

52^{ème} Assemblée Générale de Médecins Sans Frontières



© George Osodi

RAPPORT ANNUEL 2022

09-10 juin 2023





©Mariana Abdallah/MSF

Sommaire

Introduction	p5
Charte	p7
Rapport moral	p9
Rapport d'activités 2022	p27
- Le Plan Stratégique OCP 2020-2023	p28
- Faits marquants 2022 et Perspectives 2023	p33
1. Le portefeuille d'activités et la dynamique opérationnelle	p33
2. Les urgences	p39
3. Réponses aux conséquences des conflits sur les populations	p41
4. Réponses aux catastrophes médicales	p46
5. Violences indépendantes des conflits et Exclusion des soins pour populations marginalisées	p54
6. Catastrophes naturelles, climatiques et industrielles	p55
7. Poursuite des objectifs transversaux du plan	p56
8. Les prises de paroles marquantes	p60
9. Les ressources humaines	p69
Rapport du trésorier 2022	p75
Les missions de A à Z	p83
Les satellites de Médecins Sans Frontières	p309
Abbreviations	p312



©Scott Hamilton/MSF

Introduction

Ce document est un descriptif des activités de la section française de Médecins Sans Frontières pour l'année 2022.

Il permet de garder en mémoire une année du travail des équipes du terrain et du siège de l'association et de rendre compte aux lecteurs (membres de l'association, donateurs, ...) des actions engagées et des résultats obtenus.

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

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

Ce document sera complété, après l'Assemblée Générale annuelle des 9 et 10 juin 2023, avec le rapport moral du président pour devenir le Rapport Annuel 2022 qui sera disponible sur le site de Médecins Sans Frontières.

Cette assemblée générale 2023 est la 52^{ème} Assemblée générale de l'association Médecins Sans Frontières, créée le 20 décembre 1971.

Charte

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

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

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

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.



©Pierre Fromentin/MSF

Rapport moral

Rapport moral

Bienvenue à toutes et à tous pour notre 52ème assemblée générale. Au nom du Conseil d'administration, je vais essayer de résumer l'année 2022, d'en présenter les principaux résultats et d'attirer votre attention sur certains enjeux.

2022 a été une année d'urgences et de volume opérationnel impressionnant. C'est aussi une année où les violences contre les populations civiles ainsi que les privations de liberté ont été particulièrement marquées. Cette violence contre les non-combattants affecte aussi MSF : nous savons que ce que traversent de très nombreux collègues et leurs proches, au Burkina, en Ukraine, au Soudan, en Syrie, en RDC, en Afghanistan, est particulièrement dur et nous sommes solidaires. En février 2023, nous avons perdu deux de nos collègues au Burkina Faso, Komon Dioma et Souleymane Ouedraogo, tués par un groupe djihadiste qui, sans que cela n'atténue en rien l'horreur de ces meurtres et notre profonde tristesse, a reconnu son erreur.

1. L'action

Avec 18% de croissance du budget opérationnel qui a dépassé les 300 millions d'euros pour 106 projets dans 34 pays, 2022 a été une grosse année d'opérations. Plus de 10 000 personnes ont travaillé sur le terrain et le nombre de départs de personnels internationaux a atteint le nombre record de 2200. Cela a engendré une forte pression sur les équipes de soutien RH que je félicite au passage.

Cette augmentation budgétaire conséquente s'est-elle traduite par un nombre de patients plus élevé ? La réponse est oui : si le nombre de projets est resté stable entre 2021 et 2022, nos activités médicales sont en nette augmentation. Par exemple, le nombre de patients malnutris a doublé pour atteindre 200 000 enfants. Les vaccinations contre la rougeole lors d'épidémies ont été multipliées par 2,6 (pour atteindre 1,2 million), le nombre d'actes chirurgicaux a augmenté de 30% et le nombre de patients atteints de tuberculose multi-résistante (MDR TB) a également doublé. Le nombre d'hospitalisations dépasse 250 000. Près de 3 millions de consultations ont été effectuées et nous avons pris en charge 800 000 cas de paludisme, ce qui représente une augmentation de 30%.

L'enveloppe **DES URGENCES**, en nette augmentation cette année, s'élève à 56,7 millions d'euro. Nous sommes intervenus en urgence dans 22 pays du portfolio, ce qui est considérable et correspond à 600 départs de personnels internationaux contre 400 pour l'année 2021. En octobre 2022 par exemple, la cellule des urgences suivait 10 pays simultanément. On peut se féliciter du travail des urgences, désormais dotées d'une équipe de cellule stabilisée et d'un pool urgence de 25 personnes.

Plusieurs de ces urgences sont particulièrement marquantes. Je commencerai tout d'abord par la prise en charge de la malnutrition à **KATSINA** au Nigéria. Le volume est impressionnant : près de 100 000 enfants atteints de malnutrition aiguë pris en charge, d'autant que les équipes ont réussi cette performance dans un contexte d'insécurité élevée. Quand c'était possible, elles ne se sont pas limitées aux enfants atteints de malnutrition sévère et ont réussi à individualiser la prise en charge (avec des consultations de sortie). Des soins ont été prodigués aux mères d'enfants malnutris hospitalisés, certaines ayant des problèmes médicaux, des traumatismes psychiques liés à la violence, notamment sexuelle, ou des problèmes sociaux particulièrement aigus.

Nous avons documenté l'extrême gravité de la crise nutritionnelle qui sévit au nord-ouest du Nigéria, et contribué à l'inscrire parmi les priorités du système humanitaire, aux niveaux national et régional. A la fin de l'année 2022, une augmentation de l'aide ainsi qu'un engagement accru des bailleurs ont

été observés dans la région. Cependant, l'aide est encore insuffisante, et le manque d'engagement à long terme nous a conduit à rester mobilisés et à renouveler nos efforts de communication en 2023.

Un effort symétrique de visibilité a également été fourni dans le sud du Niger autour de notre projet de la région de Maradi, où le nombre d'enfants venant de Katsina a été particulièrement élevé, et où un partenariat avec le PAM a permis que l'on sorte de la prise en charge exclusive des cas de malnutrition aiguë sévère.

A travers ces deux opérations – mais ce ne sont pas les seules : Madagascar, le Tchad également –, la malnutrition est de retour à l'agenda OCP. Un séminaire a été organisé et des rencontres avec le PAM vont aboutir je l'espère à de nouvelles ambitions adressées à tous les malnutris, et pas seulement aux cas sévères habituellement pris en charge dans nos projets.

Ce qui caractérise également cette année 2022, ce sont des réponses importantes à de nombreuses **EPIDEMIES**. Une vaccination Covid de 270 000 personnes a été organisée en Ouganda. Les équipes y sont également intervenues sur une épidémie de maladie à virus Ebola provoquée par la souche Soudan pour laquelle il n'existe aucun traitement spécifique ni vaccin éventuellement étudié. MSF a participé à l'élaboration de protocoles d'études pour l'utilisation d'anticorps monoclonaux (seulement quelques traitements ont été administrés en usage compassionnel mais le dernier patient a été déchargé avant le début de l'étude). MSF a également manifesté sa volonté d'introduire des vaccins : nous y étions préparés mais ils ne sont pas arrivés avant la fin de l'épidémie qui a duré 2 mois. Au total, 164 cas ont été pris en charge, mais 77 personnes sont décédées. Nous avons pu toutefois consolider les nouvelles approches décentralisées et finaliser un nouveau modèle de centre Ebola permettant d'apporter des soins complexes aux patients.

Si je n'oublie pas les épidémies de dengue, de rougeole et de fièvre jaune qui ont beaucoup mobilisé nos équipes cette année, je voudrais également m'arrêter sur le choléra et le paludisme.

En 2022, les épidémies de choléra ont affecté une trentaine de pays dans le monde, soit une augmentation de près de 50% des cas comparés à l'année 2021 ; les événements extrêmes provoqués par le réchauffement climatique ont participé de la transmission de la maladie, les inondations qui ont frappé le Pakistan ou les cyclones qui se sont abattus au Malawi en sont des exemples. MSF est intervenue au Malawi et en Haïti où nous avons pris en charge des patients et organisé la vaccination. Cette année, malgré une production de vaccins contre le choléra en augmentation, leur nombre a été insuffisant pour faire face aux nombreuses épidémies, nous avons décidé de recommander l'utilisation d'une seule dose en épidémie plutôt que 2. Un travail est en cours avec la Campagne d'accès aux médicaments pour améliorer la disponibilité des vaccins.

Le paludisme est aussi en nette augmentation cette année. Le nombre de cas a été multiplié par 4 à Maiduguri, par 3 à Rutshuru. On note 70% d'augmentation à Aweil, 50% à Madarounfa, etc. Le seul exemple où l'on observe une réduction continue ces trois dernières années est Koutiala, où la chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) est en place depuis des années et où l'on apporte un soutien aux 35 centres de santé du district. Les équipes ont tenté cette année d'introduire un vaccin contre le paludisme, le R21, au Niger. Les autorités ne nous ayant pas accordé l'autorisation, le projet est repoussé à 2023. L'arrivée de ce nouvel outil dans la lutte contre le paludisme est une bonne nouvelle et tout l'enjeu va être de trouver les meilleures stratégies pour obtenir de bonnes couvertures en l'associant ou pas à la chimio-prévention du paludisme saisonnier. Ce n'est pas simple car un enfant devra recevoir 3 doses de vaccins avant le pic et probablement 4 chimioprophylaxies supplémentaires pour être bien protégé. Ceci s'ajoute aux vaccinations traditionnelles de l'enfance, effectuées normalement en routine. On voit là tout l'enjeu de réfléchir avec les familles à un modèle de soins compatible avec leur quotidien.

En 2022, les équipes ont répondu à six **CATASTROPHES NATURELLES** et/ou climatiques, ce qui est nettement plus élevé que les années antérieures (en général une à deux par an). Le début de l'année 2023 a par ailleurs été marqué par les terribles séismes en Turquie et en Syrie qui ont fait plus de 50 000 morts et 115 000 blessés, mais aussi par des cyclones à Madagascar, au Malawi et au Bangladesh.

Nos réponses aux catastrophes naturelles se sont enrichies d'outils techniques (comme le kit Tremblement de Terre 4 jours) et d'actions créatives, comme la distribution d'eau à l'aide de la cartographie et de l'analyse géophysique à Madagascar, ou encore la campagne de nettoyage de 500 puits après les inondations au Pakistan. Mais les vraies questions sont la rapidité de la réponse et l'espace de travail. Au Pakistan comme en Turquie, les gouvernements ont immédiatement mobilisé des ressources à grande échelle. Au Pakistan, nous n'avons pas pu accéder aux zones les plus touchées par les inondations et en Turquie, le gouvernement a décliné notre proposition d'aide, notamment pour le déploiement du MFH (*Modular field hospital*), privilégiant l'aide bilatérale des États.

En revanche, nous étions parmi les seuls acteurs en **SYRIE**. La région d'Idlib, où nous travaillons, une zone qui échappe encore au contrôle du gouvernement syrien, a été directement frappée par le séisme causant des milliers de morts et de blessés et d'innombrables sans abris dans la rigueur de l'hiver. Pour ces 4,5 millions de personnes dont la majorité ont été déplacées à de nombreuses reprises, l'aide internationale déjà très insuffisante au préalable est arrivée tardivement et au compte-goutte. Il a fallu une semaine pour que le premier convoi des Nations unies arrive en Syrie (et il s'agissait de l'aide routinière et non d'urgence). Douze jours après la catastrophe, l'aide humanitaire n'était toujours pas revenue à son niveau antérieur aux séismes. Le staff MSF présent à Atmeh en Syrie, lui-même touché de plein fouet par le séisme, a dès le premier jour réagi de façon remarquable, en utilisant le stock d'urgence pour soutenir 11 hôpitaux soignant un grand nombre de blessés, et en envoyant du personnel médical en renfort ainsi que nos ambulances. Même si nos équipes sur place ont martelé le même message sur l'urgence d'une aide internationale en Syrie, nous aurions dû sans doute dénoncer plus fermement la démission, la négligence et l'abandon des populations syriennes par la communauté internationale.

Pour continuer sur la Syrie, je voudrais faire remarquer qu'en octobre 2022, et pour la première fois depuis 2014, notre chef de mission a réussi à entrer dans la région d'Idlib et à visiter l'hôpital d'Atmeh, grâce à notre partenaire Al Ameen. Pour leur propre avenir comme pour celui de nos projets, nos collègues syriens manifestent leurs inquiétudes sur les conséquences d'une éventuelle reprise de contrôle de la région par le régime syrien. Comment pourrions-nous les aider, sachant que la Turquie ne sera probablement pas très accueillante ? Devons-nous travailler en zones contrôlées par Damas et à quelles conditions ? La donation de matériel médical pour un montant de 800 000 € au Croissant-Rouge syrien par 2 sections de MSF, sans possibilité de savoir comment cette aide sera utilisée, est choquante. Le directeur des opérations d'OCB sera avec nous samedi pour en discuter.

Je vais enchaîner en discutant quelques projets qui s'adressent aux **VICTIMES DE CONFLIT**, en commençant par les projets menés par la cellule des urgences.

L'UKRAINE a bien sûr été un des sujets marquants de l'année. L'équipe des urgences a réussi à trouver sa place dans un espace de travail réduit en raison d'un appareil d'État organisé bénéficiant d'une aide étrangère très importante et de la mobilisation d'organisations de la société civile. Au-delà du soutien apporté à des structures de santé, les équipes ont évacué des zones de conflits des personnes particulièrement vulnérables en institution (orphelinats, maisons de retraites). Elles ont mis en place des projets médicaux proches des lignes de front et se sont concentrées sur les aspects négligés de la santé tels que la santé mentale et la physiothérapie.

Ces activités certes originales et utiles ont été modestes. Le train mis en place par OCB est sans doute l'opération de MSF la plus intéressante, mais il nous faut reconnaître que ce sont les Ukrainiens qui

ont mené les actions les plus rapides et efficaces pour les populations civiles. Même si je pense que nous avons eu raison d'intervenir en Ukraine, cette opération nous rappelle que l'aide internationale est peu utile quand l'Etat n'est pas déficient, qu'il est mobilisé et protecteur. Nous avons avant tout exprimé notre solidarité et pris une leçon d'efficacité.

Une guerre aussi politisée et médiatisée, où le conflit mis en scène est celui de l'axe du bien contre le mal, nous demande de rester vigilant. Nous devons nous rappeler que ce qui est reproché aujourd'hui aux Russes (invasion d'un pays, attaques et exactions contre les populations civiles) est ce que les Etats-Unis et leurs alliés ont fait il y a quelques années en Irak, en Afghanistan ou encore en Libye. Mais on ne peut pas non plus estimer que les torts sont partagés à égalité entre les belligérants (aujourd'hui les atteintes aux droits humains ne semblent pas majeures dans le camp ukrainien). Toutefois, la tourmente dans laquelle Amnesty International s'est retrouvée quand l'ONG a dénoncé la mise en danger par les forces ukrainiennes des populations (en y installant des bases au milieu des civils), montre à quel point il est difficile en Europe d'émettre une critique contre le camp ukrainien.

Aux premiers jours du conflit, parvenir à un positionnement neutre était perçu comme essentiel par certains OC. Cela s'est traduit par exemple en évitant le mot "guerre" dans la communication publique de MSF. Avec d'autres, MSF OCP a participé à la remise en question de cette position, en rappelant que nos communications devaient rester ancrées dans les témoignages de nos équipes et de nos patients. C'est ce que nous avons fait, en diffusant notamment les récits de nos collègues d'OCG bloqués sous les bombardements russes à Mariupol, ou quand une de nos équipes OCP a été le témoin d'une attaque menée par les Russes contre une zone résidentielle et des hôpitaux à Mykolaiv.

MSF a également fait part de ses préoccupations concernant la politique de « deux poids, deux mesures » dont l'Union européenne a fait preuve en accueillant les réfugiés ukrainiens et en leur accordant l'asile sans restriction, tandis qu'elle réprime, criminalise et dissuade des exilés et demandeurs d'asile en provenance de Libye, de Syrie, d'Afghanistan ou d'ailleurs.

