet d'harmonisation des couvertures sociales et médicales du personnel international et des politiques de rémunération, CAME, DNDI, projet de réflexion autour de la chaîne d'approvisionnement (supply chain).

Parallèlement à ces augmentations budgétaires, on constate une contraction de la collecte de fonds privés en France qui a touché la plupart des associations et nous a conduits à réviser à la baisse nos projections de collecte au cours de l'année 2003.

Afin de pouvoir répondre efficacement aux enjeux auxquels nous faisons face, nous devons être à même de faire des choix éclairés et de disposer d'une information structurée dans le temps.

Cette information doit nous permettre d'évaluer nos opérations, tant sur le plan du caractère humanitaire de nos interventions que de la pertinence de nos activités ou de la cohérence des moyens que nous engageons.

Sur le plan financier, afin d'apporter une réponse permettant de garantir la capacité de MSF à prendre des risques et à construire un projet ambitieux, nous devons nous structurer pour disposer d'une meilleure lecture des incidences de nos choix politiques, des éléments constitutifs de notre croissance et de l'adéquation des moyens aux objectifs généraux et particuliers de nos programmes.

Pour 2004, nous avons fait le choix d'un investissement supplémentaire en collecte de fonds privés à Paris. Les prévisions d'investissement en collecte de nos sections partenaires sont également à la hausse. Ces investissements sont assortis de risques qu'il faut prendre en compte dès à présent en relançant la recherche de fonds publics institutionnels, en particulier sur les missions à moyen et long terme.

Merci aux équipes de terrain de prendre rapidement contact avec les bailleurs susceptibles de nous apporter leur concours.

Par ailleurs, les décisions d'investissement sur les programmes doivent être prises de manière concertée et mises systématiquement en lien avec les objectifs généraux des programmes.

Le suivi de nos consommations médicales et logistiques doit faire l'objet de toutes nos attentions et être rapprochés des données médicales de chacune de nos activités.

Se référer au bilan financier de Médecins Sans Frontières.

collecte de fonds et communication

collecte de fonds

Cette année 2003 a marqué le terme des objectifs fixés à trois ans (plan 2000-2003) : développer la collecte en France pour répondre à l'augmentation des dépenses opérationnelles et être moins dépendants de la médiatisation des crises. Ce développement devait se faire à travers :

- les moyens classiques de marketing direct : recrutement et fidélisation avec un objectif chiffré de 200.000 donateurs prélevés adhérents à l'Opération 1 Euro par semaine
- des moyens nouveaux et des cibles nouvelles : entreprises et gros donateurs, web...

Dans un climat marqué, à partir de 2002, par le repli, global, des recettes des organisations humanitaires et caritatives dans un climat de concurrence accru, nous pouvons être satisfaits d'avoir atteint l'objectif de 200.000 donateurs adhérents. Cependant, pour 2003, nous avons dû revoir nos objectifs initiaux à la baisse au cours de l'année et nous clôturons avec 35,57 M d'euros collectés, soit un recul de 1% par rapport au montant collecté en 2002. Certains documents ont en effet donné de très mauvais résultats (CMU, Irak, Liberia). A noter que nous avons tout de même atteint des records historiques pour la relance fiscale et le journal de fin d'année.

Si, aujourd'hui, 50% de nos donateurs sont des « prélevés » et 45% des donateurs nouvellement acquis optent pour le prélèvement, nous avons au global 5% de donateurs en moins par rapport à 2002 (+15% de donateurs prélevés et -18% de donateurs classiques).

Si le marketing téléphonique s'est essoufflé en réactivation, il se maintient bien en transformation. D'autre part, les résultats enregistrés auprès des gros donateurs et des entreprises sont décevants, comme les tentatives de mailings par le moyen du web.

La difficulté à recruter de nouveaux donateurs, notamment classiques, au travers de nos mailings de prospection se poursuit, mais la nouvelle prospection (avec la carte) et le test « face to face » (recrutement de donateurs par dialogue direct dans la rue) de septembre sont prometteurs.

Il nous faut donc rester prudents pour l'avenir, en tenant compte des tendances constatées ces dernières années et en envisageant plusieurs hypothèses. Un nouveau plan pluriannuel doit être établi en fonction des objectifs opérationnels. Un certain nombre de chantiers seront amorcés dès l'année 2004. Des investissements lourds en collecte sont prévus en prospection de nouveaux publics afin de poursuivre la croissance des recettes dégagées par la collecte de fonds privés en France. Si de nouvelles méthodes sont testées et que nous restons réactifs aux nouvelles possibilités, le marketing direct reste le moyen privilégié de la collecte.

L'année 2003 a aussi été marquée par un effort vers « l'international », en particulier avec la section américaine (appui pour le développement du prélèvement) et le bureau des Emirats-Arabs-Unis.

De plus, l'étude internationale réalisée en fin d'année va nous permettre de mieux appréhender nos méthodes de collecte au sein du mouvement.

Enfin, si la qualité est un maître-mot pour nos programmes, celle de nos relations avec nos donateurs est également à l'agenda : qualité de nos réponses à leurs demandes et appels, qualité de l'information financière qui leur est délivrée, engagements vis-à-vis de nos donateurs en chantier... Les initiatives doivent être poursuivies.

communication externe

Depuis plusieurs années, les objectifs affichés de notre communication externe visent à améliorer la visibilité des situations de crises sur lesquelles nous travaillons auprès du grand public en France et à renforcer notre capacité à faire valoir notre lecture des enjeux, dans un contexte où la part dévolue à l'actualité internationale se resserre.

La guerre en Irak est de toute évidence l'actualité la plus marquante de cette année 2003. Les autres gros sujets qui ont concerné MSF cette année sont : la guerre de Bunia (RDC), la bataille de Monrovia (Liberia), le G8 en France et, plus largement, la question des brevets et de l'accès aux médicaments. Et, dans une moindre mesure, au

vu de la couverture média plus faible qu'ils ont suscitée, la remise en cause de CMU et de l'AME, l'enlèvement d'Arjan et les rapatriements forcés d'Ingouchie en Tchétchénie. Aucun de ces sujets n'a suscité une mobilisation à la hauteur de celle de l'Angola en 2002. Le tremblement de terre du 26 décembre en Iran a, en revanche, permis à MSF une bonne couverture médiatique en fin d'année, appuyant les documents de collecte et favorisant sans doute les bons résultats de collecte enregistrés en fin d'année.

Une politique de « coups » a été poursuivie et développée en parallèle au travail quotidien de relations avec les médias sur les sujets d'actualité MSF (tournée G8, pétition et page dans Le Monde, manifestations, conférence de presse pour Arjan). La communication de proximité en France, largement portée par les bénévoles du réseau régional, a toute sa place dans notre communication publique, comme ce fut largement démontré à l'occasion de la tournée G8.

Pour répondre aux objectifs d'appui opérationnel, la communication externe a connu des développements nouveaux avec des projets et approches visant à sensibiliser les publics directement dans les pays d'intervention, à la faveur d'un relatif développement de médias indépendants (Tika Bika (viol, je dis non), au Congo Brazzaville en mars fermeture du Sri Lanka en juin, « Ach Mama Jan » en Arménie en septembre (enfants des rues), appui local en relations médias en RDC, communication sur l'épidémie de paludisme en Ethiopie via les médias locaux).

La refonte du site internet de MSF-France a été le pari réussi de cette année 2003. Notre nouveau site, média grand public à part entière, aujourd'hui tourné vers l'information, semble faire ses preuves auprès du grand public (augmentation de la fréquentation) comme des journalistes qui, de plus en plus nombreux, s'abonnent à notre Newsletter internet.

