

MSF Suisse

Rapport d'activités 2012

Médecins Sans Frontières (MSF) est une organisation médicale humanitaire internationale indépendante qui apporte une aide d'urgence aux populations sans accès à des soins de santé, touchées par des conflits armés, des épidémies ou des catastrophes naturelles.

Association à but non lucratif fondée en 1971 par des médecins et des journalistes à Paris, en France, MSF est aujourd'hui un mouvement international composé de 23 associations dans le monde et d'un bureau international de coordination basé à Genève, en Suisse.

MSF est une organisation indépendante et autonome qui accomplit ses missions dans le respect de l'éthique médicale et selon les principes de neutralité et d'impartialité. Elle apporte son aide aux populations en danger, sans aucune discrimination ethnique, religieuse, sexuelle ou politique.

Pour mener à bien son action, MSF doit pouvoir évaluer librement les besoins médicaux, accéder sans restriction aux populations concernées et contrôler directement les secours qu'elle apporte aux personnes les plus en danger. Refusant de prendre parti pour l'un ou l'autre des belligérants, l'organisation demande un accès sans entrave aux patients ainsi qu'un espace de travail suffisant pour pouvoir mener des interventions médicales d'urgence. MSF dépend de dons privés et n'accepte aucun financement de la part d'acteurs directement impliqués dans un conflit ou dans une urgence médicale où elle intervient.

IMPRESSUM
Médecins Sans Frontières Suisse, 2013

Editeur responsable :
Laurent Sauveur
Rédactrice en chef :
Natacha Bühler
Ont collaboré à ce numéro :
Louise Annaud, Franck Eloi, Emmanuel Flamand, Bruno Jochum, Sarah Lachat, Natasha Lewer, Eveline Meier, Katharina Meyer, Simon Petite, Leslie Taverney
Traductions :
Charlotte Dickens, Xplanation
Design et réalisation :
www.latitudesign.com
Impression :
Artgraphic Cavin SA

Bureau de Genève (siège)
Rue de Lausanne 78
Case Postale 116
1211 Genève 21, Suisse
Tél. : +41 22 849 84 84
Fax : +41 22 849 84 88
Email : office-gva@geneva.msf.org

Bureau de Zurich
Kanzleistrasse 126
Case Postale 1942
8026 Zurich, Suisse
Tél. : +41 44 385 94 44
Fax : +41 44 385 94 45
Email : office-zuh@geneva.msf.org

www.msf.ch

CCP 12-100-2

L'ACTION MÉDICALE EN DANGER



Abiy Tamrat,
Président de MSF Suisse



Bruno Jochum,
Directeur général de MSF Suisse

« 2012 a été marquée par la guerre en Syrie. »

L'année 2012 a été marquée par la guerre en Syrie et par les énormes difficultés des acteurs humanitaires pour accéder à la population prise au piège dans ce conflit d'une extrême violence.

Les humanitaires sont habitués aux obstacles, mais en Syrie, ces derniers prennent une dimension particulièrement choquante. L'aide médicale est entravée en tant que telle et est ouvertement visée, les hôpitaux bombardés et le personnel soignant menacé, arrêté ou pire, éliminé. Apporter des soins à la partie adverse fait de vous un ennemi et donc une cible légitime.

Le ciblage de l'aide médicale est devenu un trait distinctif du conflit syrien. Une véritable tactique de guerre. A tel point qu'il est arrivé que les habitants refusent l'installation d'un centre de soins MSF dans leur village par peur des bombardements. Face à cette situation de violence, dont les premières victimes sont les professionnels de santé syriens, notre aide à l'intérieur de la Syrie est inévitablement limitée. En revanche, nous avons quadruplé notre assistance aux réfugiés qui fuient dans les pays voisins, notamment au Liban et en Irak.

Aujourd'hui, il est vital d'améliorer les conditions de travail de nos collègues syriens, qui assurent la plus grande part des soins à la population. Nous avons un devoir de solidarité. En Syrie, mais aussi au Soudan ou en République démocratique du Congo (RDC), l'action médicale est en danger. C'est le cœur d'une campagne de communication qui sera lancée dans nos missions.

Nous devons faire comprendre aux combattants qu'ils ont intérêt à protéger la mission médicale. L'éthique médicale requiert de soigner tous les patients, indépendamment de leur appartenance ethnique, religieuse ou politique. Et lorsqu'elle se réclame des principes humanitaires, la délivrance des soins doit rester indépendante, neutre et impartiale.

Il nous faut revenir à l'esprit des Conventions de Genève. Ces traités sont la base du droit humanitaire et reposent sur l'intérêt bien compris des belligérants. Traiter humainement les blessés, les prisonniers et limiter l'impact de la violence sur les civils sont les meilleurs moyens d'assurer que l'autre camp fasse de même. Il faut absolument que les parties au conflit puissent s'entendre sur ce minimum vital, et que les Etats tiers qui les soutiennent en fassent une priorité politique.

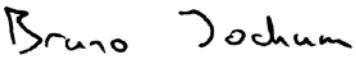
Il s'agit d'une question de vie ou de mort pour les patients et les professionnels de santé sur place, mais c'est aussi la seule garantie pouvant assurer la sécurité des « médecins sans frontières » dans le déploiement de secours médicaux. En effet, les travailleurs humanitaires paient trop souvent un prix inacceptable pour leur engagement.

Nos pensées sont en permanence tournées vers Montsserat Serra et Blanca Thiebault. Enlevées en octobre 2011 dans les camps de réfugiés de Dadaab, au Kenya, alors qu'elles aidaient des réfugiés somaliens dans le besoin, nos deux collègues de la section espagnole sont toujours maintenues en captivité et MSF continue d'œuvrer inlassablement à leur libération.

Ce rapport constitue également un modeste témoignage de notre reconnaissance envers chacune et chacun d'entre vous, sans qui nous ne pourrions agir aux côtés des populations en détresse. Nous vous remercions pour votre engagement et votre soutien continu.



Abiy Tamrat,
Président de MSF Suisse



Bruno Jochum,
Directeur général de MSF Suisse

SOMMAIRE

Bilan de l'année **4**

Priorités médicales **6**

Urgences **7**

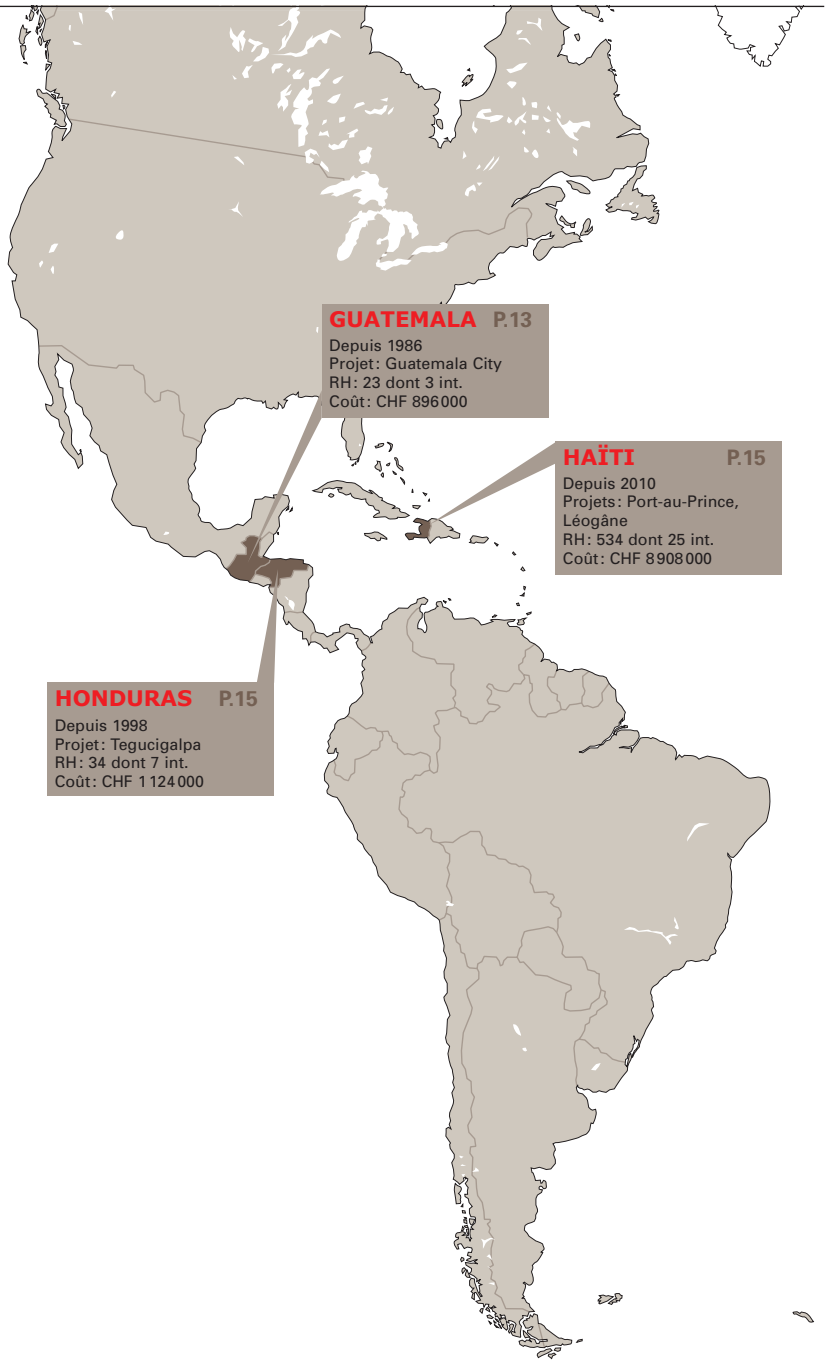
Activités par pays **12**
- Cameroun 12
- Djibouti 13
- Guatemala 13
- Guinée 14
- Guinée Bissau 14
- Haïti 15
- Honduras 15
- Irak 16
- Kenya 17
- Kirghizistan 18
- Liban 18
- Mozambique 20
- Myanmar 20
- Niger 21
- République démocratique du Congo (RDC) 22
- République populaire démocratique de Corée 23
- Somalie 24
- Soudan 24
- Soudan du Sud 25
- Swaziland 26
- Tchad 26

Ressources humaines **27**

Résultats financiers **28**

Remerciements **30**

Le Conseil d'administration **32**



JANVIER

RDC: Réponse à une épidémie de choléra. 1160 malades sont pris en charge.


© Martina Arnold/MSF

AVRIL

Guinée: 117000 personnes sont vaccinées contre le choléra dans la préfecture de Boffa.


© Lynsey Addario/VII

JUIN

Kenya: MSF dénonce l'insuffisance de l'aide dans les camps de Dadaab.

< JAN 2012

FÉVRIER

Cameroun: 1800 patients sont soignés lors d'une épidémie de rougeole.

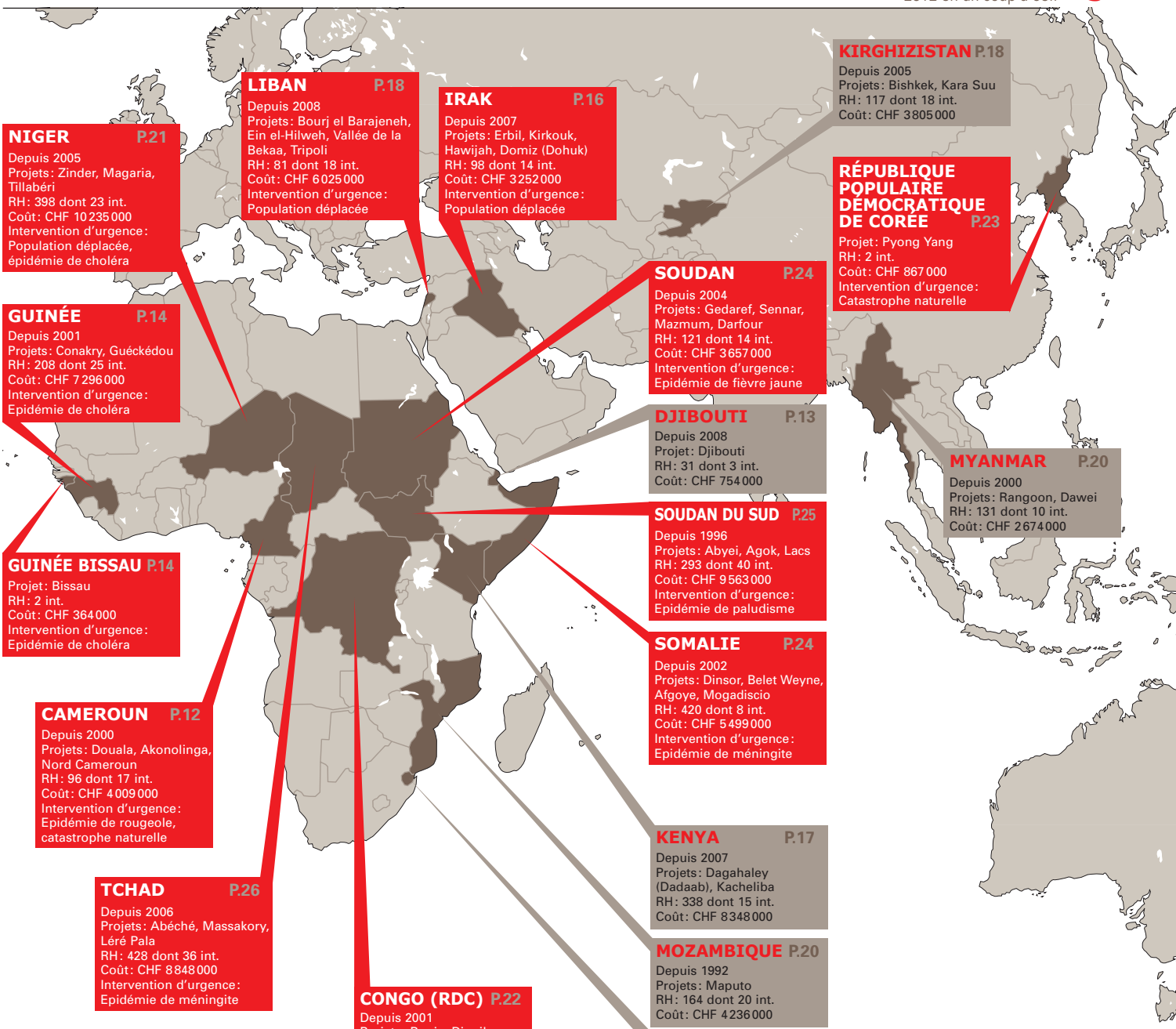
Djibouti: Fermeture du projet de prise en charge de la malnutrition infantile.


© Claude Mahoudeau/MSF

MAI

Tchad: 358850 personnes sont vaccinées contre la méningite dans la région de Massakory.

Niger: Epidémie de choléra dans la région de Tillabéri. 1200 patients sont soignés.