En 2022, nous avons soutenus différents hôpitaux à **KHARTOUM** pendant les grandes manifestations contre le pouvoir, non sans difficultés, notre équipe ayant été arrêtée. L'équipe des urgences avait également ouvert des projets au Darfour, à Al-Fasher début 2022. Grâce aux coordinateurs soudanais et à notre positionnement, nous avons pu réagir immédiatement lors du début de la guerre en avril 2023. L'hôpital d'Al-Fasher, le seul à ne pas avoir été pillé, a été débordé de blessés. Du matériel médical et deux collègues internationaux ont pu arriver à partir du Tchad. Il reste extrêmement compliqué de travailler au Soudan, particulièrement à Khartoum où les combats sont intenses et l'aide humanitaire bloquée. Nous n'obtenons pas de visas, acheminons du matériel et des médicaments avec difficultés, les hôpitaux ont été pillés, certains de nos entrepôts aussi, le personnel est parti, les communications sont régulièrement coupées. Au Tchad, nos équipes sont également déployées à la frontière soudanaise pour prendre en charge des populations réfugiées et des blessés.

Tristement, **HAITI** continue de plonger dans le chaos et la violence extrême. Le pays est sous l'emprise de gangs qui contrôlent la majorité de la capitale Port-au-Prince. Sur les trois premiers mois de 2023, le haut-commissariat de l'ONU aux droits de l'homme comptabilise au moins 900 personnes tuées. Des centaines de blessés et près de 400 kidnappings, des exécutions et des personnes brûlées vives en pleine rue, des viols collectifs, des enrôlements d'enfants... C'est dans un tel contexte que les équipes de MSF ont réussi à répondre à diverses urgences (épidémie de choléra, tremblement de terre et prise en charge de brûlés suite à l'explosion d'un camion-citerne) et à faire fonctionner l'hôpital de Tabarre où le nombre de patients pris en charge en chirurgie a considérablement augmenté. Les activités de soins généralistes ont été maintenues avec difficultés à Cité Soleil et il a finalement été décidé de les arrêter en début 2023. Je suis très fière de nos équipes, bluffée qu'elles aient réussi à mener un travail de qualité dans de telles circonstances.

Entre janvier et novembre 2022, 39 initiatives de communication ont été produites, toutes visant à créer de l'attention autour d'Haïti et à mobiliser plus d'acteurs de l'aide.

L'appel à une intervention armée internationale, lancé par le gouvernement haïtien en octobre 2022, a suscité d'intenses discussions internes, une partie du mouvement soutenant que MSF se devait par principe d'être contre une intervention armée, celle-ci compromettant la neutralité des humanitaires. OCP a soutenu une position plutôt pragmatique, attendant que les termes d'une éventuelle intervention soient définis avant de se prononcer, tenant compte du fait qu'une grande partie de la société haïtienne semblait favorable à une telle intervention et en restant conscient qu'une intervention armée internationale est difficilement envisageable sans l'existence réelle d'un Etat.

Parlons maintenant de l'**AFGHANISTAN**. Si la situation sécuritaire s'est améliorée à la suite de la prise de pouvoir des talibans en août 2021, le déclin économique du pays s'est accéléré, notamment en raison de son isolement au niveau international et du gel de ses avoirs à l'étranger. Les décisions des talibans, contraires à leurs engagements, ont entraîné une détérioration forte des droits humains, en particulier pour les femmes et les filles qui subissent une exclusion socioéconomique systématique.

Le nombre de patients affluant dans les huit projets hospitaliers de MSF n'a pas cessé d'augmenter : 42 000 hospitalisations, 35 000 accouchements et 70 000 consultations aux urgences. A Herat, plus de 4 000 enfants malnutris ont été pris en charge, soit près du double de l'année précédente, et nous avons ouvert un projet à Bamyan. Le sujet qui nous préoccupe particulièrement est celui de la politique talibane envers les femmes, qui se voient chaque jour un peu plus privées de leurs droits et exclues de la vie publique, et en particulier l'interdiction qui leur est faite de travailler dans le secteur humanitaire. A ce jour, le domaine de la santé est encore épargné mais il est tout à fait possible que cela ne dure pas. 2 917 staffs afghans travaillent avec MSF dont 1 150 femmes. Comment réagir face à la menace d'interdiction de travail de nos collègues afghanes ? L'élément décisif qui nous ferait quitter le pays serait que les femmes ne soient plus soignées ou que leur accès aux soins soit réduit à peau de chagrin. Que va-t-on répondre déjà à l'obligation de se passer de nos collègues femmes qui n'ont pas de profil médical, au nombre de 78 dans les bureaux de la capitale ? Nous avons fait savoir notre position aux autorités talibanes (nous ne pouvons pas assurer nos activités sans les femmes de nos équipes), devons saisir chaque opportunité de négociation et aménager les conditions de travail pour les femmes au sein des projets. C'est ce qui est fait et réfléchi chaque jour. Il faut également continuer chaque fois à exprimer clairement notre désaccord et à protester publiquement. En décembre, au moment de la décision des talibans d'interdire aux femmes de travailler avec des ONGs, nous nous sommes d'abord contentés d'une « *Reactive line* » intersection, au détriment d'une prise de parole plus musclée que nous avons réussi à diffuser seulement 5 jours après. En revanche et contre l'avis des autres sections présentes en Afghanistan, MSF OCP a décidé en avril de condamner la décision des autorités afghanes d'interdire aux femmes de travailler dans les agences des Nations unies. Par ailleurs, et au-delà des soins obstétricaux, je continue à me demander si on ne devrait pas développer davantage nos activités de soins aux femmes, notamment en médecine générale et en psy, dans un contexte où leur accès à la santé est menacé.

Au **YEMEN** également, les Houthis exercent un contrôle sur la vie des femmes et entendent imposer aux femmes yéménites qui travaillent pour des organisations internationales ou des ONG comme MSF d'être accompagnées d'un membre masculin de leur famille dans leurs déplacements. En pratique, cette décision rend impossible le travail pour les femmes yéménites en coordination ou qui ont des rôles de supervision et doivent se déplacer d'un terrain à un autre. Les équipes ont essayé à plusieurs reprises de négocier, sans succès. Il n'est pas clair pour moi à quel point nous nous sommes mis en tension avec les Houthis sur cette question. Il est possible que nous ayons estimé un peu vite que l'impact de cette mesure serait minime sur nos activités de soins. Et il est probable que l'on se retrouve dans une situation de fait accompli, et que nous observions ces mesures soit en évitant d'avoir des femmes qui se déplacent dans nos équipes, soit en engageant un Marham (c'est-à-dire un homme autorisé par la religion à accompagner une femme lors de ses déplacements). Sans savoir exactement

ce qu'en pensent mes collègues féminines yéménites, il me semble qu'il faut absolument éviter de réduire leur périmètre de responsabilité et d'action, quitte à engager un Marham. Cette discussion n'est pas terminée.

Au **MALI** et au **BURKINA FASO**, les violences sur les populations civiles commises par les groupes armés et par les armées de ces deux états ont drastiquement augmenté en 2022, conduisant à de nombreux décès, d'importants déplacements de population et un nombre de violences sexuelles jamais observé précédemment. Les groupes armés ont mené des opérations d'enclavement de villes au Burkina Faso et commis des massacres de grande ampleur, comme à Tamalat et Inchinane au Mali. Les armées appuyées par des milices civiles au Burkina et au Mali, ainsi que par des mercenaires russes dans le cas du Mali sont également responsables d'un nombre conséquent de morts parmi les civils. Les tensions entre communautés, très peu présentes dans le passé, se sont installées. Les groupes djihadistes recrutent essentiellement dans la communauté peule et certains acteurs étatiques ou milices pro-étatiques n'accordent que très peu la présomption d'innocence aux civils, membres de cette communauté, considérés comme proches ou complices des groupes armés. Deux coups d'état militaires ont eu lieu au Burkina Faso en 2022. En mai 2022, le Mali a rompu les accords militaires avec la France et en février 2023, l'opération Sabre a pris fin au Burkina. Dans ces deux pays, l'année est marquée par l'affirmation d'un sentiment anti-français très fort. Les négociations menées par notre chef de mission au Mali, les services rendus par nos projets et nos fonds propres nous ont tout de même permis de maintenir nos activités ainsi que des relations correctes avec les autorités maliennes, notamment médicales.

Les équipes MSF n'ont pas ménagé leurs efforts pour fournir des secours médicaux dans cet environnement sécuritaire et politique complexe et où notre accès, en dehors des structures hospitalières, est de plus en plus limité.

Une difficulté sur laquelle je voudrais m'arrêter a été la faible prise de conscience et le manque de discussions sur les nombreux massacres de populations civiles commis par tous les intervenants armés du conflit, chaque tentative de discussion étant empreinte de malaise dès qu'il s'agissait de parler des exactions perpétrées par les Etats ou de citer les communautés victimes de ces massacres. Plusieurs collègues ont demandé les raisons pour lesquelles MSF devrait s'intéresser aux massacres, estimant que ce sujet allait nous mettre en difficulté, nous faire perdre notre neutralité et qu'il n'était finalement pas du ressort d'une organisation médicale, n'en étant d'ailleurs pas nous-mêmes des témoins directs. Je vais tenter de répondre à cette question importante. Tout d'abord, le principal problème des massacres est qu'ils s'appliquent en grande partie à des civils innocents et, comme membre d'une organisation humanitaire non gouvernementale, il est évident que cela nous concerne. Quelle population, victime d'une situation de belligérance, est le plus en détresse, si ce n'est celle qui est victime de massacres ? La seconde raison est que si on ne s'y intéresse pas, on s'y fait aspirer, prendre au piège. Au minimum en devenant une forme de caution par notre silence et au pire, en ayant notre matériel, notre logistique, nos personnels instrumentalisés comme cela a été le cas en 1996-1997, quand les équipes MSF étaient utilisées comme appât en RDC pour attirer puis massacrer les réfugiés rwandais.

Pour illustrer l'intérêt de se préoccuper des violences extrêmes contre les civils, je voudrais revenir sur un exemple récent où notre silence a servi de caution. Je fais référence à la longue enquête menée par Reuters auprès de militaires, personnels de santé et victimes dans la région du Borno au Nigéria et parue en décembre 2022. Reuters estime qu'entre 2013 et 2021, au moins 10 000 femmes enceintes (suite à des unions volontaires ou plus probablement forcées avec des djihadistes) auraient avorté à leur retour en zone gouvernementale. Nombre d'entre-elles auraient subi un avortement forcé : certaines n'ont pas été averties que les injections ou pilules qu'elles recevaient étaient abortives et d'autres ont été menacées ou battues pour s'y soumettre. Reuters décrit également les assassinats d'enfants nés d'unions volontaires ou forcées avec des djihadistes, tout comme l'avaient dénoncé

Amnesty et Human Rights Watch. Sur ce point, les faits sont avérés : sites, dates et lieux de massacres sont connus. Les révélations de Reuters sur les avortements forcés et assassinats d'enfants ont été contestés avec véhémence par les militaires nigériens. Du côté de MSF, quand Reuters a sorti ses enquêtes en 2022, ça a été la stupeur. Pourquoi n'avions-nous rien vu alors que nous travaillions dans ces zones pendant des années ? En 2016 nous avons quand même publié un texte, suite à des enquêtes de mortalité rétrospectives dont le titre était : où sont les enfants du Borno ? Mais à cette époque nous n'avions pas plus creusé le sujet. En 2022, ne pouvant ni confirmer, ni infirmer l'enquête de Reuters, tout en reconnaissant en interne que le contexte était propice à ces méthodes, nous sommes restés silencieux et avons limité au maximum nos interactions avec la commission d'enquête nigérienne. Finalement, ne s'étant pas intéressé à temps aux violences, nous avons pris un risque et avons même servi de caution, un militaire nigérien ayant déclaré récemment que si des organisations comme MSF et le CICR n'avaient rien dit, c'est qu'il ne s'était rien passé.

Dans la même perspective, au Burkina Faso, au Mali et au Niger, les violences sexuelles sont une des conséquences du conflit qui malheureusement reste très peu rapportée et traitée. Au Burkina Faso par exemple, déjà en 2020 Oxfam avait, dans un rapport titré « Survivantes et héroïnes : les femmes dans la crise au Burkina Faso », attiré l'attention sur la vulnérabilité des femmes exposées à l'exploitation sexuelle et à la prostitution. La réaction des autorités burkinabè de l'époque a été très vive, brisant l'élan des médias à témoigner sur ces questions. C'est de notre responsabilité de ne pas passer à côté de problématiques aiguës qui relèvent de la mission sociale de notre organisation.

Nous avons également discuté, avec difficultés, des exactions commises contre la communauté peule, notamment lors d'un CA auquel j'avais invité un expert d'Amnesty international pour nous éclairer sur ce sujet. Le massacre de Nouna en décembre 2022 au Burkina m'a particulièrement alerté. A partir de l'âge de 10 ans, les enfants de sexe masculin et les hommes peuls ont été traqués et assassinés systématiquement par une milice pro-étatique en représailles à une attaque de groupes armés. Ceci s'est déroulé dans un contexte où des disparitions de membres de la communauté peule (dont un collègue MSF d'OCG) sont régulièrement rapportées et où circulent de temps en temps sur les réseaux sociaux des appels assumés à l'épuration ethnique. Il ne s'agit en rien d'établir une hiérarchie des violences subies par les différentes populations ou de prendre parti pour l'une ou l'autre. Il s'agit de s'arrêter sur un phénomène particulier, inquiétant, de ne pas y être indifférent, et de pouvoir en faire part dans notre analyse de contexte, ne fut-ce que pour se préoccuper de la sécurité des membres de nos équipes, notamment nos collègues peuls.

Je voudrais soulever un dernier point qui me semble important. Les équipes internationales de MSF travaillant dans le Sahel sont en très grande majorité originaires de la région en raison du profiling mis en place il y a quelques années. Grâce à l'expérience et la mobilisation des équipes, des secours conséquents ont été déployés dans des zones complexes. Aujourd'hui, la question d'avoir des équipes essentiellement originaires de la région se repose, de façon différente, dans un contexte d'exactions perpétrées également par les gouvernements. Avec tout le respect envers les équipes du Mali et du Burkina Faso, il me semble que la mise en tension nécessaire avec les autorités lorsque celles-ci sont potentiellement criminelles, est plus facile à exercer quand on est étranger et moins soumis à la répression. Réussir à mettre en place des équipes diverses en termes de nationalités, de genres, de communautés, capables d'échanger, me semble être fondamental pour réussir à poursuivre notre travail dans la région. C'est une discussion que j'aimerais approfondir.

Au cours de l'année 2022, l'évolution rapide des conflits dans le **NORD-KIVU**, notamment entre les FARDC et le M23, a entraîné de nombreuses vagues de déplacements de population. En mars 2023, l'Organisation internationale des migrations décomptait ainsi plus de 900 000 déplacés au Nord Kivu. Beaucoup sont venus chercher refuge à Goma, où ils sont principalement installés dans une dizaine de camps. Les conditions de vie y sont extrêmement difficiles et la réponse humanitaire est loin d'atteindre les standards minimums : manque d'eau, de latrines, de nourriture, de biens de

consommation courante et d'accès aux soins. De graves épidémies de choléra et de rougeole ont sévi dans la plupart des camps et tandis que l'assistance peine à se déployer, il y a peu d'espoir pour que ces populations puissent rentrer chez elles dans un avenir proche.

Plus au nord, la reprise du conflit et la percée du M23 ont également provoqué des vagues de déplacés. En mars 2023, environ 100 000 personnes avaient ainsi trouvé refuge dans la zone de Kibirizi, prise par le M23 qui s'en est ensuite retiré, obligeant nos équipes à évacuer pour un temps. Là encore, la situation reste très incertaine et instable. Les conditions de subsistance y sont également déplorable, la population devant faire face à des difficultés pour se nourrir, à un manque d'accès ou de moyens pour se soigner, à une épidémie de rougeole et un pic de paludisme à venir...

Si nos équipes de terrain se sont mobilisées très rapidement, force est de constater qu'en coordination et au siège, nous n'avons pas su les accompagner en mesurant à temps l'ampleur de la catastrophe en cours. Une revue critique de notre intervention me paraît donc nécessaire. Parce que plus qu'une urgence, il s'agit bien d'une catastrophe humanitaire à laquelle on assiste, et à laquelle s'ajoute une explosion de violences sexuelles dont les femmes sont les principales victimes : rien qu'entre le 17 et le 30 avril dernier, plus de 670 victimes de violences sexuelles ont été prises en charge par les équipes dans les sites de déplacés autour de Goma. Nous avons communiqué sur ce point ainsi que sur la faible mobilisation des agences de l'aide. Si l'aide commence à arriver, l'enjeu principal reste bien le volume des efforts à fournir pour que la réponse soit à la hauteur. On en est encore loin et il est plus que temps de dénoncer publiquement une réponse humanitaire lente et inadéquate face à une crise d'ampleur historique.