Mais, en dépit de la réelle présence de MSF dans les médias français et de la capacité d'imposer certains sujets à l'agenda médiatique, la clarté de nos positionnements et de nos discours semble être en reste. A cela, plusieurs explications :

- une difficulté à construire un message politique clair, liée à notre propre difficulté à avoir une lecture claire des enjeux rencontrés, en particulier dans les situations de guerre (exemples : Bunia, Liberia) ;
- une difficulté à faire entendre un discours relativement original par rapport aux discours ambiants (exemples : Irak, Populations en danger) ;
- une propension à céder à l'activisme altermondialiste, très prisé dans les médias, car spectaculaire dans ses moyens de communication (exemple : Campagne d'accès aux médicaments essentiels, France) ;
- des difficultés à mettre en avant le porte-parole naturel de l'association, le président, dans notre communication publique.

Cette année riche en crises complexes nous a permis de mûrir ces sujets et nos futures prises de positions publiques devraient en bénéficier. Les publications de *Populations en danger* et un premier *Prises de paroles publiques de MSF* aident à façonner la réflexion mais des éclaircissements sur les lieux et les raisons des décisions concernant la communication méritent d'être rapidement apportés.

communication interne

L'enjeu majeur de notre communication interne est étroitement lié aux évolutions récentes de MSF -ouverture à l'international, ouverture aux cadres du personnel national, forte évolution des publics destinataires- que la communication interne doit prendre en compte. De même, la volonté de favoriser la vie associative participe à ces nouvelles configurations qui nous obligent à concevoir autrement notre manière de communiquer. Enfin, le volume des informations à traiter a considérablement augmenté, ce qui pose la question du flux d'informations nécessaires à chacun, à la fois pour son travail quotidien et pour permettre son implication dans les débats.

« The Mission » avait ainsi été jugé inadapté à cette nouvelle « culture interne » et Messages est publié en deux langues depuis 3 ans. En 2003, le Point info a trouvé sa vitesse de croisière et remplit honorablement sa fonction d'information hebdomadaire succincte.

Nous avons publié 5 numéros de Messages dans l'année (février, mai, juin, septembre et décembre), ce qui est toujours insuffisant pour un mensuel mais mieux que les années précédentes. Deux DazibAG, numéros spéciaux destinés à l'interne et publiés autour de l'Assemblée générale, ont permis de tester la capacité de faire vivre les débats. Forts de ces résultats, nous avons pu faire aboutir la réflexion et avons rédigé un cahier des charges (document disponible) définissant nos intentions pour Messages dans l'avenir. Un mensuel destiné à l'interne avec un cahier trimestriel destiné à un public plus large constituera la nouvelle formule qui a vu le jour début 2004.

Le système d'information électronique international, Tukul, s'il entre plus dans les habitudes de travail, demeure très insatisfaisant. Notre intranet, accessible depuis le siège, va, pour sa part, évoluer, constituant une priorité pour l'équipe internet-intranet en 2004.

Si l'Assemblée générale et le CA (dont l'organisation des réunions a été revue par le président) retrouvent leur vocation majeure dans la vie associative, les réunions du vendredi sont trop rares et manquent de dynamisme. Un travail est donc à poursuivre pour les autres espaces de communication interne.

L'investissement du centre de documentation, que les personnes partant sur le terrain viennent volontiers consulter, dans l'accueil des expatriés, avec des services et de l'accès à l'information, participent fortement de cette amélioration de la communication interne.

ressources humaines siège

La mission du Service Ressources Humaines Siège recouvre :

l'administration du personnel

- Etablissement et suivi des contrats de travail de l'ensemble du personnel salarié Siège, Satellites et Terrain.
- Paie des salariés Siège, Satellites et Terrain et versement des indemnités des volontaires de Terrain.
- Gestion des organismes sociaux (mutuelles, caisses de retraite...), de la médecine du travail, des tickets restaurant.

la gestion des ressources humaines du siège et des satellites

- Plan de formation,
- Législation du travail,
- Recrutement,
- Bilan social,
- Relation avec les représentants du personnel,
- Profils de postes et grille des salaires,
- Evolution des salariés dans et en dehors de Médecins Sans Frontières.

Le service travaille en collaboration permanente avec le département des Ressources humaines Terrain et le Service Comptabilité.

bilan 2003

point sur les effectifs du siège en 2003

L'analyse et la présentation des effectifs ont été revues au cours de l'année et ont fait l'objet d'une présentation au Conseil d'administration et au Comité de direction. Ces données corrigées figurent dans le tableau ci-dessous. La notion de poste structurel est la suivante : ce sont les postes permanents nécessaires au bon fonctionnement des missions par l'appui donné au terrain (missions du siège), qu'ils relèvent de l'appui direct aux missions (support opérationnel) ou de l'appui indirect aux missions (fonctionnement et développement). Ils sont dans la majeure partie des cas pourvus par des CDI ou des CDD de remplacement (maladie, maternité, formation).

A la fin 2003, le nombre de postes structurels au siège de Médecins Sans Frontières (hors satellites) était de 128,45 contre 115,10 à la fin de 2002. Cet accroissement s'explique par la création de desks décentralisés à New York et à Tokyo, le renforcement de quelques services et la création de nouveaux postes spécialisés : Coordinateur formation, Pharmacien, Responsable des Ressources humaines nationales.

A ces postes structurels, s'ajoutent 14,04 équivalents temps plein en CDD sur des postes de chargés de mission et 3,8 CDD de remplacement pour l'ensemble de l'année.

L'effectif total (CDI+CDD) à fin décembre 2003 est de 143,27 salariés (142,29 fin 2002).

	Nb de postes structurels		Nb de CDI		Nb de CDD de remplacement		Nb de CDD autres	
	déc 2002	déc 2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Direction Générale & RH Siège	17	20,1	20	17,2	0	1,3	3,01	3,2
Opérations	18	24	19	22,1	1	1,1	4,79	2,3
Médical	13,7	14,9	14,7	14,6	0	0,5	1,18	1,8
Logistique	14,5	14,5	13,5	15,6	0	0	2,84	1,8
RH Terrain	15,4	17,4	16,4	18,4	1	0,4	0	0,5
Coll. Comm°	20,5	20,5	19,5	20,6	1,5	0,6	2,87	3,5
Finances	16	17	16	16,8	0	0	1,2	1
Total	115,1	128,4	122,9	125,4	3,5	3,8	15,89	14

paie

Le service gère l'administration du personnel du siège, des satellites parisiens et du terrain. Cela représente sur l'année 2003 une activité en croissance avec une moyenne de 432 bulletins de salaires par mois (400 en 2002) et 78 mouvements (entrées/sorties) par mois (65 en 2002).

évaluation

L'évaluation annuelle de chaque salarié par son responsable hiérarchique s'est progressivement mise en place. Elle doit permettre à chaque salarié de faire le bilan de l'année écoulée, de clarifier les objectifs de l'année à venir, d'envisager les besoins en formation et la suite de son parcours dans MSF.

reconversion

La politique d'aide à la reconversion des salariés du siège a été finalisée et adoptée par le CA.

administration du personnel

La gestion des jours d'ARTT et du CET par le logiciel de paie est opérationnelle.

campagne pour l'accès aux médicaments essentiels

Le poste de Coordinatrice de la Campagne pour l'Accès aux Médicaments Essentiels à Paris est rattaché au Département des Opérations, montrant par là-même une volonté forte d'ancrer la problématique de l'accès aux médicaments dans les opérations de Médecins Sans Frontières et d'utiliser la Campagne à des fins opérationnelles.

