



# Rapport annuel d'activités

**Année 2011**

Médecine humanitaire

Innovation

Partenariat

## SOMMAIRE

1. LE MOT DU PRESIDENT .....	3
2. LE RAPPEL DU PROJET D'ALIMA.....	5
3. ALIMA EN CHIFFRES.....	6
4. LES MISSIONS EN 2011 .....	7
4.1. HAÏTI .....	7
4.2. MALI .....	10
4.3. NIGER .....	12
4.4. REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO (RDC).....	14
4.5. IRAK.....	16
5. LES RESULTATS FINANCIERS .....	17
6. LES PRINCIPAUX ENJEUX DU SUPPORT AUX PROJETS.....	21
6.1. ENJEUX ADMINISTRATIFS ET FINANCIERS.....	21
6.2. ENJEUX ET PERSPECTIVES DES RESSOURCES HUMAINES.....	22
6.3. ENJEUX LOGISTIQUES.....	24
7. PERSPECTIVES DE NOS PROJETS EN 2012.....	25
8. PARTENAIRES ET REMERCIEMENTS.....	27
9. CONTACTS.....	28

## 1. LE MOT DU PRESIDENT

D'importants foyers de mortalité persistent dans certains pays, particulièrement en Afrique. Si de nombreuses femmes meurent encore en couches ou des enfants en bas âge de malnutrition, de paludisme ou d'une simple diarrhée, ce n'est pourtant pas une fatalité. Il est difficile pour les pays en voie de développement d'endiguer seuls ces fléaux. Mais les défis politiques, économiques et techniques auxquels ils sont confrontés compliquent encore leur combat pour améliorer la santé de leur population.

Loin d'être uniquement des victimes, les populations vivant dans ces pays sont les actrices de leur propre destin et ont besoin, dans un monde d'échanges permanents, de partenariats égaux et solides. Par nos actions, nous secondons des praticiens nationaux dans leur lutte pour un accès aux soins par le plus grand nombre. Et moins de trois ans après la création d'ALIMA, le dynamisme de nos projets démontre l'intérêt croissant suscité par cette démarche.

2011 a été marquée par une forte augmentation de nos activités médicales en Haïti et au Niger, par les ouvertures de nouveaux projets au Mali et en République démocratique du Congo et la fin du support aux activités de chirurgie cardiaque en Irak. En fin d'année, deux nouvelles associations médicales du Burkina Faso et du Tchad ont pris contact avec ALIMA, et leurs demandes sont en cours d'études depuis début 2012.

Plus de 10 000 personnes souffrant du choléra ont été soignées en République démocratique du Congo et en Haïti, où nos équipes ont aussi réalisé 4000 consultations spécialisées et 135 opérations chirurgicales complexes pour des patients souffrant des séquelles de leurs blessures. Au Niger et au Mali, 20 000 enfants ont reçu un traitement contre la malnutrition, et des centaines de milliers de consultations et des milliers d'hospitalisations ont été réalisées, en grande partie liées au paludisme, mais aussi à des diarrhées ou des infections respiratoires. Par ailleurs, la qualité de nos résultats médicaux est encourageante car elle est systématiquement au-dessus des standards minimums internationaux.

Cette performance n'est pas à mettre au seul crédit d'ALIMA, et pour cause, ce sont les ONG partenaires nationales qui prennent en charge le plus grand nombre de patients. Forts de ce constat, nous pensons qu'elles sont des acteurs incontournables dans la lutte contre les grandes catastrophes médicales. Faire entendre leurs voix sur les sujets qu'elles maîtrisent et qui feront évoluer les politiques de santé est une de nos priorités stratégiques. Le prouve la « success story » avec notre partenaire BEFEN au Niger : nous comptons donc poursuivre et étendre cette collaboration fructueuse avec des acteurs de la société civile et les autorités nationales.

A l'ambition d'étendre et de renforcer la qualité de nos projets, nous associons la recherche d'approches efficaces les plus simples et économiques possibles pour rendre ces mesures accessibles à tous en les intégrant aux services de santé primaires. Nous travaillons particulièrement sur la prévention, le diagnostic et le traitement simplifié de la malnutrition. Nous nous intéressons aussi aux stratégies de contrôle du paludisme, à l'amélioration des références médicales ou encore aux diagnostics et traitement adapté en intra domiciliaire. En Haïti, une étude en collaboration avec le CNRS, financée par l'Agence nationale de la recherche française doit permettre de définir les « bonnes pratiques » de prise en charge des blessés suite à un tremblement de terre. En partenariat avec le Programme alimentaire mondial, nous réalisons un guide pratique de mise en place de distributions d'Aliments complémentaires nutritionnels. Il apparaît en effet que le développement de la complémentation alimentaire pour la petite enfance est une des clés de la lutte contre la malnutrition.

C'est grâce au soutien des bailleurs institutionnels que nous menons à bien ces actions de soins et de recherche. Pour autant, les nouvelles missions, les évaluations initiales et l'adaptation rapide des projets aux évolutions du contexte demandent une trésorerie importante et des fonds propres. C'est pourquoi nous débutons une réflexion sur une stratégie de captation de fonds optimisant la souplesse et la qualité de nos actions.

Notre budget reflète le dynamisme de nos activités : il a évolué de 2,4 millions d'euros en 2010 à 5,6 millions d'euros cette année. De nombreuses difficultés se présentent à notre service financier qui les relève sans relâche, en mettant en place les procédures nécessaires et en garantissant leur suivi.

Un des derniers enjeux majeurs est le renforcement des équipes et l'acquisition de compétences. Plusieurs mesures ont déjà été prises dans ce sens (amélioration du recrutement, parcours des employés, formation,...), efforts qui doivent être poursuivis. En plus de l'action et de la recherche, une formation adaptée contribue pour une part importante à l'amélioration des soins. Nous envisageons pour cela dans les deux ans la création d'un master en « Coordination action de secours médicaux humanitaires » en partenariat avec une grande école française.

Enfin, dans un souci de proximité et d'opérationnalité, un bureau a été ouvert en octobre à Dakar et une grande partie des activités de support y ont été délocalisées.

De nombreux défis nous attendent, et nous les abordons avec un vrai plaisir et le souffle nouveau d'une jeune organisation dans une approche moderne de l'action humanitaire médicale. Ce rapport dévoile le travail de nos équipes, qui font ce que sont aujourd'hui les actions et le dynamisme d'ALIMA.

Bonne lecture,

Cordialement,

Thierry Allafort-Duverger

Président ALIMA

## 2. LE RAPPEL DU PROJET D'ALIMA

### Les constats et le projet

S'il existe de nombreuses initiatives dans le monde visant à combattre les grandes catastrophes médicales – comme l'infection par le VIH, le paludisme ou la malnutrition, – l'accès des populations les plus vulnérables à des soins de qualité reste limité.

Les raisons sont multiples.

Certes, les moyens financiers dédiés au traitement des malades sont insuffisants. Mais, la façon de délivrer les soins est aussi souvent peu appropriée à des pays où le nombre de patients est extrêmement élevé et le nombre de personnel qualifié faible.

La recherche médicale dans les pays du sud– visant au développement d'outils de diagnostic et de traitements adaptés à des nombres élevés de patients dans des zones où les conditions de vie sont précaires – est insuffisante.