LA MIGRATION

Cette année a été une nouvelle fois marquée par un nombre important de décès en Méditerranée et par un anéantissement progressif des capacités de secours en mer des organisations humanitaires. Cela fait maintenant six ans que l'Union européenne apporte un soutien aux garde-côtes libyens, qui ramènent de force vers les centres de détention en **LIBYE** les personnes qu'ils interceptent en mer.

Les équipes de MSF sont parmi les rares témoins de la violence, des exactions et des abus qui règnent dans ces centres, et plus généralement du climat de terreur et d'exploitation auquel sont exposées dans le pays des centaines de milliers de personnes migrantes. Depuis le début des projets migratoires de MSF en Libye en 2016, nous avons toujours été confrontés aux mêmes difficultés : l'impossibilité de protéger les migrants à l'intérieur de la Libye, d'assurer la continuité des soins pour des personnes en graves conditions physiques et mentales, et de réhabiliter les victimes de torture.

A rebours de la politique de refoulement encouragée par l'Union européenne, nous continuons de demander aux pays européens d'offrir une protection aux migrants bloqués en Libye, et d'accélérer de toute urgence l'évacuation des personnes les plus vulnérables. Cette année, une initiative encourageante a permis l'évacuation vers l'Italie de 500 personnes entre novembre 2021 et novembre 2022 par le biais d'un corridor humanitaire, dont une quarantaine de patients suivis par MSF en Libye. La mise en place du corridor humanitaire en partenariat avec Sant Egidio ne s'est pas encore concrétisée en France.

Les conditions de travail pour MSF sont de plus en plus difficiles en Libye, avec l'impossibilité cette année d'obtenir des autorisations de travail pour du personnel international. En France, nos activités continuent de se développer à Marseille et à Paris, en mettant l'accent sur les mineurs non accompagnés et en essayant d'atteindre plus de filles. Plus de la moitié des jeunes que nous aidons sont reconnus mineurs à la fin du processus et sont donc pris en charge par l'Etat.

LA MEDECINE

Nous progressons sur de nombreux sujets médicaux et je vous invite d'ailleurs à lire le rapport très complet du département médical.

Il me semble que la palette des activités médicales s'est considérablement élargie ces dernières années avec l'intégration de plusieurs spécialités dans les projets : prise en charge des maladies et troubles mentaux dans 23 pays du portfolio, développement de la physiothérapie (à ce jour dans 21 projets, essentiellement pour les patients après une chirurgie mais avec l'objectif de fournir à l'avenir ces soins aux femmes à la suite d'accouchements compliqués et en pédiatrie) ; prise en charge des maladies chroniques non transmissibles dans 36 projets avec le développement de l'éducation thérapeutique ; prise en charge plus systématique des victimes de violences sexuelles.

Nous avons 3 000 lits d'hospitalisations répartis dans 46 hôpitaux. Le renforcement des soins ambulatoires et postopératoires est à souligner cette année, tant pour les soins de traumatologie et d'orthopédie que pour le suivi des patients atteints de maladies non transmissibles. 1/3 de nos hôpitaux ont plus de 10 ans et posent des questions en termes d'investissements nécessaires pour les maintenir fonctionnels dans la durée. Plusieurs de nos terrains nous ont alerté sur le manque d'entretien voire le délabrement de certains de nos hôpitaux (Carnot, Aweil, Aden...). Entendre nos collègues, réfléchir avec eux aux mécanismes qui font qu'on arrive à certaines situations désastreuses, et corriger ces lacunes sont des nécessités.

Avec une équipe renforcée de 4 personnes, l'effort sur les soins infirmiers est aussi à considérer. C'est un début vu les besoins importants et le nombre élevé sur nos terrains d'infirmières et d'infirmiers, qui sont souvent le premier et le seul point de contact pour les patients en quête de soins et passent plus de temps au chevet des patients que toute autre profession.

En termes d'aide au diagnostic, plusieurs piliers continuent d'être travaillés : l'imagerie médicale avec l'échographie (POCUS) présente dans presque toutes nos salles d'urgences ; la télé-médecine utilisée actuellement dans 26 pays et évidemment le laboratoire, dont certains sont spécialisés en microbiologie, histopathologie ou encore dans le diagnostic de l'hépatite C comme au Bangladesh. A noter la mise en place en routine, dans 5 laboratoires d'Antibiogramme, d'une application d'aide au diagnostic développée par la Fondation MSF pour lutter contre la résistance aux antibiotiques.

Je voudrais dans ce rapport souligner les avancées marquantes faites en **santé mentale**, domaine que je considère comme essentiel en raison du nombre très élevé de personnes, partout dans le monde, qui souffrent de troubles mentaux et qui, quand elles sont atteintes de troubles psychiatriques sévères non pris en charge, se trouvent en situation de détresse : avancées en termes d'offre de soins qui s'est installée en routine dans la majorité des pays de notre portfolio (plus de 75 000 consultations dans 23 pays), souvent dans le cadre d'une approche multidisciplinaire ; avancée aussi avec l'arrivée cette année d'un responsable de santé mentale dans le pool d'urgence ; avancées enfin en termes de pathologies prises en charge avec le développement de la psychiatrie.

Depuis l'intégration des ambitions de l'**approche centrée sur les patients** (ACP) dans le plan médico-opérationnel en 2020, des efforts ont été faits, à la fois pour mieux comprendre les besoins et les contraintes des patients et mieux coordonner les soins autour et avec les patients.

Une équipe dédiée à l'approche centrée sur la personne a tenté d'influencer et d'initier des changements à trois niveaux :

- Au niveau des soins individuels autour des questions de communication, de prise en charge de la douleur et de participation des patients aux décisions concernant leurs traitements.

- Au niveau du projet en faisant en sorte de mieux comprendre l'environnement, en mettant en place le soutien social quand cela est pertinent et en développant des mécanismes de retours d'expérience vécue par les patients.
- Et au niveau de l'institution avec des avancées sur les droits des patients, une redéfinition de notre politique de lutte contre les abus, une plus grande attention portée aux responsabilités du staff et à l'inclusion des patients dans la gouvernance des projets.

Un travail soutenu a été mené et de nombreuses initiatives se sont concrétisées. On peut citer : des enquêtes de satisfaction à Katsina et Aden entre-autres ; la mise en place de la charte des patients au Malawi et en Palestine ; un soutien social intégré aux projets au Mali, Palestine, Ouganda, Malawi.

Il est évident que cette transformation culturelle de la pratique de la médecine et de la place des patients dans notre institution ne peut être sous la seule responsabilité d'une unité de quelques personnes, aussi investies et compétentes soient-elles. Après près de trois années, nous avons encore à clarifier et à préciser certaines des orientations et à réfléchir ensemble à la traduction de ces ambitions dans les politiques des différents départements. Le Conseil d'administration, conscient des profondes transformations à mener, s'est engagé à poursuivre cette discussion avec l'exécutif.

Quelques exemples de questions qui nous semblent utiles à creuser :

1. La question de la relation soignants-soignés : l'information donnée aux patients de manière à ce qu'ils puissent s'en saisir et l'établissement de contrats de soin, me semblent devoir être travaillés au niveau du département médical dans son ensemble.
2. La délégation d'une partie des soins aux patients ou leur réelle implication dans les soins qu'ils reçoivent avance très peu. Les principaux obstacles, classiques, sont la réticence du monde médical à partager le pouvoir médical et le manque de confiance envers les patients. Nous en parlerons samedi.
3. Nous avons eu cette année une première discussion au CA sur les droits des patients et quelques terrains se sont emparés de la question, ce qui est positif. Les principaux droits des patients tels que décidés par l'institution doivent être énoncés clairement et être connus de tous (patients et professionnels de santé). Le droit à une information claire, la prise en charge de la douleur et le fait de recevoir des soins dans un environnement non-abusif sont des droits essentiels et doivent sous-tendre notre politique médicale.
4. Comment nous structurer pour donner une réelle place aux patients ? Nous faut-il un département des patients ? Une instance de recours, structuré comme une forme de contre-pouvoir ? Pour le Conseil d'administration, il s'agit de faciliter la transformation de notre pratique médicale et de renforcer notre association en vue d'un geste humanitaire plus inclusif et respectueux des personnes soignées.

La prise en charge de la douleur n'est pas encore une réalité pour beaucoup de nos patients. En chirurgie et anesthésie, c'est une priorité depuis de nombreuses années et les progrès se poursuivent avec de nouveaux protocoles pour la douleur neuropathique, des lignes directrices pour la gestion du syndrome du membre fantôme chez les amputés, et une formation en anesthésie loco-régionale pour le personnel national. Toutefois, cela n'a pas été suffisamment le cas dans d'autres disciplines, telles que la pédiatrie et l'obstétrique. Pour combler ces lacunes, un groupe de travail transversal sur la douleur pédiatrique a été créé en 2022, un autre sur les soins palliatifs a été organisé et des discussions sur l'analgésie pendant l'accouchement ont été entamées entre l'équipe de santé des femmes et les référents en anesthésie.

J'ajouterais à cette dynamique la nécessité de discuter à tous les niveaux de l'organisation de la gestion de la douleur à la lumière de l'épidémie mondiale de dépendance aux opioïdes. Cette question n'est pas simple, car au chevet des patients, les prestataires de soins de santé sont pris entre deux polarités : une gestion inadéquate de la douleur et le risque de dépendance si l'on n'accorde pas suffisamment

d'attention aux pratiques de prescription et à la réaction des patients aux médicaments. A Amman, un programme pilote a commencé afin de prendre en charge les patients qui présentent des problèmes d'abus de médicaments avant leur admission ou qui montrent des signes de développement de comportements inadaptés liés aux médicaments contre la douleur.

Cette année, 6 650 victimes de **violences sexuelles** ont été prises en charge par les équipes MSF et, après une diminution au cours de la pandémie de Covid, nous revenons aux chiffres de 2019 mais avec un plus grand nombre de projets (de 25 en 2019 à 34 en 2022). Les violences sexuelles étant fréquentes partout, il est positif que de plus en plus de projets demandent de l'aide pour mettre en place cette activité. A titre de comparaison, qui vaut ce qu'elle vaut, 16 000 personnes ont bénéficié d'une chirurgie dans nos projets, la plupart étant des hommes victimes de violence. 6 000 victimes de violence sexuelle, cela reste faible quand on sait que cette prise en charge est absente de notre offre de soins dans plusieurs pays, par exemple en Afrique de l'Ouest ou en Haïti. La grande majorité des patients sont pris en charge dans 4 pays : la RCA, l'Ouganda, le Kenya et la RDC. Je félicite au passage les efforts réalisés par la cellule en charge de l'Ouganda, Kenya, RDC, Malawi.

Accès aux avortements sécurisés. Ce sujet me tient particulièrement à coeur en raison du poids considérable que représentent les avortements non sécurisés ou clandestins dans la mortalité des jeunes femmes (jusqu'à 40% dans certains des pays où nous travaillons) quand il est pourtant assez simple d'éviter ces décès. L'apport des équipes MSF est essentiellement de rendre disponibles les pilules abortives, les femmes pouvant les prendre à la maison et décider elles-mêmes de se rendre à l'hôpital pour une prise en charge de fausse couche, si les saignements sont abondants. Les complications sont très rares. Si nous respectons la décision individuelle de ne pas pratiquer un avortement, nous avons décidé en 2004 d'être en capacité de proposer l'accès à un avortement sécurisé dans tous les projets MSF. Cette année, nous avons doublé le nombre de femmes qui y ont eu accès, passant à plus de 4 800. C'est un bel effort mais qui demeure insuffisant. A ce jour, seulement un cinquième de nos projets notifient des avortements pratiqués et 97% des avortements sont réalisés dans six pays seulement : RDC, Ouganda, Kenya, Bangladesh, Soudan du Sud, RCA. La direction médicale et celle des opérations ont décidé la mise en place d'une task-force dont l'objectif est de rendre accessibles les pilules abortives dans la majorité de nos projets. Nous suivrons cela de près.

La tuberculose. En 2022, l'éventail des projets couvre bien les différents défis et objectifs de plaidoyer et de recherche : tuberculose sensible et résistante aux antituberculeux, enfants atteints de tuberculose, personnes coinfectedées par la tuberculose et le VIH, prévention, modèles de soins communautaires et recherche active.

Deux avancées sont à souligner cette année. La première concerne la tuberculose pédiatrique. De nouvelles recommandations de l'OMS vont permettre de diagnostiquer davantage d'enfants avec des traitements plus courts (quatre mois pour les cas non sévères). En effet, 60 % des enfants atteints de tuberculose ne sont jamais diagnostiqués. 12

La seconde concerne la tuberculose multirésistante. Très efficace contre la TB résistante à la rifampicine et moins toxique que les traitements actuellement disponibles, le traitement BPaLM sur six mois est aujourd'hui recommandé. A noter également la fin du recrutement dans l'essai mené par OCP, endTB Q. L'objectif de cet essai est de définir des traitements pour des patients résistants aux fluoroquinolones.

VIH : Un projet au Malawi qui s'adresse aux travailleuses du sexe a ouvert en 2022. Ce projet a la particularité d'être travaillé étroitement avec les associations de femmes. Pour la première fois, la prévention préexposition (PrEP) leur est proposée. En RDC, au Nord Kivu, à Kiba et Binza, le traitement du VIH pédiatrique a commencé dans les projets d'urgence.

Maladies chroniques non transmissibles : la prise en charge de l'épilepsie se heurte encore à un arsenal thérapeutique insuffisant, le principal problème étant que les traitements actuels comportent des risques importants pendant la grossesse. Nous évoquerons demain la prise en charge du diabète insulino-dépendant dans nos projets, et nous questionnerons la place laissée aux patients dans le modèle de soins choisi.

En oncologie, la mise en place de l'unité de liaison au Mali est une avancée significative car elle oriente, soutient, suit les femmes atteintes de cancer du col ou du sein dans leur parcours de soin. Au Malawi, les patientes bénéficient d'une aide financière qui leur permet de se rendre à leurs rendez-vous et qui contribue à subvenir aux besoins de leur famille, ceci grâce à un partenariat avec l'organisation *Give Directly* ; les soins palliatifs à domicile sont en place ; et une étude qui vise à augmenter les performances de l'inspection visuelle (dépistage du cancer du col) grâce à l'Intelligence artificielle va être lancée par un consortium international dont fait partie la fondation MSF. Mais de très nombreuses questions doivent encore être abordées en oncologie, comme des modèles originaux de diagnostic précoce du cancer du sein, sans lesquels nous continuerons à admettre uniquement des femmes à des stades tardifs et avec une espérance de vie très limitée.

Dans ma lettre de candidature pour la présidence, j'avais cité la nécessité d'intégrer l'**aide sociale** dans nos projets. Le Crash a mené cette année une enquête qui a mis en évidence quelques questions clés. L'aide sociale est mise en oeuvre soit dans des projets où la question sociale est aiguë, je pense notamment aux projets à destination des enfants des rues ou des exilés, soit dans des projets où elle s'adresse à des patients atteints le plus souvent de maladies longues, pour éviter qu'ils renoncent aux soins, comme cela est fait par exemple au Malawi. Quelles ambitions en termes de modèle de soin ? Que mettre dans un package médical ? Et comment travailler avec d'autres organisations pour qu'elles puissent prendre le relais ? Voilà certaines des questions que nous devons continuer à travailler.

2. L'institution

Les Ressources humaines. L'année a été très intense pour le département des ressources humaines. Tout d'abord en raison de la croissance des équipes nationales (7%) et internationales ; mais aussi à cause d'une importante inflation conduisant à la nécessité de revoir les salaires dans de nombreux pays, et enfin en raison du travail initié en international sur la *Rewards review*.

Les salaires ont été revu à la hausse dans un peu plus de la moitié des pays du portfolio (18) et nos collègues de sept autres pays ont reçu une compensation financière en attendant la révision salariale. Après un retard de mise en oeuvre au début 2022 se traduisant par une sous-consommation de l'enveloppe budgétaire, la révision des salaires s'est mise en place et se poursuit en 2023.