Pour la section française de MSF, ce poste consiste donc :

- à identifier les besoins du terrain pour les faire intégrer aux activités de la Campagne,
- à faire bénéficier les terrains des « avancées » de la Campagne,
- à porter aux niveaux nationaux (France et pays d'intervention de MSF) les activités de témoignage et de lobbying de la campagne : auprès des politiques, des laboratoires, du public, de la presse, etc.
- à assurer la prise en compte des demandes du siège de Paris à l'égard de la Campagne (et vice-versa), ainsi que la circulation de l'information entre la section française, les autres sections et la Campagne (dans tous les sens) et pour ce qui concerne l'accès aux médicaments.

Il est impossible d'isoler un bilan de l'accès aux médicaments au sein de la section française de MSF du bilan 2003 de la Campagne d'Accès aux Médicaments Essentiels (dont il n'est qu'une déclinaison partielle), d'une part, et, du bilan des Départements de MSF Paris (Département des Opérations, Département Médical), d'autre part, dont l'accès aux médicaments n'est qu'un des éléments.

Ce qui suit n'est donc qu'une liste de résultats qu'il est impossible d'attribuer à la seule personne chargée, au sein du Département des Opérations de la section française de MSF, de l'accès aux médicaments.

par pathologie

hiv/aids

augmentation du nombre de patients traités par arv (antirétroviraux)

- Dans les programmes MSF : 5102 patients ont été traités (novembre 2003) contre 1400 un an plus tôt (novembre 2002)
- A un niveau plus global : incitation ou aide à ce que d'autres acteurs traitent aussi des patients (ONG, ministères de la santé), basé sur l'exemple ou l'expérience de MSF : Malawi, Kenya, Ouganda, Indonésie, Burundi.

baisse de prix des arvs

- Poursuite de la baisse des prix des traitements de première ligne : prix de la combinaison D4T+3TC+Névirapine : 240 US\$ par an et par patient (contre 300 US\$ en 2002) ; baisse du prix de l'efavirenz 600 mg (347 US \$ par an par patient versus 500 US \$ pour l'équivalent en gellules de 200 mg)
 - Début de la baisse du prix des anti-protéases : Nelfinavir : 1208 US \$ par an et par patient (contre 2233 US \$ en 2002) ; Kaletra : 500 US\$ par an et par patient (contre 3800 pour le prix « normal »)
 - Prix *discountés* pour de nouvelles molécules : Tenofovir : 475 US \$ par an et par patient.
- #### de certains médicaments pour les infections opportunistes
- Fluconazole, par l'identification d'un générique de bonne qualité,
 - Ivermectine pour la gale chez les patients immunodéprimés

pré-qualification par l'oms

- De la plupart des ARVs utilisés par les programmes MSF,
- Des combinaisons fixes (FDC) de 1^{ère} ligne.

approvisionnement des équipes de terrain

- Analyse de la légalité du transit à MSF Logistique de copies de médicaments brevetés,
- Recherches des meilleures solutions d'approvisionnement (importation directe du producteur, importation de la Centrale d'Achats ou achat local)

développement de dosages pédiatriques

- Incitation des producteurs à fabriquer des dosages pédiatriques, des formulations pédiatriques et des co-formulations pédiatriques.

compréhension des mécanismes internationaux

- Documentation des principes et de l'action du Fonds Global des Nations Unies.

résultat essentiel : tous les programmes « sida » de la section française de MSF ont accès aux meilleurs prix possibles de médicaments de qualité (pré-qualifiés par l'OMS ou validés par MSF).

paludisme

utilisation des act (combinaisons thérapeutiques)

- Augmentation du nombre de programmes MSF utilisant les ACT : Angola, Burundi, Congo, Côte d'Ivoire, Kenya, Libéria, Niger, RDC, Soudan, Zambie
- Participation au changement du protocole national de traitement : Burundi, Soudan,
- Incitation à la mise en place de traitements par ACT : Ethiopie, Sierra Leone.

confirmation diagnostique

- Augmentation de l'utilisation des tests rapides dans les programmes de MSF,
- Essai de nouveaux tests pour faire baisser les prix, augmenter l'efficacité et simplifier l'utilisation.

disponibilité des médicaments

- Mise à disposition de co-blisters (AS+AQ) ou de co-formulations (Co-artem) dans les programmes utilisant les molécules concernées,
- Baisse du prix des ACT : de plus 3 US \$ à 1.5 US\$ en moyenne pour un traitement adulte,
- Poursuite du développement de co-formulations (AS+AQ, AS+MQ).

résultat : la grande majorité des programmes MSF utilisent les tests rapides et les ACT (combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine pour traiter les malades. Il ne reste plus que quelques programmes qui n'utilisent pas encore les ACT.

tuberculose

médicaments

- Utilisation des co-formulations dans les programmes MSF

stratégie

- Analyse des résultats de la stratégie actuelle : diagnostic, traitement.
- Incitation à la définition d'une nouvelle politique au sein de MSF

méningite

traitement

- Essai clinique concluant sur l'équivalence d'efficacité entre ceftriaxone et chloramphénicol huileux en dose unique.
- Sécurisation de la production du chloramphénicol huileux par un laboratoire indien.

vaccination

- Production de 6 millions de doses du nouveau vaccin A+C+W135,
- Sécurisation d'un stock.

leishamnirose

- Aide à l'enregistrement et à l'approvisionnement de la forme générique du SSG au Pérou (pour le Programme National) avant la fermeture du programme de MSF

maladies négligées

- Sensibilisation de différents acteurs (ministère de la recherche, Institut Pasteur, médias, public) à la « panne » de la recherche et à la nécessité de créer une entité sans but lucratif,
- Information, débat en interne à MSF sur le même sujet.

résultat : création du DNDi (Drugs Neglected Diseases initiative : initiative pour les médicaments pour les maladies négligées) et participation de MSF

policy advocacy

sommet du g8 en france

- Pressions sur le gouvernement français pour qu'il intègre à l'agenda du G8 les demandes de MSF concernant l'accès aux médicaments : réunions avec les conseillers du gouvernement français,
- Campagne d'information et de sensibilisation du public en amont et pendant le Sommet,
- Communication active aux médias.

résultats : sur le plan politique : nul ; sur le plan de l'information et de la communication : très bonne couverture.

déclaration de doha

- Suivi des négociations sur le paragraphe 6 de la Déclaration de Doha,
- Pression sur les représentants français et européens pour ne pas dénaturer la Déclaration,
- Information, sensibilisation des médias et du public.

résultat : accord du 30 août : respect des principes de la Déclaration mais la mise en œuvre risque d'être difficile.

organisation mondiale de la santé

- Sensibilisation des membres de l'Assemblée Mondiale de la Santé et de l'OMS aux questions de pré-qualification et de combinaisons fixes pour le sida,
- Incitation à des prises de position en faveur d'un traitement efficace du paludisme (Roll Back Malaria (département de l'OMS), représentants nationaux)

fonds global des nations unies

- Incitations à ne pas financer des médicaments inefficaces pour le paludisme.

information et sensibilisation

- Diffusion des publications de la Campagne : Untangling the Web, ACT Now, etc.
- Communication interne à MSF,
- Communication externe : grand public, presse, conférences,
- Sensibilisation/communication ciblée : donateurs, bailleurs de fonds, etc.

fondation médecins sans frontières

missions

Les missions principales de la Fondation Médecins Sans Frontières sont :

- d'aider à améliorer la qualité des actions humanitaires à travers :
 - la compréhension de l'évolution des contextes de l'action humanitaire
 - la réflexion critique sur les actions de Médecins Sans Frontières
 - les formations
 - les débats internes et le soutien à la direction de Médecins Sans Frontières
- de favoriser la diffusion des idées et des principes d'action de Médecins Sans Frontières dans l'environnement de l'action humanitaire, à travers des publications, des colloques (notamment en ce qui concerne un humanitaire civil et indépendant du politique et du militaire, en particulier dans le monde anglo-saxon, sur les frontières de responsabilité de l'humanitaire dans le domaine social...)