NIGER P.21
Depuis 2005
Projets: Zinder, Magaria, Tillabéri
RH: 398 dont 23 int.
Coût: CHF 10235000
Intervention d'urgence: Population déplacée, épidémie de choléra

GUINÉE P.14
Depuis 2001
Projets: Conakry, Guéckédou
RH: 208 dont 25 int.
Coût: CHF 7296000
Intervention d'urgence: Epidémie de choléra

GUINÉE BISSAU P.14
Projet: Bissau
RH: 2 int.
Coût: CHF 364000
Intervention d'urgence: Epidémie de choléra

CAMEROUN P.12
Depuis 2000
Projets: Douala, Akonolinga, Nord Cameroun
RH: 96 dont 17 int.
Coût: CHF 4009000
Intervention d'urgence: Epidémie de rougeole, catastrophe naturelle

TCHAD P.26
Depuis 2006
Projets: Abéché, Massakory, Léré Pala
RH: 428 dont 36 int.
Coût: CHF 8848000
Intervention d'urgence: Epidémie de méningite

CONGO (RDC) P.22
Depuis 2001
Projets: Bunia, Dingila, Doruma, Dungu, Lac Albert, Gety, Zobia
RH: 461 dont 55 int.
Coût: CHF 14075000
Intervention d'urgence: Epidémie de choléra, épidémie de paludisme, épidémie de rougeole

LIBAN P.18
Depuis 2008
Projets: Bourj el Barajeneh, Ein el-Hilweh, Vallée de la Bekaa, Tripoli
RH: 81 dont 18 int.
Coût: CHF 6025000
Intervention d'urgence: Population déplacée

IRAK P.16
Depuis 2007
Projets: Erbil, Kirkouk, Hawijah, Domiz (Dohuk)
RH: 98 dont 14 int.
Coût: CHF 3252000
Intervention d'urgence: Population déplacée

SOUDAN P.24
Depuis 2004
Projets: Gedaref, Sennar, Mazmum, Darfour
RH: 121 dont 14 int.
Coût: CHF 3657000
Intervention d'urgence: Epidémie de fièvre jaune

DJIBOUTI P.13
Depuis 2008
Projet: Djibouti
RH: 31 dont 3 int.
Coût: CHF 754000

SOUDAN DU SUD P.25
Depuis 1996
Projets: Abyei, Agok, Lacs
RH: 293 dont 40 int.
Coût: CHF 9563000
Intervention d'urgence: Epidémie de paludisme

SOMALIE P.24
Depuis 2002
Projets: Dinsor, Belet Weyne, Afgoye, Mogadiscio
RH: 420 dont 8 int.
Coût: CHF 5499000
Intervention d'urgence: Epidémie de méningite

KENYA P.17
Depuis 2007
Projets: Dagahaley (Dadaab), Kacheliba
RH: 338 dont 15 int.
Coût: CHF 8348000

MOZAMBIQUE P.20
Depuis 1992
Projets: Maputo
RH: 164 dont 20 int.
Coût: CHF 4236000

SWAZILAND P.26
Depuis 2007
Projet: Nhlangano (Shiselweni)
RH: 192 dont 23 int.
Coût: CHF 8387000

KIRGHIZISTAN P.18
Depuis 2005
Projets: Bishkek, Kara Suu
RH: 117 dont 18 int.
Coût: CHF 3805000

RÉPUBLIQUE POPULAIRE DÉMOCRATIQUE DE CORÉE P.23
Projet: Pyong Yang
RH: 2 int.
Coût: CHF 867000
Intervention d'urgence: Catastrophe naturelle

MYANMAR P.20
Depuis 2000
Projets: Rangoon, Dawei
RH: 131 dont 10 int.
Coût: CHF 2674000

■ : *Interventions d'urgence*

RH: Equivalent Temps Plein (ETP)

Coût: soutien siège aux programmes inclus

AOÛT

Niger: **Le pic saisonnier de malnutrition coïncide avec une flambée de paludisme. 750 enfants sont pris en charge à Doungass.**

SEPTEMBRE

Cameroun: **Des inondations dans le nord du pays déplacent des milliers de personnes. MSF intervient en urgence.**



© Holly Pickett

OCTOBRE

Soudan du Sud: **Epidémie de paludisme dans l'Etat des Lacs. MSF soutient 11 structures du ministère de la Santé.**

Guinée Bissau: **Prise en charge de 1510 malades souffrant de choléra.**

NOVEMBRE

Soudan: **Soutien au ministère de la Santé dans la lutte contre une épidémie de fièvre jaune.**



© Natacha Buhler/MSF



© Mohammed Nuredin

DÉCEMBRE

Guatemala: **Remise aux autorités locales du projet de prise en charge des violences sexuelles.**

DÉC 2012 >

BILAN DE L'ANNEE 2012

Conséquences de la guerre en Syrie et au Mali, soins aux réfugiés somaliens, épidémies à répétition en République démocratique du Congo (RDC)… En 2012, MSF Suisse a été active dans 21 pays et a conduit 54 projets.

Pour MSF, l'année 2012 a été marquée par l'intensification des combats en Syrie et l'augmentation exponentielle des réfugiés dans les pays limitrophes. Pour répondre à leurs besoins, nous avons quadruplé notre aide au Liban et en Irak. Alors que les réfugiés étaient confrontés à des conditions de vie de plus en plus précaires, 22 060 consultations ont été dispensées au Liban en 2012. En plus d'alerter l'opinion publique, la communauté humanitaire et les principaux bailleurs de fonds sur l'insuffisance de l'aide, MSF a aussi multiplié les distributions de couvertures, de mazout ou de biens de première nécessité afin d'aider les réfugiés dispersés dans la vallée de la Bekaa à surmonter l'hiver. En mai 2012, nous avons aussi mis en place un centre de santé ouvert 24 heures sur 24 dans le camp de Domiz, en Irak. Après trois ans de négociation, nous avons réussi à obtenir l'accès de personnel expatrié à l'hôpital d'Hawijah, dans le «triangle sunnite» de l'Irak, toujours en proie à une guerre larvée.

La crise au Mali a aussi généré son lot de réfugiés et nous avons dû intervenir dans plusieurs camps dans la région de Tillabéri au Niger pour leur venir en aide. Dans l'ensemble du Sahel, la détérioration de la situation sécuritaire, aggravée par l'intervention française au Mali au début de l'année 2013, génère d'énormes défis pour nos projets. D'autant que le Sahel est touché de façon cyclique par des crises alimentaires et des épidémies. Au Tchad, MSF a dû ainsi lancer une vaccination d'urgence contre la méningite et prendre en charge les cas les plus compliqués. Comme chaque année, le pic de malnutrition saisonnière a provoqué un afflux d'enfants sévèrement malnutris dans les projets MSF au Tchad et au Niger. Malgré le contexte défavorable, nous avons continué à mettre en place de nouvelles stratégies préventives pour atténuer les pics de malnutrition.

En République démocratique du Congo (RDC), nous avons dû lancer de nombreuses interventions d'urgence dans le nord-est du pays pour faire face à des épidémies de paludisme, de choléra ou de rougeole. Dans certaines zones, le taux de mortalité a été trois fois supérieur au seuil d'urgence. Cette région immense reste instable et les centres de santé qui fonctionnent sont rares. Tous ces facteurs expliquent pourquoi nous avons dû intervenir à plusieurs reprises.

MSF est également intervenue contre le choléra en Guinée Bissau et en Guinée Conakry. En plus de la mise en place de centres de traitement pour isoler et soigner les malades, nous avons lancé au printemps 2012 une campagne de vaccination dans les environs de la capitale Conakry. Il s'agissait de la première vaccination pour enrayer une épidémie de choléra en Afrique. Notre action a permis de réduire l'apparition de nouveaux cas dans toute la zone couverte. Au niveau international, cette première a abouti à la constitution d'un stock de vaccins mobilisables en cas d'urgence. En Haïti, où l'épidémie de choléra n'est toujours pas sous contrôle, nous avons continué de soigner des malades à Léogâne. Dans cette ville, MSF gère un hôpital de 160 lits construit après le séisme du 12 janvier 2010 et qui couvre de nombreux besoins de santé de la population.

Autre axe d'intervention important pour MSF, la lutte contre les pandémies du VIH/sida et de la tuberculose doit bénéficier des dernières avancées scientifiques. Au Swaziland, tout en continuant à soigner des dizaines de milliers de personnes contaminées par la double épidémie, notre équipe a mis en place une stratégie innovante pour prévenir la transmission du VIH entre les mères infectées et leur enfant, première étape d'un programme élargi de «traitement comme prévention». Au Kirghizistan, nous avons lancé un nouveau projet contre la tuberculose résistante aux médicaments avec pour objectif de rendre le traitement plus court, moins toxique et plus efficace quand de nouveaux médicaments arriveront sur le marché. Au Mozambique, nous avons recentré notre action sur la prise en charge des personnes co-infectées par le VIH et la tuberculose, des patients nécessitant un traitement de seconde ligne et des cas compliqués.

MSF Suisse reste également engagée dans la lutte contre les maladies tropicales négligées. Nos équipes sont notamment actives contre la maladie du sommeil (trypanosomiase humaine

21 pays

54 projets

1 287 591 consultations ambulatoires

74 479 hospitalisations

300 895 cas de paludisme traités

18 016 enfants malnutris hospitalisés

38 552 enfants malnutris soignés en ambulatoire

21 027 accouchements

44 518 patients séropositifs recevant un traitement de première ligne


© Spencer Platt/Getty Images

africaine) en RDC, contre le kala-azar (leishmaniose viscérale) au Soudan et contre l'ulcère de Buruli au Cameroun.

En Amérique centrale, nous avons poursuivi la prise en charge des victimes de violence. Grâce à notre expérience acquise au Guatemala et au Honduras, nous savons que ces victimes n'ont trop souvent pas accès aux soins.

L'environnement périlleux et de plus en plus incertain dans lequel nous travaillons, nous oblige à adapter sans cesse nos modes d'intervention pour accéder aux patients. Ainsi, à la fin de l'année 2012, nous avons largement recouru à du personnel soudanais contre l'épidémie de fièvre jaune au Darfour. Mais plusieurs expatriés ont également pu travailler dans cette province soudanaise, ce qui n'avait pas été possible depuis cinq ans. Autre exemple, plusieurs interventions éclairs ont été menées pour vacciner et prendre en charge des enfants malnutris à Afgoye, en Somalie, qui accueille un grand nombre de déplacés à l'extérieur de Mogadiscio. Dans la capitale somalienne, l'hôpital pédiatrique que nous avions ouvert au plus fort de la crise alimentaire qui frappait le pays en été 2011, a été consolidé, notamment grâce à la présence quasi-permanente d'expatriés.

Enfin, au Kenya, nous avons réussi, malgré l'insécurité, à maintenir nos services médicaux en faveur de la population de Dagahaley, l'un des cinq camps de Dadaab, la plus grande concentration de réfugiés au monde. Malheureusement, nos deux collègues enlevées à Dadaab en octobre 2011, Blanca Thiebaut et Montesserat Serra, sont toujours détenues en Somalie. Nous ne les oublions pas et toutes nos actions dans ce pays sont dictées par la nécessité de ne pas les mettre en danger. Aussi, l'ensemble des sections MSF ont décidé de suspendre l'ouverture de nouveaux projets en Somalie, à l'exception des urgences, jusqu'à leur libération.

Mariano Lugli, Directeur adjoint des opérations

4 382 patients tuberculeux

12 383 opérations chirurgicales

43 465 consultations individuelles de santé mentale

PRIORITÉS MÉDICALES 2012

En 2012, nos équipes ont mis en œuvre de nombreuses innovations médicales dans le but d'offrir des soins toujours plus efficaces, simplifiés et acceptables à nos patients, dans les domaines prioritaires de MSF Suisse : urgences, soins aux victimes de conflits, VIH/sida et tuberculose, paludisme et maladies tropicales, soins mère-enfants et malnutrition. Elles permettent d'améliorer nos protocoles de soins et les politiques de santé dans les pays où nous intervenons.

Lors de l'intervention majeure menée en RDC, MSF a ainsi opté pour une nouvelle stratégie face à une épidémie de paludisme exceptionnelle. Appelée « test & treat », elle consiste à tester systématiquement tous les habitants d'une zone cible de porte à porte, et à les traiter automatiquement si le test est positif, même s'ils ne présentent aucun symptômes (le traitement est habituellement proposé si le patient souffre de fièvre). Le but est d'atténuer le pic épidémique en limitant les accès de fièvre et en réduisant substantiellement le nombre de cas graves, et donc de décès, au sein de la population.

Dans la même perspective, MSF a mené en Guinée une première campagne de vaccination contre le choléra en collaboration avec le ministère de la Santé. Basée sur un vaccin oral administré en deux doses à 15 jours d'intervalle, la campagne a touché plus de 70% de la population cible. Bien acceptée, elle a démontré la validité de la vaccination comme méthode d'intervention lors d'un pic épidémique de choléra. Documentée et partagée avec d'autres acteurs, cette expérience a conduit à la constitution d'un stock de vaccins au niveau international, disponible lors d'épidémies similaires dans le futur.

« Améliorer la connaissance, le diagnostic et le traitement des pathologies auxquelles nous sommes confrontés est un travail continu. »

Face au danger de la tuberculose multi-résistante, MSF a également innové en investissant dans une nouvelle méthode de diagnostic, le « GeneXpert », au Swaziland, Mozambique et Kirghizstan. Simple d'utilisation, cette petite machine permet de détecter très rapidement et sans examen supplémentaire au microscope, à la fois la présence du bacille de la tuberculose et la résistance éventuelle aux médicaments. Cette innovation favorise l'accès immédiat à des traitements adéquats pour les patients et réduit les risques de résistance dans la population.

Contre le VIH/sida, une stratégie de « test & treat » a été lancée au Swaziland : il s'agit de mettre sous traitement antirétroviral tous les porteurs du virus, indépendamment de leur niveau de résistance immunitaire (le traitement est habituellement proposé lorsque le taux de cellules immunitaires est <350), ce qui les rend moins contagieux, limite le risque de transmission, et permet d'infléchir la courbe infectieuse dans la population.

En plus de la prise en charge traditionnelle des enfants sévèrement malnutris dans les structures de santé, MSF a formé, au Niger et au Tchad, des agents communautaires pour dépister la malnutrition au sein des villages de manière précoce. Parallèlement, le dépistage et le traitement des maladies causant la majorité des décès chez les enfants (paludisme, maladies respiratoires, diarrhées) ont été décentralisés jusqu'aux cases de santé. Au Tchad, des agents ont même été formés dans les villages pour assurer eux-mêmes le traitement et le suivi nutritionnel des enfants ne nécessitant pas d'hospitalisation. Une étude est aussi en cours pour évaluer l'impact de distributions mensuelles d'aliments supplémentaires prêts à l'emploi sur la morbidité et la mortalité liées à la malnutrition.

Parallèlement, MSF a publié plusieurs articles dans des revues scientifiques et participé à des conférences scientifiques internationales pour intégrer ou promouvoir des stratégies médicales adéquates, notamment à l'« l'AFRA VIH » à Genève, au « Congrès sur les maladies tropicales et le paludisme » à Rio et à la « Conférence sur la santé pulmonaire et la tuberculose » à Kuala Lumpur. Des séminaires internes ont également été organisés sur de problématiques médicales toujours plus présentes sur nos terrains, mais qui ne sont pas encore prises en charge, comme l'hépatite C, l'abus de substances ou les maladies liées à l'industrie extractive.

Gageons que parallèlement aux soins de santé primaires et secondaires fournis par MSF, ces interventions innovantes porteront leurs fruits dans le meilleur intérêt des patients.

Annick Antierens, Directrice adjointe du département médical

URGENCES



© David Di Lorenzo/MSF


© David Di Lorenzo/MSF


© David Di Lorenzo/MSF


© David Di Lorenzo/MSF

VACCINATION CONTRE LE CHOLÉRA: UNE PREMIÈRE EN PÉRIODE D'ÉPIDÉMIE EN AFRIQUE

En avril 2012, les équipes de MSF en Guinée ont vacciné 117 000 personnes contre le choléra dans la région de Boffa, à 150 kilomètres au nord de Conakry, la capitale.

C'est la première fois en Afrique que des populations ont été protégées pendant une épidémie grâce à un vaccin oral pris en deux doses. Ce vaccin offre une protection de plus de 60% pendant deux ans.