Conscientes des risques de dérive d'un processus international aussi large que celui de la *Rewards review*, les équipes exécutives ont proposé une approche pragmatique qui consiste à la fois à travailler et influencer le projet international en cours mais aussi à mener dès maintenant des changements pour nos équipes (comme la revalorisation des plus bas salaires ou la possibilité de revenir travailler dans son pays après avoir été international). Le Conseil d'administration soutient cette approche. Nous sommes en accord avec l'idée générale de la *Rewards review* qui vise à atténuer les différences entre personnels internationaux et nationaux. Ce modèle qui nous a structuré jusqu'ici est dépassé. Ce qui est prévu dans la *Rewards review*, c'est qu'il n'y ait désormais qu'un seul cadre de référence pour l'intégralité du personnel MSF, qu'il soit salarié au siège, staff national ou international. Parmi les inégalités, l'accès à la santé de nos collègues nationaux est un des points essentiels, en cours de travail, qui sera suivi de près par le CA.

Un mot aussi sur le nombre d'incidents sévères de sécurité qui a touché nos équipes : celui-ci a doublé, passant de 8 en 2021 à 16 en 2022. Il n'y a pas eu de décès de personnel MSF en 2022 dans ces incidents. Cependant, MSF a été impliqué dans des accidents de la route qui ont causé la mort de 5 personnes dont 3 enfants.

Nous avons discuté l'an dernier à l'AG **du déséquilibre de genre** particulièrement aigu sur certains de nos terrains. Dans une lettre ouverte publiée sur le Souk, le réseau des femmes du Mali et du Niger a attiré notre attention sur les nombreuses difficultés auxquels les femmes continuent de faire face. L'accès à l'emploi et au développement professionnel de ces femmes se heurte à des obstacles liés aux sociétés dans lesquelles elles vivent et travaillent, mais aussi à des barrières internes à MSF. Par exemple au Niger, les femmes représentent 27% du personnel national de la mission. Parmi les 42 cadres nationaux de la mission, il n'y a que 7 femmes (16%). Elles ont très peu accès à la formation : sur 68 personnes ayant bénéficié d'une formation MSF l'an dernier, il y avait seulement 6 femmes. Les évaluations annuelles sont par ailleurs moins nombreuses pour les femmes que pour les hommes. Et elles ne sont pas représentées parmi les représentants officiels du personnel. Le département RH a réagi en élaborant un guide pour les terrains et les responsables RH, destiné à pallier ce déséquilibre. Le Conseil d'administration suivra cette évolution, particulièrement dans les pays où le déséquilibre est le plus marqué.

L'instauration d'un dialogue social sur nos terrains, motion votée en 2021, a été discutée pour la première fois au CA en avril 2023 et vient de l'être à la semaine des coordinateurs. C'est une notion relativement nouvelle pour MSF. Les salariés portent un certain nombre de revendications importantes, en termes de rémunération mais aussi de conditions de travail, ou encore d'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes. Mais ce n'est pas simple : il s'agit par exemple d'une charge de travail et d'une pression supplémentaire sur les RP, d'un changement des habitudes de travail des RH où la prise de décision trop centralisée ne laisse pas suffisamment de marge aux négociations sur le terrain. A cela s'ajoute la question de la représentation du personnel de terrain dans les instances internationales du mouvement. Dans cette optique, le CSE français a proposé la création d'un CSE international. Même si la route est encore longue pour trouver la bonne façon de faire, les retours positifs de certains terrains ayant réussi à instaurer une confiance et une qualité de dialogue sont encourageants.

La politique des abus. Cette année, la cellule EAMA et la voie hiérarchique ont reçu 130 plaintes. 51 proviennent de personnels internationaux, 52 de personnels nationaux, 25 de patients et 2 anonymes. De ces chiffres, on peut immédiatement déduire un moindre accès des personnels nationaux (étant 10 fois plus nombreux que les internationaux) et des patients à nos mécanismes de plainte. Ce qui avait été confirmé lors de la revue éthique en RDC. Sur les 24 abus confirmés après investigation, 66% des victimes sont des femmes et 73% des auteurs sont des hommes.

Sur les 25 plaintes de patients et accompagnants (nombre encore très faible mais en augmentation sensible par rapport aux 4 années précédentes), 11 abus ont été confirmés dont 2 viols.

Au total, 7 agressions sexuelles ont été confirmées (entre 0 et 2, les 4 années antérieures). Deux viols commis par du personnel MSF sur une patiente et une agente de santé communautaire. Ces personnels ont été licenciés et une procédure judiciaire est en cours. Dans les 5 autres cas d'agression sexuelle : les victimes sont 4 femmes (3 collègues nationales et une internationale) et un homme.

Cette année, un travail de réflexion collective lors de 10 ateliers a été entrepris afin de réformer notre politique de prévention et gestion des abus. Le concept de *safeguarding* s'est développé ces dernières années dans le milieu de l'aide. Il rassemble les ambitions et stratégies destinées à assurer la protection des personnels et des bénéficiaires face au risque d'abus commis dans nos espaces de travail, de vie ou de soins, considérant que c'est aussi en travaillant aux conditions permettant d'établir un

environnement de travail sain que nous préviendrons les abus. Même s'il mérite d'être encore clarifié, ce concept de *safeguarding* correspond mieux à la réalité du travail à faire que les termes « gestion des abus » ou « éthique ». Je soulignerai 2 éléments de ces ateliers :

D'abord, notre capacité de détection des abus est faible. Nous savons que nos personnels et patients sont insuffisamment informés de leurs droits et de nos dispositifs de lutte contre les abus. Nous soupçonnons que l'incidence réelle d'abus est plus élevée pour les personnels non-cadres et les patients, alors que le nombre de plaintes y est proportionnellement plus faible. Il a été décidé de multiplier les possibilités de détection : ce travail a commencé sur quelques terrains avec une *hotline*, des points focaux, une acceptation des plaintes anonymes, une recherche active de cas, etc. Un effort important va devoir être fourni dans ce sens, ça me semble être la priorité.

Concernant la prévention des abus, une formation en ligne sur les abus et les comportements responsables vient d'être élaborée. Cette formation devra être systématiquement suivie par toute nouvelle personne travaillant sur le terrain. Aujourd'hui, seuls 10% de nos employés ont reçu une information, une sensibilisation ou une formation aux abus.

La démarche de durabilité ou de green. La feuille de route environnementale que nous avons construite l'an dernier en partenariat avec l'ONG Climate Action Accelerator est désormais finalisée et soutenue par le CA de chaque section d'OCP. Elle comporte une trentaine d'objectifs, très ambitieux, visant à réduire l'impact environnemental local de nos activités et à diviser par deux notre empreinte carbone d'ici 2030. Il est difficile à ce stade de présager du rythme de mise en oeuvre. Dans un premier temps, des investissements financiers seront nécessaires et seront arbitrées aussi au regard des autres priorités. En dehors de l'aspect financier, cela va nécessiter une révision de notre façon de travailler dans les différents départements (en particulier la logistique et le *supply*) qui en sont bien conscients et qui ont commencé.

Un mot sur notre groupe, **OCP**. Il est aujourd'hui difficile de faire fonctionner un groupe dans un mouvement où les décisions sont prises, soit au niveau de la section, soit dans le mouvement (*Full excom*), et nous ne nous comprenons pas toujours parfaitement, chaque section du groupe ayant des réalités très différentes. Cependant, il faut remarquer que nos partenaires américains, japonais et australiens nous ont poussés sur les questions de diversité, d'équité et d'inclusion, de *green* et de sujets médicaux comme la qualité des soins et le *Nursing leadership*. Et même si ce choix se discute au regard de notre empreinte carbone, le fait d'avoir organisé le *Group Committee Meeting* sur une mission, au Malawi, nous a également permis d'observer ensemble la réalité d'un terrain et d'avoir des discussions plus ancrées. Je voudrais enfin souligner que nous sommes tous mobilisés sur les questions médicales et dans le soutien aux nouvelles entités (WACA, EAST-AFRICA, SEEAP, MSF-LATAM, CAMEX). Si des questions se posent sur le fonctionnement en centres opérationnels, il s'agit là de points positifs. 15

Cette année, l'agenda de l'IB a été dominé par des sujets institutionnels regroupés sous le nom d'« Agenda transformationnel ». Il s'agit de la réflexion **MSFWWTB**, de questions liées à la structure et à la représentation à l'Assemblée générale internationale (AGI). Que dire ? De façon rassurante, la plupart des recommandations issues de ces discussions sont déjà présentes dans les plans stratégiques des centres opérationnels. Les points qui ressortent le plus sont : s'engager davantage auprès des patients, des personnes et des communautés ; garantir plus d'équité envers le personnel recruté localement ; promouvoir une plus grande transparence et un partage plus proactif des informations internes, notamment en matière de sécurité. Sur ces points, nous sommes d'accord. Quant au **travail sur la structure** et sur l'organisation du mouvement, il vient à peine de commencer : doit-on continuer à être organisés en OC ou non ? Quelles conditions pour que de nouveaux directorats opérationnels soient créés ? En revanche, **la représentation à l'Assemblée Générale Internationale** est un sujet discuté depuis 3 ans. Aujourd'hui, chacune des 25 sections possède 2 voix à l'AGI + 2 voix pour

l'ensemble des membres MSF qui veulent s'exprimer en dehors de leur section. De notre côté, nous avons appuyé un modèle qui renforcerait le point de vue des terrains en permettant aux membres de voter directement à l'AGI mais nous sommes très minoritaires à soutenir cette option. Les modèles qui seront soumis aux votes à l'AGI proposent des nombres de voix différents par section, l'objectif étant d'obtenir un nombre de votes plus ou moins égal entre sections du nord et du sud. Par exemple, les 7 sections régionales du sud auraient 3 voix quand les 18 autres n'en auraient qu'une. L'idée étant que l'Europe est trop représentée. C'est une réalité et cela fait bien longtemps que je suis persuadée qu'il faut laisser activement de l'espace à de nouvelles entités du sud pour mener des opérations et participer à la mission sociale. Le mouvement avance dans ce sens. En revanche, je pense que ce genre de calcul (égalité nord-sud) est du temps perdu et ne mènera en rien à une amélioration des secours. L'AGI devrait être un lieu de discussions et de débats ancrés sur notre mission sociale. Les sujets ne manquent pas. J'espère que nous serons en mesure d'en aborder quelques-uns lors de notre AG.

Au terme de ce rapport moral, nous avons une pensée émue pour Florence Fermon et Tim Fox décédés à la fin du mois de mai. Florence a commencé avec MSF il y a plus de 40 ans. Elle était un des piliers sur lesquels MSF pouvait compter. Dotée d'une expérience inégalée, elle a été référente nutrition, puis référente vaccination et était une experte reconnue par l'OMS. Tim était interprète et traducteur pour MSF depuis 1984. Sa voix vous est certainement familière.

Nous pensons également à nos trois collègues Romy, Richard et Philippe. Le 11 juillet 2023, cela fera 10 ans qu'ils ont disparus, pris en otage par le groupe armé Allied Democratic Forces (ADF – Forces démocratiques alliées) alors qu'ils effectuaient une mission exploratoire pour évaluer les besoins médicaux à Kamango, dans la province du Nord-Kivu.

Je ne peux pas terminer ce rapport moral sans remercier tous les membres du Conseil d'administration qui nous quittent cette année, dont Michel Cojean qui vient de passer 10 ans au Conseil d'Administration et qui a, entre-autres, été un trésorier précieux et plein de sagesse ; et Anne Yzebe, notre secrétaire générale, qui a créé la comité Egalité des chances, a défendu la question du genre et s'est investie dans la vie associative avec le dynamisme qui la caractérise.

Je remercie évidemment Thierry Allafort qui a dirigé avec finesse et détermination notre belle organisation, secondé par Jean-Guy Vataux. Ça a été un réel plaisir de travailler avec vous et ce n'est pas fini. Nous sommes très contents d'accueillir Claire Magone et Stéphanie Brochot à la direction générale. Bienvenue à vous deux et très bonne AG à toutes et tous.

Dr Isabelle Defourny, présidente



©Pierre Fromentin/MSF

Rapport d'Activités 2022

Le présent rapport illustre les activités médico-opérationnelles menées par le groupe opérationnel parisien de Médecins Sans Frontières (OCP, *Operational Centre Paris*) constitué des quatre sections de MSF en France, en Australie, au Japon et aux Etats Unis. Il s'appuie principalement sur le Plan Stratégique 2020-2023 qui a été voté en 2020. Les comptes combinés présentés dans le rapport financier sont le reflet de ces activités.

Le Plan Stratégique OCP 2020-2023

1. Lettre d'introduction résumé du Plan Stratégique 2020-2023

Chers tous,

Le présent Plan stratégique 2020-2023 est le fruit d'un effort collectif du groupe OCP. Nous estimons que les orientations stratégiques qu'il propose sont pertinentes et opportunes, et nous espérons que le terrain et le siège, qu'il s'agisse de membres de l'associatif ou de l'exécutif, les adopteront et se les approprieront.

Ce plan ne prétend pas être exhaustif. Il se focalise à dessein sur les principales actions que nous comptons mener, nos contextes d'intervention et les mesures visant à améliorer la mise en œuvre de notre mission sociale. Il a fondamentalement pour but d'exposer nos ambitions, et non de fournir des recommandations rigides. Nous y voyons avant tout une précieuse feuille de route centrée sur notre mission sociale, nos opérations, nos projets, nos équipes terrain et nos patients.

Ce plan comporte deux grands axes. Le premier est la volonté d'exploiter les enseignements tirés du rendu de compte au sein du mouvement (*Mutual accountability*), du retour d'expérience du terrain, du travail du RIDER, du CRASH et des différents départements, ainsi que des réflexions partagées entre les sections partenaires. Cette volonté transparaît tout particulièrement dans les chapitres consacrés au travail et aux priorités médico-opérationnels et dans le chapitre consacré à la responsabilisation du personnel, en relation avec notre désir de redéfinir nos modalités de travail. Elle est ancrée dans les analyses de notre environnement extérieur et de nos dynamiques internes présentées au début du plan.

Le deuxième axe de ce plan stratégique est notre ambition de simplifier à la fois nos actions et nos interactions. Il appelle à renforcer la collaboration, en tenant compte de l'opinion et des actions d'autrui, qu'il s'agisse de nos patients et des personnes que nous comptons soutenir (voir section « Approche centrée sur le patient »), des autres acteurs du secteur de l'aide humanitaire et au-delà, en prenant conscience que notre isolationnisme nuit parfois à nos opérations, ou de promouvoir une culture de travail basée sur la coopération et la délibération entre les entités, départements, équipes terrain, etc., de MSF, visant à réduire le travail en silos.

Ce document a été élaboré dans l'idée d'imprimer une cadence et un rythme plus soutenus à nos opérations et nos prises de parole. Les dernières années ont été marquées par une croissance constante que nous avons été contraints de canaliser et gérer, ce qui nous a fait perdre quelque peu de vue le but de nos opérations. Si l'énorme croissance que nous avons connue a apporté son lot de bénéfices, on ne peut nier qu'elle a également produit des effets pernicioseux. Nous allons à présent au-devant d'une période de croissance réduite, dont nous pourrions profiter pour mettre davantage l'accent sur le sens et l'efficacité de nos actions. Une attention accrue pour notre personnel, le combat contre la discrimination et les abus (affectant aussi bien les patients que le personnel) et une prise de conscience plus aiguë de notre impact environnemental et des façons de le limiter sont autant d'éléments importants du changement auquel nous aspirons.

La diversité de notre portefeuille opérationnel sera préservée en termes de contextes, de populations et d'activités médicales. Nous tenons à rester présents dans la plupart des grands conflits, tout en répondant aux épidémies. De nouvelles priorités ont été fixées dans des domaines tels que les soins psychiatriques,

les handicaps causés par les conflits et le cancer, où les difficultés médicales et politiques et les problèmes d'accès aux médicaments et d'accès des patients aux soins sont légion. Nous continuerons par ailleurs de répondre aux besoins des patients vivant avec le VIH, la tuberculose ou l'hépatite ; là aussi, nous chercherons autant que faire se peut à exercer un impact allant au-delà des soins individuels et nous attaquerons au statu quo qui prive de nombreuses personnes de soins appropriés. Nous espérons également réévaluer nos approches de la malnutrition infantile et renforcer nos connaissances et actions en matière de santé environnementale.