La formation du personnel responsable de la gestion de projets médicaux complexes est souvent incomplète.

De plus, les acteurs de l'aide humanitaire font face depuis plusieurs années déjà, à des difficultés croissantes pour agir directement et durablement sur le terrain, principalement pour des raisons de sécurité.

Enfin, l'aide internationale est essentiellement concentrée sur des problématiques médicales de base et peut donc être inadaptée à certains pays où, pour être utile, elle devrait prendre en compte des questions de santé plus complexes (chirurgie spécialisée, cardiologie, oncologie, etc...).

Face à ces différents constats, ALIMA se donne pour objectif de permettre l'accès à des soins de qualité à des populations vulnérables et de participer à améliorer la pratique de la médecine humanitaire.

Pour ce faire, ALIMA fonde son mode opératoire principalement sur le partenariat avec des acteurs médicaux nationaux. En mutualisant et capitalisant leurs compétences, ALIMA et ses partenaires permettent l'accès à des soins de qualité au plus grand nombre. Les projets développés ont l'ambition de participer à améliorer la médecine en situations précaires. ALIMA s'associe ainsi à différents acteurs médicaux, universités et instituts de recherche pour documenter les pratiques médicales qu'elle propose.

La stratégie d'ALIMA se fonde sur :

#### La création de synergies

ALIMA est un facilitateur qui met en réseau différents acteurs humanitaires. Dans un souci d'efficacité, ALIMA développe essentiellement ses projets en partenariat avec des acteurs divers partageant un objectif similaire. Ceci favorise les complémentarités et bénéficie aux patients.

#### Le transfert de compétences

ALIMA est un incubateur d'ONG nationales. En menant des projets en commun avec des ONGs médicales nationales, ALIMA transfère son savoir-faire et participe au renforcement des compétences de ces organisations.

#### La recherche opérationnelle

ALIMA est un développeur de projets de recherches opérationnelles qui contribuent à améliorer la pratique de la médecine en situation précaire.

### 3. ALIMA EN CHIFFRES

#### 6 projets

En 2011, ALIMA a mené 6 projets dans 4 pays.

#### 114 256 patients

En 2011, ALIMA a permis, par son action, la prise en charge de 19 026 enfants souffrant de malnutrition sévère et de 83 827 enfants atteints de paludisme au Niger et au Mali.

En Haïti et en RDC, ce sont 10 765 malades du choléra qui ont été traités et 609 victimes du séisme soignés à Port-au-Prince dont 135 qui ont reçu une intervention chirurgicale.

#### 3 recherches

ALIMA a débuté une étude sur la chirurgie reconstructrice pour les victimes du séisme en Haïti en partenariat avec l'Agence Nationale de Recherche française.

Une étude visant à mesurer la précocité de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et une seconde établissant le lien entre statut économique et dénutrition ont été effectuées au Niger.

#### 11 Partenariats

ALIMA travaille avec 4 partenaires nationaux, dont BEFEN au Niger, l'AMCP au Mali, la Clinique Lambert en Haïti et NETRESSE en RDC.

Par ailleurs, ALIMA a développé des partenariats avec 6 ONG internationales (MSF Suisse, MSF-Belgique, la Chaîne de l'Espoir, GOAL, Tulipe et Solidarités International) et 1 laboratoire du CNRS, Lille Economie Management.

#### 225 Ressources Humaines

ALIMA, c'est 15 personnes au siège et 121 départs de personnel international vers le terrain pour une durée variant de 2 semaines à 12 mois.

#### 5,6 M€ de Ressources Financières et seulement 6,7% de frais de fonctionnement

En 2011, le budget d'ALIMA est de 5,6 millions d'euros, dont 92,04% sont consacrés à la mission sociale, 0,52% à la collecte de fonds, 0,72% à des investissements et 6,73% au fonctionnement du siège et du bureau opérationnel de Dakar.

## 4. LES MISSIONS EN 2011

### 4.1. HAÏTI

---

**Lieu d'intervention** : Port-au-Prince et les zones montagneuses de Kenskoff

**Équipe** : 92 expatriés (séisme + choléra + Sutra<sup>2</sup>), 26 nationaux ETP (séisme + choléra + Sutra<sup>2</sup>) salariés et jusqu'à 700 travailleurs journaliers lors du pic de choléra en juin 2011

**Bénéficiaires directs** : 10 156 (choléra) + 609 (chirurgie)

**Budget 2011** : 2 427 000 euros

### PROJET CHIRURGICAL

---

Le 12 janvier 2010, un séisme de très forte intensité frappe Haïti et fait près de 300 000 victimes. ALIMA et ses partenaires réagissent à cette urgence en envoyant, au lendemain de la catastrophe, 120 volontaires et plus de 20 tonnes de matériel médical et chirurgical afin de fournir les soins médicaux et chirurgicaux nécessaires. ALIMA met rapidement en place un centre de référence spécialisé en chirurgie reconstructrice (orthopédique et plastique) en partenariat avec la Clinique Lambert.

Dès la fin de la phase d'urgence, apparaît la nécessité de maintenir ces services afin que les blessés bénéficient d'une reconstruction fonctionnelle et d'un suivi des soins. ALIMA a donc poursuivi son projet tout au long de l'année 2011 et a été enregistrée de manière permanente le 25 janvier par l'Etat haïtien.

De Janvier à septembre 2011, les équipes d'ALIMA-Fondation de France ont réalisé **135** opérations chirurgicales, **609** consultations spécialisées, **1 868** consultations de kinésithérapie et **1 854** consultations ambulatoires.

#### De janvier à mai 2011

2463 consultations chirurgicales et 1868 séances de kinésithérapie ont été réalisées.

135 interventions chirurgicales ont été menées.

Nos partenaires opérationnels : la Fondation de France et la Clinique Lambert.

Nos partenaires financiers : la Fondation de France, la Chaîne de l'Espoir, Tulipe.

Budget : 193 172 euros

### PROJET SUTRA

---

Parallèlement à ses activités chirurgicales, ALIMA a débuté, en partenariat avec un laboratoire du CNRS français, l'Agence Nationale de Recherche, une étude sur la prise en charge des victimes de traumatismes lors de catastrophes naturelles.

Elle a pour but de mettre en évidence l'importance des soins après l'urgence immédiate et d'alimenter le débat public sur les choix médicaux pris dans l'urgence.

Cette étude de 3 ans, intitulée SUTRA – Suivi et Traitement des traumatismes des membres en cas d'afflux massif de blessés dans les contextes difficiles – a débuté en août 2010 et se donne pour objectifs :

- de collecter les données nécessaires à une évaluation des traitements des traumatismes des membres à partir d'un échantillon large dans un suivi longitudinal ;
- d'étudier les méthodologies permettant de comparer les différents traitements apportés, et détailler leurs implications éthiques et économiques ;
- de promouvoir une gestion intelligente du suivi des victimes du séisme à partir d'une évaluation de la qualité des soins.

#### De août à décembre 2011

Nos partenaires opérationnels : Clinique Lambert.

Nos partenaires financiers : ANR (Agence Nationale de Recherche).

Budget : 165 221 €

### PROJET CHOLERA

---

En réponse à l'épidémie de choléra qui s'est déclarée fin octobre 2010 sur l'île d'Hispaniola, ALIMA – en partenariat avec Solidarités International, – a mis en place une intervention dont les objectifs étaient :

- la prise en charge rapide des cas sévères ;
- la réduction de la propagation de l'épidémie.