Ce vaccin anticholérique représente un nouvel outil prometteur dans la réponse aux épidémies de choléra. Les activités de sensibilisation, de prévention et d'hygiène auprès des communautés demeurent cependant primordiales tout comme l'accès à une eau potable de qualité.

RDC : LES ÉPIDÉMIES SE SUCCÈDENT

En 2012, MSF a dû intervenir en RDC contre des épidémies de choléra, de paludisme et de rougeole. Dans la Province Orientale, une région grande comme 12 fois la Suisse, les infrastructures de santé sont rares et la couverture vaccinale est extrêmement faible. La majorité de la population vit dans des villages isolés et n'a pas accès aux soins.

Dans ce contexte de «désert sanitaire», les épidémies ont fait des ravages et le taux de mortalité infantile a été inhabituellement élevé. MSF a dû relever des défis logistiques énormes pour apporter des soins aux populations.



© Martina Arnold/MSF



© Tristan Pfund



© Tristan Pfund





© Tristan Pfund





© Tristan Pfund

SYRIE : L'AIDE HUMANITAIRE DANS L'IMPASSE

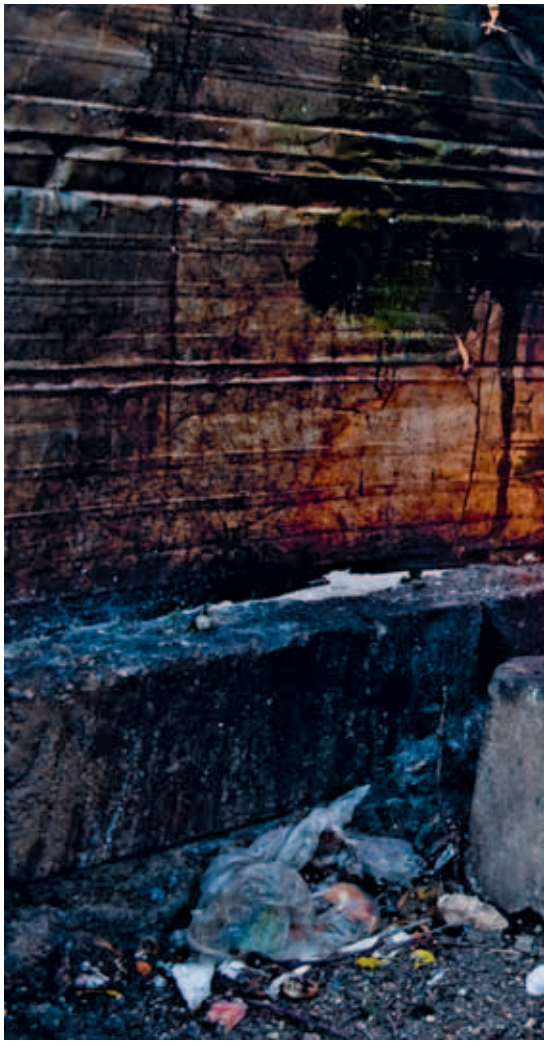
Depuis plus de deux ans, la population syrienne subit un conflit d'une extrême violence.

Les victimes se comptent par dizaines de milliers et plus d'1,5 million de Syriens ont tout quitté pour se réfugier dans les pays voisins. Fait aggravant, l'aide médicale est ouvertement visée, les hôpitaux bombardés, le personnel menacé. A l'intérieur du pays, faute d'autorisation officielle, MSF n'intervient qu'au compte goutte. Malgré toutes les difficultés, MSF a quadruplé son aide aux réfugiés syriens au Liban et en Irak, mais cela reste encore insuffisant en comparaison des besoins.


© Pierre-Yves Bernard/MSF



© Pierre-Yves Bernard/MSF







© Pierre-Yves Bernard/MSF



© Michael Goldfarb/MSF

ACTIVITÉS PAR PAYS



Séance de sensibilisation à l'ulcère de Buruli dans les rues d'Akonolinga, Cameroun. © Christelle Ntsama/MSF

CAMEROUN

Les soins de santé sont peu accessibles à la majorité de la population

Comparé à ses voisins, le Cameroun est un pays relativement stable. La pauvreté y est toutefois très présente avec 70% des travailleurs gagnant moins que le salaire minimum légal et l'accès aux soins de santé reste un enjeu humanitaire majeur. Les régions de l'Adamoua, du Nord et de l'Extrême Nord sont particulièrement touchées par les urgences sanitaires et les indicateurs de santé y sont les plus alarmants du pays. En février 2012, MSF a dû y intervenir suite à une épidémie de rougeole. L'organisation a soutenu le ministère de la Santé en fournissant des médicaments mais également en formant le personnel médical local à la prise en charge des cas simples et sévères de la maladie. Plus de 1800 patients ont été soignés dans les structures du ministère de la Santé et 175 patients hospitalisés dans une unité de traitement des cas sévères gérée par MSF au sein de l'hôpital régional de Garoua.

En septembre, MSF a dû à nouveau intervenir dans la région suite à d'importantes inondations qui ont déplacé des milliers de personnes. Dans les camps de déplacés, MSF a installé un centre de santé en collaboration avec les autorités sanitaires camerounaises et les équipes médicales y ont dispensé près de 40 consultations par jour pendant près de trois mois. Au total, ce sont 2000 familles qui ont été prises en charge par l'organisation.

A Akonolinga, MSF soigne depuis 2002 les personnes atteintes d'ulcère du Buruli. Cette maladie négligée, qui s'apparente à la lèpre, ronge les tissus et cause des déformations physiques très douloureuses.

Le traitement comprend le pansement des plaies, la chirurgie pour exciser la lésion ou enlever les tissus infectés, des antibiotiques et de la physiothérapie pour diminuer les contractures. 100 patients sont soignés chaque année dans le pavillon Buruli construit par MSF.

Enfin, même si la gratuité pour les traitements antirétroviraux (ARV) de première intention a été instaurée au Cameroun en mai 2007, de nombreux efforts restent à faire quant au suivi des soins et à la qualité des médicaments. Dans le district de santé de Nylon à Douala, MSF souhaite démontrer au ministère de la Santé et aux bailleurs de fonds internationaux que les antirétroviraux comprenant du Tenofovir sont efficaces et provoquent moins d'effets secondaires. 650 nouveaux patients ont commencé ce traitement en 2012. 89 patients qui commençaient à développer une résistance à leur traitement de première intention ont, quant à eux, reçu des médicaments de seconde ligne.

Motifs d'intervention : Epidémies et pandémies

Activités principales :
Maladie négligée, VIH/sida

Dans le pays depuis : 2000

Ressources humaines (ETP) : 96 collaborateurs dont 17 collaborateurs internationaux

Coût 2012 : CHF 4 009 000

DJIBOUTI

MSF met fin à son intervention nutritionnelle dans le pays

En avril 2012, les équipes médicales de MSF ont fermé leur centre hospitalier pour la prise en charge de la malnutrition sévère et transféré leurs derniers patients aux autorités de santé djiboutiennes. En quatre ans, près de 10 600 enfants de moins de cinq ans y ont été soignés.

MSF est intervenue à Djibouti en 2008 suite à l'augmentation du prix des denrées alimentaires et à un accroissement du nombre de cas de malnutrition infantile dans les communautés rurales et urbaines. MSF travaillait dans les quartiers de Balbala, de Hayableh, d'Arhiba et de PK12, offrant un traitement nutritionnel ambulatoire à un total de 6890 enfants de moins de cinq ans. 3700 enfants malnutris qui présentaient des complications médicales ont quant à eux été hospitalisés pour recevoir des soins intensifs. 154 d'entre eux souffraient également de tuberculose. MSF s'est assurée qu'ils soient admis dans le programme national à la fin de leur thérapie nutritionnelle.

Jusqu'en juillet 2011, date à laquelle MSF a commencé à remettre son projet, MSF a soutenu le ministère de la Santé dans six centres de santé. L'organisation a également apporté un soutien technique continu, formé du personnel et fourni des médicaments et équipements médicaux. En 2012, parallèlement à ses activités nutritionnelles hospitalières, les équipes MSF ont pris en charge 75 enfants souffrant de complications liées à la rougeole et nécessitant une hospitalisation. Même si la situation nutritionnelle reste un sujet de préoccupation, MSF a finalisé le transfert de ses activités qui sont désormais à nouveau sous la responsabilité du ministère de la Santé djiboutien. Ce dernier a récemment ouvert un centre de nutrition construit grâce aux financements de différentes organisations internationales et admet directement les enfants souffrant de malnutrition sévère.

Motifs d'intervention : Epidémies et pandémies
Activité principale : Nutrition
Dans le pays depuis : 2008
Ressources humaines (ETP) : 31 collaborateurs dont 3 collaborateurs internationaux
Coût 2012 : CHF 754 000







De 2008 à 2012, MSF a offert des soins médicaux et psychologiques aux victimes de violence sexuelle dans les quartiers les plus violents de Guatemala City. © Natacha Buhler/MSF

GUATEMALA

Un nouveau protocole de soins pour les victimes de violence sexuelle a été adopté

Après plus de 20 ans de présence discontinue dans le pays, MSF a fermé son dernier projet au Guatemala en décembre 2012.

Ravagé par des décennies de conflit armé, le Guatemala voit aujourd'hui les gangs et les trafiquants de drogue se multiplier et mettre à mal un tissu social déjà fragile. Dans les quartiers les plus défavorisés de la capitale, la violence atteint des seuils équivalents à ceux de zones de guerre. Des milliers d'agressions sexuelles sont enregistrées chaque année, tandis que beaucoup d'autres ne sont pas signalées.

Depuis 2008, MSF offrait des soins médicaux et psychologiques aux victimes de violence sexuelle dans les structures de santé publiques de deux des plus violents quartiers de la capitale. L'organisation a également renforcé le service d'urgence de l'un des principaux hôpitaux de la ville afin de dispenser le plus rapidement possible les premiers soins et les traitements préventifs pour réduire les risques de maladies sexuellement transmissibles et de grossesses non désirées. Les équipes ont également tenu un petit cabinet au sein même du ministère de la Justice pour pouvoir prendre en charge directement les victimes de viol venant déposer plainte.

En quatre ans, MSF a pris en charge 3600 victimes de violence sexuelle, leur offrant des soins médicaux, un soutien psychologique et social. Ces patients ont été suivis au court de 11000 consultations.

En plus du travail médical direct avec les victimes, MSF a entrepris un effort de lobbying auprès du ministère de la Santé pour que les violences sexuelles soient reconnues comme une urgence médicale. C'est désormais chose faite. En 2011, le Guatemala a adopté un nouveau protocole national intronisant notamment le traitement antirétroviral prophylactique d'urgence à prendre dans les 72 heures. Cet objectif rempli, les équipes ont commencé à remettre leurs activités au ministère de la Santé, activités qu'elles ont continué de superviser jusqu'en décembre 2012.

Le 7 novembre 2012, MSF est intervenue en urgence sur la côte Pacifique du pays, frappée par un séisme d'une magnitude de 7.2 sur l'échelle de Richter. Une équipe a distribué des médicaments aux centres de santé des municipalités affectées et plus de 300 kits d'hygiène pour les familles relogées dans des abris temporaires. Elle a aussi dispensé des premiers soins psychologiques aux personnes qui souffraient d'attaques de panique. Des équipes MSF actives dans des pays limitrophes restent prêtes à intervenir au Guatemala en cas de besoin.

Motifs d'intervention : Violence sociale/exclusion des soins de santé
Activité principale : Soins aux populations affectées par la violence
Dans le pays depuis : 1986
Ressources humaines (ETP) : 23 collaborateurs dont 3 collaborateurs internationaux
Coût 2012 : CHF 896 000

GUINÉE

MSF innove en utilisant un vaccin oral pendant une épidémie de choléra

Ces dernières années, la Guinée connaît des difficultés socio-économiques et une instabilité politique qui ont engendré des épisodes de violence dans la capitale Conakry et dans différentes régions du pays. Le système de santé guinéen est confronté à des défis majeurs: des structures de santé et du personnel médical géographiquement mal répartis, un manque de médicaments et de matériel médical, un système d'approvisionnement dont la gestion doit être améliorée.

En avril 2012, alors qu'une épidémie de choléra était déclarée dans la préfecture de Boffa, MSF a organisé une vaccination de masse dans cette région côtière au nord de Conakry afin de limiter la propagation de la maladie. En quelques semaines, les équipes de MSF et du ministère de la Santé guinéen y ont vacciné 117000 personnes. Près de 50000 autres ont été vaccinées dans la région de Forécariah, au sud de la capitale. C'est la première fois en Afrique que des populations sont protégées pendant une épidémie grâce à un vaccin oral pris en deux doses.

Si les zones vaccinées ont été épargnées par l'épidémie de choléra, la ville de Conakry a, quant à elle, été fortement touchée. En juin, MSF y a pris en charge 4700 malades dans quatre centres temporaires de traitement du choléra. Les équipes ont également mené des activités d'assainissement et de sensibilisation auprès de la population.

A Guéckédou, en Guinée forestière, MSF a soigné 77000 malades du paludisme. Cette maladie est la principale cause de mortalité dans le pays. Depuis 2010, MSF mène dans la région un projet de prévention et de traitement du paludisme. L'équipe soutient les services d'urgence et de pédiatrie de l'hôpital de Guéckédou mais intervient également dans six centres et neuf postes de santé. Par ailleurs, un réseau d'agents communautaires mène des campagnes de sensibilisation, procède à des dépistages précoces, administre des traitements à base d'artémisinine (ACT) pour les cas non compliqués et réfère les cas graves aux structures de santé les plus proches. Près de la moitié des patients soignés par MSF en 2012 ont été détectés par un agent communautaire.

MSF a poursuivi son programme dans trois centres de santé du district de Matam à Conakry afin de faciliter l'accès aux soins médicaux aux femmes enceintes et allaitantes et aux enfants de moins de cinq ans tout en préparant sa prochaine remise aux autorités de santé guinéennes en 2013. MSF y a effectué 57000 consultations pour les enfants de moins de cinq ans et a assisté plus de 7000 accouchements.

Motifs d'intervention: Epidémies et pandémies
Activités principales: Médecine tropicale, santé reproductive
Dans le pays depuis: 2001
Ressources humaines (ETP): 208 collaborateurs dont 25 collaborateurs internationaux
Coût 2012: CHF 7296000





En 2012, la Guinée a été fortement touchée par le choléra. MSF a répondu à l'épidémie en faisant une vaccination préventive dans la région côtière et en prenant en charge les malades à Conakry. © Holly Pickett

GUINÉE BISSAU

Intervention d'urgence contre le choléra

En Afrique de l'Ouest, le choléra est une maladie endémique et des épidémies se déclarent à intervalle régulier de trois à quatre ans. Ainsi, après être intervenue une première fois en urgence en 2008, MSF est revenue en Guinée Bissau en octobre 2012 suite à l'augmentation inquiétante des cas de choléra.

L'organisation a soutenu le ministère de la Santé dans la capitale Bissau ainsi que dans les régions de Biombo, Ohio et Cacheu.

Dans la capitale, les équipes ont mis en place un centre de traitement du choléra pouvant accueillir 60 patients et elles ont déployé des équipes mobiles dans les zones les plus affectées. En trois mois, MSF a pris en charge plus de 1500 malades.

MSF a également aidé à prendre en charge les malades de 15 centres de santé régionaux. Un soutien logistique a été apporté notamment en isolant les cas de choléra pour limiter la contagion, en fournissant du matériel médical et en améliorant l'hygiène et le traitement des eaux usées.