Dernier point important, nous continuerons de répondre aux besoins des personnes en proie à la violence non liée à des conflits, entre autres dans les grands bidonvilles et au sein des populations de migrants en Libye, en France et dans les autres contextes jugés pertinents.

L'expérience montre que différentes approches de la résolution de certains problèmes systémiques et de l'utilisation des outils de plaidoyer coexistent au sein d'OCP. Nous soutenons cependant sans réserve le cadre de prise de position publique « *Tell it as it is* » proposé par les directeurs de la communication de MSF, qui promeut des positions publiques ancrées dans la réalité, la transparence et une prise de risque calculée. Nos efforts de communication resteront en ce sens basés sur la réalité observée dans nos projets, l'intention étant de résoudre les préoccupations et obstacles opérationnels, et nous continuerons d'éviter les dénonciations et prises de positions générales, qui s'avèrent trop souvent inefficaces ou hors de propos.

Les ressources humaines restent une priorité de notre plan stratégique. Les efforts visant à tester différentes stratégies de recrutement, renforcer la composante d'apprentissage et de développement et lancer une réflexion sur les avantages sociaux, la sécurité et le devoir de protection ont été source de progrès, mais de nombreuses lacunes persistent. Dans les années à venir, nous nous efforcerons de fixer moins de priorités et d'objectifs, qui devront en revanche être plus clairs et mieux partagés au sein du groupe. Aujourd'hui, les principaux défis sont de remédier à la pénurie de ressources humaines dans les situations d'urgence, renforcer le leadership médical et créer des équipes diversifiées et inclusives de façon plus réfléchie.

Sachant que l'apprentissage fait partie de notre travail, nous chargerons les responsables de tous les niveaux de créer des espaces de travail permettant aux membres de leurs équipes de se former en permanence et de les aider à concevoir et concrétiser leur propre parcours professionnel. Pour devenir réellement une organisation apprenante, nous voulons renforcer la production du savoir et sa diffusion à tous les niveaux, afin que la prise de décision soit mieux éclairée, et donc plus rapide et pertinente.

Au cours de ces dernières années, notre organisation a accordé tellement d'importance à l'innovation que nous ressentons le besoin de prendre du recul et réfléchir. Si l'envie de créer des approches et outils innovants pour améliorer nos opérations ne nous a pas quittés, nous devons mieux hiérarchiser et gérer les projets de notre portefeuille, pour en réduire le nombre et consacrer à chacun l'attention qu'il mérite. Le lien entre médecine et nouvelles technologies doit être l'une de nos priorités d'investissement. Ce lien, qui passe entre autres par les nouveaux outils biomédicaux et les progrès de l'intelligence artificielle, pourrait complètement rebattre les cartes dans les années à venir.

Bien qu'elles soient moins nombreuses – et espérons-le mieux définies –, les ambitions détaillées dans ce plan ne se concrétiseront qu'à la condition de rationaliser notre travail, autour des projets et entre les départements et partenaires. L'amélioration de l'efficacité de notre organisation pourrait en effet dépendre davantage de meilleures méthodes de travail que de réformes structurelles. Nous ferons de ces aspects une priorité au cours des quatre prochaines années.

Enfin, « *Tell it as it is* » est un slogan applicable à notre communication avec le public, mais également à notre communication interne, notre dialogue avec les patients, les personnes dont nous nous occupons, nos partenaires et nos collègues. Nous nous engageons en faveur d'un rendu de comptes plus robuste basé sur des données précises et une transparence accrue.

Thierry ALLAFORT-DUVERGER, Avril BENOIT, Jérémie BODIN, Jennifer TIERNEY
Directeurs généraux des sections partenaires d'OCP

2. Les orientations du Plan Stratégique 2020-2023

■ Le Projet opérationnel

- Revoir notre approche médicale à travers une meilleure compréhension des besoins des patients et des populations
- Revoir nos méthodes de travail, au sein d'OCP et du mouvement
- Revoir nos interactions avec les autres acteurs du système de l'aide
- Répondre aux besoins des populations lors de conflits (ce qui constitue un élément clef de notre action) et chercher à être présents dans la plupart des grands conflits
- Continuer de secourir les personnes frappées par des maladies épidémiques et endémiques (ce qui constitue le deuxième élément clef des opérations d'OCP)
- Apporter une assistance aux personnes victimes de violences non liées à des conflits, en fonction de la valeur ajoutée de MSF
- Évaluer toutes les catastrophes naturelles et climatiques significatives, en admettant que nos interventions seront souvent tardives ou limitées

■ Prise de position publique et témoignage

- Prise de parole : des responsabilités réparties au sein de MSF
- Améliorer notre approche intersectionnelle du plaidoyer
- Gérer les risques pour notre réputation et la communication publique
- Revoir notre approche de la communication pendant et après un incident critique
- Affecter des responsables de la communication sur le terrain en fonction des besoins
- Améliorer notre communication dans les situations d'urgence
- Réduire la validation et accroître la responsabilité

■ Responsabilisation des personnes

- Permettre à tous les employés de s'approprier pleinement leur relation avec MSF en termes de parcours professionnel et d'apprentissage
- Remédier aux pénuries de ressources humaines
- Assurer une composition plus inclusive des équipes afin de mieux remplir notre mission
- Modifier l'organisation de la fonction et de l'architecture des RH

■ Gestion de l'innovation

- Améliorer la capacité de MSF OCP à superviser, sélectionner et gérer le portefeuille de projets, y compris en mettant en œuvre des processus transparents et efficaces de pilotage des projets au sein du groupe
- Investir dans l'intelligence artificielle

■ Production de connaissances pour prise de décision et apprentissage

- Produire des connaissances pour la prise de décision et l'apprentissage individuel et collectif

■ Collecte de fonds

- Appuyer les stratégies de collecte de fonds pour répondre aux besoins du mouvement

■ Efficacité de l'organisation et du partenariat

- Développer des modèles et une architecture de support adaptés aux besoins
- Revoir les rôles du siège, des coordinations et des projets de terrain
- Encourager l'optimisation et l'efficacité à tous les niveaux

■ Rendu de comptes

- Enraciner davantage la communication dans les opérations et la rendre plus transparente et proactive
- Soutenir les nouvelles stratégies de collecte de fonds
- Au sein du groupe OCP : Consolider le groupe en améliorant le rendu de comptes entre sections
- Au sein du mouvement : Contribuer à une approche plus stratégique du rendu de comptes mutuel

Faits marquants 2022 et Perspectives 2023

1. Le portefeuille d'activités et la dynamique opérationnelle

■ Dynamique opérationnelle

En 2022, OCP est présent dans 34 pays, soit 3 de moins que l'année précédente suite aux retraits du Brésil, du Cambodge, de l'Éthiopie et des États-Unis, partiellement compensés par l'ouverture de l'Ukraine et de la mission exploratoire au Sri Lanka.

Avec 106 projets en 2022, il y a 2 projets de moins que l'année précédente. Il convient de noter que depuis 2021, le nombre de projets est supérieur à 100.

- Les interventions Covid-19 ont diminué, passant de 24 à 8 projets, tandis que les autres interventions d'urgence ont augmenté de 9 (de 23 à 32), principalement en raison du conflit en Ukraine (4 projets) et de l'épidémie d'Ebola en Ouganda (4 projets).
- Le nombre de projets planifiés a augmenté de 5, en raison de l'intégration dans le portefeuille de projets planifiés d'un projet précédemment considéré comme une urgence (*réponse à l'urgence de Khartoum au Soudan*), de l'ouverture et de la réorientation de 10 projets (*choléra et soutien médical aux organisations communautaires au Malawi*, *2 projets de migrants au Pérou*, *Bamyan en Afghanistan*, *hôpital de Goyalmara au Bangladesh*, *Bambu en RDC*, *projet de soutien pédiatrique au Libéria*, *soutien aux personnes déplacées à Old Fangak au Soudan du Sud et activités externes au Yémen du Sud*). Ces 11 projets planifiés supplémentaires ont été partiellement compensés par les 6 projets clôturés ou fusionnés en 2021 (*Région Nord au Burkina Faso*, *Paoua en RCA*, *centre des brûlés en Haïti*, *tuberculose à Kerema en Papouasie-Nouvelle-Guinée*, *fermeture de la mission Cambodge*).
Cinq projets prévus ont été clôturés ou fusionnés en 2022 (*Iran (Téhéran Sud)*, *Liban (suites de l'explosion)*, *Liberia (déplacés de Monrovia)*, *Pakistan (Peshawar)* et *Philippines (Marawi)*).

Le portefeuille est resté très dynamique cette année, avec un volume d'urgences sans précédent et des interventions complexes.

Plusieurs missions exploratoires ont été lancées sans qu'aucun projet ne soit ouvert (Sri Lanka, Kosovo).

Le nombre de projets travaillés reste stable à 106, avec 31 nouveaux projets et 29 qui ont été clôturés au cours de l'année.

Entre 2021 et 2022, la répartition des projets par zone géographique a changé avec une baisse du nombre de projets en Amérique (3) et dans la région Moyen-Orient Afrique du Nord (2), tandis que le nombre de projets a augmenté respectivement de 2 en Afrique et de 1 en Europe, et que la région Asie-Pacifique est restée stable.

L'intention de suivre de près le contexte de la Corne de l'Afrique demeure, avec les réponses aux urgences au Somaliland, le début de la mission exploratoire pour la Somalie et le développement du Soudan. En 2023, cette région méritera une attention particulière en raison de la situation au Soudan et de l'impact qu'elle aura dans la région.

Globalement, le volume des activités médicales a augmenté en 2022, avec une hausse de 12 % (2 979 469) des consultations pour toutes les activités externes, en particulier au Niger, au Yémen, au Bangladesh, mais aussi au Mali et en Syrie.

Après une hausse de 27 % en 2021, les hospitalisations ont légèrement augmenté de 4 %. Des augmentations significatives ont été observées principalement au Nigeria (Katsina), en Afghanistan (Herat), au Bangladesh (hôpital de Goyalmara) et au Soudan du Sud (Aweil). Mais ces augmentations ont été partiellement compensées par une baisse cumulée de 17 000 hospitalisations liée à la fermeture du projet de la région Nord au Burkina Faso et aux urgences nutritionnelles qu'il y avait eu au Niger en 2021.

Ouvertures et réorientations de projets (31) en 2022	Fermetures de projets (29) en 2022
Afghanistan : Bamyán explo action	Afghanistan : Rougeole Herat
Afghanistan : Measles Herat	Afghanistan : Covid-19 Herat
Bangladesh : Hôpital de Goyalmara	Haiti : Intervention Séisme Grand Anse
RDC : Déplacés RDC Rwanguba	Haiti : Urgence Cap Haïtien
Haiti : Choléra	Irak : Covid-19 Bagdad
Liberia : Support pédiatrie Monrovia	Iran : Sud Teheran
Madagascar : Réponse cyclone Batsirai	Liban : Réponse explosions Beyrouth
Malawi : Choléra	Liban : Réponse Covid et vaccination
Malawi : Support méd. org. communautaires	Liberia : Déplacés Monrovia
Malawi : Inondations tempête Ana	Madagascar : Réponse cyclone Batsirai
Pérou : Migrations Tumbes	Malawi : Inondations tempête Ana
Pérou : Migrations Lima	Niger : Urgence nutritionnelle Maradi
Pakistan : Urgence inondations	Philippines : Déplacés Marawi
Pakistan : Inondations Punjab	Pakistan : Peshawar - Gynéco Obstétrique
Soudan : Nord Darfour	Pakistan : Urgence inondations
Somaliland : Epidémie de rougeole	Pakistan : Inondations Punjab
Somaliland : Epidémie de dengue	Somaliland : Epidémie de rougeole
Soudan du Sud : Vaccination rougeole Aweil	Somaliland : Epidémie de dengue
Soudan du Sud : Déplacés Old Fangak	Soudan du Sud : Inondations Old Fangak
Tchad : Epidémie de rougeole	Tchad : Epidémie de rougeole
Tchad : Vaccination rougeole Adré	Tchad : Réfugiés Cameroun
Tchad : Urgence Guéréda	Tchad : Vaccination rougeole Adré
Ukraine : Axe Sud	Tchad : Urgence Guéréda
Ukraine : Axe Nord	Ukraine : Axe Est
Ukraine : Axe Est	Ukraine : Evacuation
Ukraine : Evacuation	Ouganda : Kisoro - Réfugiés RDC
Ouganda : Kisoro - Réfugiés RDC	Ouganda : Vaccination Covid
Ouganda : Ebola sensibilisation	Yemen : Covid-19 Nord Yemen
Ouganda : Ebola Kampala	Yemen : Covid Sud Yemen
Ouganda : Ebola Mubende	
Yemen : Activités extenres au Sud	

■ Typologie de projets

L'analyse des projets est présentée cette année selon la même classification qu'en 2020 et selon deux critères distincts :

- Un premier angle décrivant, de la même manière que les années précédentes, les principaux motifs d'intervention qui sous-tendent chacun des projets : les conséquences des conflits sur les populations, les crises médicales majeures (forte mortalité due à des épidémies, endémies ou autres pathologies spécifiques, ou touchant des populations particulières), les populations victimes de violences non liées aux conflits ou à l'exclusion des soins, les populations marginalisées, les victimes de catastrophes naturelles ou causées par l'homme.
- Un deuxième angle décrivant séparément les contextes "politiques" dans lesquels ces opérations sont menées (instables et conflits armés ou stables).

	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de pays	32	33	33	36	34
Nombre de projets travaillés pendant l'année	88	88	96	108	106
Raison d'intervention					
Conséquences de conflit	45	35	29	30	37
Catastrophes médicales	34	42	54	64	48
Violences non liées aux conflits et exclusion des soins	9	9	11	10	14
Catastrophes naturelles, climatiques ou industrielles	0	2	2	4	7
Contexte d'intervention					
Zones de conflit ou contextes instables	30	35	36	53	49
Contextes stables	58	53	60	55	57

Les projets relatifs aux catastrophes médicales sont passés de 64 à 48 projets, tandis que les projets relatifs aux conséquences des conflits ont augmenté de 7 projets. Les projets relatifs à la violence et à l'exclusion ont augmenté de 4 projets. Les interventions liées aux catastrophes sont passées à 7 interventions.

■ Dépenses opérationnelles

En millions d'euros	2020	2021	2022	Variation 22-21
Dépenses projets hors coordinations	226,7	249,3	294,0	+18%
Projets moyen et long terme (MLT)	180,7	207	237,2	+15%
Emergences	46,0	42,3	56,8	+34%
Autres dépenses opérationnelles	12,1	13,6	17,2	+26%
Total dépenses opérationnelles	238,8	262,9	311,1	+18%

Les dépenses opérationnelles totales engagées en 2022 ont été supérieures de 18% à celles de 2021. Les dépenses opérationnelles ont augmenté de 48 millions d'euros (+18%) par rapport à l'année précédente, dont 35 millions d'euros (73%) dépensés dans 4 pays (Nigéria, RDC, Haïti et Ukraine). Les opérations d'urgence et le budget n'ont jamais été aussi élevés. Ce volume est dû à l'augmentation de la réponse nutritionnelle avec 17 millions d'euros (dont 11 pour Katsina au Nigeria) et le volume de la rougeole et d'autres réponses aux épidémies et vaccinations (choléra, fièvre jaune).

■ Analyse des dépenses de projets de 2021 à 2022

Dépenses de projets en million euros	2019	2020	2021	2022	Variation 21/22
Conséquences de conflits	97,7	95,3	93,1	115,1	+24%
Catastrophes médicales	65,3	74,2	93,4	100,2	+7%
<i>Epidémies</i>	14,7	23,8	22,3	18,8	-16%
<i>Endémies et pathologies spécifiques</i>	22,1	22,4	40,7	49,8	+22%
<i>Maternités et pédiatrie</i>	28,5	28,0	30,4	31,6	+4%
Victimes d'exclusion des soins ou de violence sociale	18,2	15,8	16,2	21	+30%
Catastrophes naturelles et humaines	1,2	0,6	3,0	3,2	+7%
Total	182,4	185,9	205,7	239,5	+16%
En zones de conflits ou contextes instables	87,9	96,5	120,6	141,5	+17%
En contextes stables	94,5	89,4	85,1	98	+15%

Les dépenses des projets portant sur les conséquences des conflits ont représenté 48% des coûts totaux des projets (3 points de plus).