ALIMA a développé 4 niveaux de prise en charge correspondant aux 3 stades du choléra :

- Le **Plan A** comprend les cas simples : les patients n'ont besoin que d'une réhydratation orale.
- Le **Plan B** correspond aux cas plus complexes qui nécessitent parfois quelques jours d'observation dans un centre de stabilisation.
- Le **Plan C** convient aux cas les plus complexes qui sont directement référés aux Unités de Traitement du Choléra (UTC) et bénéficient d'une hospitalisation.

#### 1) Les points de réhydratation Orale (PRO) :

ALIMA a installé 29 points-relais où les patients peuvent recevoir une solution de réhydratation orale. Ceci a permis la prise en charge des cas simples par des agents de santé communautaires, et l'identification et le transfert vers des unités adéquates des cas plus sévères.



### 2) Les Centres de Stabilisation (CS) :

ALIMA a géré 4 centres de stabilisation – situés à Bristou, Censhop, Fondéph Canapé Vert et Jalousie – qui traitent les cas de déshydratation modérée et réfèrent les cas les plus sévères vers les unités d'hospitalisation.

### 3) Les Unités et Centres de Traitement du Choléra (UTC/CTC) :

ALIMA a géré 18 Unités et Centres de Traitement du Choléra en 2011 pour un total de 557 lits. 10 de ces UTC ont été ouverts en zone rurales et montagneuses difficiles d'accès et 8 en zone urbaine. Le plus important centre de traitement monté par ALIMA à Bicentenaire (capacité 280 lits) en centre-ville de PAP, a ouvert en moins de 72h lors du pic du mois de juin pour répondre au manque de capacité de prise en charge sur la ville de Port au Prince.

ALIMA a établi un réseau de 6 ambulances, fonctionnant jour et nuit pour assurer le transfert des patients entre les différents centres.

ALIMA a également mis en place un suivi épidémiologique, un système d'alertes, a mené des investigations de foyers épidémiques et organisé des campagnes de sensibilisation auprès des populations touchées par l'épidémie.

Par ailleurs, dans la commune Pétienville, avec l'autorisation du bureau communal, ALIMA a couvert l'ensemble des activités en relation avec la lutte contre le choléra : surveillance épidémiologique, adaptation de la réponse médicale dans toutes les structures de soins de la commune, et, avec son partenaire Solidarités International, activités de sensibilisation (plus de 600 personnes ont été formées et 180 agents de santé communautaires soutenus) et de traitement de l'eau.

En plus d'une intervention en zone urbaine, ALIMA est intervenu en zone rurale, dans les montagnes autour de Port-au-Prince. Des équipes mobiles, à pied et à dos d'âne, ont mis en place des UTC dans des zones très difficilement accessibles et où la mortalité aurait été extrêmement élevée sans cette action.

#### De Janvier à Décembre 2011 :

9 914 cas de choléra ont été pris en charge en 2011. 32 d'entre eux sont décédés (létalité : 0,3%).

3 463 cas (35%) ont bénéficié d'un plan de réhydratation A, 4274 (43%) d'un plan B, et 2177 (22%) d'un plan C.

34 % des cas ont été admis dans des UTC établis en zone rurale.

Des équipes mobiles ont effectué 62 investigations en zone rurale suite à des alertes reçues.

Au total, 21 sites (PRO, CS et UTC) ont été montés pendant l'année.

Partenaires financiers : ECHO, Fondation de France, USAID, OMS, MSF Belgique

Budget : 2 069 199 €

### 4.2. MALI

**Lieu d'intervention :** Région de Koulikoro, District sanitaire de Kangaba.

**Equipe :** 10 expatriés, 225 nationaux.

**Population cible :** 18 377 enfants de moins de 5ans et 5 350 femmes enceintes.

**Partenaire opérationnel :** AMCP

**Budget 2011 :** 607 324 €

#### Contexte et historique de la mission :

Le Mali présente l'un des taux les plus élevés de mortalité infanto-juvénile du monde avec un enfant sur cinq mourant avant l'âge de 5 ans. Cette mortalité s'explique principalement par la combinaison de maladies infantiles communes mais potentiellement létales et de la prévalence de la malnutrition qui réduit les défenses immunitaires des enfants. Il faut donc agir sur ces deux fronts pour réduire significativement la mortalité des enfants.

Depuis Mai 2011, ALIMA et son partenaire malien Alliance Médicale Contre le Paludisme (AMCP) se sont associés pour reprendre le projet de MSF Belgique de lutte contre le paludisme et les principales maladies pédiatriques dans le cercle de Kangaba près de Bamako. Le projet de MSF-B avait permis de réduire fortement la mortalité infanto-juvénile grâce à l'établissement de soins gratuits de qualité. La fermeture de ce projet en mars 2011 juste avant la saison des pluies, période de recrudescence du paludisme, aurait pu entraîner une augmentation importante de la mortalité.

Le projet de Kangaba mené en partenariat entre ALIMA et l'AMCP a pour objectif principal de réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans, grâce à la poursuite de la politique de gratuité des soins mise en place par MSF-B, à l'amélioration de la prise en charge médicale et hospitalière pédiatrique et grâce à l'inclusion d'un volet nutritionnel. Le diagnostic et le traitement du paludisme sont également disponibles et gratuits pour les femmes enceintes.

#### Activités 2011 :

Afin de réduire la mortalité infantile et maternelle, l'intervention d'ALIMA et de son partenaire local AMCP comporte 4 volets :

- 1) Le diagnostic et le traitement gratuit des enfants de moins 5 ans et des femmes enceintes atteints de paludisme dans les villages du cercle de Kangaba par des agents de santé communautaires durant les mois de pic de paludisme.
- 2) La prise en charge gratuite des soins de santé pour les enfants de moins de 5 ans dans les 12 centres de santé communautaires (CSCOM) du cercle de Kangaba et dans l'unité pédiatrique de l'hôpital de référence de Sélingué. Cette action comprend un appui en ressources financières, matérielles et humaines aux structures de santé. La prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 6 à 59 mois dans les CSCOM grâce à un dépistage au niveau des villages par des agents de santé communautaires (ASC). Ces agents ont reçu une formation sur la

malnutrition et le paludisme afin d'améliorer le taux de couverture du programme par la sensibilisation et la mobilisation communautaire.

- 3) La rédaction d'un document sur les effets positifs de la gratuité des soins avec le «réseau d'observatoires de la gratuité des soins» en partenariat avec l'Université de Montréal et la Direction Nationale de la Santé malienne. Cette action s'inscrit dans la volonté d'ALIMA de participer à l'amélioration des pratiques grâce à un travail de recherche.

### Juin à Décembre 2011

1636 ou enfants atteints de malnutrition aiguë sévère ont été admis dans le programme dont 327 (21 %) ont été hospitalisés et 1197 pris en charge exclusivement en ambulatoire.

Les résultats du programme sont :

- 75,9 % de taux de guérison
- 13,7 % de taux d'abandon
- 2,8% de de taux de décès
- 7 % mortalité intra-hospitalière

66 737 consultations pour des enfants de moins de 5 ans ont été effectuées dont 43 492 au niveau des centres de santé (65%) et 23 245 enfants par les agents de santé communautaires (ASC).