Les équipes ont également mis sur pied, pour la population locale, des activités de sensibilisation à la maladie et à sa transmission.

MSF s'est retirée de Guinée Bissau en décembre 2012, alors que l'épidémie de choléra touchait à sa fin.

Motifs d'intervention: Epidémies et pandémies
Activité principale: Médecine tropicale
Ressources humaines (ETP): 2 collaborateurs internationaux
Coût 2012: CHF 364000

HAÏTI

Tout reste à faire pour améliorer l'accès aux soins

Trois ans après le séisme, le système de santé haïtien est toujours sinistré. En 2012, MSF gérait quatre hôpitaux construits pour remplacer les structures improvisées que l'organisation médicale avait mises en place dans les jours suivant le tremblement de terre. Des dizaines de milliers d'Haïtiens bénéficient de soins gratuits et de qualité grâce à ces hôpitaux. La section suisse de MSF gère un hôpital de 160 lits à Léogâne. Cette ville, la plus proche de l'épicentre, avait été en grande partie détruite. La plupart des rescapés ont aujourd'hui été relogés. En revanche, l'hôpital de MSF demeure la seule structure de la région offrant des soins gratuits et accessibles 24 heures sur 24 en cas d'urgence.

MSF était arrivée à Léogâne juste après le tremblement de terre et y avait installé un hôpital sous tentes pour soigner les rescapés. Cette structure provisoire a ensuite été remplacée par un bâtiment en containers ouvert en septembre 2010. Outre la maternité, l'hôpital dispose d'un service de chirurgie. Les césariennes et les accidents de la route constituent désormais la grande majorité des interventions chirurgicales, au nombre de 3330 en 2012. Un autre bâtiment accueille les consultations externes pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.

En 2012, plus de 12580 patients ont été admis à l'hôpital de Léogâne. Plus de 6620 femmes y ont accouché et l'équipe a dispensé plus de 48360 consultations ambulatoires.

Quant à l'épidémie de choléra, elle n'est toujours pas jugulée. Au cours de l'année 2012, 3490 personnes ont été soignées dans le centre de traitement du choléra de MSF situé à côté de l'hôpital de Léogâne. Le nombre de cas a augmenté suite au passage des ouragans Isaac et Sandy en automne 2012, lorsque les pluies ont fait déborder les égouts à ciel ouvert et favorisé la propagation de la bactérie responsable de la maladie.

Motifs d'intervention : Epidémies et pandémies
Activité principale : Hôpital
Dans le pays depuis : 2010
Ressources humaines (ETP) : 534 collaborateurs dont 25 collaborateurs internationaux
Coût 2012 : CHF 8908000

HONDURAS

La société hondurienne est prise au piège de la violence

Au Honduras, la violence et les guerres de territoire entre gangs ont un sérieux impact sur la santé publique. L'accès aux soins médicaux, particulièrement pour les communautés les plus pauvres, est un véritable problème.

En plus de connaître un contexte politique, économique et social instable, le pays est devenu ces dernières années l'une des plaques tournantes des activités criminelles transfrontalières. La forte hausse du trafic de drogue a engendré une montée en flèche de la violence et de la criminalité. En cinq ans, le nombre d'homicides a doublé et la plupart des habitants affirment avoir été agressés au moins une fois dans leur vie.

Le système de santé public est débordé. Le Honduras ne dispose que de deux hôpitaux publics capables de prêter assistance aux personnes ne bénéficiant pas de la sécurité sociale. Les salles d'urgence de ces établissements sont surchargées et les centres de santé sont incapables de fournir des soins de base adaptés, faute de matériel médical et de personnel qualifié.

Dans la capitale Tegucigalpa, le personnel médical de MSF travaille avec les communautés les plus à risque, répondant aux besoins médicaux de celles et ceux qui ont été blessés et traumatisés. La zone d'intervention de MSF, qui s'étend dans les quartiers les plus défavorisés, comprend un total de 95000 habitants. On estime que près de 9000 personnes sont victimes de violences. Une équipe mobile MSF sillonne chaque jour les rues de la capitale afin de fournir une assistance médicale directe à ceux qui en ont besoin. En 18 mois, les équipes médicales de MSF ont assuré plus de 10000 consultations en pleine rue. Les victimes qui avaient besoin d'un traitement médical ou psychologique plus approfondi ont été redirigées vers des établissements de santé soutenus par MSF.

En plus de son travail médical direct auprès des victimes, MSF forme, appuie et accompagne le personnel médical du ministère de la Santé afin de mettre en place un modèle pilote de prise en charge des patients victimes de violences. Il s'agit de documenter l'ampleur des besoins et de plaider auprès des autorités et des bailleurs de fonds pour la mise en place de protocoles médicaux adéquats, à ce jour inexistants.

Motifs d'intervention : Violence sociale/ exclusion des soins de santé
Activité principale : Soins aux populations affectées par la violence
Dans le pays depuis : 1998
Ressources humaines (ETP) : 34 collaborateurs dont 7 collaborateurs internationaux
Coût 2012 : CHF 1124000



Au Honduras, la violence a un sérieux impact sur la santé publique et l'accès au soins médicaux est un véritable problème pour les communautés les plus pauvres. © Spencer Platt/Getty Images

IRAK

Soins médicaux pour les réfugiés syriens et la population du Kurdistan irakien

Après des années de guerre, de violence et de sanctions économiques, l'Irak connait aujourd'hui un afflux de réfugiés fuyant le conflit syrien. En 2012, plus de 67 000 personnes ont franchi la frontière pour s'installer en Irak et ce chiffre ne cesse d'augmenter au fur et à mesure que le conflit s'aggrave.

MSF intervient dans le camp de Domiz, près de la ville de Dohuk, depuis avril 2012. L'organisation y gère, en collaboration avec le Département de la santé publique, un centre de soins primaires. MSF est le principal acteur de santé du camp et les équipes assurent les consultations médicales, les soins de santé mentale et la formation du personnel local. En 2012, 40 000 consultations ont été dispensées pour des pathologies principalement liées aux mauvaises conditions de vie. Les urgences sont référées vers l'hôpital de Dohuk.

En plus des activités médicales, MSF a également organisé des distributions de kits d'hygiène et a assuré l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement du camp.

La plupart des réfugiés ont tout abandonné derrière eux. Les autorités kurdes leur ont accordé des permis de résidence d'une durée de six mois renouvelables. Cela leur permet de trouver un emploi, la plupart du temps en tant que travailleurs journaliers. Ceux qui vivent à Domiz depuis un certain temps ont commencé à construire des extensions à leur abri ou ont ouvert des petits magasins dans le camp.

Mais le manque d'abris pour les nouveaux arrivants est criant. La plupart des réfugiés qui viennent d'arriver doivent partager tentes, couvertures, matelas et même leur nourriture avec d'autres familles.

Dans la ville de Kirkouk, à 200 kilomètres au nord de Bagdad, MSF a mis fin en décembre 2012, à son projet de soutien du service de dialyse de l'hôpital public de Kirkouk, afin de concentrer ses efforts sur le service de néonatologie.

Depuis juin 2010, MSF prenait en charge, le service de dialyse de l'hôpital public. En deux ans, le nombre de patients a été multiplié par cinq pour atteindre le total de 100 patients en traitement à la fin 2012.

L'équipe chirurgicale de MSF a également réalisé près de 30 interventions chirurgicales vasculaires sur des patients souffrant de maladie rénale au stade terminal.

Par ailleurs, MSF a offert des formations techniques et médicales continues au personnel de l'hôpital afin d'améliorer la stérilisation, la prévention des infections et la gestion de la pharmacie.

A Hawijah, à 50 kilomètres au sud de Kirkouk, MSF soutient le service d'urgence de l'hôpital local. Dans cette ville isolée politiquement et qui est le théâtre de violences régulières, une équipe MSF s'est jointe aux équipes locales pour assurer un service 24 heures sur 24. Près de 300 interventions chirurgicales sont effectuées chaque mois.

Motifs d'intervention : Conflit armé, épidémies et pandémies

Activités principales : Soins aux populations affectées par la violence, hôpital

Dans le pays depuis : 2007

Ressources humaines (ETP) : 98 collaborateurs dont 14 collaborateurs internationaux

Coût 2012 : CHF 3 252 000



Fin 2012, le camp de Domiz abritait 35 000 réfugiés syriens. © Piere-Yves Bernard/MSF



La situation dans les camps de Dadaab reste inacceptable et, sans changement significatif, le cycle de crises sanitaires suivies de périodes de calme relatif risque de continuer indéfiniment. © Lynsey Addario/VII

KENYA

Les camps de Dadaab sont à la merci d'une nouvelle crise humanitaire

Depuis 2009, MSF assure les soins médicaux à Dagahaley, l'un des cinq camps de réfugiés de Dadaab, dans l'est du Kenya. Ces camps hébergent la plus grande concentration de réfugiés au monde. Après une année 2011 critique, marquée par l'afflux massif de Somaliens fuyant la sécheresse et les violences, la situation dans les camps en 2012 est restée très préoccupante.

Alors qu'en 2011 presque 200 000 nouveaux arrivants avaient été enregistrés, la population des camps semble s'être stabilisée en 2012, avec près d'un demi-million d'occupants. Mais ces chiffres sont incertains, car les nouveaux arrivants ne sont plus enregistrés depuis octobre 2011. La surpopulation et les infrastructures inadaptées demeurent des problèmes criants. En témoignent les nombreuses épidémies recensées en 2012 : choléra, hépatite E, etc. En raison de la détérioration des conditions de sécurité depuis l'automne 2011, la plupart des organisations internationales ont dû réduire leurs activités. MSF a toutefois réussi à maintenir son offre médicale à Dagahaley, en se concentrant sur les soins vitaux. L'organisation gère un hôpital doté de 200 lits ainsi que quatre postes de santé. La moitié des lits de l'hôpital sont réservés aux enfants souffrant de malnutrition aigüe. 2870 enfants malnutris ont été hospitalisés en 2012. 1 345 bébés sont nés dans l'établissement et 2 230 interventions chirurgicales y ont été réalisées.

Les quatre postes de santé fournissent des soins anténataux ou de santé mentale. En moyenne, 700 consultations psychologiques ont été dispensées chaque mois aux réfugiés traumatisés par ce qu'ils ont vécu en Somalie et déprimés, car ils ne voient pas d'avenir meilleur. Chaque mois, les équipes ont dispensé en moyenne 14 000 consultations médicales.

En 2012, MSF a dénoncé à plusieurs reprises l'insuffisance de l'aide dans les camps de Dadaab ainsi que l'absence totale de perspectives offertes aux réfugiés qui, pour certains, sont là depuis 20 ans. Après la crise humanitaire de 2011, les taux de malnutrition et de mortalité sont revenus au niveau d'avant l'urgence. Mais la situation dans les camps reste inacceptable et, sans changement significatif, le cycle de crises sanitaires suivies de périodes de calme relatif risque de continuer indéfiniment.

En décembre 2012, MSF a transféré aux autorités kényanes son projet de traitement du kala-azar ouvert en 2006 à Kacheliba, dans l'ouest du pays. En 2012, 500 personnes atteintes de cette maladie négligée ont été soignées, avec un taux de guérison de plus de 98%.

Motifs d'intervention : Conflit armé, épidémies et pandémies

Activités principales : Hôpital, maladie négligée

Dans le pays depuis : 2007

Ressources humaines (ETP) : 338 collaborateurs dont 15 collaborateurs internationaux

Coût 2012 : CHF 8 348 000

KIRGHIZISTAN

Faciliter l'accès et le traitement de la tuberculose multi-résistante

Le Kirghizistan compte parmi les 27 pays qui connaissent le plus haut taux de prévalence de tuberculose multi-résistante. Cette maladie infectieuse y représente l'un des principaux problèmes de santé publique, car le manque de ressources adéquates et les faiblesses dans la gestion des programmes de lutte contre la tuberculose limitent l'accès aux diagnostics et aux traitements pour la majorité de la population.

Dans le district de Kara-Suu de la province d'Osh, MSF met en place depuis février 2012 un projet pilote qui vise à décentraliser les soins pour les patients souffrant de tuberculose ou de tuberculose multi-résistante. En effet, la prévalence de cette maladie est particulièrement élevée dans la région et la liste d'attente pour l'obtention d'un traitement est longue. De nombreux malades meurent avant même d'avoir reçu des médicaments. L'approche de MSF est centrée sur le patient: l'organisation encourage ainsi la prise en charge ambulatoire pour que, chez lui et soutenu par sa famille, le malade adhère plus facilement à un traitement long et douloureux. L'hospitalisation n'est maintenue que pour les patients dont les états cliniques le nécessitent.

En 2012, les équipes de MSF ont fourni des soins médicaux et psychosociaux à près de 60 patients. L'organisation a également réhabilité les centres de soins de la tuberculose de Kara Suu, conformément aux normes internationales de contrôle des infections.

A Bichkek, MSF travaille dans le système pénitentiaire où elle détecte et soigne les patients atteints de tuberculose et de tuberculose résistante. Les équipes médicales aident également les patients libérés à poursuivre leur traitement. Elles s'assurent qu'ils reçoivent un soutien psychosocial et si nécessaire, offrent également un appui nutritionnel. En 2012, MSF a détecté 276 cas de tuberculose en prison. 250 d'entre eux ont reçu une thérapie anti-tuberculeuse, les 26 restant sont en cours d'identification de leur profil de résistance.

MSF effectue par ailleurs un travail de lobbying au niveau local et national pour une meilleure prise en charge de la tuberculose en prison afin de réduire significativement la prévalence de la maladie dans le système pénitentiaire.

Motifs d'intervention: Epidémies et pandémies, violence sociale/exclusion des soins de santé
Activité principale: Tuberculose
Dans le pays depuis: 2005
Ressources humaines (ETP): 117 collaborateurs dont 18 collaborateurs internationaux
Coût 2012: CHF 3805000





Au Kirghizistan, MSF encourage la prise en charge ambulatoire pour que, chez lui et soutenu par sa famille, le malade adhère plus facilement au traitement antituberculeux qui est extrêment long et douloureux. © Vincent Tremeau

LIBAN

Le pays fait face à un énorme afflux de réfugiés en provenance de Syrie

Depuis le début du conflit syrien en 2011, le Liban se retrouve en première ligne pour accueillir les dizaines de milliers de réfugiés qui fuient les combats. Selon le Haut-commissariat aux réfugiés (HCR), ils étaient moins de 10000 au début de l'année 2012. Douze mois plus tard, le nombre de réfugiés enregistrés au Liban était passé à près de 130000. L'exode s'est encore accéléré depuis l'intensification des violences en Syrie. On estime aussi que des dizaines de milliers de réfugiés ne sont pas officiellement enregistrés.

Présente au Liban depuis 2006, MSF a lancé en novembre 2011 un vaste programme d'assistance dans le nord et dans la vallée de la Bekaa, les régions les plus pauvres du pays. Là, les réfugiés ont été accueillis chez des proches ou par les communautés locales, d'autres ont trouvé refuge dans des bâtiments publics ou des maisons abandonnées.

MSF fournit des soins de santé primaires et de santé mentale pour toutes les personnes qui en ont besoin, indépendamment de leur nationalité. Les bénéficiaires sont des réfugiés syriens, mais aussi des Libanais qui s'étaient établis en Syrie et des réfugiés palestiniens qui ont dû fuir leur pays d'accueil. MSF assiste aussi les communautés locales mises à rude épreuve par l'afflux de réfugiés syriens et des Libanais déplacés à l'intérieur du pays à cause des tensions le long de la frontière.