coordination

- Une équipe réduite (en 2003, départ de Fiona Terry et absence temporaire de Fabrice Weisman et Laurence Binet).
- Un « noyau dur » et une dynamique d'accueil et d'encadrement (stagiaires et études sur commande).
- Un ancrage dans le mouvement Médecins Sans Frontières, des liens privilégiés avec certaines sections et/ou projets communs (MSF Suisse).
- La transparence des activités et du rendu de comptes financiers.
- La diffusion du travail, la mise en ligne sur Internet des productions du centre de recherches
- Le lancement de la collection des cahiers du centre de recherche : Recueil de textes de François Jean, Manuel des acteurs de l'aide et dossier « Famine et aide alimentaire en Ethiopie ».
- La diffusion volontariste des productions de Médecins Sans Frontières dans le monde anglophone.
- Un suivi des travaux de traduction.

définition du projet commun

- Rôle du comité de pilotage (qui n'est pas seulement une addition d'individus avec répartition étanche des tâches), nombreux sujets transversaux.
- Identification des nouveaux enjeux majeurs du contexte de l'action humanitaire
 - humanitaire et militaire, humanitaire et droit,
 - humanitaire et judiciaire,
 - guerre contre le terrorisme et nouveaux modes d'intervention militaire et d'occupation des territoires...,
 - analyse des différentes doctrines militaires sur la sécurité collective (Etats-Unis, Union Européenne, Organisation des Nations-Unies),
 - l'islam et l'action humanitaire.

pérennité et mise à jour des travaux

- Débat sur la qualité et les évaluations, et sur la protection des populations.
- Capitalisation des compétences nécessaires pour la compréhension des nouveaux enjeux.
- Transmission du savoir.

deux principaux projets de recherche

- Dimension judiciaire de l'action humanitaire et du témoignage : rédaction d'un historique des relations de MSF avec les tribunaux internationaux (ex-Yougoslavie, Rwanda, Sierra Leone) et nationaux (Ethiopie, Russie...), une analyse des enjeux théoriques et pratiques posés par la Cour Pénale Internationale.
- Action humanitaire en situation d'occupation : revue des expériences de terrain.

autres dossiers

- Violences sexuelles : suivi du dossier et rédaction d'un texte sur les enjeux et les modalités de la protection des victimes de violences sexuelles sur le cadre juridique et judiciaire de ces activités.
- Prises de parole publiques : poursuite du travail, comité de rédaction.
- Anthropologie médicale.
- Dictionnaire de droit humanitaire : version russe, sortie prévue en avril 2004, version arabe en cours pour la fin de l'année 2004 ; mise à jour des versions française, anglaise et espagnole pour la nouvelle édition.
- Diffusion du livre « à l'ombre des guerres justes » (version française publiée fin 2003 ; version anglaise au cours du premier semestre 2004).

épicentre

Epicentre est un groupe européen d'expertise en épidémiologie pratique créé par Médecins Sans Frontières dans les années quatre-vingt. La collaboration traditionnelle avec Médecins Sans Frontières s'est poursuivie en 2003 essentiellement dans les domaines de la recherche, de l'appui aux missions (consultations), de l'informatique, et moins dans celui de la formation.

L'année a été encore très productive et dynamique. Le volume d'activités de 2003 représente le deuxième niveau réalisé dans l'histoire de l'association. Un certain fléchissement a néanmoins été enregistré par rapport aux objectifs prévus. Ceci est en partie dû à une certaine surévaluation des objectifs à réaliser (notamment en consultations), à la mise en place des moyens nécessaires au développement de la recherche et aux changements importants survenus au sein de l'équipe en cours d'année.

Suite au développement important enregistré au cours des années précédentes, imprimé par le directeur précédent, une stabilisation des activités avait été prévue pour 2003. Un besoin de renforcement des capacités de l'association avait aussi été planifié. Ceci a été réalisé en respectant les grandes orientations prévues et en maintenant la qualité des travaux.

La réorganisation de la nouvelle équipe de direction a été réalisée en août-septembre 2003 : huit changements de postes, créations ou renouvellements, ont été effectués en cours d'année à Epicentre. Le remplacement du directeur (général) a été réalisé sans vacuité et dans un esprit de continuité des activités en cours.

Les créations de postes ont concerné les nominations d'un directeur scientifique, d'un nouveau pédagogue et des postes Epicentre décentralisés : un deuxième poste à Genève (MSF Suisse), un poste à Londres (MSF Grande Bretagne/Hollande), un deuxième poste d'épidémiologiste à Kampala (Ouganda). Par ailleurs, deux remplacements de postes ont été effectués (épidémiologue HIV/Sida, et épidémiologiste à Bruxelles).

La mise en place de nouveaux postes ou leur renouvellement a été en partie maîtrisée, conduisant à une équipe assez stable. Le temps consacré à la mise en place des nouveaux postes a néanmoins ralenti le développement de certaines activités, tout en renforçant les capacités de la structure.

Les résultats en termes d'activités ont été variables selon les secteurs. Plus de la moitié des activités a été réalisée avec la section française de MSF, le restant étant surtout réalisé avec les sections suisse et belge de MSF. Les débuts avec la section hollandaise et sa section partenaire MSF-Grande Bretagne ont été bien amorcés. Nous avons renforcé nos liens avec ces sections tout au long de l'année.

Les activités de la recherche opérationnelle ont été en augmentation par rapport aux objectifs prévus.

Les consultations ont en revanche enregistré une baisse des demandes de MSF sur les urgences.

Les demandes d'évaluation sont restées limitées.

Concernant la formation, le développement prévu pour ce secteur a été moindre que celui qui était prévu.

Le développement informatique a été ralenti du fait de la réorganisation en cours de ce secteur et de l'annulation de certaines demandes en cours d'année (Tuberculose).

Les activités avec des partenaires extérieurs à MSF sont restées limitées.

Nos relations avec la CAME (Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels de Médecins Sans Frontières) se sont concrétisées par plusieurs travaux (tuberculose, ulcère de Buruli...).

Des séances de travail ont été initiées avec la DNDi (Drugs for Neglected Diseases initiative).

Le bureau d'Epicentre en Ouganda, renouvelé en 2002, a été consolidé en 2003, notamment avec les postes d'administrateur/finances et d'un deuxième épidémiologiste, basés à Kampala. La majorité des projets de recherche prévus en 2003 ont été réalisés.

Le poste Epicentre en République Démocratique du Congo a dû être fermé début 2003 par manque d'activités concluantes dans le domaine de la recherche.

Après plusieurs années d'appui, une passation des activités de surveillance épidémiologique a été faite au ministère ougandais de la santé en début d'année.

Concernant les outils de communication externe d'Epicentre, la mise en place du site web d'Epicentre s'est poursuivie. Certaines améliorations sont en cours.

Après avoir réalisé les recrutements nécessaires et prévus, fin décembre 2003, Epicentre employait 25 personnes.

recherche

L'année a été marquée par la poursuite d'essais cliniques importants et réalisés selon les *guidelines* du GCP (Good Clinical Practice). Le paludisme reste en tête des projets de recherche avec 18 études finalisées ou en cours de réalisation. Le volet de recherche sur le Sida a poursuivi sa progression, mais certains projets ont été retardés, du fait du remplacement du Chargé de recherches en cours d'année.

Une augmentation de l'activité de recherche opérationnelle a été enregistrée pour 2003.

Une proportion de 57% a été réalisée en 2003 avec la section française de MSF. La tendance à la croissance de la recherche avec les sections belge et suisse a été confirmée en 2003. Pour ces seules sections, l'activité annuelle est passée de 345 jours (2002) à 595 jours (2003). Les besoins en recherche, en particulier dans le domaine du

paludisme, ont été confirmés avec la Manson's Unit de MSF-Grande Bretagne/Hollande, passant de 45 jours en 2002 à 149 jours en 2003.