Les principales causes de morbidité sont :

Le paludisme qui représente 68 % des consultations totales soit :

22 171 traités dans les centres de santé et 23 245 par les ASC (soit 2,5 épisodes par enfant sur une période de 7 mois)

Au niveau des CESCOOMS, la morbidité est :

- 51 % de paludisme
- 21% d'infections respiratoires
- 10% de diarrhées

1 030 enfants ont été hospitalisés en pédiatrie dont 892 paludismes graves. La létalité est de 2,4%.

137 personnes formées sur le diagnostic et la prise en charge du paludisme et de la malnutrition.

Partenaire opérationnel : Alliance Médicale contre le Paludisme (AMCP)

Partenaires financiers : ECHO et UNICEF

Budget : 607 324 €

### 4.3. NIGER

---

**Lieu d'intervention :** région de Zinder, district de Mirriah.

**Equipe :** 3 expatriés et 165 nationaux (personnel sous contrat).

**Population cible :** enfants de moins de 5 ans

**Partenaire Opérationnel :** BEFEN

**Budget :** 2 053 233 €

#### Contexte:

Depuis plusieurs années, le Niger a entamé une lutte contre la malnutrition, problème majeur de santé publique dans ce pays.

La malnutrition, combinée à une forte prévalence de certaines pathologies potentiellement létales chez les jeunes enfants – paludisme, diarrhées et rougeole, – entraîne un taux de mortalité infanto-juvénile très élevé.

En 2010, le Niger a subi une crise nutritionnelle majeure et plus de 350 000 enfants atteints de malnutrition aiguë sévère ont été admis dans des centres nutritionnels dans tout le pays. Ce chiffre décrit à la fois l'ampleur du phénomène et l'amélioration de la capacité de traitement. Cette crise particulièrement importante n'est cependant pas ponctuelle. Le Niger traverse de façon récurrente des crises alimentaires et nutritionnelles. Un taux de malnutrition aiguë supérieur à 15% est considéré comme une situation d'urgence et ce taux est dépassé presque chaque année au Niger.

Alors que le traitement des enfants atteints de malnutrition aiguë sévère s'est amélioré, participant vraisemblablement à faire reculer la mortalité infanto-juvénile – passant de 1 enfant sur 3 en 1990 à 1 enfant sur 5 en 2000 et 1 enfant sur 7 en 2010 décédant avant l'âge de 5 ans – les efforts en matière de prévention de la malnutrition restent insuffisants.

#### Description des activités

Depuis juillet 2009, ALIMA, en partenariat avec l'ONG médicale nigérienne BEFEN, lutte contre la malnutrition et le paludisme chez les enfants de moins de 5 ans, dans la région de Zinder, district de Mirriah, à l'est du pays.

BEFEN (Bien Etre de la Femme et de l'Enfant au Niger – Rayuar Iyali) est une association humanitaire de droit nigérien fondée en 2002 par un groupe composé essentiellement de médecins nigériens. Apolitique, son objectif est de « promouvoir le bien être de la femme et de l'enfant au Niger dans les domaines de la santé et de l'éducation ».

En 2011, le projet mené en partenariat entre BEFEN et ALIMA visait à dépister et traiter précocement les enfants atteints de malnutrition aiguë sévère et de paludisme. Un projet de prévention de la MAS a également été mené.

Les différents axes du projet de 2011 sont :

- Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans 15 Centres de Réhabilitation Nutritionnelle Ambulatoire (CRENAS) et au Centre de Réhabilitation Nutritionnelle Intensive (CRENI) de l'hôpital de Mirriah.

## ALIMA - Rapport annuel d'activités – Année 2011

- Dépistage précoce dans les villages par l'utilisation du périmètre brachial par des agents communautaires.
- Diagnostic par des tests rapides et traitement par des combinaisons thérapeutiques à base d'artémésinine du paludisme simple et sévère dans 15 centres de santé et 2 structures hospitalières.
- Diagnostic précoce du paludisme dans les villages grâce à l'utilisation de tests rapides par des agents communautaires.
- Prévention de la malnutrition aiguë sévère par la distribution d'Aliments Supplémentaires Prêts à l'Emploi à des enfants âgés de 6 à 59 mois et présentant un périmètre brachial inférieur à 125mm.
- Une étude menée avec l'ONG GOAL de corrélation entre le statut économique et la dénutrition.
- Une étude de couverture du programme nutritionnel (SQUEAC) a été réalisée.

ALIMA apporte un soutien en ressources humaines, en matériel, en équipement médical et en formation à BEFEN. En transférant son savoir-faire, ALIMA participe au renforcement des compétences de BEFEN.

### De janvier à décembre 2011 :

17 390 enfants atteints de malnutrition aiguë sévère ont été admis dans le programme dont 2086 ont été hospitalisés par ALIMA/BEFEN.

Les résultats du programme sont : 88 % de taux de guérison, 7% de taux d'abandon, 1% taux de décès et 4,6% de mortalité intra-hospitalière.

35 521 cas de paludisme ont été traités au niveau des centres de santé et 1 860 cas ont été hospitalisés dans deux unités de prise en charge des paludismes graves (Mirriah et Tirmini) avec une mortalité hospitalière de 3,5%.

Un projet de prise en charge décentralisée du paludisme a permis de prendre en charge, au plus près de leur domicile, 18 289 cas de paludisme dont 256 cas de paludisme sévère.

120 agents de santé communautaires ont été formés, accompagnés pour développer des activités de prévention et de sensibilisation pour une population de 650 000 habitants.

36 116 rations d'Aliment Supplémentaire Prêt à l'Emploi ont été distribuées aux enfants les plus vulnérables afin de prévenir une dégradation de leur situation nutritionnelle.

Budget : 2 052 233 €

### 4.4. REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO (RDC)

---

**Lieu d'intervention :** Province de Kinshasa et du Bandundu

**Equipe :** 5 personnels expatriés et 3 ETP locaux

**Bénéficiaires directs :** 638

**Budget 2011 :** 250 078 €

### PROJET CHOLERA

---

#### Contexte de la mission :

La République Démocratique du Congo est l'un des pays les plus touchés par le choléra selon le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé de 2010 (OMS). En 2011, le choléra qui était endémique à l'est du pays depuis 10 ans s'est étendu dans les provinces de l'Ouest, dont Equateur, Bandundu, et Kinshasa notamment à cause du transport fluvial sur le fleuve Congo et de la dégradation des conditions d'assainissement en période des pluies.

Le taux de mortalité important du choléra, qui a atteint jusqu'à 12% à Kinshasa en juillet 2011, montre une insuffisance de la surveillance et de la rapidité de la riposte à l'épidémie. C'est ainsi qu'ALIMA a bénéficié du financement des fonds d'urgence de l'Unicef afin d'apporter une réponse rapide à l'épidémie de choléra dans la ville de Kinshasa et dans la province de Bandundu.