En juin et décembre 2012, MSF a mené deux études successives sur les conditions de vie des réfugiés. En décembre, il est apparu que plus de la moitié des personnes interrogées, officiellement enregistrées ou non, habitaient dans des logements inadéquats, comme des garages, des fermes ou des bâtiments en construction. Ces abris n'offraient qu'une protection dérisoire contre les intempéries. La situation médicale s'était aussi clairement détériorée depuis la première enquête. En effet, la moitié des sondés disaient ne pas pouvoir payer les traitements dont ils avaient besoin, notamment les patients souffrant de maladies chroniques.

En 2012, MSF a dispensé plus de 16920 consultations dans la vallée de la Bekaa. Plus de 520 patients ont été pris en charge pour des maladies chroniques. Entre mars et décembre, 650 personnes ont également été reçues individuellement lors de consultations psychologiques dans le cadre du programme de santé mentale. A l'approche de l'hiver, MSF a distribué plus de 20000 articles de première nécessité, comme des couvertures, des kits d'hygiène ou du mazout pour se chauffer.



Fin 2012, le Liban accueillait plus de 130 000 réfugiés syriens dans des camps de fortune, des bâtiments publics ou des maisons abandonnées. © Michael Goldfarb/MSF

Toujours en 2012, les équipes de MSF ont dispensé plus de 5 130 consultations dans deux hôpitaux de la ville de Tripoli, la seconde ville du pays, qui accueille plus de 50 000 réfugiés syriens et qui est soumise à de très vives tensions interconfessionnelles. Près de 610 patients ont été admis dans le programme de prise en charge des maladies chroniques et près de 990 patients dans celui de santé mentale. Les équipes ont diagnostiqué et traité un important pourcentage de cas graves, des personnes souffrant d'infections urinaires et d'infections respiratoires, des maladies qui vont de pair avec de mauvaises conditions de vie.

Au Liban, MSF offre aussi des soins psychologiques aux réfugiés palestiniens. Forcés à l'exil par la création de l'Etat d'Israël en 1948, ils sont plus de 400 000 dans le pays. La plupart d'entre eux vivent dans des camps surpeuplés. Ils dépendent de l'aide internationale et la loi leur interdit l'accès à de nombreuses professions. L'absence de perspectives et les conditions de vie précaires pèsent sur leur santé mentale. Une équipe de MSF est active dans deux cliniques et un hôpital à Ein el-Hilweh, le plus grand camp palestinien situé en périphérie de la ville de Saïda. En 2012, elle a admis plus de 950 patients. Les réfugiés bénéficient aussi de soins et d'un accompagnement psychologique en cas de violences sexuelles. En revanche, le projet de soutien psychologique dans le camp de Bourj el-Barajneh, à Beyrouth, a été transmis aux partenaires de MSF en décembre 2012. En quatre ans, MSF y a offert des soins psychologiques à 2 220 patients.

Motifs d'intervention : Conflit armé, violence sociale/exclusion des soins de santé

Activités principales : Soins aux populations affectées par la violence, santé mentale

Dans le pays depuis : 2008

Ressources humaines (ETP) : 81 collaborateurs dont 18 collaborateurs internationaux

Coût 2012 : CHF 6 025 000

RÉFUGIÉS: L'AIDE AU CONDITIONNEL

En 2012, des millions de personnes ont été chassées de chez elles par la violence ou des catastrophes naturelles. Elles se sont installées dans des camps de fortune ou des bâtiments abandonnés, dans le désert ou dans une ville. Malgré la diversité des contextes, toutes ces personnes ont un point commun: elles n'ont reçu qu'une aide d'urgence minimale.

Pire, ces gens qui ont tout laissé derrière eux ont dû attendre d'être enregistrés avant de recevoir une assistance. Au Liban, MSF a constaté une nette détérioration de la situation humanitaire en raison des délais d'enregistrement. Au Kenya, dans les camps de Dadaab qui accueillent près d'un demi-million de Somaliens, les autorités ont suspendu l'enregistrement. En général, les pays limitrophes finissent par accorder aux arrivants le statut de réfugiés, ce qui leur garantit une certaine protection. En revanche, dès que les réfugiés essaient de se rendre dans un pays tiers, notamment en Europe, ils sont considérés comme des immigrants illégaux qui n'ont droit à aucune assistance.

Au Liban, au Kenya ou au Niger auprès des réfugiés maliens, MSF soigne ces patients indépendamment de leur statut juridique.

MOZAMBIQUE

Prendre en charge les cas compliqués du VIH/sida

Le Mozambique fait face depuis des années à une sévère épidémie de VIH/sida. Dans ce pays d'Afrique australe qui abrite un peu plus de 23 millions d'habitants, on estime que 11,5% de la population adulte (15-49 ans) est touchée par le virus. Plus de la moitié des Mozambicains ayant besoin d'une trithérapie n'ont toujours pas accès à ce traitement vital, même si le ministère de la Santé souhaite améliorer au plus vite l'accès aux médicaments antirétroviraux (ARV) pour atteindre la couverture universelle.

MSF prend en charge des personnes séropositives dans la capitale Maputo depuis 2001. Le programme initial de prise en charge des malades et de prévention du virus a évolué en lien avec le développement d'une stratégie nationale de lutte contre la pandémie. Ainsi, l'organisation s'est peu à peu retirée de la prise en charge médicale directe des patients nécessitant un traitement de première intention pour se concentrer aujourd'hui sur les cas compliqués.

Dans l'hôpital de jour d'Alto Mae, ainsi que dans cinq centres de santé situés dans le district de Chamanculo, les équipes médicales MSF prennent en charge les malades séropositifs qui sont co-infectés par des maladies opportunistes particulièrement graves et difficiles à traiter comme la méningite à cryptocoque ou le syndrome de Kaposi. Elles suivent également les patients séropositifs souffrant de dépression, d'effets secondaires graves dûs à leurs antirétroviraux ou dont le traitement ne fait pas effet.

De nombreux progrès restent à faire dans la prise en charge des enfants séropositifs et notamment dans la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant. Selon les dernières études scientifiques, la mise sous ARV réduit les risques de transmission du virus à moins de 5%. MSF considère désormais l'administration systématique d'antirétroviraux à titre préventif pour les femmes enceintes séropositives, ceci non seulement afin de réduire drastiquement le nombre d'enfants naissant infectés lors de grossesses en cours ou futures, mais également de protéger le ou les partenaires d'une personne séropositive.

En 2012, MSF suivait le traitement antirétroviral de plus de 21 500 patients séropositifs dans le district de Chamanculo.

Motifs d'intervention : Epidémies et pandémies
Activité principale : VIH/sida
Dans le pays depuis : 1992
Ressources humaines (ETP) : 164 collaborateurs dont 20 collaborateurs internationaux
Coût 2012 : CHF 4 236 000







A Dawei, dans la région du Tanintharyi, la clinique mise en place par MSF offre une prise en charge complète aux patients atteints par le VIH/sida et la tuberculose. © Ron Haviv/VII

MYANMAR

Malgré les réformes politiques, les besoins médicaux restent énormes

Le Myanmar connaît depuis deux ans des réformes politiques et économiques. La junte au pouvoir pendant près de 50 ans s'est dissoute en mars 2011, laissant place à un nouveau gouvernement dit « civil » constitué d'anciens militaires. La transition vers un système de gouvernance démocratique se fait progressivement avec notamment des élections législatives organisées en avril 2012 et largement remportées par le parti d'opposition mené par Aung San Suu Kyi.

Cinquante ans de dictature militaire ont plongé le Myanmar dans une situation économique difficile et sa population reste extrêmement pauvre. En dépit d'un contexte en constante évolution, les besoins médicaux et humanitaires demeurent largement ignorés par les autorités. Moins de 1% du budget national est alloué à ce secteur contre 23% à l'armée.

A Dawei, dans la région du Tanintharyi, une clinique mise en place par MSF offre une prise en charge complète aux patients atteints par le VIH/sida et la tuberculose. Dans le pays, 15 à 20 000 personnes infectées par le virus du sida meurent chaque année d'infections opportunistes et plus de 9 300 nouveaux cas de tuberculose résistante sont détectés. En 2012 à Dawei, MSF a fourni un traitement antirétroviral (ARV) à plus de 2 600 patients séropositifs et a commencé le traitement de 466 personnes souffrant de tuberculose.

MSF propose également aux communautés locales des soins de santé primaire. Le paludisme est l'une des principales causes de mortalité au Myanmar. Pour prévenir cette maladie, les équipes ont distribué des moustiquaires imprégnées d'insecticide. En 2012 à Dawei, MSF a traité plus de 3 400 patients atteints de paludisme et a mené près de 57 330 consultations médicales.

A Yangoun, la capitale, MSF intervient dans la prison d'Insein. Les mauvaises conditions de détention et le manque d'accès aux soins y rendent les prisonniers vulnérables à une multitude de problèmes de santé. En 2012, MSF a fourni des médicaments ARV à plus de 240 prisonniers et un traitement antituberculeux à 79 patients.

Motifs d'intervention : Epidémies et pandémies, violence sociale/exclusion des soins de santé
Activités principales : VIH/sida, tuberculose
Dans le pays depuis : 2000
Ressources humaines (ETP) : 131 collaborateurs dont 10 collaborateurs internationaux
Coût 2012 : CHF 2 674 000



Avec un taux de malnutrition aiguë de 14,8% au niveau national, le Niger dépasse le seuil d'urgence fixé par l'Organisation mondiale de la Santé. © Julie Remy/MSF

NIGER

Faire face à des crises alimentaires chroniques

Constitué en majeure partie par le Sahara et le Sahel, le Niger connaît des crises alimentaires cycliques. Avec un taux de malnutrition aiguë de 14,8% au niveau national, le pays dépasse le seuil d'urgence fixé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). En 2012, la pauvreté, le manque d'accès aux soins et la répartition inéquitable des ressources alimentaires ont été aggravés par des facteurs d'ordre climatique, politique et financier. En effet, le Niger a connu une hausse des prix des denrées de base, l'arrivée précoce des pluies a provoqué une augmentation des cas de paludisme et l'afflux de plus de 50 000 réfugiés maliens dans le nord du pays a mis sous pression une population déjà éprouvée.

Dans les régions de Zinder et de Magaria, MSF apporte des soins d'urgence aux enfants de moins de cinq ans sévèrement malnutris. Afin de désengorger les structures de santé, l'organisation a mis en place des stratégies ambulatoires qui permettent de prendre en charge davantage de patients. Dans six centres nutritionnels, des équipes MSF ont distribué des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi à 16 770 enfants malnutris. Ce traitement peut facilement être délégué à la mère de l'enfant et évite ainsi une hospitalisation systématique. Seuls les patients dont l'état se dégrade ou souffrant d'une autre pathologie sont référés au centre de traitement intensif.

MSF gère deux centres nutritionnels hospitaliers où sont soignés les cas graves. Le premier est intégré à l'hôpital national de Zinder et l'autre à l'hôpital de district de Magaria. MSF a entrepris la remise de ces activités au ministère de la Santé, mais les équipes y ont encore pris en charge, 9 950 enfants souffrant de malnutrition sévère avec complications médicales graves. Des formations ont également été données pour aider le personnel local dans la gestion de ces centres.

Des agents de santé formés par MSF ont également été déployés au sein des communautés afin de détecter de manière précoce les enfants malades et malnutris. A l'aide d'un bracelet MUAC qui permet de mesurer la circonférence brachial et de définir le niveau de malnutrition, ces agents ont dépisté 113 130 enfants. Ils ont par ailleurs sensibilisé la population aux trois maladies infantiles les plus meurtrières au Niger : les infections respiratoires, les diarrhées et le paludisme. Le pic saisonnier de malnutrition (d'août à septembre) a coïncidé en 2012 avec une flambée de paludisme. La conjonction des deux maladies entraîne l'enfant dans un véritable cercle vicieux : la malnutrition affaiblit le système immunitaire et rend le malade moins apte à se remettre du paludisme, tandis que le paludisme provoque de l'anémie, des diarrhées et des vomissements qui aggravent la malnutrition. Pour faire face à l'urgence, MSF a ouvert temporairement deux centres hospitaliers supplémentaires à Chare Zamna et Doungass. 750 enfants ont été pris en charge à Doungass.

MSF est également intervenue à Tillabéri dans le nord du Niger, où près de 50 000 Maliens se sont réfugiés pour échapper aux combats dans leur pays. Dans cette zone désertique, les conditions de vie sont extrêmement précaires. Si certains réfugiés ont pu être hébergés par les villageois, la plupart ont érigé des camps de fortune à la lisière des villages. MSF leur a apporté, ainsi qu'à la population hôte, des soins médicaux de base et des soins hospitaliers. Les équipes logistiques ont également participé à l'assainissement des camps en installant des douches et des latrines.

En juin, une épidémie de choléra s'est déclarée à Tillabéri. MSF a mis en place deux centres de traitement et des points de réhydratation. 1200 patients y ont été soignés.

Motifs d'intervention : Conflit armé, épidémies et pandémies

Activités principales : Nutrition, pédiatrie

Dans le pays depuis : 2005

Ressources humaines (ETP) : 398 collaborateurs dont 23 collaborateurs internationaux

Coût 2012 : CHF 10 235 000

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

En 2012, MSF a dû faire face à des épidémies à répétition

En 2012, la violence a encore fait rage dans l'est de la République démocratique du Congo (RDC) et des centaines de milliers d'habitants ont été déplacés par les combats entre les rebelles et l'armée.

Malgré la présence de groupes armés, la Province Orientale, où MSF travaille depuis 2001, a été plutôt épargnée par le conflit. Mais la région a connu des épidémies à répétition qui ont fait des ravages en raison de l'instabilité, des manquements du système de santé et de la faible couverture vaccinale. En 2012, MSF a dû intervenir contre des épidémies de choléra, de paludisme et de rougeole. Dans cette région du nord-est de la RDC grande comme 12 fois la Suisse, la majorité de la population vit dans des villages isolés et n'a pas accès aux soins. A chaque fois, les défis pour accéder aux communautés les plus enclavées ont été immenses.

Début 2012, des cas de choléra ont été recensés sur les rives du lac Albert, dans le district de l'Ituri. Une équipe de MSF a mis en place un centre de traitement doté de 50 lits à Kasenyi. Plusieurs unités de traitement et de réhydratation ont aussi été installées dans les localités environnantes. Au total, 1160 patients ont été pris en charge.

Le paludisme est endémique en RDC, mais, en 2012, la Province Orientale a connu une flambée inhabituelle avec un taux de mortalité particulièrement élevé et de nombreux cas graves nécessitant une hospitalisation et une transfusion sanguine. A partir de juin 2012, des équipes ont été déployées pour mettre en place des unités de soins, y compris intensifs, approvisionner en matériel et médicaments des centres de santé démunis et organiser le transfert des patients les plus gravement malades. Entre juin et septembre, MSF a traité plus de 58000 personnes et en a hospitalisé 3500, pour la plupart des enfants âgés de moins de cinq ans.

A partir d'octobre, c'est la rougeole qui a fait des ravages parmi les enfants de la région, déjà durement éprouvés par la flambée de paludisme. Une nouvelle fois, MSF s'est lancé dans une course contre la montre pour soigner gratuitement un maximum de malades et réduire la mortalité, alors que le système de santé congolais était dépassé par les besoins. Malgré le fait qu'une épidémie ait été officiellement déclarée, les soins étaient payants et les structures de santé faisaient face à des ruptures de stock tout en manquant cruellement de ressources humaines qualifiées. Entre octobre et décembre, MSF a soigné plus de 12700 malades de la rougeole et vacciné 226000 enfants dans plusieurs zones affectées.