En Ouganda, la base de recherche de Mbarara a été très active, notamment avec l'essai clinique de phase III (Co-Artem/paludisme) en cours de finalisation. Le suivi des patients traités pour la trypanosomiase s'est poursuivi normalement (suivi effets secondaires, guérisons à 2 ans).

L'analyse des données de l'essai au Soudan, Ceftriaxone (2 jours) versus Amoxicilline (5 jours) en centre nutritionnel thérapeutique est en cours de finalisation.

Un autre essai de phase III de première importance, démontrant l'équivalence des traitements ceftriaxone versus chloramphénicol huileux, a été finalisé avec succès au Niger (méningite en période épidémique).

Le recrutement de l'essai clinique trypanosomiase testant la combinaison thérapeutique [eflornithine IV + nifurtimox] a été lancé au Congo-Brazzaville.

Les besoins d'une statisticienne qui avait rejoint l'équipe en 2002 ont été largement confirmés en 2003.

Reflétant la dynamique de ce secteur, 20 articles scientifiques ont été publiés (12) ou acceptés (8) au cours de cette année, souvent dans des revues anglophones. En outre, plusieurs présentations orales et posters ont été réalisés au cours de réunions et de conférences internationales. La journée scientifique annuelle d'Epicentre, organisée le 16 mai 2003 à Paris, a réuni près de 300 personnes.

consultations

Les activités de consultations (enquêtes, investigations d'épidémies, évaluations...) ont été variées et dynamiques. Epicentre a réalisé 25 missions d'épidémiologie de terrain en 2003, contre 28 en 2002. Nos efforts pour assurer une présence d'Epicentre au cours des situations d'urgences et d'épidémies gérées par Médecins Sans Frontières ont néanmoins donné des résultats limités et variables selon les sections. Il est vrai que cette activité est aussi largement liée aux événements internationaux.

Une dynamique positive de 13 hommes/mois (HM) de consultations a été réalisée pour la section française. Les demandes des sections belge et suisse sont restées très inférieures (< 50%) à ce qui avait été prévu. Cette question a été discutée à plusieurs reprises. Le résultat global a été de 25 HM en 2003.

Une seule consultation a été réalisée avec MSF Hollande et aucune demande de consultation n'a été reçue de la section espagnole de MSF. Epicentre atteint un niveau d'activité modeste avec les partenaires extérieurs.

formation

Le développement n'a pas été aussi important que prévu, conduisant à un résultat relativement « stable » en termes d'activités. Une réorganisation de la formation a été réalisée à partir du début 2003 avec la mise en place d'une responsable de la formation à temps plein et l'embauche d'une coordinatrice pédagogique. La majorité des stages habituels prévus pour MSF ont été réalisés en 2003 (2 stages Populations en situation précaire, 1 stage Réponses aux Epidémies, 1 stage Formation de Formateurs, 2 stages Nutrition vaccination-1 et un stage Nutrition vaccination-2). Planifié pour la fin de l'année 2003, le stage Réponses aux Epidémies version française a été annulé par MSF-France en raison de l'accumulation de stages et de séminaires à cette période.

Le stage Enquête n'a pas été reconduit. La programmation d'un stage Réponses aux Epidémies en Ouganda n'a pas été confirmée. Un certain nombre de stages *ad hoc* (non planifiés au début de 2003) ont eu lieu. Parmi ceux-ci, trois stages pour la mise en place du logiciel Fuchia (HIV/Sida : Zambie, RDC et Cameroun). Un stage de formation de formateurs Fuchia a été réalisé pour l'ensemble des sections MSF. Ce bilan montre encore la difficulté de faire des prévisions sur les formations en début d'année.

Avec nos partenaires extérieurs, les activités ont été réalisées dans de meilleures conditions financières qu'auparavant (OMS : Organisation mondiale de la Santé, Universités, ..). Un nouveau partenariat, établi avec Médecins du Monde, a débouché sur la réalisation d'un stage Réponses aux Epidémies à Paris en 2003, mais celui prévu à Kinshasa n'a pas eu lieu.

informatique

Une réorganisation du secteur informatique, entamée en 2002, s'est poursuivie en 2003. Un second informaticien, embauché à mi-temps en mai est passé à temps plein en octobre 2003. Il assure le travail de maintenance du parc informatique. Ceci a permis de relancer la dynamique des activités informatiques.

Le développement de la base de données Fuchia s'est poursuivi activement avec un total de 7822 patients en fin 2003. Un ensemble de 24 projets VIH/Sida MSF rapportant des données à ce jour à Epicentre pour analyse a été réalisé. Deux autres mises en place de Fuchia ont été menées avec les sections MSF Belgique et MSF Suisse. Une évaluation externe du logiciel a été demandée par MSF France en fin d'année.

D'autre part, le développement d'un logiciel de monitoring des programmes trypanosomiase (EpiTryps) a été lancé. Le « prototype » doit être finalisé et testé sur le terrain.

Une application d'aide à la cartographie est à partager avec MSF.

Une application informatique pour le monitoring des données du paludisme a été réalisée.

La demande prévue de MSF pour la tuberculose a été annulée en cours d'année.

émirats-arabes-unis

Les négociations entre Médecins Sans Frontières et le gouvernement des Emirats-Arabes-Unis pour l'installation de MSF dans le pays furent initiées en 1992. Un accord fut signé sur l'établissement officiel de MSF sous la haute autorité de Son Excellence Sheikh Nahayan Bin Mubarak Al Nahayan, le ministre de l'éducation supérieure et de la recherche, Sylvie Emerson devait être la représentante spéciale de l'organisation dans les E.A.U.

Malheureusement, l'année précédant le lancement des activités, Sylvie Emerson et son mari disparurent dans un accident d'avion au Vietnam. Le projet fut mis de côté et ce n'est qu'en 1993 que les discussions reprurent.

L'installation physique de MSF, dont MSF-Abu Dhabi est le siège social, fut effective en 1994, grâce à l'assistance de Son Excellence Sheikh Nahayan Bin Mubarak Al Nahayan. Depuis, l'organisation a élargi son réseau, ouvert un bureau à Dubaï, supervisé par MSF-Abu Dhabi. Les bureaux de MSF aux E.A.U. ont pour objectif principal de sensibiliser les acteurs de la société émiratie aux souffrances des populations vivant dans les zones de crise et de créer des forums de dialogue avec les intellectuels arabophones et les sociétés civiles.

Un autre objectif est de collecter des fonds de diverses sources afin d'aider à conserver l'indépendance financière de MSF. La représentation dans les E.A.U. doit permettre à MSF de partager ses expériences et ses préoccupations humanitaires, résultat de 33 années d'activités médicales d'urgence internationales réalisées en fonction de principes d'indépendance, d'impartialité et de neutralité dans de nombreux pays et avec divers acteurs de la région. MSF, qui a reçu le Prix Nobel de la paix en 1999, est une des principales organisations humanitaires mondiales d'aide médicale.

sensibiliser

Le service de la communication fait partie intégrante du bureau MSF E.A.U et poursuit deux objectifs principaux :

- établir une image positive durable de MSF dans les médias arabes et expliquer les activités entreprises au niveau international, sans pour autant se cantonner aux programmes médicaux en cours dans les pays arabes ou musulmans.
- communiquer avec le public lors de campagnes de collectes de fonds, en créant des outils de sensibilisation expliquant le travail de MSF et en cela encourager les dons.