En valeur absolue, ils ont augmenté de 22 millions d'euros (de 93 M€ à 115 M€).

Les fermetures et réorientations de projets au cours des deux dernières années ont entraîné une baisse de 8 M€, dont 3 M€ dus à la fermeture de Paoua (RCA), 2 M€ liés à la réduction de Zahle (Liban) et 3 M€ pour le reclassement de Herat (Afghanistan) dans la catégorie "violence et exclusion".

Cette baisse de 8 millions d'euros a été plus que compensée par une augmentation de 27 millions d'euros dans 7 pays. Haïti a connu une augmentation de 9 M€ (6 M€ pour Tabarre et 3 M€ pour Cité Soleil) mais incluant une " fausse " augmentation de 3 M€ : le Centre des Brûlés était considéré l'année dernière dans la catégorie d'exclusion Violence sociale et soins de santé, mais depuis sa fusion avec Tabarre, toutes les dépenses associées ont suivi la classification de Tabarre en 2022.

Le Yémen a connu une augmentation de 5 M€ (1,5 M€ pour Aden et l'intervention d'urgence dans le Nord chacun, 1 M€ pour Amran et 0,5 M€ pour les nouvelles activités externes au Yémen du Sud). La réponse au conflit en Ukraine a apporté 4 M€ supplémentaires. Les autres principales augmentations de dépenses sont la RDC (3 M€, Bambu et Rwanguba), le Tchad (2 M€, interventions à l'est du Tchad et à Guereda), le Soudan (2 M€, réponses au Nord Darfour et à Khartoum) et la Jordanie (2 M€, projet d'Amman avec impact du taux de change).

Les augmentations dans tous les autres pays ont généré 3 M€ supplémentaires pour cette catégorie.

Les dépenses des projets relatifs aux catastrophes médicales ont représenté 42 % des coûts totaux des projets (3 points de moins).

En montants absolus, il s'agit d'une augmentation de 7 M€ (de 93 M€ à 100 M€). Dans cette catégorie, les épidémies ont diminué de 3 M€, tandis que les endémies et les maladies spécifiques ont augmenté de 9 M€ et les maternités et la pédiatrie de 1 M€.

Les interventions liées aux **épidémies** ont représenté 22 M€. La diminution constatée est étroitement liée à la baisse des projets liés au Covid dans plus de 15 pays, qui a entraîné une diminution de 14 M€ (les principaux étant le Yémen avec -3 M€ et le Pérou avec -2 M€). Cette baisse a été partiellement compensée par une augmentation de 10 M€ pour d'autres épidémies, principalement en RDC (4 M€, rougeole), en Ouganda (3 M€, Ebola), en Haïti (1 M€, choléra), au Somaliland (1 M€, dengue et rougeole) et en Afghanistan (1 M€, rougeole).

Les projets relatifs aux **endémies et aux maladies spécifiques** ont représenté 50 M€ et ont connu une augmentation de 9 M€, principalement générée par des projets de nutrition pour 6 M€ (+11 M€ pour Katsina, au Nigeria, compensés par une baisse de 5 M€ à Madagascar et au Niger liée aux interventions de 2021) et par le projet de lutte contre le cancer du col de l'utérus au Malawi (1,5 M€).

Les projets de **maternité et de pédiatrie** ont représenté 32 M€. L'augmentation de 1 M€ mentionnée ci-dessus provient principalement d'Aweil au Soudan du Sud (+ 2 M€) et de Jahun au Nigeria (+ 1 M€),

partiellement compensée par la fermeture du projet populations déplacées de Monrovia au Libéria (- 2 M€).

Les dépenses des projets relatifs à la violence et à l'exclusion ont représenté 9 % des coûts totaux des projets (+1 point).

En valeur absolue, elles ont représenté 21 M€ et ont augmenté de 5 M€. Cette augmentation provient d'une hausse de 4 M€ dans 5 projets (Bamyan en Afghanistan, 2 projets de migrants au Pérou, Mygoma au Soudan et Côte Ouest en Libye pour + 1 M€ chacun) partiellement compensée par la fermeture du projet de Téhéran Sud en Iran (- 1 M€).

En outre, à la suite de réorientations et de réorganisations de projets, Herat (Afghanistan) a été reclassé dans cette catégorie (+5 M€) tandis que le Centre des brûlés en Haïti a été déplacé dans la catégorie des conséquences des conflits (-3 M€).

Les dépenses des projets relatifs aux catastrophes ont représenté près de 1,3 % des coûts totaux des projets (comme en 2021).

En chiffres absolus, elles représentaient 3 M€ et concernaient principalement les inondations (2 M€) au Pakistan, au Malawi et au Soudan du Sud, ainsi que les ouragans (0,4 M€) à Madagascar.

Il convient de noter qu'en reliant l'évolution des niveaux d'activité et des niveaux de dépenses, il faut garder à l'esprit que 11 M€ de l'augmentation ci-dessus sont purement liés aux variations des taux de change et que l'inflation a eu un impact considérable (bien que non mesurable) sur les résultats financiers de 2022.

■ **Activités médicales (hors Covid)**

	2019	2020	2021	2022	Variation 2021-2022
Hospitalisations	219 074	191 633	241 961	252 677	4,4%
Consultations	2 142 889	1 912 891	2 649 037	2 986 900	12,7%
Interventions chirurgicales (hors césariennes)	35 287	33 505	36 758	43 090	17,2%
Césariennes	5 464	3 787	4 064	3 481	-14%
Accouchements	55 244	46 610	43 402	38 043	-12,3%
Consultations anténatales	121 974	132 317	137 680	140 145	1,8%
Vaccination de routine (PEV)	946 278	983 110	970 729	822 653	-15,3%
Paludisme	651 620	506 421	614 635	802 478	30,6%
Patients VIH 1 ^{ère} line	29 640	17 996	14 321	12 320	-14%
Patients VIH 2 ^e et 3 ^e line	6 587	7 251	4 854	4 710	-3%
Tuberculose – nb patients	5 297	4 505	4 957	5 665	14,3%
Tuberculose multiresistante – nb patients	121	130	153	317	107,2%
Hépatite C - nb patients sous traitement	4 714	3 482	2 586	2 222	-14%
Interruptions de grossesse	2 002	1 713	2 348	4 816	36%
Violences sexuelles	9 213	8 363	5 473	7 619	39,2%
Centres nutritionnels intensifs	19 150	20 871	29 754	37 771	27%
Centres nutritionnels ambulatoires	36 251	55 576	88 644	178 282	101%
Vaccination rougeole			480 450	1 274 649	165%
Consultations individuelles santé mentale	91 660	70 460	71 607	79 859	11%

L'importante dynamique opérationnelle se confirme avec une augmentation globale de l'activité médicale dépassant le niveau de 2019.

Parallèlement, l'impact de la fermeture de Dasht-e-Barchi (Afghanistan) et de la maternité de Peshawar (Pakistan) se fait sentir avec une diminution continue du nombre total d'accouchements au cours des dernières années. Les consultations prénatales sont assez stables avec une augmentation de 2%, le Nigéria et le Yémen étant les 2 premiers pays.

Les patients sous traitement VIH de première ligne continuent de diminuer avec la fermeture progressive de Ndhiwa (Kenya), qui a débuté en 2021, et à la passation du projet consacré aux pêcheurs de Kasese (Ouganda) en septembre dernier. Une meilleure intégration des soins liés au VIH devrait être encouragée dans tous les projets.

Le nombre de patients traités pour l'hépatite C a chuté au fil des ans depuis 2019, principalement en raison de la fermeture des projets au Cambodge et de l'absence de nouveaux projets. Il n'y a plus que

2 projets d'OCP qui traitent l'hépatite C (Mashad, Iran et Cox Bazar, Bangladesh). Le dépistage de l'hépatite C est effectué dans certains projets (parmi les patients atteints de thalassémie ou de tuberculose multirésistante), mais sans initiation du traitement, ce qui doit être amélioré.

La mobilisation des équipes chirurgicales a été particulièrement remarquable en 2022. L'extension de la réponse chirurgicale en Haïti, en raison de la détérioration de la situation sécuritaire autour du projet Cité Soleil (anciennement Drouillard), a constitué un fait marquant. Les activités à Aden (Yemen), Rutshuru (RDC), Aweil (Soudan du Sud) et Bangui (RCA) restent élevées.

La réponse de MSF aux conséquences de la guerre en Ukraine a eu peu d'impact sur les activités chirurgicales, car les autorités ont été en mesure de prendre en charge leurs blessés et les opérations dans le pays se sont donc concentrées sur d'autres types de soutien (rééducation physique, accès aux soins de santé primaires).

Des efforts remarquables ont été faits pour faciliter l'accès et la prise en charge des femmes souhaitant interrompre leur grossesse (36% d'augmentation). Le Kenya, l'Ouganda, le Soudan du Sud suivi de la RDC sont les missions où l'accès à l'avortement sécurisé est le plus élevé.

Après une baisse de 35 % en 2021, la prise en charge des violences sexuelles a augmenté de 39 % en 2022, avec de fortes hausses en RDC (Goma, Bambu, Binza, Rwanguba, Rutshuru) et en Ouganda (Arua et réfugiés de RDC), et dans une moindre mesure au Kenya (Mathare) et au Bangladesh (Goyalmara principalement).

Les activités de vaccination de routine, relativement stables au cours des trois dernières années, ont chuté de 15 % cette année. On peut supposer que cette année a été particulièrement propice aux réponses aux épidémies, notamment au Katanga, et qu'il faut donc s'efforcer de stimuler la vaccination de routine dans nos projets afin de compenser les pertes subies lors de la pandémie de Covid.

Au cours des dernières années, l'augmentation constante du nombre de cas de paludisme dans les projets s'est confirmée principalement au Tchad, au Niger, en République centrafricaine et au Nigeria. Le nombre d'enfants atteints de malnutrition pris en charge au Nigeria et au Niger atteint un niveau sans précédent pour la deuxième année, tant en hospitalisation qu'en ambulatoire.

Le nombre total de lits pour tous les hôpitaux en 2022 est de 2938 (hors pics d'activités) avec, comme les années précédentes, plus de 50% des lits dédiés à la pédiatrie et aux soins néonataux. Le projet Katsina (Nigeria) à lui seul gère 600 lits pendant le pic nutritionnel.

2. Les urgences

En 2022, le nombre d'interventions/réponses (y compris les missions exploratoires) suivies par la cellule des urgences reste globalement stable et s'élève à 18 missions (contre 19 en 2020 et 2021).

Cette année a été marquée par l'ouverture de la mission en Ukraine suite à l'invasion russe et à la reprise de la guerre, et par le volume des opérations à Katsina au Nigeria.

La cellule des urgences a connu une forte dynamique opérationnelle, en particulier à la fin de l'année, avec 10 pays travaillés simultanément en octobre.

Plusieurs ouvertures importantes (Ouganda-Ebola, Pakistan-inondations et Haïti-Cholera) ont eu lieu au cours de cette période, ainsi que des pays difficiles (Nigeria et Ukraine).

La typologie des interventions reste diversifiée avec des réponses aux catastrophes naturelles, notamment des inondations sans précédent en août au Pakistan. L'année 2022 a également été caractérisée par diverses réponses aux épidémies, notamment la résurgence du virus Ebola en Ouganda, la réponse importante à la rougeole en RDC et la propagation du choléra dans de nombreux pays, comme en Haïti en octobre dernier et au Malawi.

Parmi les projets qui ont démarré en 2021 et se sont poursuivis en 2022, ceux de Madagascar et du Tchad demeurent des opérations logistiques d'envergure, notamment à cause de la distribution de nourriture, la construction de latrines, et plus généralement de la réponse en eau (réhabilitation et construction de puits à Madagascar). Au cours des deux dernières années, la réponse aux catastrophes climatiques s'est caractérisée par des actions créatives et adaptées aux problèmes des populations,

comme l'utilisation de la cartographie à Madagascar pour exécuter des forages à Madagascar ou la campagne de désembouement des puits au Pakistan.

Plusieurs missions exploratoires ont été menées, notamment en Éthiopie, en Papouasie-Nouvelle-Guinée et au Tonga en début d'année à la suite de l'éruption du Hunga Tonga. Le Sri Lanka et le Kosovo ont fait l'objet d'un suivi approfondi.

Parmi les succès de cette année 2022, il convient de rappeler les collaborations dans les différents projets, notamment avec MSF South Asia pour le Sri Lanka, avec WACA au Pakistan, et avec ALIMA et la collaboration MSF en Ouganda.

De nouveaux partenariats ont été construits et d'autres sont en cours de consolidation, notamment pour l'urgence en Ukraine avec le CASC-Appui pour les risques NRBC (nucléaire, radiologique, biologique et chimique), avec Nezabutni en soutien aux centres pour personnes âgées en Ukraine, avec Veolia au Pakistan et au Tchad et avec l'association Puerto Rico Salud à Porto Rico.

Il est important de souligner le dynamisme du pool d'urgence et de la cellule des urgences dans son ensemble. En effet, la cellule est constituée d'une équipe aguerrie et stable appuyée par un pool d'urgence (PUR) de près de 25 postes pour l'année 2022. L'intégration des premières missions, qui ne représentent que 9 % des départs, doit être améliorée. Le budget d'urgence pour 2022 s'élève à 56,8 millions d'euros.

■ Urgences gérées par la cellule des urgences

Haïti	Tchad
Grand Anse Intervention Séisme	Intervention Est Tchad
Cholera	Urgence Fièvre Jaune
Urgence Cap Haïtien	Vaccination rougeole Adré
Sri Lanka	
Exploration Action	Ukraine
Madagascar	Axe Sud
Malnutrition Grand Sud	Axe Nord
Malnutrition Ambovombe	Axe Est
Réponse cyclone Batsirai	Evacuation
Nigeria	Ouganda
Katsina nutrition	Ebola sensibilisation
Pakistan	Ebola Kampala
Urgence inondations	Ebola Mubende
Inondations Punjab	

■ Urgences gérées par les cellules régulières

Afghanistan	Pérou
Rougeole Herat	Urgence Covid Tumbes
Covid-19 Herat	Philippines
RDC	Réponse typhon Odette
Urgences Rougeole Katanga	Palestine
Intervention Covid-19 Goma	Covid Naplouse
Intervention Covid-19 Lubumbashi	Soudan
Urgence Nutrition Lualaba	Nord Darfur
Déplacés RDC Rwanguba	Urgence Khartoum
Irak	Somaliland
Covid-19 Bagdad	Epidémie rougeole
Kenya	Epidémie dengue
Covid Homa Bay	Soudan du Sud
Liban	Vaccination rougeole Aweil
Réponse and vaccination Covid	Inondations Old Fangak
Malawi	Tchad
Intervention Covid-19	Rougeole Tchad
Inondations tempête Ana	Réfugiés Cameroun
Niger	Ouganda
Urgence nutrition Maradi	Kisoro-RDC Réfugiés
Nigeria	Covid hôpital Arua
Rougeole Maiduguri	Covid hôpital Entebbe
Choléra Jigawa	Vaccination Covid
	Yemen
	Covid-19 Nord yemen
	Covid-19 Sud Yemen

3. Réponses aux conséquences des conflits sur les populations

Les opérations de MSF OCP se développent selon deux axes :

- Prise en charge des urgences récurrentes liées aux conflits telles que les blessés de guerre, les déplacements de population, les épidémies.
- Mise en place de projets à long terme pour répondre au manque d'accès aux soins.

Le défi consiste à intégrer ces deux approches qui suivent souvent une logique et une dynamique différentes, et à maintenir la réactivité nécessaire malgré un volume opérationnel généralement élevé et des contraintes liées à l'exposition des équipes.

En 2022, les opérations sont restées réactives aux différents contextes avec le retour de la guerre conventionnelle en Ukraine qui a conduit à une intervention dans les deux premières semaines ; en RDC avec l'assistance aux populations déplacées en Ouganda et dans le nord du Kivu ; au Burkina Faso avec des interventions dans la boucle du Mouhoun et une exploration action dans les Cascades ; au Soudan du Sud, à Old Fangak ; ou encore en Haïti avec une violence croissante. La plupart de ces missions sont caractérisées par des projets à fort volume.