En décembre 2012, après avoir constaté une baisse du nombre de victimes de violences, MSF s'est retirée de l'hôpital de Dungu, dans le district du Haut-Uélé, où l'organisation soutenait la salle d'urgence et un bloc chirurgical. En revanche, la présence a été renforcée dans l'hôpital de Gety, dans le district de l'Ituri. Cette zone est le théâtre de combats récurrents entre groupes armés et armée régulière et elle compte de nombreux déplacés. L'établissement dispose d'une salle d'urgence et d'une unité de soins intensifs. En 2012, près de 830 personnes y ont été admises, des enfants pour la plupart. Dans la ville voisine de Bunia, MSF continue d'apporter son soutien à une ONG congolaise qui accueille les femmes victimes de violence sexuelle.

Enfin, MSF n'a pas relâché ses efforts contre la maladie du sommeil ou trypanosomiase humaine africaine (THA) dans les districts des Uélés. On estime que la RDC concentre les trois quarts des cas de cette maladie négligée. En 2012, les équipes MSF ont travaillé avec le ministère de la Santé pour éradiquer cette maladie. Quelque 60000 habitants ont été testés dans les zones de santé de Ganga-Dingila ou d'Ango. Parmi eux, 1075 malades ont reçu un traitement.

A Doruma, MSF a remis son programme contre la maladie du sommeil aux autorités congolaises, car le nombre de cas était passé sous le niveau d'urgence.

Motifs d'intervention : Conflit armé, épidémies et pandémies, violence sociale/exclusion des soins de santé

Activités principales : Médecine tropicale, maladie négligée

Dans le pays depuis : 2001

Ressources humaines (ETP) : 461 collaborateurs dont 55 collaborateurs internationaux

Coût 2012 : CHF 14075000





Dans le nord-est de la RDC, accéder aux populations les plus enclavées est un véritable défi logistique. © Aurélie Lachant/MSF, Tristan Pfund

L'URGENCE PERMANENTE

La République démocratique du Congo (RDC) est un «désert sanitaire». Les investissements dans le domaine de la santé sont historiquement faibles. L'immense pays se relève difficilement d'années de guerre et les régions de l'est sont très loin d'être stabilisées. Des centaines de milliers d'enfants n'ont jamais été vaccinés, notamment contre la rougeole, alors que le vaccin est très efficace et bon marché.

Le système de santé est dépassé par les besoins de la population. Lorsqu'elles fonctionnent, les structures manquent de médicaments et de personnel qualifié, lequel n'est souvent pas payé. L'enclavement de certaines zones et l'absence de routes praticables compliquent encore les choses. Il n'est pas rare que les malades doivent marcher plusieurs jours pour parvenir au centre de santé le plus proche.

Enfin, les soins sont payants, ce qui est une catastrophe pour la majorité de la population qui survit sous le seuil de pauvreté. Tous ces facteurs expliquent pourquoi des maladies facilement soignables font des ravages, obligeant MSF à intervenir en urgence de façon régulière.



En RDC, les épidémies à répétition ont fortement éprouvés la santé des plus petits. © Tristan Pfund

RÉPUBLIQUE POPULAIRE DÉMOCRATIQUE DE CORÉE

Intervention d'urgence suite à des inondations

En été 2012, la République populaire démocratique de Corée s'est retrouvée confrontée à une grave crise humanitaire. Des pluies diluviennes ont provoqué des inondations et des glissements de terrain sur près de 650 km^2. Selon un bilan publié par l'agence officielle nord-coréenne, 169 personnes seraient mortes dans ces inondations, 400 auraient disparu et 212200 auraient été déplacées.

Une équipe MSF composée de deux personnes est intervenue, évaluant les besoins de 13 structures de santé à la fois en ville et dans les communautés rurales au nord de la capitale Pyong Yang. Des médicaments essentiels et du matériel médical de base ont été fournis aux hôpitaux et centres de santé et du matériel de première nécessité (couvertures, bidons d'eau, bâches en plastique, etc.) a été distribué à près de 1000 familles. MSF leur a également apporté 25 tonnes de riz.

La République populaire démocratique de Corée est l'un des Etats les plus isolés au monde. Durant les 30 dernières années, ce pays n'a connu que peu de changements.

Motifs d'intervention : Catastrophe naturelle

Activité principale : Soins aux victimes d'une catastrophe naturelle

Ressources humaines (ETP) : 2 collaborateurs internationaux

Coût 2012 : CHF 867000

SOMALIE

La situation humanitaire est toujours déplorable

Plus de deux décennies après l'éclatement du pays, la Somalie est toujours déchirée par les combats et sa population victime de violences indiscriminées. En 2012, le pays s'est doté d'un nouveau président et d'un gouvernement. Malgré le recul des groupes insurgés, le pays reste divisé et une majorité de Somaliens vivent dans des conditions très précaires.

En effet, le système de santé a cessé de fonctionner depuis 1991 à la chute du régime de Siad Barre. La faible couverture vaccinale augmente le risque d'épidémies. Les déplacements de population sont massifs. Ajouté à cela, le manque d'accès à l'eau potable et les mauvaises conditions d'assainissement rendent la situation humanitaire déplorable. D'autant que l'aide internationale reste insuffisante en raison de l'insécurité et du manque d'accès accordé par les belligérants.

Nos deux collaboratrices, Montserrat Serra et Blanca Thiebaut, enlevées en octobre 2011 dans un camp de réfugiés de Dadaab, au Kenya, sont toujours détenues en Somalie. L'ensemble des sections MSF ont décidé de suspendre jusqu'à leur libération l'ouverture de tout nouveau projet dans le pays, à l'exception d'interventions d'urgence. Malgré toutes ces difficultés, MSF a continué en 2012 à apporter une aide essentielle aux Somaliens. A Mogadiscio, l'hôpital pédiatrique ouvert en été 2011, au plus fort de la crise humanitaire, a pu être consolidé. Il dispose de 60 lits et a accueilli 1430 enfants, dont une majorité souffrant de malnutrition aigüe sévère et de rougeole. 6310 enfants malnutris ont aussi été traités en ambulatoire.

A l'extérieur de la capitale, MSF soutient un hôpital communautaire dans le corridor d'Afgoye, notamment en fournissant du matériel médical. Il s'agit du seul établissement de cette zone qui accueille l'une des plus grandes concentrations de déplacés au monde. Fin 2012, les équipes de MSF ont mené plusieurs interventions ponctuelles à Afgoye. 1530 enfants de moins de cinq ans ont été dépistés pour la malnutrition. Un quart d'entre eux étaient malnutris et ont été pris en charge. 380 enfants ont également été vaccinés contre la rougeole, la polio ou le tétanos. A Dinsor, près de 1900 patients ont été hospitalisés en 2012, l'équipe médicale a assisté 1055 accouchements et dispensé 36040 consultations ambulatoires. L'hôpital MSF dispose de 60 lits, plus un centre nutritionnel thérapeutique dont la capacité peut atteindre 40 lits. En décembre 2012, MSF a transféré son projet dans l'hôpital de Belet Weyne aux autorités locales. Durant l'année, 9830 personnes y ont été hospitalisées, y compris 155 blessés de guerre.

Motifs d'intervention : Conflit armé
Activités principales : Hôpital, nutrition
Dans le pays depuis : 2002
Ressources humaines (ETP) : 420 collaborateurs dont 8 collaborateurs internationaux
Coût 2012 : CHF 5499000





A Mogadiscio, MSF a ouvert un hôpital pédiatrique qui prend en charge majoritairement des enfants souffrant de malnutrition. © Mike Woodman/MSF

SOUDAN

Le pays a été le théâtre de plusieurs épidémies

Depuis l'indépendance du Soudan du Sud en 2011, la situation économique du Soudan s'est affaiblie et le niveau d'investissement dans les services de santé ne cesse de diminuer. Les populations rurales sont les principales touchées et elles peinent à payer des soins médicaux.

En 2012, MSF a dû intervenir à plusieurs reprises suite à des urgences sanitaires. En août, des inondations ont affectés l'Etat d'Al-Gedaref, déplaçant plus de 35000 personnes. Une équipe MSF a distribué des biens de première nécessité aux familles sans-abri, fourni des bâches en plastique pour qu'elles puissent s'abriter et construit des douches et des latrines. Elle a également formé le personnel des structures médicales locales à reconnaître les symptômes et soigner la diarrhée aqueuse aiguë, une maladie très courante lors d'inondation. Dans l'état de Sennar lui aussi inondé, MSF a organisé des distributions de biens de première nécessité et mis en place des cliniques mobiles pour fournir des soins de santé primaire. Plusieurs cas de rougeole ayant été diagnostiqués lors des consultations, les équipes ont lancé une campagne de vaccination couvrant au total 1760 enfants.

En fin d'année, MSF a offert son soutien au ministère de la Santé pour enrayer une épidémie de fièvre jaune au centre et nord Darfour. En plus de participer à la campagne de vaccination organisée par le ministère dans cinq localités, les équipes MSF ont soigné plus de 150 patients atteints de cette fièvre hémorragique.

Par ailleurs, le Soudan est l'un des pays les plus touchés au monde par le kala-azar. Cette maladie parasitaire négligée est transmise par la mouche des sables. Elle est mortelle si elle n'est pas soignée. A Tabarak Allah, dans l'Etat d'Al Gedaref, MSF prend en charge les patients souffrant de cette maladie. En 2012, sur les 3090 personnes testées, 730 ont été soignées. MSF a également formé du personnel médical de l'Etat de Sennar à diagnostiquer et soigner cette maladie négligée.

Le centre de traitement MSF du kala-azar dans l'Etat de Sennar est l'un des rares endroits où sont menées des recherches sur cette maladie.

Motifs d'intervention : Epidémies et pandémies
Activités principales : Médecine tropicale, maladie négligée
Dans le pays depuis : 2004
Ressources humaines (ETP) : 121 collaborateurs dont 14 collaborateurs internationaux
Coût 2012 : CHF 3657000



Dans son hôpital d'Agok, MSF porte une attention particulière aux enfants et aux femmes enceintes dont la santé est particulièrement à risque.© Corinne Baker/MSF

SOUDAN DU SUD

Soins de santé dans la zone contestée d'Abyei

Indépendante depuis juillet 2011, la République du Sud Soudan reste à construire. Son niveau de développement est l'un des plus faibles de la planète, la majorité de la population vit avec moins d'un dollar par jour et le pays manque cruellement de services sociaux de base. En 2012, des conflits ont éclaté à la frontière avec le Soudan causant de nombreuses victimes et des déplacements massifs de population. En effet, plusieurs contentieux entre le Nord et le Sud restent irrésolus et alimentent les tensions, notamment la démarcation de la frontière et le partage des ressources pétrolières. La région d'Abyei, où MSF travaille depuis 2006, est encore contestée entre les deux Etats. Dans son hôpital d'Agok, MSF offre des soins de santé primaire et des soins hospitaliers à la population. Les équipes portent une attention pariculière aux enfants et aux femmes enceintes dont la santé est particulièrement à risque. Ainsi, suite à une enquête nutritionnelle particulièrement alarmante, MSF a distribué en janvier 2012 des compléments nutritionnels prêts à l'emploi à 12 200 enfants. Par ailleurs, 2 760 enfants de moins de cinq ans souffrant de malnutrition sévère ont été soignés et les équipes ont assisté plus de 860 accouchements.

En 2012, 140 patients tuberculeux ont été pris en charge à l'hôpital d'Agok. MSF a également commencé à mettre sous traitement des patients affectés par le VIH/sida. Au total, 9 200 consultations ambulatoires ont été dispensées et 2 600 patients ont été hospitalisés. Des cliniques mobiles ont été organisées dans les régions reculées d'Aja Kuach, Abeimnom, Rumamer, Mabok, Mijak, Leu, Marial Achak, AkacNyel et Malual Aleu. Ces zones sont uniquement accessibles lors de la saison sèche et la population Dinka qui y vit n'a que très peu accès aux soins de santé. En novembre, MSF a également réussi à assister la population nomade Misseriya au nord d'Abyei pour la première fois depuis 2010. Dans l'Etat des Lacs, au centre du Soudan du Sud, MSF a soutenu d'octobre à décembre 11 structures du ministère de la Santé qui faisaient face à une épidémie de paludisme. L'organisation a fourni des médicaments antipaludéens, des tests de diagnostic rapide et 20 000 moustiquaires. Plus de 7 350 patients ont été pris en charge pendant cette période.

Motifs d'intervention : Conflit armé, épidémies et pandémies

Activité principale : Hôpital

Dans le pays depuis : 1996

Ressources humaines (ETP) : 293 collaborateurs dont 40 collaborateurs internationaux

Coût 2012 : CHF 9 563 000

SWAZILAND

Un long combat contre la double épidémie de VIH/sida et de tuberculose

Depuis 2007, MSF fait face à la dramatique double épidémie de tuberculose et de VIH/sida qui décime la population et menace les générations futures. En effet, 26% des adultes (15-49 ans) sont infectés par le VIH et le taux d'incidence de la tuberculose est très élevé (environ 1200 nouveaux cas/100000 habitants/an). L'impact de ces maladies sur la société est énorme : économiquement parlant, le Swaziland se retrouve privé de la frange la plus active de sa population et l'espérance de vie a chuté de 60 ans en 1997 à 39 ans en 2012.

En collaboration avec le ministère de la Santé swazi, MSF décentralise les soins contre le VIH/sida et la tuberculose au plus proche des communautés. L'organisation regroupe également les soins pour le VIH et pour la tuberculose dans un même espace de consultation. Le but est de diminuer le nombre de rendez-vous que les patients doivent effectuer pour suivre leur traitement de façon régulière ainsi que les coûts engendrés par une telle démarche.

Dans la région de Shilselweni, au sud du pays, les équipes offrent des dépistages, des traitements, un soutien psychosocial et des consultations pour aider les patients à adhérer à leur traitement dans 22 cliniques rurales et dans trois centres de santé. Fin 2012, plus de 8730 patients recevaient un traitement antirétroviral dans les structures primaires soutenues par MSF, dont 2090 ont été initiés en cours d'année. Par ailleurs, 180 patients recevaient des médicaments antituberculeux, 110 d'entre eux pour une tuberculose multi-résistante.

MSF porte une attention particulière à la transmission du virus VIH de la mère à l'enfant. 1370 femmes enceintes ont ainsi reçu un traitement antirétroviral pendant leur grossesse afin de prévenir la contagion. En effet, selon les dernières études scientifiques dans le domaine, la mise sous ARV réduit les chances de transmission du virus à moins 5%. En 2013, MSF lancera un projet pilote visant à généraliser la mise sous ARV pour toutes les femmes enceintes quelque soit l'état de leur système immunitaire, ceci non seulement afin de réduire drastiquement le nombre d'enfants naissant infectés lors de grossesses en cours ou futures, mais également de protéger le ou les partenaires d'une personne séropositive.

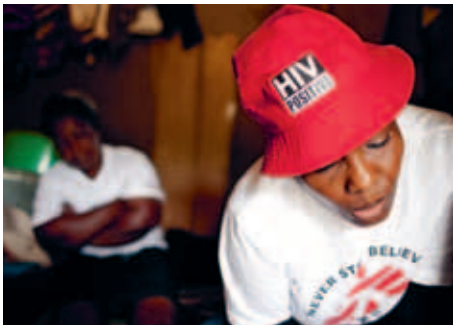
Motifs d'intervention : Epidémies et pandémies

Activités principales :
VIH/sida, tuberculose

Dans le pays depuis : 2007

Ressources humaines (ETP) : 192 collaborateurs dont 23 collaborateurs internationaux

Coût 2012 : CHF 8387000







En collaboration avec le ministère de la Santé swazi, MSF décentralise les soins contre le VIH/sida et la tuberculose au plus proche des communautés. © Giorgos Moutafis

TCHAD

Outre la prise en charge de la malnutrition, plusieurs campagnes de vaccination ont été menées

Même s'il connaît une période de paix depuis trois ans, le Tchad reste l'un des pays les plus pauvres de la planète.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les indicateurs sanitaires ne se sont pas améliorés, à l'instar du taux de mortalité infantile et maternelle qui est l'un des plus élevés au monde. Le système de santé pâtit toujours d'importants déficits en ressources humaines et matérielles.