principaux axes de travail du service de communication

- *Base de données MSF E.A.U.* MSF E.A.U a mis en place une base de données de tous les médias de communication écrite ou radio télédiffusée et agences de presse existant dans les Emirats. Il nous faut encore pénétrer les autres journaux arabes dans les autres pays de la région comme la Syrie, l'Égypte, le Liban ou la Jordanie. Les contacts se feront par le biais d'activités comme les expositions, conférences de presse et les contacts avec les ONG locales.
- *Newsletter MSF E.A.U.* : le bureau MSF des Emirats publie une lettre trimestrielle envoyée aux donateurs réguliers ou potentiels. Elle vise à les informer régulièrement des missions sur le terrain. La répartition des articles se fait ainsi : 40 % de l'information concerne les missions MSF, 25 % le marketing, 25 % l'événementiel, et 10 % les informations d'ordre général sur l'organisation.
- *Site Web MSF E.A.U.* : un site interactif en arabe a été lancé. Il a été décidé de l'actualiser en changeant son graphisme et en mettant à jour les informations. Le site est maintenant réorganisé.

autres outils de communication

- *Traduction des livres de MSF* : dans le cadre de la campagne de sensibilisation du monde arabe, et après un certain nombre de discussions internes, l'accord s'est fait sur la nécessité de partager les informations contenues dans diverses publications de MSF. La capacité de communication de MSF E.A.U. s'est trouvée renforcée par la traduction des documents officiels MSF suivants : le « Dictionnaire du droit humanitaire » (Françoise Saulnier), « Populations en danger », « Recherche médicale en panne », « Agir maintenant » et « Accès refusé ». « Le Dilemme humanitaire » (Rony Brauman), « L'action humanitaire » (Rony Brauman) et « Une guerre contre les civils » (Pierre Salignon et Marc Le Pape) sont aussi en cours de traduction. L'exposition « Trop pauvre pour être soigné » a également été traduite.
- *Traduction de films et de vidéos* : MSF E.A.U a décidé de faire traduire plusieurs vidéocassettes de présentation de MSF, de ses programmes, projets, de sa charte et de sa philosophie afin de mieux communiquer avec la population arabophone. Cela permettra non seulement de renforcer la politique de communication du bureau, mais aussi de diffuser le message de MSF au cours des activités organisées. La traduction des émissions du

National Geographic sur les missions MSF est envisagée. On réfléchit aussi à un autre projet de film avec El Arabia, une chaîne arabe. Ses journalistes vont se rendre sur place voir des missions MSF, afin de reproduire 52 minutes de reportage vidéo en arabe. La diffusion se fera sur El Arabia et sur toutes les chaînes au Moyen Orient.

- **Lancement du film Sabra et Shatila** : en septembre 2003, MSF E.A.U. a présenté le film Sabra et Shatila à la Fondation culturelle d'Abu Dhabi, sous le patronage de Sheikh Nahahan. Mr Hisham Jurdi, le réalisateur du film, et Jean Hervé Bradol, président de Médecins Sans Frontières France, étaient présents, tout comme nombre de représentants des autorités locales, de diplomates, des médias, d'universitaires, et des communautés libanaise et palestinienne. Cette projection fut une bonne occasion de présenter le bureau de MSF.
- **Conférence sur l'accès aux médicaments essentiels** : en décembre 2003, MSF E.A.U. a organisé une conférence sur le problème de l'accès aux médicaments essentiels et sur les maladies ignorées dans les pays en développement. Il s'agissait de faire connaître une nouvelle initiative de MSF et de sensibiliser la communauté médicale, les sociétés pharmaceutiques, les responsables locaux et les diplomates. Cette conférence permit d'identifier certaines opportunités de financement apparent, et certains donateurs.
- En janvier, MSF E.A.U. a participé à une conférence médicale régionale dans la ville d'Al Ain, à l'Université des E.A.U. A côté de la conférence, MSF animait un stand sur lequel ont été distribués des brochures et des documents de référence.
- Enfin, MSF E.A.U. est à la recherche d'un partenariat avec des instituts de recherche et des sociétés locales pour établir l'image de MSF. Cela permettra d'améliorer le niveau de financements possibles en provenance des Emirats. Les nouvelles orientations et les accords signés avec plusieurs instituts de recherche pour la traduction et la diffusion de « Populations en danger », et avec la Fondation culturelle pour lancer un centre de langues pour les expatriés prouvent l'ouverture réelle de la région vis-à-vis de MSF.

collecter des fonds

Marketing : La mise en place d'une nouvelle base de données, l'élaboration de mailings plus ciblés ainsi que l'envoi d'enveloppes pré timbrées pour les réponses ont été positifs. L'année 2003 a montré la réaction positive des donateurs à l'envoi de mailings ciblés. Les revenus générés par les 4 premiers mailings ciblés représentent actuellement 91.581 Dhhs, pour un don moyen de 700 Dhhs.

- en 2003, MSF E.A.U. a prospecté et recruté environ 800 nouveaux donateurs, recrutés pour 500 d'entre eux par les événementiels. Deux mailings avec des encarts ont été envoyés au début de l'année, et il reste encore 4 mailings de prospection à faire d'ici la fin de l'année.
- Le ciblage doit mettre l'accent sur les Emirats. Le directeur de MSF E.A.U. devra les rencontrer.
- Il est prévu de mettre au point un système de certificat de don pour les sociétés désirant faire des dons au nom de leurs clients / employés.
- En 2004, un système de don en ligne sera étudié, ainsi qu'une newsletter à envoyer par Internet.
- Calendrier. 5000 calendriers avec des photos MSF et des phrases percutantes ont été imprimés. Le sponsoring représente 68.000 AED (17.000 €, en provenance de 12 sociétés. Les certificats de don (employés ou sociétés partenaires) et des calendriers pour 2005 fourniront une autre source de revenus.

perspectives 2004

Concernant les donateurs existants

- Mettre en œuvre une personnalisation complète des mailings ciblés.
- Améliorer les relations avec les donateurs en établissant des relations / courriel personnalisés + appels téléphoniques
- Transformer les donateurs occasionnels en donateurs réguliers
- Faire passer au rang d'associés les donateurs les plus généreux
- Mettre en place la Newsletter électronique + la donation en ligne
- Accompagner les lettres de remerciement d'un formulaire de don
- Rendre fonctionnelle de la page de don en ligne avec un bouton animé

Concernant le recrutement des nouveaux donateurs

- tester une personnalisation complète des mailings de prospection ou de marketing
- tester de nouveaux moyens de recrutement
- appels en ligne et donations en ligne
- augmenter les bulletins réponses / appels
- tester la notoriété / assistée / spontanée
- renouveler le système des ambassadeurs par le biais de donateurs existants.

La politique de recrutement des gros donateurs sera prioritaire en 2004

- approche personnalisée des mécènes
- évaluation de notre activité de marketing
- documents écrits / brochures / résumé des projets adaptés
- identification de gros donateurs potentiels dans la base de données existante ainsi que dans les E.A.U.

- priorité donnée aux gros donateurs des Emirats.

événements organisés par MSF E.A.U.