#### Description des activités :

L'installation d'un dispositif efficace de prise en charge du choléra par ALIMA s'est effectuée autour de trois axes principaux :

1. La détection des cas et l'identification des foyers épidémiques au niveau des communes et des zones de santé. Des missions d'investigation ont ainsi été menées dans des provinces à risque afin de surveiller l'apparition de l'épidémie.
2. L'organisation de la prise en charge médicale par l'installation de 6 unités de Traitement du Choléra (UTC) et de 4 structures de réhydratation orale (PRO) ainsi qu'à travers la dotation en intrants des structures de santé existantes et la formation du personnel.
3. La prévention de la propagation de l'épidémie par l'instauration de mesures de désinfection et d'assainissement ainsi que par l'installation d'un système de surveillance épidémiologique. Des agents communautaires ont été formés afin de sensibiliser la population aux mesures d'assainissement et de prévention du choléra.

### Août à Décembre 2011

Dans les UTC : 276 cas de choléra  
Dans les PRO : 362 cas de choléra traités } soit un total de 638 cas traités

143 personnes furent formées à la sensibilisation/à la prise en charge médicale du choléra / aux mesures préventives de contamination.

Partenaire opérationnel : ONG NETRESSE à Kinshasa

Partenaire financier : UNICEF

### PROJET APROMAC

---

**Lieu d'intervention :** Provinces du Bandundu, du Kasai Occidental, du Kasai Oriental, du Maniema et du Kantanga.

**Equipe :** 4 personnels expatriés

**Budget:** 65 000 euros PAM

### Contexte de la mission

Les effets de la guerre de la fin des années 90 conjugués à la flambée des prix mondiaux depuis 2008 ont fortement aggravés la situation nutritionnelle de nombreuses provinces de la RDC. La situation est particulièrement critique dans 5 provinces, Bandundu, Kasai Occidental, Kasai Oriental, Maniema et Katanga où le taux de Malnutrition Aiguë Globale (MAG) est supérieur ou égal au seuil d'urgence de 15%. Le Programme Alimentaire Mondial (PAM) a décidé de mettre en place des stratégies préventives de la malnutrition pour lutter contre ce fléau.

De Septembre 2011 à Novembre 2011, suite à la demande du PAM, ALIMA a mené une évaluation pour établir une stratégie de prévention de la malnutrition aiguë par la distribution d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) pour les enfants de 6 mois à 2 ans dans les provinces les plus touchées par la malnutrition de la RDC.

### Description des activités

Après un travail préparatoire à Kinshasa, des investigateurs se sont rendus dans les territoires où la MAG était supérieure à 15% dans chacune des 5 provinces. L'objectif était double :

1. La rédaction d'un guide pratique de mise en place de distribution d'ATPE. Ce guide fut le premier document technique de synthèse de telles distributions en milieu ouvert, c'est-à-dire de distributions au sein des familles et non au sein des structures de santé.
2. L'établissement des zones prioritaires et des acteurs pour mettre en place des distributions d'ASPE.

### 4.5. IRAK

---

En 2011, ALIMA a clôturé le projet en Irak que nous conduisons en partenariat avec la Chaîne de l'Espoir (CDE). La CDE avait expressément demandé l'assistance d'ALIMA afin de mettre en place la seconde phase de son projet sur Bagdad, en raison de l'expérience des contextes difficiles (y compris de l'Irak) du directeur d'ALIMA.

La première phase du projet avait débuté en 2003-2004, après plusieurs visites fructueuses de la CDE dans l'hôpital Ibn Al Bi'tar de Bagdad, qui comprend le plus grand centre de cardiologie pédiatrique d'Irak. La CDE avait entrepris de soutenir l'hôpital Ibn Al Bi'tar dans l'établissement d'un centre d'excellence de cardiologie pédiatrique en Irak.

La seconde phase du projet a été retardée entre 2005 et 2008 à cause de l'instabilité politique du pays. En utilisant ses contacts sur le terrain, ALIMA a pu apporter un support technique en Juillet 2010 à l'hôpital irakien. Cette intervention a été suivie en Octobre 2010 par la première visite d'une équipe chirurgicale dont le rôle était à la fois d'opérer à Ibn Al Bi'tar et de former leurs collègues/homologues irakiens.

A présent, la seconde phase du projet est en cours et l'expertise d'ALIMA n'est plus nécessaire. La CDE continuera d'offrir un support technique à l'hôpital Ibn Al Bi'tar.



## 5. LES RESULTATS FINANCIERS

### PRESENTATION DES COMPTES

L'année 2011 a été marquée par une forte croissance rapide puisque le volume d'activités a été multiplié par 2,4 (de 2 254 158 EUR à 5 413 144 EUR) et le nombre de contrats par 3 (de 12 à 36). Elle marque ainsi un tournant dans la gestion administrative et financière d'ALIMA. En effet, la croissance représente non seulement une hausse de la charge de travail mais également une gestion plus complexe du fait de la multiplication du nombre de bailleurs et de contrats. Aussi nous avons entrepris une réorganisation du département administratif et financier consistant dans le renforcement des équipes avec la création de nouveaux postes et dans le développement de nouveaux outils et procédures. L'objectif de la restructuration consiste à assurer le support adapté aux terrains et au développement de l'association afin de garantir la qualité de l'information administrative et financière, et à optimiser les ressources tout en gardant comme objectifs la réactivité opérationnelle, la qualité des programmes et l'autonomisation des partenaires sur le terrain.

#### Compte de résultat 2011

	2011	2010	2009
Subventions d'exploitation	5 413 144	2 254 158	278 000
Dons	70 652	19 465	
Total des produits d'exploitation	5 483 796	2 273 623	278 000
Autres achats et charges externes	3 921 182	1 833 039	178 097
Impôts, taxes et versements assimilés	29 332	1 531	19
Salaires et traitements	1 402 182	291 842	6 526
Charges sociales	223 876	33 471	2 817
Dotations aux amortissements sur immobilisations	1 297	1 491	4
Autres charges	23 218	15 265	
Total des charges d'exploitation	5 601 087	2 176 639	187 463
Résultat d'exploitation	- 117 291	96 984	90 537
Intérêts et produits financiers	5	19	
Différence de change positive	29 112	6 104	
Total des produits financiers	29 117	6 123	-
Différences négatives de change	42 207	10 944	
Total des charges financières	42 207	10 944	-
Résultat financier	- 13 090	- 4 821	-
Résultat courant avant impôt	- 130 381	92 163	90 537
Report des ressources utilisées des exercices antérieurs		74 328	
Engagement à réaliser sur ressources affectées			- 74 328
Excédent ou déficit	- 130 381	166 491	16 209

La croissance de notre activité s'explique par l'importance des besoins non pourvus en secours médical humanitaire sur le terrain, notamment avec l'épidémie de choléra en Haïti et la récurrence de la crise nutritionnelle au Niger. Par ailleurs, nous avons ouvert des projets au Mali et en RDC.

Nous avons donc décidé cette année de réaliser de forts investissements, d'un côté pour développer de nouveaux projets avec des missions exploratoires et de l'autre côté pour continuer d'assurer le support adapté aux programmes et faire face à la croissance avec des investissements concernant surtout le siège et

## ALIMA - Rapport annuel d'activités – Année 2011

le bureau opérationnel, comme détaillé plus bas. Ceci explique notre résultat 2011 déficitaire de –130 381 euros.