Dans la bande sahélienne qui traverse le pays d'ouest en est, l'insécurité alimentaire est chronique et les épidémies fréquentes. Dans cette situation, les enfants sont les plus vulnérables.

MSF dispose dans la ville de Massakory d'un hôpital ouvert en 2010, dont la capacité peut être portée à 220 lits en fonction des besoins. L'établissement offre des soins d'urgence pour tous les enfants de moins de 15 ans. En 2012, 8532 enfants souffrant de malnutrition aigüe sévère et 1068 cas de paludisme y ont été soignés. Un programme nutritionnel mobile est mené dans six centres de santé du district, afin que les habitants ne soient pas obligés d'amener leurs enfants jusqu'à l'hôpital. Plus de 17000 enfants ont également été vaccinés contre la rougeole dans le district et 72 pris en charge.

Au printemps 2012, MSF a mené une grande campagne de vaccination contre une épidémie de méningite à Massakory mais aussi dans le district de Léré (sud-ouest), immunisant au total 358850 personnes âgées de moins de 30 ans. Un nouveau vaccin a été utilisé offrant une immunité de dix ans, contre trois ans auparavant.

A Abéché, dans l'est du pays, MSF a continué d'opérer des femmes souffrant de fistules obstétricales, des blessures liées à l'accouchement et pouvant provoquer une incontinence. Ces femmes sont souvent rejetées par leur famille et leur communauté. Le nombre de cas est particulièrement élevée au Tchad en raison du manque d'accès à des soins obstétricaux de qualité. En 2012, 166 femmes ont été opérées.

Motifs d'intervention : Epidémies et pandémies, violence sociale/exclusion des soins de santé

Activités principales :
Hôpital, nutrition, pédiatrie

Dans le pays depuis : 2006

Ressources humaines (ETP) : 428 collaborateurs dont 36 collaborateurs internationaux

Coût 2012 : CHF 8848000

RESSOURCES HUMAINES

« Assurer la présence de nos équipes dans des contextes complexes et difficiles est un défi quotidien. »

Déjà plus de 500 jours de captivité pour nos deux collègues de la section espagnole, Montserrat Serra et Blanca Thiebaut, enlevées le 31 octobre 2011 dans la zone des camps de réfugiés de Dadaab au Kenya, où MSF apporte toujours une assistance médicale aux réfugiés somaliens. MSF continue a faire tout son possible pour obtenir leur libération et l'absence de Montserrat et Blanca nous rappelle à chaque instant la vulnérabilité de nos équipes dans des contextes opérationnels complexes et difficiles.

Sur le terrain, MSF Suisse a employé environ 4 700 personnes en 2012, dont plus de 950 expatriés au départ de Genève. Même si nos programmes réguliers ont été relativement stables, les interventions d'urgence médicale se sont succédées tout au long de l'année et ont nécessité une forte mobilisation des ressources humaines (RH) en République démocratique du Congo, au Niger, au Soudan du Sud, en Guinée et au Cameroun.

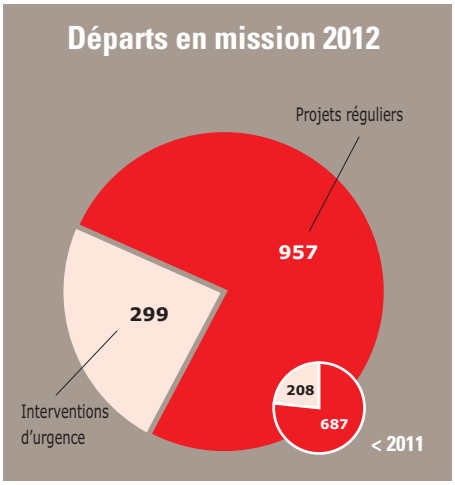
Par ailleurs, la crise politique autour du Sahel ne facilite pas le déploiement d'équipes expérimentées, nationales ou internationales, en raison de l'insécurité et des restrictions d'accès à de très nombreuses nationalités en raison du risque élevé d'enlèvement. Comme en Somalie, la difficulté de recruter du personnel pour nos opérations de secours au Niger menace le maintien d'un service de qualité. C'est un défi permanent auquel doivent faire face nos collaborateurs RH au quotidien, sur le terrain et au siège.

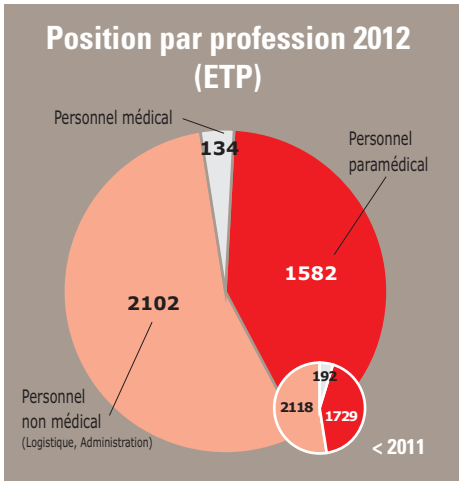
Au niveau organisationnel, le plan stratégique sur trois ans de MSF Suisse a été lancé en 2012 et les problématiques RH y tiendront un rôle central : stabilisation des coordinations, développement des parcours, mobilité interne, formation et diversité sont les grands enjeux auxquels nous avons commencé à nous atteler cette année.

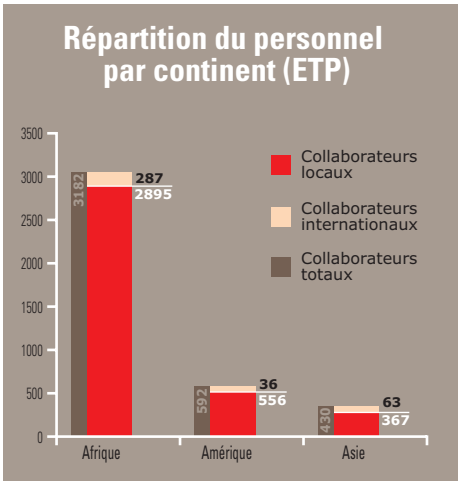
C'est également au niveau du mouvement international MSF que se développent les politiques et outils RH. 2012 a été l'année de finalisation de notre nouvelle stratégie globale de rémunération pour le personnel international (IRP 2.0) qui sera couplée à notre futur outil de gestion informatique des ressources humaines intersections (Symphony). Le déploiement de ces nouveaux outils à partir de 2014 promet à moyen-terme une meilleure mise à disposition des compétences de tous au service de nos patients.

Un grand merci à tous les collaborateurs de MSF Suisse qui, en 2012, ont rendu nos actions possibles.

Franck Eloi, Directeur des ressources humaines

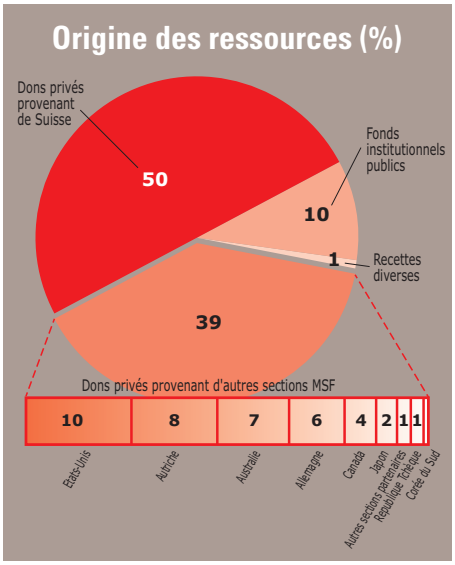






RÉSULTATS FINANCIERS POUR 2012

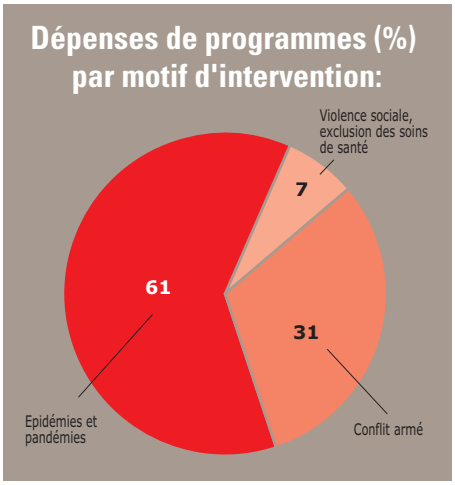
L'année 2012 a connu un événement de nature exceptionnelle. MSF Suisse a eu l'heureuse surprise de recevoir un don privé de près de CHF 26M. Avant de l'accepter, MSF à mené une procédure de diligence approfondie, afin de s'assurer que cette donation réponde en tous points à la politique d'acceptation des dons de notre association. Cette politique vise à s'assurer que les fonds ont une origine conforme à un certain nombre de standards légaux et éthiques. Pour favoriser un impact maximal de cette donation, nous avons créé un «fonds» pour financer des projets particulièrement innovants ou stratégiques sur les plans médicaux et opérationnels.



Le **total des dépenses** de MSF Suisse a connu une croissance de CHF 12M entre 2011 et 2012 (soit 8.7%), pour atteindre un total de CHF 159M en 2012. La moitié de cette croissance correspond au financement de programmes de MSF Espagne (CHF 5M) et à la contribution de MSF Suisse à l'extension des locaux de MSF Logistique à Bordeaux (CHF 1.2M). En excluant ces deux postes, la croissance de MSF Suisse est de CHF 6M, soit 4.4%. La donation à MSF Espagne entre dans la procédure de solidarité du mouvement MSF et s'est faite pour pallier la chute majeure de la collecte de fonds liée à la crise économique de ce pays. Cette donation a été affectée à des programmes médicaux innovants, dans le cadre du «fonds» spécialement créé à cet effet.

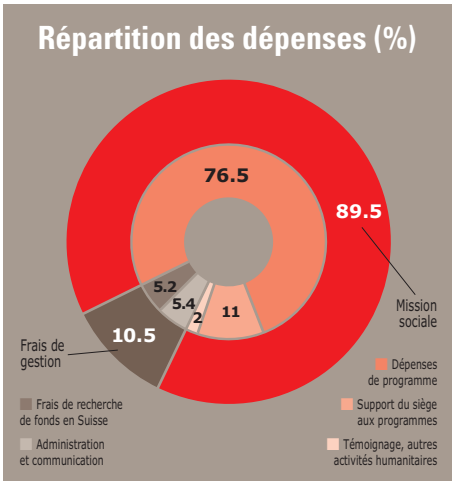
Les **coûts de programmes** ont augmenté de 3% en 2012 et sont revenus au niveau de l'année 2010. En effet, après l'intervention d'urgence majeure à Haïti en 2010, les coûts de programmes avaient légèrement baissé en 2011. Nous avons donc eu un volume opérationnel relativement stable sur les trois dernières années à un niveau avoisinant CHF 115M.

Le coût des projets réguliers ont augmenté de 4% par rapport à 2011. Notamment à cause de l'augmentation du volume d'activités du projet de prise en charge du VIH/sida et de la tuberculose au Swaziland et de l'hôpital de Massakori au Tchad.



En termes d'**urgences**, sans qu'il n'y ait eu d'intervention massive, l'année a été très dynamique avec plus de vingt ouvertures de projets. Nous avons dépensé CHF 24M en 2012, soit 3% de plus qu'en 2011. Les principales interventions d'urgence ont concerné l'épidémie de paludisme en République démocratique du Congo (CHF 3.3M), les réfugiés au Niger (CHF 2.5M), et la région du sud du Soudan (CHF 2.4M). La RDC a particulièrement mobilisé nos ressources en 2012 avec près du quart de notre budget d'urgence alloué à des interventions en réponse à des crises de paludisme, rougeole, choléra et malnutrition. En termes de «structure» budgétaire, nos projets d'urgence ont représenté 21% de nos dépenses opérationnelles, ce qui est similaire à 2011.

Cette année, 61% de nos dépenses de projet ont servi à répondre à des épidémies/pandémies et 31% à des victimes de conflits armés. En termes géographiques, l'Afrique représente toujours la part la plus importante de nos dépenses de projets (75%), mais cette année l'Asie a devancé l'Amérique. Cela s'explique par l'augmentation de nos dépenses au Liban et surtout par la diminution d'activités du programme en Haïti.



Les **dépenses du siège** ont connu une augmentation de CHF 3M (soit +9%). Cette croissance s'explique par un ajustement différé des dépenses du siège à celles des programmes, qui avaient cru fortement en 2010 avec l'urgence Haïti. Ainsi sur la période 2007-2012, les dépenses de programmes ont augmenté de 61% tandis que les dépenses de siège ont augmenté de 48%. Une forte stabilisation est planifiée en 2013-2014.

La part des dépenses allouées à la **mission sociale** est restée stable à 89%.

Les recettes de MSF Suisse ont augmenté de CHF 27M par rapport à 2011 (+18%). Cette augmentation est principalement due à la donation exceptionnelle de CHF 26M, mais aussi à l'accroissement des contributions des sections MSF partenaires de MSF Suisse pour CHF 10M (+16%), que contrebalance une baisse des revenus de fonds institutionnels publics.

Pour ce qui concerne la **collecte de fonds en Suisse**, en excluant la donation exceptionnelle, les revenus privés récoltés en Suisse en 2012 sont très proches de ceux reçus en 2011,

année au cours de laquelle plus de CHF 5M avaient été collectés en réponse à l'urgence en Somalie. Sans urgence fortement médiatisée en 2012, cette stabilité représente en soi un excellent résultat. Pour y parvenir, nous avons dû procéder à une augmentation notable des dépenses de recherche de fonds (+7.5%).

« En 2012, CHF 24M ont été alloués aux interventions d'urgence. »

MSF Suisse a reçu en 2012 CHF 70M de **dons provenant de sections partenaires**. Ces contributions sont en hausse de CHF 10M par rapport à 2011 et ancrent clairement notre section dans la dynamique du mouvement MSF.

Les **financements publics institutionnels** ont diminué de CHF 6M en 2012 pour atteindre CHF 19M et représentent 10% de nos recettes.

La constitution d'un **fonds dédié** avec la donation exceptionnelle a pour effet de différer CHF 19M de revenus pour les exercices futurs. Le fonds de CHF 1.6M constitué en 2007 pour financer l'extension de MSF Logistique a finalement été utilisé en 2012.

Au final, l'année 2012 se solde ainsi par **un surplus** de CHF 4.4M.

Nous tenons à remercier les 211'494 donateurs en Suisse qui ont répondu à nos sollicitations en 2012 ; ainsi que les centaines de milliers d'autres qui, aux Etats-Unis, en Allemagne, en Autriche, en Australie, au Canada, au Japon, au Mexique, en République Tchèque et en Corée ont financé nos opérations au travers d'un don à une section MSF partenaire.

Nous voulons également remercier les Communes, les Cantons et la Confédération helvétique, pour le soutien qu'ils nous apportent depuis de nombreuses années ; ainsi que les gouvernements étrangers et les agences d'aide humanitaire qui financent nos opérations.