L'événementiel est une grande partie de l'activité du bureau de MSF E.A.U. Les activités organisées participent des campagnes de sensibilisation et génèrent une grande partie des fonds. L'événementiel est la source de 30 à 40 % des fonds récoltés.

sur dubaï

- poursuite de l'activité avec trois rencontres internationales : Jumeirah–Natation Burj Al Arab, Marathon Vertical et Marathon de Plage.
- Poursuivre et encourager des rencontres avec les écoles, encourager les « clubs » MSF ou le choix de MSF comme organisme caritatif pendant un an pour sensibiliser et récolter davantage de fonds
- Consolider la base de données des bénévoles ayant des compétences à utiliser au fur et à mesure des besoins.
- Identifier les bénévoles arabophones et ceux qui acceptent d'aller parler dans les écoles arabes.
- Continuer à renforcer les liens avec les médias locaux afin que les événements soient couverts.
- Obtenir des budgets similaires ou supérieurs à ceux de 2003.
- Éviter les événements proposés par des sociétés spécialisées dans ce type d'activités, sauf si des conditions favorables ont été obtenues.

sur abu dhabi

- Renforcer notre lien avec toutes les associations, groupes de femmes pour augmenter le nombre de membres de soutien
- Promouvoir MSF par des conférences dans les écoles pour sensibiliser et les encourager à organiser des actions en faveur de MSF
- Former les bénévoles pour leur permettre de présenter MSF dans diverses écoles d'Abu Dhabi.
- Approcher les grandes sociétés pour obtenir leur soutien pour les actions à venir.
- Étudier et évaluer les propositions transmises par les partenaires.
- Établir de bons contacts avec les étudiants de diverses universités d'Abu Dhabi.
- Lancer une campagne de dons de livres dans les écoles, universités et sociétés
- Organiser des séances de réflexion avec les bénévoles pour trouver de nouvelles idées de collectes de fonds.
- Impliquer plus encore les bénévoles, organiser une ou deux fois par mois des projections des films de MSF.

appui aux sections MSF

MSF E.A.U. facilite le transit via Dubaï ou Abu Dhabi pour les expatriés allant ou rentrant de missions dans les pays voisins (Pakistan, Iran, Afghanistan). Le bureau fournit des visas et des chambres d'hôtels grâce à son réseau d'hôtels partenaires. Quand les expatriés sont présents, MSF E.A.U. organise des conférences de presse, surtout pour ceux qui rentrent de missions. Ces témoignages sont très appréciés aux E.A.U. En outre, les expatriés sont aussi invités à échanger avec le personnel de MSF E.A.U. et à les informer des réalités sur le terrain, ce qui est essentiel pour que les gens connaissent la réalité des missions, ce qui minimise le fossé entre MSF E.A.U. et le travail de terrain.

Dans le même esprit, MSF E.A.U. a participé à une assistance logistique légère pendant l'urgence du séisme de Bam en Iran et de l'urgence au Darfour (Soudan) en envoyant des couvertures et des BP5 (Biscuits protéinés pour la renutrition) directement au départ de Dubaï. Tout cela est positif pour mettre le personnel de MSF E.A.U. plus directement en phase avec la réalité.

antennes régionales de la section française de Médecins Sans Frontières

ALSACE - LORRAINE	10 Place du Temple Neuf 67000 Strasbourg permanences : lundi, jeudi 15h-18h	tél. : +33 (0)3 88 75 76 96 fax : +33 (0)3 88 75 77 21 e-mail : MSF-Strasbourg@ paris.msf.org
AQUITAINE	73 Avenue d'Arès 33000 Bordeaux permanences : mardi, jeudi 14-19h	tél. : +33 (0)5 56 98 30 83 fax : +33 (0)5 56 24 65 63 e-mail : MSF-Bordeaux- antenne@paris.msf.org
BRETAGNE	5 rue du Pré Perché 35000 Rennes	tél/fax: +33 (0)2 99 30 28 28 e-mail : MSF-Rennes@paris.msf.org
CHAMPAGNE	2 boulevard Vasco De Gama 51100 Reims permanence : jeudi 14h-17h	tél. : +33 (0)3 26 05 80 05 fax : +33 (0)3 26 49 82 36 e-mail : MSF-Reims@paris.msf.org
ILE DE FRANCE	18 rue Bernard Dimey 75018 Paris - Code 5168 permanences : mardi et jeudi 14h-17h	tél. : +33 (0)1 42 26 03 82 fax : +33 (0)1 42 26 30 62 e-mail : MSF-Paris-IDF@paris.msf.org
LANGUEDOC-ROUSSILLON	12 rue Charles Amans 34000 Montpellier permanence : samedi 14h30-16h30	tél. : +33 (0)4 67 58 61 56 fax : +33 (0)4 67 58 32 52 e-mail : MSF-Montpellier@paris.msf.org
MIDI PYRENEES	15, rue de la Colombette 31000 Toulouse permanences : lundi, mercredi 17h-19h Réunions infos : dernier mardi 21h	tél. : +33 (0)5 61 80 64 70 fax : +33 (0)5 61 54 19 51 e-mail : MSF-Toulouse@paris.msf.org
PAS DE CALAIS/PICARDIE	3 bis Résidence Sylvère Verhulst Place Léonard de Vinci 59000 Lille permanences : jeudi 17h30-19h30	tél. : +33 (0)3 20 60 00 50 fax : +33 (0)3 20 96 34 60 e-mail : MSF-Lille@paris.msf.org
PROVENCE COTE D'AZUR	21, rue d'Oran 13004 MARSEILLE permanences : lundi 15h-17h, mercredi : 14h-16h	tél. : 33 (0)4 96 12 46 50 fax : 33 (0)4 96 12 46 59 e-mail : MSF-Marseille@paris.msf.org
RHONE ALPES	5 rue des Remparts d'Ainay 69002 Lyon permanence : mardi 15h-18h	tél. : +33 (0)4 78 42 86 50 fax : +33 (0)4 72 41 91 46 e-mail : MSF-Lyon@paris.msf.org

bases logistiques de Médecins Sans Frontières

BELGIQUE	Transfer Duprèstreet, 94 B-1090 Bruxelles Jette Brucargo Building 734 B 1930 Bruxelles (Zaventem)	tél. : +32 2 - 474 75 00 Ur. : +32 2 - 474 75 01 fax : +32 2 - 478 51 95 e-mail : office-transfer@brussels.msf.org tél. : 32 2 751 51 41 fax : 32 2 751 54 55
FRANCE Directeur : Gérald Massis	Médecins Sans Frontières Logistique 14 Avenue de l'Argonne 33700 Bordeaux / Mérignac	tél. : 00 33 5 56 13 73 73 Ur. : 00 33 5 56 47 91 00 fax : 00 33 5 56 13 73 74 e-mail : standard@bordeaux.msf.org

sections internationales de médecins sans frontières

ALLEMAGNE Président : Stefan Krieger Dir. Gén. : Dr Ulrike Von Pilar	Arzte Ohne Grenzen Lieselingsweg 102 D-53119 Bonn	tél. : +49 228 55 95 00 fax : +49 228 55 95 011 e-mail : office@bonn.msf.org
AUTRICHE Président : Dr Clemens Vlasich Dir. Général : Franz Neunteufl	Arzte Ohne Grenzen Josefstaedter Strasse 19, A-1082 Wien (ou Postfach 53)	tél. : +43 1 409 72 76 fax : +43 1 409 72 76 40 e-mail : office@vienna.msf.org
AUSTRALIE Président : Rowan Gillies Dir. Génér. : Philippe Couturier	Médecins Sans Frontières Suite C, Level 1 263 Broadway Glebe NSW 2037 ou GPO Box 847 Broadway NSW 2007	tél. : +61 2 - 95 52 49 33 fax : +61 2 - 95 52 65 39 e-mail : office@sydney.msf.org
BELGIQUE Président : J.M. Kindermans Vice-Présidente : B. Kerstiëns Dir. Général : Gorik Ooms	Médecins Sans Frontières Duprèstreet, 94 1090 Bruxelles Jette	tél. : +32 2- 474 74 74 Ur. : +32 2-474 74 70 fax : +32 2- 474 75 75 e-mail : zoom@brussels.msf.org
CANADA Président : Joanne Liu Dir. Général : David Morley	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 : Soeren Brix Christensen Dir. Général : Philip Clark	Médecins Sans Frontières Bernstorffsvej 20 2900 Hellerup	tél. : +45 39 62 63 01 fax : +45 39 62 61 04 e-mail : info@msf.dk