### Bilan

Actif	31/12/2011	31/12/2010
Immobilisations incorporelles	3 173	
Autres immobilisations corporelles	7 704	
Autres immobilisations financières	14 473	5 279
<b>Total actif immobilisé</b>	<b>25 350</b>	<b>5 279</b>
Créances	602 202	242 095
Disponibilités	349 791	226 011
Charges constatées d'avance	117 390	13 397
<b>Total actif</b>	<b>1 094 733</b>	<b>486 782</b>
Passif	31/12/2011	31/12/2010
Report à nouveau	182 700	16 209
Résultat de l'exercice	- 130 380	166 491
<b>Total fonds associatif</b>	<b>52 320</b>	<b>182 700</b>
Emprunts et dette financières divers	137 000	
Dettes fournisseurs et comptes rattachés	186 939	162 689
Dettes fiscales et sociales	62 303	66 175
Autres dettes	17 420	
Produits constatés d'avance	638 750	75 217
<b>Total dettes</b>	<b>1 042 412</b>	<b>304 081</b>
<b>Total Passif</b>	<b>1 094 732</b>	<b>486 781</b>

Concernant l'actif, nous disposons de peu d'immobilisations du fait de la rareté des fonds propres de l'association, excluant de fait l'absence de pré-positionnement de stock (véhicules, médicaments, etc...). En effet nos projets sont essentiellement financés sur des fonds institutionnels et les dépenses ne commencent qu'à l'acceptation des projets par ces derniers. De plus la plupart des stocks sont immédiatement transférés à nos partenaires locaux.

Quant au passif, le fait marquant de l'année 2011 est la nette diminution de nos fonds associatifs qui se justifie par la perte de l'exercice liée aux investissements réalisés comme expliqué plus haut. Elle a cependant été absorbée par le report du résultat de l'exercice 2010 dont le niveau de réserve qui correspond à 3 mois de fonctionnement de l'association sera reconstitué au 1er trimestre 2012.

A noter que toutes les dettes sont des dettes à court terme (moins de 1 an).

### Ressources par projets

PROJETS	BUDGET EN €	% DU TOTAL
HAITI CHOLERA	2 076 920	38%
HAITI CHIRURGIE	193 172	4%
HAITI SUTRA2	165 221	3%
NIGER MIRRIAH	2 052 233	38%
NIGER DAKORO	18 055	0,3%
MALI KANGABA	615 948	11%
RDC CHOLERA	186 447	3%
RDC APROMAC	63 631	1%
RDC LUBUTU	22 080	0,4%
IRAK CHIRURGIE CARDIAQUE	16 000	0,3%
LYBIE EXPLO	3 434	0,1%
<b>Total</b>	<b>5 413 142</b>	<b>100%</b>

### Ressources par bailleurs

Ressources nettes 2011		
ECHO	3 585 568	66%
UNICEF	200 286	4%
OCHA	387 177	7%
PAM	63 631	1%
OMS	320 300	6%
CDE	63 312	1%
ANR	165 221	3%
TULIPE	3 808	0,1%
Fondation de France	258 834	5%
ARC	125 756	2%
AECID	47 444	1%
IRISH AID	124 222	2%
GOAL	18 823	0,3%
MSF-B	48 759	1%
<b>Total</b>	<b>5 413 142</b>	<b>100%</b>

La part de ECHO dans nos financements reste importante mais on note une diversification du nombre de bailleurs jusqu'à 13 pour un montant total de plus de 1,8 millions d'euros alors qu'ils représentaient moins de 700 000 euros en 2010.

### Dépenses de fonctionnement et d'investissement

En euros		
MISSION SOCIALE		101 099
	<i>Dont support aux projets</i>	20 662
	<i>Dont développement de projets (missions exploratoires)</i>	80 437
COLLECTE		28 965
OUVERTURE BUREAU DAKAR		40 398
FONCTIONNEMENT SIEGE		377 713
<b>TOTAL</b>		<b>548 176</b>

Sur les 548 176 euros de dépenses sur fonds propres, 20 662 euros ont servi à financer des activités sur le terrain.

149 800 euros ont été utilisés pour des investissements : développement de projets, collecte de fonds et ouverture d'un bureau opérationnel à Dakar afin de fournir un meilleur soutien aux programmes.

Enfin, les coûts de fonctionnement se sont élevés à 377 713 euros pour financer essentiellement des ressources humaines (presque 239 000 euros) et des coûts liés au fonctionnement du bureau (presque 139 000 euros). Ils représentent 6,7% des charges d'exploitation (5 601 087 EUR).

## 6. LES PRINCIPAUX ENJEUX DU SUPPORT AUX PROJETS

### 6.1. ENJEUX ADMINISTRATIFS ET FINANCIERS

---

#### La qualité de l'information financière

Afin d'accompagner au mieux la forte croissance, de suivre efficacement le nombre de contrats en hausse à gérer par pays tout en continuant d'assurer la gestion efficace des finances siège et le soutien technique aux équipes terrain, nous avons entamé une réorganisation de notre département administratif et financier en plusieurs étapes en développant de nouveaux outils, mettant en place de nouvelles procédures et réorganisant les équipes.

Ainsi mettons-nous en place des équipes conséquentes chez nos partenaires et dans les coordinations ALIMA présentes sur les terrains : extension des postes de responsables comptables dans toutes les capitales et création des postes de coordinateur finances et RH itinérants pour assurer les transitions ou l'accompagnement de coordinateur finances et RH juniors. De plus, des outils de révision de la comptabilité sont développés et mis à la disposition des responsables comptables pour assurer la fiabilité des données. D'autres outils seront mis à disposition des coordinateurs financiers afin de leur permettre de contrôler l'information financière qu'ils utiliseront pour leurs suivis budgétaires.

Le siège renforce également la direction financière avec dans un premier temps le recrutement d'un responsable de gestion terrain, d'un comptable et d'un administrateur RH. La seconde étape consistera à externaliser une partie de la comptabilité pour permettre par exemple de réaliser des clôtures semestrielles afin d'avoir une visibilité de notre situation financière plus régulière pour un meilleur pilotage des ressources et des risques. Enfin le dédoublement du poste de responsable de gestion terrain permettra un suivi des pays plus approfondi du fait d'une répartition de trois pays par responsable de gestion terrain. De plus les responsables de gestion terrain qui supervisent les suivis budgétaires et évaluent les risques financiers sur chaque contrat (mauvaise gestion, événement imprévisible, risque d'audit) pourront aussi superviser les questions ressources logistiques, RH et stock en médicaments.

#### La mise en place d'un système de contrôle interne

La mise en place d'un système de contrôle interne est nécessaire pour contrôler le risque global lié à notre activité. L'objectif est double : renforcer l'autonomie des missions d'une part et mieux redéfinir le rôle du siège qui doit uniquement fixer le cadre d'action (la politique générale, les principaux paramètres de gestion, les procédures minimales, le rendu de compte) et en vérifier son application par des méthodes de contrôle et non de supervision.

ALIMA prévoit de recruter un responsable du contrôle interne et deux contrôleurs internes au premier semestre 2012.

Ils pourront apporter une expertise technique aux Coordinateurs finances et RH par leur maîtrise des outils développés par ALIMA. Ils seront également responsables du pré-audit systématique de nos contrats de

financement afin d'éviter au maximum le risque financier encouru et d'apporter une vision structurante de l'organisation administrative de nos équipes terrain.

Ce contrôle interne ne se limitera pas seulement à un contrôle financier : il y aura aussi une attention à la gestion des ressources en général : gestion des achats, des stocks, des recrutements, de la paie, etc...