Des projets à fort volume ont été maintenus dans des pays touchés par des conflits tels que le Mali, la République centrafricaine ou Katsina (Nigeria), la plus grosse intervention nutritionnelle et pédiatrique dans un contexte de forte insécurité.

Se prépositionner dans l'attente d'un conflit reste un objectif, en particulier dans l'est du Tchad et au Darfour, et des missions exploratoires ont été lancées au Myanmar et en Somalie en vue d'une éventuelle ouverture en 2023.

La région du Moyen-Orient a connu un certain répit, en particulier en Irak et dans le nord du Yémen, avec la trêve obtenue à mi-année suite au rapprochement de l'Irak et de l'Arabie Saoudite.

Dans certaines missions, les opérations font face à une réduction de l'espace de travail. En RCA ou au Mali, cela s'explique en partie par la géopolitique internationale et régionale, où les États alliés à la Russie ont renforcé leur contrôle sur les ONG. Au Burkina Faso, au Mali, dans le nord du Nigeria ou en Haïti, l'insécurité et la menace des groupes armés à l'égard des travailleurs humanitaires entraînent également des contraintes importantes dans le déploiement des opérations. Dans d'autres cas, comme en Afghanistan ou au Yémen, les défis sont liés aux décisions des autorités de renforcer le contrôle par des mesures visant à réduire la liberté de travail des femmes.

OCP n'est pas présent au Mozambique, au Cameroun, en Ethiopie et en Arménie.

Europe – Ukraine

La guerre en Ukraine qui a éclaté en février 2022 marque le retour de la guerre en Europe et constitue la partie la plus visible dans les médias occidentaux de la tension croissante entre l'Occident et les pays non démocratiques, en particulier la Chine, la Russie, l'Irak et la Corée du Nord.

Bien que caractérisé par un niveau de violence très élevé sur la ligne de front, et le déplacement de plus de 8 millions de personnes en Europe et de plus de 5 millions de personnes à l'intérieur du pays, l'espace de travail pour les ONG internationales n'est pas si évident en raison d'un appareil d'État très bien organisé bénéficiant de la mobilisation d'organisations et de réseaux civils ainsi que d'une aide étrangère importante.

Les équipes MSF se sont adaptées aux besoins en se concentrant sur les populations négligées telles que les personnes qui ne pouvaient pas quitter les zones proches des lignes de front, ou qui se trouvaient autrefois sur les lignes de front ou dans les territoires occupés, les personnes réfugiées dans les stations de métro, les personnes âgées restées à domicile sans accès aux produits de base. Un programme d'évacuation des populations particulièrement vulnérables (orphelinats, hôpitaux psychiatriques ou maisons de retraite) des zones affectées par la guerre vers des lieux plus sûrs a également été mis en œuvre. Les équipes se sont également concentrées sur les aspects négligés de la santé, tels que la santé mentale et la physiothérapie après la chirurgie de guerre, et ont pris contact avec les établissements de santé et les réseaux de bénévoles et les ont soutenus à leur demande.

Amériques – Haïti

Haïti a poursuivi sa descente vers le chaos et la violence a continué d'augmenter tout au long de l'année avec des collègues haïtiens régulièrement victimes de l'insécurité, y compris d'enlèvements, et des difficultés pour les opérations de MSF (évacuations régulières du centre de Drouillard). Malgré ces difficultés, il a été possible de faire fonctionner l'hôpital de Tabarre qui prend en charge les traumatismes et les brûlures, et de poursuivre des activités plus généralistes à Cité Soleil. La prise en charge de la violence sexuelle et de la santé mentale reste une priorité. La réponse aux urgences, et en particulier à l'épidémie de choléra, a été gérée. Cependant, comme la violence continue d'augmenter, et malgré une bonne reconnaissance de MSF, la capacité à maintenir des soins hospitaliers à Cité Soleil doit être réévaluée.

Afrique – Sahel et Lac Tchad

La situation au Sahel continue de se détériorer, les groupes armés djihadistes poursuivant leur expansion. C'est au Burkina Faso que la situation est la plus grave, suivi par le Mali. Les activités des groupes armés et les réponses des États, plus ou moins soutenus par de nouveaux acteurs tels que la Russie, conduisent à de graves situations de violence (enclavement, déplacements, massacres). Des tensions intercommunautaires se polarisent notamment autour des populations Fulanis considérées comme terroristes par les États et les milices d'autodéfense (principaux groupes djihadistes composés de combattants Fulanis) et qui sont également prises pour cibles par ces mêmes djihadistes.

Au nord du Nigeria, la situation s'est sérieusement détériorée dans le nord-ouest en raison de la forte activité des bandits principalement d'origine peul, de l'organisation de milices d'autodéfense et de la réponse de l'État. Longtemps source de débat, l'infiltration de groupes djihadistes dans cette région devient une préoccupation sérieuse. Le sud-ouest du Niger est également touché par les bandits et les groupes djihadistes à la frontière avec le Mali et le Burkina Faso.

Au lac Tchad, le statu quo semble régner entre les acteurs étatiques et ISWAP (Islamic State's West Africa Province). L'accès à l'extérieur de Maidiguri reste impossible, le groupe ciblant les membres des ONG. Le groupe a également la capacité d'organiser des enlèvements complexes comme celui dont MSF a été victime à Fotokol dans le nord du Cameroun.

Malgré ces défis, les équipes MSF ont maintenu une forte présence au Mali où l'adaptation de l'opération à Koutiala est prévue pour 2023. Au Burkina Faso, la révision de l'intervention dans la Boucle du Mouhoun et une mission exploratoire dans la région des Cascades étaient en cours avant l'assassinat le 8 février 2023 de deux employés MSF Komon Dioma et Souleymane Ouedraogo. Les interventions nutritionnelles à Madaroumfa (Niger) et à Katsina (Nigeria) sont de grande envergure et les activités se poursuivent à Jahun et à Maiduguri (Nigeria).

Des discussions sont en cours pour mettre en place un deuxième projet dans le sud-ouest du Niger ainsi que pour initier un partenariat avec la fondation Ummu Kaltum afin d'apporter des soins dans les zones grises en dehors de Maiduguri.

Afrique – Afrique centrale et région des Grands Lacs

En RCA, l'intervention de l'État et de ses alliés a permis d'instaurer un certain contrôle et une certaine stabilité, en particulier dans les principales villes. Cependant, les groupes armés sont toujours présents dans les zones reculées, voire dans les pays voisins. Il y a des violences dans ces zones reculées avec des histoires d'exactions, de violences et de rackets contre la population, en particulier les Musulmans et les Fulanis. Les projets sont en partie coupés de ces réalités et l'accès aux blessés de guerre ou aux victimes de violences est limité. Une réflexion sur le positionnement de MSF dans le pays s'impose.

Au Tchad, la situation reste à surveiller en raison des incertitudes politiques internes et de la situation dans les pays voisins tels que la RCA, le Soudan ou le lac Tchad. L'équipe MSF a poursuivi son déploiement dans l'est du Tchad, à la frontière avec le Darfour.

En RDC, la situation s'aggrave dans le Nord-Kivu, le petit nord en particulier, avec la renaissance du groupe armé M23 soutenu par le Rwanda, contre lequel une coalition de FARDC (forces armées de RDC) et d'autres groupes armés opère. Cette situation a entraîné des violences et des déplacements vers les principales villes, notamment Goma, et les pays voisins, tels que l'Ouganda. La détérioration s'est accélérée en décembre jusqu'en 2023. Les équipes ont géré 5 projets et 4 hôpitaux et sont en train d'intensifier les interventions auprès des populations déplacées, en lien avec la défection des ONG dans les zones contrôlées par le M23.

La corne de l'Afrique

Les équipes ont continué à développer le Soudan avec la fermeture de l'orphelinat de Mygoma, remplacé par une intervention d'urgence à Khartoum, ainsi qu'avec l'ouverture d'un projet à Al Fasheer, dans le nord du Darfour. Les procédures administratives ont ralenti le déploiement.

La situation dans le nord-est du Soudan du Sud s'est détériorée avec les conflits dans les États de Jonglei et du Haut-Nil et l'équipe MSF a dû répondre à l'afflux de blessés de guerre et au déplacement de la population dans une zone inondée.

Alors que l'intervention au Somaliland se termine, une mission exploratoire a été lancée à la fin de l'année en Somalie pour un retour éventuel en 2023. OCP est resté en dehors de l'Éthiopie pour ne pas ajouter un pays complexe supplémentaire au portefeuille opérationnel, mais aussi en raison du positionnement du gouvernement à la suite de l'assassinat de nos collègues.

Moyen Orient – Afrique du Nord

D'importantes évolutions diplomatiques sont en cours dans la région, telles que le rapprochement de l'Arabie saoudite avec l'Iran et Israël et un processus de normalisation du régime syrien avec les États arabes et ses voisins.

Cela s'est traduit par une trêve entre l'Arabie saoudite et les Houthis dans le nord du Yémen, alors que le sud-est reste instable. Si la trêve dans le nord est maintenue, cela pourrait conduire à un renforcement des Houthis et faciliter l'accès au nord du Yémen, tandis que l'incertitude prévaudra dans le sud très divisé. Les 4 projets ont été maintenus au Yémen au cours de l'année, avec une augmentation notable de l'activité (épidémie et malnutrition) dans les deux projets du nord.

La situation dans le nord-ouest de la Syrie, contrôlée par le groupe HTS et la Turquie, reste fragile et la situation humanitaire préoccupante. Il a été décidé d'intensifier la collaboration de travail avec les partenaires turcs et syriens en augmentant le soutien MSF aux activités de 6 centres de santé primaire et 6 cliniques mobiles couvrant près de 12 camps entre Idlib et la zone contrôlée par la Turquie. Les activités déployées couvrent les soins obstétricaux et néonataux, la santé sexuelle et reproductive, la santé mentale, la surveillance, la réponse aux urgences (choléra, épidémies de rougeole et campagne multi-antigènes). Le projet d'Athme continue de se développer et la construction d'un nouvel hôpital est en cours. Une première visite d'expatriés depuis février 2014 a pu avoir lieu.

Depuis la réponse au tremblement de terre de février, la présence de personnel international en Syrie a été facilitée et la structure générale de la mission devra être adaptée en 2023.

La normalisation des relations entre Damas et les États voisins doit être suivie de près car elle pourrait avoir un impact important sur la situation dans les régions du nord et potentiellement sur le positionnement des opérations de MSF et l'obligation de protection du personnel.

L'Irak est resté plutôt stable tout au long de l'année et l'activité va se réduire. L'Iran a connu une instabilité interne à la suite des manifestations menées pour les droits des femmes. Des questions relatives au danger encourus par les équipes MSF en Iran (risques d'arrestation) ont été posées à la suite d'une série d'arrestations d'étrangers et de l'intention d'une section de MSF de chercher à l'extérieur (pays voisins ou diaspora) des moyens d'aider les médecins iraniens à l'intérieur du pays.

Amman continue de jouer un rôle régional pour les victimes de la guerre, avec des correspondants médicaux déployés dans des pays comme l'Irak ou le Yémen. D'autres pays pourraient être ajoutés, comme le Soudan, la Somalie ou la Syrie.

Asie

L'Afghanistan est désormais considéré comme un pays en situation de post-conflit et la situation économique reste difficile depuis la prise du pouvoir par les Talibans. L'activité pédiatrique à Herat augmente considérablement et un projet de santé familiale est en cours d'ouverture à Bamyan.

Les Talibans ont continué à s'en prendre aux femmes et ont finalement interdit aux Nations Unies et aux ONG internationales d'employer des femmes, à l'exception pour l'instant du secteur de la santé. Étonnamment, les entreprises privées ne sont pas touchées par ces mesures. La question de savoir ce que MSF devrait faire au cas où elle serait visée par de telles restrictions, que ce soit pour les femmes travaillant dans la santé ou pour les autres, reste posée : Que faire en solidarité avec toutes les femmes et les autres acteurs humanitaires ? MSF doit-elle suspendre la mission ? Être prête à la fermer ? A quitter l'Afghanistan au cas où les femmes se verraient interdire de travailler ?

Au Pakistan, l'équipe développe un projet de santé maternelle dans la vallée de Tirah pour les réfugiés afghans et la population locale suite à la fermeture forcée du projet de Peshawar.

Une mission exploratoire a été lancée pour le Myanmar, d'abord à partir de la Thaïlande, où OCBA effectue des opérations transfrontalières, et à la demande du gouvernement. Les possibilités de déploiement à partir de la Thaïlande sont limitées en raison des difficultés d'accès au Myanmar et des contraintes liées au travail en Thaïlande. Il a donc été décidé de poursuivre l'exploration à partir de l'Inde avec MSF Inde en se concentrant plus particulièrement sur l'état de Saghain qui est le plus touché par la guerre actuelle. Des discussions auront lieu en 2023 sur l'opportunité de s'impliquer dans le pays.

Sécurité

Le nombre d'incidents graves et modérés reste légèrement stable avec 49 incidents en 2022 contre 46 l'année dernière. Cependant, le nombre d'incidents graves a doublé avec 16 en 2022 contre 8 en 2021, tandis que le nombre d'incidents modérés a diminué à 33 en 2022 contre 38 en 2021.

Parmi ces 49 incidents graves et modérés signalés par OCP, 40 sont liés à des incidents de sécurité et 9 à des incidents de sûreté.

Haïti reste la mission où le nombre d'incidents est le plus élevé, comme l'année dernière, avec un total de 10 incidents (3 graves et 7 modérés). Cette année encore, l'hôpital Drouillard a dû être fermé à deux reprises en raison de fortes tensions avec les gangs et les communautés.

Le Soudan du Sud, et principalement Old Fangak, arrive en deuxième position avec un total de 6 incidents : 2 graves et 4 modérés.

Pendant les troubles civils à Khartoum au début de l'année, le personnel d'OCP (3 nationaux et 6 internationaux) a été arrêté en se rendant au travail et détenu pendant une journée pour avoir soigné les blessés des manifestations. Ils ont été libérés dans la journée après négociation par MSF.

En ce qui concerne les 9 incidents liés à la sûreté signalés en 2022, 5 d'entre eux concernent des accidents de la route qui ont tous entraîné des décès : 5 décès (4 enfants et 1 adulte) et 2 blessés.

Il s'agit d'un problème grave qui attire une attention particulière et pour lequel un comité a été créé afin de mettre en œuvre des mesures de prévention des accidents de la route.

4. Réponses aux catastrophes médicales

Dans cette catégorie de projets, la raison de l'intervention est une mortalité élevée (ou une morbidité invalidante) liée à une épidémie ou à des endémies spécifiques (VIH, tuberculose, maladies non transmissibles, santé mentale) ou affectant des populations spécifiques (nouveau-nés, jeunes enfants, femmes enceintes). Ces projets portent sur des questions de santé publique et ont deux objectifs ultimes :

- Améliorer la capacité de MSF à fournir des soins individualisés, centrés sur le patient et complets.
- Développer des modèles simplifiés qui peuvent être déployés, également par d'autres acteurs, à grande échelle ou dans d'autres contextes, notamment d'urgence, et entraîner des changements dans les politiques nationales et/ou internationales.

Les projets relatifs aux catastrophes médicales sont passés de 64 à 48. Dans cette catégorie, les interventions liées aux épidémies ont chuté de 34 à 22, en raison de la fin de 17 projets Covid-19. Les autres interventions liées aux épidémies ont augmenté de 5 (de 9 à 14), principalement grâce aux 3 interventions liées à Ebola en Ouganda.

Les projets ciblant les endémies et les maladies spécifiques ont diminué de 5 (de 24 à 19) en raison de la fin de deux urgences nutritionnelles en 2021 (en RDC et à Madagascar) et de la clôture de projets en 2021 en Papouasie-Nouvelle-Guinée (tuberculose à Kerema) et au Cambodge (2 projets).

Les projets de maternité et de pédiatrie sont passés de 6 à 7 à la suite de l'ouverture du projet de soutien pédiatrique au Liberia.