Genève, le 4 mai 2013

Ralf de Coulon
Trésorier

Emmanuel Flamand
Directeur des finances

MSF EST FINANCÉE À 89% PAR DES FONDS PRIVÉS

Le financement de MSF Suisse repose essentiellement sur les fonds privés (89%), mais aussi sur des fonds provenant de gouvernements ou d'institutions publiques (10%).

En 2012, grâce à nos 211 494 donateurs, les fonds privés provenaient majoritairement de la Suisse (56%). Ils provenaient également d'autres pays, notamment des Etats-Unis, de l'Autriche, d'Australie et d'Allemagne, via les sections MSF de ces pays.

Les fonds publics proviennent, quant à eux, essentiellement de la Commission Européenne (35%), du gouvernement suédois (15%) et de la Confédération Helvétique (11%).

MSF travaille sur la base d'une indépendance stricte à l'égard de tout pouvoir, qu'il soit d'ordre politique, religieux, économique ou autre. MSF ne veut en aucun cas servir d'instrument de politique étrangère de quelque gouvernement ou groupe d'intérêt que ce soit. C'est dans ce souci d'indépendance que MSF fait appel au maximum à des financements d'origine privée et s'applique à limiter l'influence de ses financeurs publics en les diversifiant et en ne les sollicitant qu'en respectant un certain nombre de critères. Par exemple, lorsque nous intervenons dans des contextes de conflit complexe, impliquant divers Etats, pour éviter tout amalgame et toute manipulation, nous nous appuyons uniquement sur des dons privés.

La décision de MSF d'intervenir en réponse à une crise est basée sur notre propre évaluation des besoins. Nous nous efforçons d'évaluer librement les besoins médicaux, d'accéder aux populations sans restriction et de contrôler directement l'aide que nous fournissons. Les financements privés nous permettent de répondre plus rapidement à une crise pour fournir une assistance médicale d'urgence, même dans les zones les plus éloignées de l'attention des médias ou des intérêts politiques.

Dans le souci de préserver la réactivité qui nous caractérise, nous maintenons des réserves financières qui nous permettent d'intervenir immédiatement sans devoir attendre de collecter des fonds. Ces réserves nous permettent également de garantir un financement continu de nos programmes médicaux, même dans le cas d'un ralentissement des donations qui nous sont faites.

La très grande liberté d'action permise par la part importante de nos financements d'origine privée ne nous dédouane en aucun cas de la recherche maximum d'efficacité dans l'utilisation des ressources qui nous sont confiées. Bien au contraire, MSF se donne l'obligation d'utiliser au mieux les moyens dont elle dispose, de contrôler directement la distribution des secours et d'en évaluer régulièrement les effets. De plus, par souci de transparence, MSF s'oblige à publier des comptes audités particulièrement détaillés.

REMERCIEMENTS

Nous tenons ici à remercier toutes les donatrices et donateurs qui ont rendu possible le travail de Médecins Sans Frontières Suisse en 2012. Cette année, 211 494 personnes ont généreusement soutenu notre organisation – merci à eux pour leur confiance.

Nous remercions aussi les gouvernements, agences gouvernementales et organisations internationales qui soutiennent nos projets :

- CIDA – Agence canadienne de développement international
- DANIDA – Agence danoise de développement international
- DDC – Direction du développement et de la Coopération (Suisse)
- ECHO – Office d'aide humanitaire de la Commission européenne
- EUROPEAID – Développement et Coopération Commission Européenne
- Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
- Ministère des Affaires étrangères (Allemagne)
- Ministère des Affaires étrangères (Norvège)
- Ministère des Affaires étrangères (République tchèque)
- NORAD – Agence norvégienne pour la coopération au développement
- Irish Aid
- PAM – Programme Alimentaire Mondial
- SIDA – Agence suédoise de coopération internationale pour le développement
- Unicef – Fonds des Nations unies pour l'enfance
- UNITAID

Nous tenons à remercier tout particulièrement les organisations ci-dessous :

- Canton de Genève
- Chaîne du bonheur
- Cofra Foundation
- Ferster-Stiftung
- Fondation des Fondateurs
- Fondation Rifké
- Gamorsa Stiftung
- Hilfswerk Pro Beatrice
- Hilti Foundation
- Kanton Aargau
- Lanfrosa Stiftung
- Leopold Bachmann Stiftung
- Pucci Foundation
- Tarbaca Indigo Foundation

Nos remerciement les plus sincères vont également à :

- Ace Versicherung
- Airloc Schrepfer AG
- Alfred Richterich Stiftung
- Ameos Holding AG
- Ammann Schweiz AG
- Arcanum Stiftung
- Bathco Ltd
- Baugenossenschaft Freiblick Zürich
- Baumer Electric AG
- Binder Rechtsanwälte
- Bolliger & Mabillard
- Breitling SA
- Büchi Labortechnik AG
- C + S AG
- Caisse de Pensions Swatch Group
- Caliqua AG
- Capital International SA
- CBA Creation Bel Art SA
- Charlotte und Nelly Dornacher Stiftung
- Christliche Seelsorgestelle
- Commune de Bernex
- Commune de Collonge-Bellerive
- Commune de Cologny
- Commune de Plan-les-Ouates
- Commune de Troinex
- Commune de Veyrier
- Commune du Grand-Saconnex
- Commune de Meyrin
- Compass Asset Management SA
- Consa Treuhand AG
- Couvent Ste.Ursule de Sion
- Deepview Capital SA
- Dieter Kathmann Stiftung
- Dominikanerinnenkloster St. Peter & Paul
- Dosteba AG
- Eduran AG
- Elbro AG
- Elisabeth Nothmann Stiftung
- Evangelisch-Reformierte Kirchgemeinde Obwalden
- Exedra AG
- Fides Treasury Services Ltd
- Fondation Alfred et Eugénie Baur
- Fondation de bienfaisance de la Banque Pictet & Cie
- Fondation Hubert Looser
- Fondation Johann et Luzia Graessli
- Fondation Francis et Marie-France Minkoff
- Fondation Pierre Demaurex
- Fondazione Casal
- Fondazione Green Island
- Fondazione Pro Dimora
- Forcklabs
- Gemeinde Baar
- Gemeinde Küsnacht
- Gemeinde Meilen
- Gemeinde Muri b. Bern
- Gemeinde Nürensdorf
- Gemeinde Riehen
- Gemeinde Stäfa
- Gemeinde Wallisellen
- Gemeinde Wettingen
- Generation Media AG
- Georg und Emily Von Opel-Stiftung
- Giessenbach Stiftung
- GOM International AG
- Günther Caspar Stiftung
- Habi Druck
- Hemmann Schleiftechnik Gmbh
- Huwa Finanz & Beteiligungs AG
- Immobilien AG Riesbach
- Intellec AG
- Kanton Appenzell Ausserrhoden
- Kanton Basel-Landschaft
- Kanton Graubünden
- Kanton Luzern
- Kanton Schaffhausen
- Kanton Thurgau
- Karelsie Stiftung
- Karlsbader Wochenenden
- Kath. Kirchgemeinde Baar
- Kirchgemeinde Vechigen
- Klinik Stephanshorn
- Labmed
- Manor AG
- Marcuard Family Office AG
- Martin Nösberger Stiftung
- MASTEPE-Stiftung
- Mckinsey & Company
- Medtronic (Suisse) SA

- Müllhaupt & Partner
- Musgrave Charitable Trust Ltd
- Oak Philanthropy Limited
- PartnerRe, Zurich Branch
- Phz Luzern
- Politische Gemeinde Herrliberg
- Profilsager AG
- Projet Luciana Life
- Provisa AG
- R. und R. Schlageter-Hofmann Stiftung
- Raab-Verlag und Versandhandel GmbH
- Radio-Onkologiezentrum Biel-Seeland-Berner-Jura
- Rat und Tat GmbH
- Ref. Kirchgemeinde Wallisellen
- Reformierte Kirche Kanton Zug
- Röm. Kath. Pfarramt Aarburg
- Rosa und Bernhard Merz-Stiftung
- RPH-Promotor Stiftung
- Rwe Supply + Trading Gmbh
- Säntis Analytical AG
- Schindler Elettronica SA
- Seedamm Plaza
- Soltop Schuppisser AG
- Sowatec AG
- Spline GmbH
- Stadt Aarau
- Stadt Zug
- Starr International Foundation
- Stefanie und Wolfgang Baumann Stiftung
- Sternsinger Eschlikon
- Stiftung Barbara Christiane Koch
- Stiftung der Gemeinschaft der Liebfrauenschwestern
- Stiftung Fürstlicher Kommerzienrat Guido Feger
- Stiftung Symphasis
- Storz Medical AG
- Sungard Switzerland SA
- Sunside Treuhand- und Verwaltungs AG
- Swiss Post
- Tanaca Holdings Ltd
- Testex
- The Ambassador
- The Aurora Light Foundation
- The Herrod Foundation
- The Kozuki Trust
- The Swatch Group SA
- The Tanner Trust
- Titan Software Consulting AG
- Toni Frei Metallbau AG
- Tschikali Stiftung
- Uts United Trading Service SA
- Verein Saus und Braus
- Victorinox
- Ville de Genève
- Ville de Lugano
- Ville de Vevey
- Voegeli & Wirz AG
- von Duhn Stiftung
- Vontobel-Stiftung
- VP Bank Stiftung
- Wellington Partners Advisory AG
- Yellow Bird Foundation
- ZetaVision

Un grand merci va aussi aux partenaires de nos événements :

- Zürich Film Festival
- Fumetto – Internationales comix – Festival Luzern

Nous tenons finalement à remercier tous ceux qui ont mis leur temps et leur énergie au profit de MSF en 2012 :

- Anne Chick
- Béatrice Junod
- Bettina Debrunner
- Bia Sahli Herold
- Brenda Nelson
- Cécile Thiery
- Christiane Roth
- Cornelia Gantner
- Daniel Schilliger
- Daniela Riedo
- Danielle Maffei
- Esther Steinmann
- Flavia Galletti
- Gerhard Amman
- Hélène Leherpeur
- Henry Spaeti
- Irène Serfass
- Jacqueline Leroux
- Katharina Meyer
- Kiyoshi Sugimoto
- Maryvonne Grisetti
- May Win
- Michelle Vettovaglia
- Mireille Robert
- Nelly Humm
- Nicole Hoekstra
- Patrick Maurer
- Regula Bucher
- Sandra Waider
- Thérèse Rasmussen
- Traducteurs Sans Frontières
- Viola Bingler

Nous nous excusons par avance des omissions bien involontaires que nous aurions pu faire.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président

Dr Abiy Tamrat a rejoint MSF en 1999. Après avoir travaillé comme responsable de la santé régionale au ministère de la Santé éthiopien, il a travaillé à MSF comme membre du personnel national, puis comme volontaire expatrié. En 2002, il est venu au siège de Genève comme responsable adjoint des urgences puis, en 2006, il a été nommé au poste de directeur médical de la section suisse et a contribué à développer l'expertise, les approches innovatrices et les politiques médicales de l'organisation. Lors de l'Assemblée générale des 21-22 mai 2010, il a été élu au Conseil d'administration et à la présidence de l'association pour un mandat de trois ans.

Vice-président

Dr Thomas Nierle a rejoint MSF en 1997 pour une première mission en Afghanistan. Il a ensuite été responsable des urgences de MSF Suisse, puis directeur des opérations jusqu'en 2004. Il est actuellement médecin-chef des urgences de l'hôpital de Moûtier et membre du conseil d'administration de MSF Suisse depuis mai 2010.

Trésorier

Ralf de Coulon est Directeur des Finances, Ressources Humaines et Administration du DNDi (Drugs for Neglected Diseases initiative), une organisation de recherche indépendante fondée en 2003 avec le soutien de MSF et ayant pour objectif le développement de médicaments contre des maladies tropicales négligées. Ralf de Coulon a précédemment travaillé avec MSF pendant plusieurs années. Il a été élu au Conseil d'administrations de MSF Suisse en mai 2012.

Secrétaire

Dr Slim Slama est médecin-adjoint au Service de Médecine Internationale et Humanitaire des Hôpitaux Universitaires de Genève. Il est également le directeur du programme du Geneva Health Forum, une conférence internationale traitant des questions d'accès aux soins et de santé globale (www.ghf.globalhealthforum.net). Slim Slama a été élu au Conseil d'administrations de MSF Suisse en mai 2012 pour trois ans.

Membres

Dr Joanne Liu est pédiatre urgentiste. Elle a rejoint MSF en 1996 pour des missions sur le terrain. Elle a par la suite travaillé au siège de la section française de MSF puis a été présidente de MSF Canada. Elle est aujourd'hui clinicienne à plein temps au service des urgences pédiatriques du CHU de Ste-Justine à Montréal. Joanne Liu a été élue au Conseil d'administrations de MSF Suisse en mai 2010.

Dr Karin Hartmann est pédiatre. Elle travaille à l'hôpital de Coire depuis 2007 en tant que consultante pour les services de pédiatrie, de néonatologie et d'urgence. Karin Hartmann a effectué sa première mission avec MSF en 2006 à Bunia, RDC. Elle est depuis repartie plusieurs fois sur d'autres projets. Elle est membre du Conseil d'administration de MSF Suisse depuis mai 2011.

Olivier Antonin est actuellement gérant de l'Auberge du Cèdre à Lauret en France. Il est membre du Conseil de MSF Suisse depuis mai 2011. Olivier Antonin a été coordinateur d'urgence pour MSF Suisse d'avril 2002 à mars 2011. Avant cela, de 1986 à 2002, il avait déjà effectué 18 autres missions en tant que coordinateur logistique, coordinateur de terrain ou chef de mission.

Nicolas Cantau est impliqué depuis plus de vingt ans dans l'aide internationale, le développement et les programmes de santé publique. Il travaille actuellement au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme en tant que directeur régional pour l'Europe de l'Est et l'Asie Centrale. Nicolas Cantau a auparavant travaillé plus de dix ans avec MSF. Il a rejoint le Conseil d'administration de MSF Suisse en mai 2012.

Jean-Christophe Azé a travaillé avec MSF Suisse de 1991 et 2004 à la fois sur le terrain et au siège. Il travaille aujourd'hui avec l'Organisation mondiale de la Santé où il est responsable du soutien logistique au département épidémies et pandémies. Il est membre Conseil d'administration de MSF Suisse depuis mai 2012.

Membres cooptés

Dr Karim Laouabdia a rejoint MSF en 1985. Il a travaillé plusieurs années sur le terrain, puis au siège de MSF France à Paris où il a tenu le poste de directeur général de 1998 à 2003. Il a assuré la direction générale de la campagne d'accès aux médicaments essentiels de 2004 à 2006. Il est actuellement directeur général adjoint de l'Agence de la biomédecine en France. Il a été coopté au Conseil d'administration en 2011.

Fiona Terry a passé la majeure partie des 20 dernières années impliquée dans les opérations de secours humanitaires dans différentes parties du monde. Ancienne présidente de Médecins Sans Frontières Australie, Fiona est aujourd'hui chercheuse indépendante, titulaire d'un doctorat en relations internationales et sciences politiques.

Gilles Carbonnier, Gaëlle Fedida, le Dr Manica Balasegaram et Vicken Cheterian ont quitté le Conseil d'administration en mai 2012.

LA CHARTE DE MSF

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 :

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

Œuvrant dans la neutralité et l'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.

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.

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.

MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN

Rue de Lausanne 78
Case postale 116
1211 Genève 21
Suisse
Tél.: +41 22 849 84 84
Fax: +41 22 849 84 88
Email: office-gva@geneva.msf.org

www.msf.ch

CCP 12-100-2

Examen d'une enfant syrienne dans la salle d'urgence gérée par MSF dans le camp de réfugiés de Domiz en Irak. © Pierre-Yves Bernard/MSF