### La gestion des risques financiers et la politique de réserve

Des réserves sont prévues tout au long de l'année en fonction des événements pour couvrir les risques fiscaux et sociaux sur les activités des missions, et aussi le risque lié aux variations des cours des devises, d'autant que les contraintes liées à la trésorerie laissent peu de marge de manœuvre pour limiter les pertes de change.

Les budgets annuels sont votés sur la base de prévision de recettes liées à des contrats existants et à des contrats en cours de discussion. Les dépenses sont votées en comités de direction et le budget annuel présenté en Conseil d'Administration. Mais la situation financière d'ALIMA est mise à jour à la signature de chaque nouveau contrat et est suivie mensuellement au fil des coûts directs réellement réalisés en missions, soit des frais administratifs réellement acquis.

ALIMA utilise les frais administratifs issus des projets pour financer les coûts de fonctionnement du siège (associatif/conseil d'administration, bureaux opérationnels, RH) nécessaires à la qualité des programmes, pour développer l'association (missions exploratoires, développement des partenaires, communication, collecte...) et pour nourrir une réserve correspondant à 3 mois de fonctionnement du siège.

### La trésorerie

La trésorerie est gérée en flux tendu et anticipée sur l'année, et de façon très détaillée à la semaine pour éviter les situations d'impayés pouvant arrêter le bon déroulement des programmes. La trésorerie est allouée aux terrains sur une base mensuelle, souvent en deux versements dans le but de limiter le risque.

La gestion de trésorerie n'a jusqu'ici pas eu d'impacts significatifs sur les projets. Des solutions doivent être trouvées auprès de banques et organismes de crédit spécialisés. Le développement des réserves associatives devra aussi permettre de conforter nos positions de trésorerie.

## 6.2. ENJEUX DES RESSOURCES HUMAINES

---

### Le recrutement

De par notre volonté de soutenir et renforcer les compétences de nos partenaires, le recrutement est, de fait, un enjeu crucial pour ALIMA. En effet, afin de mener à bien ce projet, nous recherchons des individus particulièrement expérimentés pouvant concrètement apporter leurs compétences et expériences dans le cadre du transfert des compétences.

L'anticipation des besoins RH doit se faire avec l'implication de chaque département et équipe terrain. Aujourd'hui, rares sont les postes que nous arrivons à ouvrir 3 mois avant la prise de poste effective. Il existe certains facteurs sur lesquels nous n'avons pas de prise (visibilité sur un projet, urgence...) mais d'autres sur lesquels nous pouvons travailler (réflexion en amont sur la composition d'équipe, anticipation d'ouvertures...). Avec l'arrivée d'un assistant recrutement, la qualité et le nombre de recrutements externes doivent s'améliorer et l'accent pourra également être mis sur la transmission d'informations et les processus de validation.

### Parcours et formation

Aujourd'hui, malgré le constat unanime de la nécessité et du bien fondé de faire profiter les personnels (ALIMA et partenaires) de formations diverses, la cohérence générale de notre politique de formation est largement améliorable. Les cadres sont peu suivis et il est encore difficile de construire des parcours sur du plus long terme. Avec la mise en place de coordinateurs RH sur les terrains, d'une équipe d'experts RH, d'un poste dédié au suivi RH sur la plateforme, ces problématiques de ressources humaines (formation, évolution, bilan individuel, suivi...) seront au cœur des préoccupations sur le terrain. De plus, un Parcours pour les Cadres de la Plateforme (PACAP) est en cours de mise en place et nous permettra de renforcer les compétences, de permettre une évolution individuelle mais aussi de fidéliser les cadres au sein de la plateforme.

### Gestion des ressources humaines

Un travail de fond doit être réalisé sur les grilles de fonctions et de salaires tant du siège que du terrain, en intégrant les différents métiers et responsabilités liés à nos activités ainsi que le lien avec les ONG partenaires. Par nature internationale et variée, notre politique contractuelle doit être analysée en profondeur afin d'apporter la meilleure réponse selon nos choix politiques et nos contraintes. Et enfin, la gestion de nos ressources humaines sur le terrain doit tendre vers plus de qualitatif : règlements intérieurs et procédures internes, politique médicale,...

### Process, outils et supports

Il est indispensable de généraliser et d'harmoniser l'utilisation du logiciel de gestion RH Homère sur les terrains et au siège. La base RH doit être approfondie afin d'en créer un outil pertinent et générateur de solutions et de qualité dans le suivi de nos RH. Enfin, avec un siège qui a significativement cru lors du dernier exercice, un travail de fond sur les responsabilités, tâches et liens hiérarchiques de chacun doit être mené en 2012.

### 6.3. ENJEUX LOGISTIQUES

---

Le Département logistique d'ALIMA s'est adapté à une forte augmentation des activités opérationnelles avec l'ouverture du bureau opérationnel au Sénégal et les ouvertures au Mali et en RDC, tout en maintenant et améliorant sa performance sur les projets en cours. Parmi les innovations en matière de réponse logistique, la problématique nutritionnelle a focalisé la réflexion en 2011, à travers l'appui de la distribution simplifiée d'aliments supplémentaires prêts à l'emploi au Niger, l'élaboration d'un Guide de Distribution d'ASPE pour le PAM en RDC, et l'étude de faisabilité de l'enregistrement biométrique en CRENI au Niger.

Des performances sont aussi à retenir cette année dans la réponse et la préparation aux urgences, avec une campagne de vaccination au Niger et la mise en place en urgence d'UTC et de CTC en Haïti pour la prise en charge du choléra. Cette volonté se traduit encore dans la mise en place d'un kit chirurgical adapté aux urgences, notamment aux catastrophes naturelles, en collaboration avec des chercheurs et d'autres ONG. Des pistes d'amélioration prometteuses sont enfin à l'étude en ce qui concerne la gestion des déchets médicaux et la réduction de la prévalence des moustiques dans certaines zones.

Nos priorités logistiques pour 2012 tiennent en trois niveaux stratégiques :

#### Une logistique fonctionnelle en termes de ressources humaines

La qualité et l'amélioration des réponses de support aux opérations sont une volonté majeure du Département de Support. Pour ce faire, une réorganisation RH et la mise en place d'un Coordinateur Logistique volant et de Logisticiens Opérationnels pour plusieurs pays sont prioritaires. La croissance de l'activité terrain implique un redimensionnement des équipes et de leur gestion, d'autant que les postes de logisticiens subissent un déficit de couverture, aggravé par le manque de cadres expérimentés.

#### Planification de l'approvisionnement

L'approvisionnement a été conséquent en 2011 avec 72 commandes internationales à traiter, mais aussi d'importantes donations en matériel médical (100% pour la RDC) et un volume d'achat de plusieurs centaines de milliers d'euros auprès des Centrales d'Achat européennes. Mais une meilleure planification de l'approvisionnement est nécessaire pour pallier les problèmes de suivi et transmission des stocks, de procédures d'importation, de qualité des stocks, etc. Un plan d'approvisionnement annuel par pays doit être élaboré. Tout aussi capitale est la maîtrise des origines d'approvisionnement, trop pauvre encore pour ce qui est des connaissances en achats locaux et centrales d'approvisionnement nationales de qualité.