<p>ESPAGNE Président : Emilia Herranz Dir. Génér : Rafa Vila San Juan</p>	<p>Médecins Sin Fronteras Nou de la Rambla 26 08001 Barcelona</p>	<p>tél. : +34 3 - 304 61 00 Ur. : +34 3-929 187 000 fax : +34 3 - 304 61 02 e-mail : oficina@barcelona.msf.org Madrid : tél. : 34 915 411 375</p>
<p>ÉTATS-UNIS Président : Darin Portnoy Dir. Génér : Nicolas de Torrente</p>	<p>Médecins Sans Frontières/ Doctors Without Borders 333 7th Avenue 2nd Floor New York, NY 10001</p>	<p>tél. : +1 212 679 68 00 fax : +1 212 679 70 16 e-mail : doctors@newyork.msf.org</p>
<p>FRANCE Président : Dr Jean-Hervé BRADOL Dir. Général : Pierre Salignon</p>	<p>Médecins Sans Frontières 8 rue Saint-Sabin 75544 Paris Cedex 11</p>	<p>tél. : +33 (0)1 - 40 21 29 29 Ur. : +33 (0)1 - 48 06 26 87 fax : +33 (0)1 - 48 06 68 68 e-mail : office@paris.msf.org</p>
<p>HOLLANDE Présidente : Lisette Luykx Dir. Général : Dr Austen Davis</p>	<p>Artsen Zonder Grenzen Plantage Middenlaan 14 1018 DD Amsterdam</p>	<p>tél. : +31 20-520 87 00 Ur. : +31 20-520 87 25 fax : +31 20-620 51 70 e-mail : hq@amsterdam.msf.org</p>
<p>HONG KONG Présidente : Emily Chan Dir. Général : Dik Van Der Tak</p>	<p>Médecins Sans Frontières Shop 5B, Lai chi kok Bay Garden, Lai King Hill Road, N° 272 Kowloon, Hong Kong (ou GPO Box 5083)</p>	<p>tél. : +852 2 338 82 77 fax : +852 2 304 60 81 e-mail : firstname_lastname@msf.org.hk e-mail : office@msf.org.hk</p>
<p>ITALIE Président : Stefano Vajtho Dir. Général : Stefano Savi</p>	<p>Médecins Sans Frontières Via Volturmo, 58 00185 ROME</p>	<p>tél. : 00.39.06.448.69.21 fax : 00.39.06.448.69.220 e-mail : first.lastname@rome.msf.org</p>
<p>JAPON Présidente : Saeko Terada Dir. Gén. : Armand Virondeau</p>	<p>Médecins Sans Frontières 2-4-10 Shimo-Ochiai Shinjuku-ku 161.0033 Tokyo JAPON</p>	<p>tél. : +813 33 66 85 71 fax : +813 33 66 85 73 e-mail : msf@japan.msf.org</p>
<p>LUXEMBOURG Président : Dr Romain Poos Dir. Gén. : Laure Belin</p>	<p>Médecins Sans Frontières 70, rue de Gasperich L-1617 Luxembourg</p>	<p>tél. : +35 2 - 33 25 15 Ur. : +35 2 -33 51 07 fax : +35 2 - 33 51 33 e-mail : office-lu@msf.org</p>
<p>ROYAUME UNI Président : Greg Mac Anulty Dir. Génér : J-Michel Piedagnel</p>	<p>Médecins Sans Frontières 67-74 Saffron Hill London EC1N 8QX UK</p>	<p>tél. : +44 207 404 66 00 fax : +44 207 404 44 66 e-mail : office-ldn@london.msf.org</p>
<p>NORVEGE Président : Atle Fretheim Dir. Général : Patrice Vastel</p>	<p>Médecins Sans Frontières Radhusgate 30 A 0151 Oslo</p>	<p>tél : +47 22 33 45 55 fax: +47 22 33 45 51 e-mail : office-osl@oslo.msf.org</p>

<p>SUEDE Président : Pehr Olov Pehrson Dir. Générale : Muriel Cornelis</p>	<p>Médecins Sans Frontières Godlansgatan 84 S-116 38 Stockholm</p>	<p>tél. : +46 8 - 55 60 98 00 fax : +46 8 - 55 60 98 01 e-mail : office-sto@brussels.msf.org msf-sweden@swipnet.se</p>
<p>SUISSE Présidente : Isabelle Segui-Bitz Dir. Gén. : Christian Captier</p>	<p>Médecins Sans Frontières 78 rue de Lausanne Case Postale 116 1211 Geneva 21</p>	<p>tél. : +41 22-849 84 84 Ur. : +41 22-849 84 85 fax : +41 22-849 84 88 Gardes : +41 89 203 13 02 e-mail : office@geneva.msf.org</p>
<p>Bureau International Secr. gén. : Marine Buissonnière Président : Rowan Gillies</p>	<p>Médecins Sans Frontières 39 rue de La Tourelle 1040 Bruxelles</p>	<p>tél. : +32 2 - 280 18 81 fax : +32 2 - 280 01 73 e-mail : office-intnl@bi.msf.org</p>
<p>Bureau de Liaison Nations- Unies ÉTATS-UNIS Catherine Harper</p>	<p>Médecins Sans Frontières 6 East 39th Street 8th Floor New York, NY 10016</p>	<p>tél. : +1 212 679 68 00 fax : +1 212 679 70 16 e-mail : catherine- harper@newyork.msf.org</p>
<p>Bureau de liaison Nations- Unies à Genève Laure Delcros</p>	<p>Médecins Sans Frontières Rue du Lac 12, Case postale 6090 1211 Genève 6</p>	<p>tél. : +41 22 849 84 00 fax : +41 22 849 84 04 msf-international- gva@geneva.msf.org</p>
<p>Bureau : EMIRATS ARABES UNIS Responsable : Ismael FOUAD</p>	<p>Nasr Street (behind Khalifa Committee) Oteiba Building - Office 203 ABU DHABI (ou PO Box 47226)</p>	<p>tél. : +971 2 6317 645 fax : +971 2 6215 059 e-mail : msfuae@emirates.net.ae</p>
<p>Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels Directeur : Karim Laouabdia</p>	<p>Médecins Sans Frontières 78 rue de Lausanne 1207 Genève 6 (Case Postale 16 /1211 Geneva 6)</p>	<p>Tél. : + 41 22 849 84 05 Fax : + 41 22 849 84 04 e-mail : www.accessmed-msf.org</p>

composition du conseil d'administration issu de l'assemblée générale des 15 et 16 mai 2004

La composition du Conseil d'administration élu en mai 2004 est la suivante :

Président	Dr Jean-Hervé BRADOL (élu en 2003, reste 2 ans)
Vice-président	Dr François BOURDILLON (élu en 2003, reste 2 ans)
Vice-présidente	Cécile SERRE-COMBE DEVERRIERE (élue en 2002, reste 1 an)
Trésorier	Dr Philippe HOUDART (élu en 2003, reste 2 ans)
Trésorière adjointe	Sylvie LEMMET (début de mandat de 3 ans)
Secrétaire Générale	Marie-Christine FERIR (élue en 2003, reste 2 ans)
Secrétaire Générale adj.	Virginie RAISSON (élue en 2002, reste 1 an)
Membres	Marc LE PAPE (élu en 2002, reste 1 an) Dr Thomas NIERLE (élu en 2002, reste 1 an) Dr Marie-Pierre ALLIE (début de mandat de 3 ans) Jacques ALLIX (début de mandat de 3 ans) Michel AGIER (début de mandat de 3 ans) Dr Jean-Paul DIXMERAS (début de mandat de 3 ans) Dr Elise KLEMENT (termine le mandat de M. Janssens élu en 2003, reste 2 ans) Dr Pascale NOTERDAEME-VAN DEN OSTENDE (termine le mandat de B. Jeannerod élue en 2002, reste 1 an)

Coopté jusqu'à la prochaine AG Dr German CASAS