#### Opérationnalité de la logistique d'urgence

Un travail constant de préparation nous a permis de répondre aux urgences en Haïti et au Niger dans des délais très courts. Il suppose une documentation permanente des possibilités tant matérielles (identifications fournisseurs, constitution de kits,...) qu'humaines. Le long travail de prise en charge du choléra en Haïti a été exemplaire pour faciliter une mise en œuvre rapide de la prise en charge dans le futur. Une priorité pour 2012 est l'amélioration de cette préparation et du rendu de compte des activités logistiques dans les urgences.



## 7. PERSPECTIVES DE NOS PROJETS EN 2012

En 2012, les objectifs d'ALIMA en matière de prise en charge de la malnutrition sont :

**1. *Prise en charge curative de la malnutrition aiguë sévère en visant une bonne couverture et un traitement précoce.***

Pour ce faire, différents axes de travail sont développés :

- Intégration de la prise en charge de la MAS dans tous les centres de santé publics des zones de santé où nous travaillons.
- Diagnostic précoce par le périmètre brachial dans les villages. Jusqu'ici, cette activité a été menée par des agents de santé communautaires. Les résultats sont bons mais le nombre de personnel est élevé. En 2012, ALIMA voudrait étudier la faisabilité de l'utilisation du périmètre brachial par les mères afin que celles-ci identifient rapidement des problèmes de dénutrition chez leur enfant.
- Utilisation du périmètre brachial comme critère unique d'admission et de sorties des marasmes afin de permettre une simplification et une décentralisation plus aisée de la prise en charge.

**2. *Prévention de la malnutrition aiguë sévère :***

ALIMA entend comparer les résultats offerts par deux alternatives :

- Prévention par une prise en charge rapide des malnutris aigus lorsque les enfants ont un périmètre brachial inférieur à 125 mm ;
- Prévention par la distribution d'aliments complémentaires prêts à l'emploi de l'âge de 6 mois à 23 mois.

En matière de lutte contre le paludisme, Alima a la volonté de mettre en place un traitement le plus précoce possible des malades et d'intégration le traitement du paludisme à toutes les activités nutritionnelles.

### *Perspectives au Niger :*

Il semble que l'année 2012 soit à nouveau marquée par une crise nutritionnelle.

ALIMA et BEFEN continueront leur projet commun de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans la région de Mirriah. Le projet de prise en charge du paludisme reste également une priorité. Les ONG ont également la volonté de continuer les distributions d'ASPE ciblées sur le périmètre brachial.

ALIMA et BEFEN prévoient également de reprendre un programme de MSF-Belgique rassemblant traitement de la malnutrition, pédiatrie et soins maternels dans la région de Dakoro. La prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et le traitement gratuit des principales pathologies pédiatriques, incluant le paludisme, se fera dans 8 centres de santé et dans l'hôpital du district. La faisabilité de la reprise du volet maternité du programme sera étudiée pendant le premier trimestre de l'année.

ALIMA garde comme axes principaux au Niger, la prise en charge précoce du paludisme et de la malnutrition aiguë sévère et l'atteinte d'une bonne couverture de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère en travaillant notamment avec des travailleurs communautaires. En 2012, ALIMA étudiera la faisabilité de l'utilisation du périmètre brachial par les mères afin que celles-ci identifient rapidement des problèmes de dénutrition chez leur enfant.

### *Perspectives en Haïti :*

Nous souhaitons renforcer notre réponse à l'épidémie de choléra notamment en étant présent dans les zones moins accessibles (Kenskoff) et prévoir la mise en place d'un projet moyen terme dès que le pic épidémique sera passé, d'appui aux autorités sanitaires dans la gestion de l'épidémie (projet SIRCHOL, Surveillance, Investigation Riposte Choléra) en partenariat avec l'Université de Besançon en France.

Sur la chirurgie nous prévoyons la continuité de nos activités de prise en charge médico-chirurgicale des blessés du séisme. Ce projet sera conditionné à l'obtention de financements rendus difficiles par les stratégies de bailleurs de fonds qui n'ont pas indiqué de volonté forte de maintenir des projets de prise en charge.

### *Perspectives en RDC :*

Il s'agira tout d'abord de renforcer notre réponse à l'épidémie de choléra à l'ouest du pays. Face à la recrudescence du nombre de cas et à l'extension géographique de cette épidémie, ALIMA doit renforcer sa capacité globale et sa réactivité pour répondre au mieux à ces vastes besoins.

La problématique de la mortalité infantile et notamment le traitement de la malnutrition aigüe, est encore un problème majeur en RDC, notamment dans les zones les plus reculées, très difficiles d'accès du centre du pays. ALIMA prévoit d'utiliser les évaluations qu'elle a mené pour le PAM pour ouvrir un projet de réduction de la mortalité pédiatrique à Lomela dans le Kasai.

Alima a été confronté à la problématique des violences que subissent des travailleurs immigrés congolais en Angola lors de leur expulsion. Alima se propose de développer un projet de prise en charge de ces violences dans le district de Tchikapa, à la frontière entre la RDC et l'Angola.

Enfin, ALIMA a pour objectif de renforcer son partenariat avec l'ONG Netrese que ce soit au travers des différents projets précités ou via le développement d'un projet au Nord Kivu où Netrese est plus présente.

### *Autres pays :*

Nous souhaitons renforcer notre présence dans la zone sahélienne, notamment au Burkina Faso et au Tchad, qui présente des indicateurs de mortalité, des situations sanitaires et un manque d'acteurs justifiant notre présence. Ce développement devra s'accompagner d'une réflexion sur les interactions entre les différentes ONG nationales avec lesquelles nous travaillerons.

De la même façon nous envisageons d'évaluer les besoins et les actions possibles pour ALIMA en République Démocratique du Congo compte tenu de la chronicité des urgences dans ce pays et de la possibilité d'y travailler avec des ONG nationales partenaires que nous avons déjà identifiées.

## 8. PARTENAIRES ET REMERCIEMENTS

Nous adressons tous nos remerciements aux particuliers qui nous soutiennent à travers leurs dons, aux volontaires et salariés qui s'investissent sur les missions et au siège, ainsi que:

### *Aux partenaires nationaux avec qui nous développons des projets de santé :*

BEFEN au Niger  
L'AMCP au Mali  
Netrese en RDC  
La clinique du Dr Margareth Dégand en Haïti  
L'hôpital Ibn el Bitar en Irak  
L'hôpital de la communauté haïtienne à Port au Prince.

### *Aux partenaires internationaux avec qui nous développons des synergies de travail :*

MSF Suisse  
MSF Belgique  
La Chaîne de l'espoir  
GOAL  
Tulipe  
Solidarités International  
ARC  
Le laboratoire LEM du CNRS en Haïti  
Aviation sans frontière

### *Et les bailleurs qui nous font confiance :*

ECHO  
Unicef  
Programme Alimentaire Mondial  
AECID  
Irish Aid  
GOAL  
OCHA  
Agence nationale de recherche (ANR)  
Fondation de France  
OFDA  
OMS

## 9. CONTACTS

**ALIMA, the Alliance for International Medical Action**

39 rue de Romainville, Office 39

93100 Montreuil, FRANCE

Tel: 01 76 74 75 13 – Fax: 01 70 74 42 18

[office@alima-ngo.org](mailto:office@alima-ngo.org)