Nombre de projets	2018	2019	2020	2021	2022
Epidémies	7	17	33	34	22
Endémies et maladies spécifiques	20	18	15	24	19
Maternités et pédiatrie	7	7	6	6	7
Total catastrophes médicales	34	42	54	64	48

■ Endémies

Les projets endémiques comprennent le VIH, la tuberculose, l'hépatite C et la nutrition, mais aussi les maladies non transmissibles telles que l'oncologie, le diabète, la thalassémie et les soins psychiatriques. Les projets de chirurgie reconstructive sont classés parmi les conséquences des conflits.

VIH

En 2022, le nombre de traitements de première ligne a diminué de 14 % par rapport à 2021, car une grande partie de la cohorte a été transférée au ministère de la santé. Il y a également une baisse de 3% des traitements de 2^e et 3^e lignes. Cette baisse est principalement liée à la fermeture de certains projets (Ndhiwa, Kenya ; Pêcheurs à Kasese, Ouganda) ou au transfert en cours vers des partenaires (par exemple, le ministère de la santé), comme les cohortes VIH de Chiradzulu, au Malawi, et d'Arua, en Ouganda, dont le transfert complet est prévu pour 2024.

Le dépistage se poursuit dans les programmes de santé des femmes (soins prénatals, transmission mère enfant), avec une réduction de 16% du nombre absolu de patients dépistés (20 710 en 2021 vs 17 449 en 2022), mais aussi une diminution du pourcentage de dépistages lors des premières consultations prénatales (45% en 2021 vs 34% en 2022). Plus inquiétant encore, seulement 13 % des

femmes séropositives ont été enregistrées comme initiant un traitement ARV et il n'y a pas d'information sur les résultats des patientes référées.

Le pourcentage de dépistage dans les programmes nutritionnels était similaire à celui des consultations prénatales en 2022 : sur 17 889 patients admis dans les 17 projets de nutrition intensive, 35% ont été dépistés pour le VIH, avec un taux de positivité de 2,7%.

Ces chiffres montrent la difficulté d'intégrer les soins VIH dans les projets non-VIH et les opportunités manquées de proposer des soins VIH.

Parallèlement, MSF continue à investir en faveur des populations mal prises en charge ou vulnérables comme par exemple les adolescents dans les cliniques de Kasese (Ouganda) et d'Eastland (Kenya), ou dans des endroits où les soins du VIH sont inexistantes ou très inadéquats comme Carnot et Bria en RCA ou Old Fangak au Soudan du Sud. Au Malawi, la mission a ciblé la population des travailleuses du sexe : depuis avril 2022, 663 femmes ont été vues, la prévalence du VIH est de 38%. Il s'agit d'une population à haut risque à laquelle MSF-OCP offre une prophylaxie pré-exposition (PrEP).

At the same time, we continue to invest in underserved or vulnerable populations: such as the Kasese (Uganda) and Eastland (Kenya) Adolescent clinics; in places where HIV care is non-existent or very inadequate as Carnot and Bria, RCA or Old Fangak, South Sudan. Or other key populations, such as sex workers in Malawi: since April 2022, 663 women have been seen, HIV prevalence is 38%. This is a high-risk population that MSF-OCP offers pre-exposure prophylaxis (PrEP) with yet little coverage for the oral presentation.

Tuberculose

En 2022, 41 projets ont déclaré des cas de tuberculose ; 9 dentre eux offrent une prise en charge complète (diagnostic et traitement). Le nombre total de cas de tuberculose déclarés était de 4986, stable par rapport à 2021 (4985). Les chiffres globaux reflètent une augmentation du nombre de cas dans les projets de lutte contre la tuberculose (Pakistan, PNG, Philippines, Libye) et une réduction du nombre de cas dans les autres projets (Niger, Mali, RDC, Libéria). La mortalité des patients hospitalisés pour tuberculose dans les projets VIH reste élevée : à Homa Bay (Kenya), elle s'est aggravée, atteignant 26 % (20 % en 2021), tandis qu'elle s'est légèrement améliorée à Arua (27 % en 2022 contre 34 % en 2021). Les diagnostics et les traitements précoces doivent être améliorés malgré la fermeture prévue de certains "anciens" projets et activités de lutte contre la tuberculose (Arua et Chiradzulu).

Les enfants de moins de 15 ans représentent 11 % (566/4986), mais les données globales sont difficiles à interpréter car de nombreux projets sont axés sur les enfants et d'autres uniquement sur les adultes. Dans les projets verticaux de lutte contre la tuberculose, les enfants représentent 9,8 % de tous les patients tuberculeux, ce qui est faible et indique un sous-diagnostic (on s'attend à ce que 15 à 20 % des enfants soient atteints), ce qui montre qu'il est nécessaire d'investir dans ce domaine. Cela s'est traduit cette année par une allocation du fonds MSF d'incubation TIC pour la prise en charge de la tuberculose chez les enfants. Le projet mettra en œuvre, défendra et effectuera des recherches opérationnelles sur les nouvelles recommandations de l'OMS en matière de diagnostic et de traitement des enfants atteints de tuberculose. Les actions en 2022 comprennent : des discussions avec tous les projets MSF-OCP ayant une composante pédiatrique, des préparations pour la mise en œuvre au Niger et en Afghanistan et un travail approfondi sur une étude multicentrique avec l'OMS et d'autres sections de MSF.

Deux essais cliniques sont actuellement en cours pour tester de nouveaux schémas thérapeutiques pour les patients atteints de tuberculose multirésistante. Les bras expérimentaux des deux essais sont composés des médicaments antituberculeux de deuxième ligne les plus efficaces.

Dans l'essai endTB, l'objectif de recrutement a été atteint en 2021. En 2022, le suivi des patients atteints de tuberculose résistante à la rifampicine et sensible aux fluoroquinolones (FQ) s'est poursuivi,

parallèlement à l'organisation de la fermeture des sites et à la préparation de l'analyse des données en 2023.

Dans l'essai endTB-Q, 161 nouveaux patients atteints de tuberculose résistante à la rifampicine et aux FQ (tuberculose pré-XDR) ont été inclus en 2022, ce qui porte le total à 90 % de l'objectif attendu.

Hépatite C

Depuis le transfert des deux grands projets de lutte contre l'hépatite C au Cambodge fin décembre 2021, MSF OCP n'a lancé aucun nouveau projet de lutte contre l'hépatite C. Une mission exploratoire en Chine s'est terminée en 2022 sans nouveau projet. Il ne reste donc que 2 projets qui traitent l'hépatite C (Mashad, Iran et Cox Bazar, Bangladesh). Le dépistage de l'hépatite C est effectué dans certains projets (parmi les patients atteints de thalassémie ou de tuberculose multirésistante), mais sans initiation de traitement. La recherche opérationnelle a été retardée (Bangladesh).

Une réflexion doit être initiée sur l'intégration du traitement dans les projets où l'hépatite C est diagnostiquée en l'absence d'intervention spécifique.

Programme PACT (Partnership for Control and Treatment) : En 2022, l'équipe du PACT sur l'hépatite C a poursuivi sa collaboration avec le ministère cambodgien de la santé afin d'obtenir de nouvelles données économiques sur l'efficacité d'un programme d'éradication. Le PACT a financé un rapport d'étude d'impact qui a été diffusé lors d'un atelier sur le financement de la santé en juin avec les parties prenantes locales à Phnom Penh. En octobre, le ministère de l'économie a alloué un million de dollars pour relancer le dépistage et le traitement de l'hépatite C en 2023.

Au Bangladesh, des discussions techniques sur l'hépatite virale ont eu lieu avec le ministère de la santé, l'OMS, le HCR et les organisations locales impliquées avec les groupes à haut risque. En décembre, les équipes de MSF ont rédigé une première version du guide Hépatite C. Cependant, un engagement similaire a échoué avec le MoH/NHI du Mozambique, comme ce fut le cas pour le soutien sud-sud de l'homologue brésilien.

Les partenaires ont participé à des conférences internationales sur les enjeux de l'hépatite virale (CROI, WEF, EASL-WHO, ...) dans le cadre d'un travail de plaidoyer. Une évaluation à mi-parcours a eu lieu afin de réduire les ambitions et les ressources, de redéfinir les objectifs et de rationaliser la gouvernance.

MSF a décidé de ne pas soutenir un deuxième cycle de projet financé par le fonds TIC.

Nutrition

En 2022, OCP a multiplié par deux le nombre d'enfants malnutris traités dans ses programmes, avec plus de 200 000 enfants admis au total. 179 095 enfants ont été admis dans les programmes ambulatoires (dont plus de 37 898 enfants souffrant de malnutrition modérée aiguë) et 37 358 hospitalisés dans les centres de nutrition thérapeutique intensifs. La plupart ont été pris en charge dans la région du Sahel et près de la moitié (99 781 enfants dans les programmes ambulatoires, dont 18 334 cas modérés et 13 222 dans les programmes intensifs) à Katsina (Nigeria) où le programme utilise un protocole simplifié basé sur un seuil de périmètre brachial qui a été fixé pour admettre les enfants à un stade plus précoce que celui de la malnutrition aiguë sévère. Ce nombre massif d'admissions était lié à la forte densité de population et à la gravité de la crise à Katsina, due à l'insécurité croissante et au manque d'acteurs traitant la malnutrition dans cet État du nord-ouest du Nigeria.

Au Niger, un accord a été négocié avec le PAM pour proposer également un traitement aux cas modérés. 35 953 enfants ont ainsi été admis, mais près de la moitié d'entre eux (17 411) ont été traités à un stade plus précoce de leur malnutrition.

Le troisième projet en taille était le Tchad avec un programme nutritionnel à Ndjamen (19 888 cas sévères admis en soins ambulatoires) et à l'Est du Tchad avec un projet nutritionnel d'urgence qui a pris en charge 4 246 enfants malnutris. Le nombre total d'enfants hospitalisés pour malnutrition compliquée était de 2 153 enfants.

En dehors du Sahel, 8 638 cas de malnutrition sévère ont été admis en soins ambulatoires dans le programme en RDC avec un pic de malnutrition observé lors de l'épidémie de rougeole et 3 383 ont été hospitalisés. En Afghanistan, 3 752 cas ont été admis en hospitalisation, soit une augmentation de 65 %, et 858 cas en soins ambulatoires. Il est difficile de déterminer dans quelle mesure cette tendance est due à une dégradation de la situation ou à une amélioration de l'accès grâce à la stabilité et à la mobilité accrues de la population. Au Yémen, avec 3 728 admissions en ambulatoire et 2 028 en centre intensif, l'évolution du nombre d'admissions est assez similaire à celle de 2021.

En 2022, la crise ukrainienne a également été considérée par beaucoup comme un facteur de risque supplémentaire d'augmentation de l'insécurité alimentaire et nutritionnelle ou de crise, avec une flambée des prix des denrées alimentaires et de l'énergie (et des transports) au cours du premier trimestre 2022. Cette situation a également entraîné une mobilisation massive de l'aide alimentaire et nutritionnelle à un niveau jamais atteint auparavant, avec jusqu'à 8 millions d'enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère traités dans le monde (contre une moyenne de 4 à 5 millions par an au cours des 5 dernières années). Cela a généré une augmentation massive des achats de produits nutritionnels spécialisés de l'Unicef (pour traiter les cas sévères) et du PAM (pour traiter les cas modérés ou augmenter les programmes de prévention) et a généré des tensions dans la chaîne d'approvisionnement de ces produits à la fin de 2022 et cela se poursuivra en 2023. Cette opportunité a permis d'améliorer la disponibilité des traitements dans certains pays, mais pas dans tous. Dans le nord-ouest du Nigeria, MSF a obtenu l'engagement de l'Unicef et d'autres ONG à investir davantage en 2023. Si cette mobilisation est la bienvenue avec l'augmentation de la crise alimentaire et nutritionnelle liée au conflit et à l'augmentation des prix des denrées alimentaires ou de l'inflation, il reste à voir si elle sera ponctuelle ou si elle se poursuivra après 2023, car la situation devrait perdurer.

Oncologie

Au Mali, l'activité a continué à augmenter régulièrement avec un taux de cancers détectés supérieur à la moyenne nationale, certainement dû à un biais de recrutement. La collecte des données s'est améliorée et l'analyse de l'activité est plus fiable cette année. L'équipe a participé au mois de la sensibilisation au cancer du sein, par le biais de campagnes menées avec des organisations de la société civile. Cette intense campagne de sensibilisation et de dépistage a généré une augmentation significative de l'activité. Cependant, les grèves répétées à l'hôpital du Point G de Bamako ont entravé l'activité chirurgicale. L'activité de chimiothérapie a augmenté et l'activité de soins palliatifs est restée stable. L'accès à la radiothérapie n'était toujours pas fiable en raison de nombreuses pannes. Un nouvel appareil de radiothérapie a été acheté par le ministère de la Santé à la fin de l'année et MSF apporte actuellement son soutien à l'installation.

La principale réalisation est la mise en place d'une unité de coordination appelée unité de liaison pour le parcours des patients en oncologie, unité regroupant des infirmiers/infirmières et des travailleurs sociaux, qui ont réussi à suivre près de 474 femmes à la fin de 2022, en leur apportant un soutien psychosocial et un suivi personnalisé.

Au Malawi, l'activité a augmenté cette année. 31 570 patientes ont été examinées pour un dépistage initial (16 818 en 2021) dans les districts de Blantyre et de Chiradzulu. Au total, 812 cas de cancer du col de l'utérus confirmés ont été pris en charge dans les structures de MSF, mais la majorité des cas confirmés de cancer du col de l'utérus ne sont pas issus du dépistage. Malgré le programme de dépistage en place, plus de 70% des cancers confirmés sont diagnostiqués à un stade avancé. Les soins palliatifs ont continué à se développer avec la poursuite du programme de décentralisation basé sur la coordination et la formation d'agents cliniques pour le suivi à domicile des patients les plus en souffrance.

Les principales réalisations de cette année sont la qualité de la prise en charge chirurgicale (effectuée à l'hôpital Queen Elisabeth de Blantyre) qui est maintenant très bonne. Les 2 chirurgiens nationaux

sont très bien formés et l'arrivée d'un anesthésiste spécialisé en chirurgie oncologique a permis une nette amélioration de la prise en charge péri-opératoire.

Le transfert au Kenya des patients éligibles à la radiothérapie a débuté fin 2022. Quatorze patients ont pu en bénéficier en 2022. Enfin, une collaboration entre MSF-OCP, la Fondation MSF et le NCI (National cancer institute) a été initiée sur une étude visant à évaluer l'apport de l'intelligence artificielle au test papillomavirus (HPV) pour le diagnostic des lésions précancéreuses (étude PAVE, en cours de mise en œuvre).

Santé mentale

L'année 2022 a été marquée par l'intégration d'un poste de santé mentale et soutien psycho-social au sein de l'équipe d'urgence, facilitant la capacité de réponse de MSF, notamment en Ukraine, avec un total de 5 projets qui ont pris différentes formes (allant du soutien psychologique par le biais de cliniques mobiles dans la station de métro de Kharkiv, à la participation à un projet d'évacuation et de relocalisation de personnes résidant en institutions souffrant de conditions sévères et chroniques, ou au soutien aux prestataires de santé à Mikolaiv). Cette position a également permis d'apporter un soutien lors de la réponse à Ebola en Ouganda. Quelques succès peuvent être soulignés, principalement au Moyen-Orient où MSF a signé un accord avec l'Union des psychologues et des travailleurs sociaux de Palestine afin d'étendre le programme de stages de formation de nouveaux psychologues et contribuer au système de licence et soutenir le développement de professionnels formés dans la région. Enfin, dans les projets chirurgicaux pour les traumatismes et les brûlures, l'approche Peer-to-Peer développée ces dernières années, s'étend à une deuxième étape stratégique incluant des volontaires pour développer un réseau de soutien par les pairs, formé et supervisé, au niveau régional.

En ce qui concerne le renforcement des capacités et les formations, MSF a participé, codirigé et cofinancé l'adaptation à l'humanitaire du matériel de formation Quality Rights de l'OMS qui promeut des soins centrés sur la personne et fondés sur les droits pour les personnes souffrant de handicaps psychosociaux (tels que les personnes souffrant de troubles mentaux chroniques graves). La première formation pilote avec le matériel adapté s'est tenue en novembre 2022, organisée par MSF en collaboration avec l'OMS, l'IASC, la FICR et Handicap International et différents représentants des projets MSF (y compris le projet MSF-OCP de Monrovia). Ce projet démontre la réalisation de deux des objectifs du plan d'OCP à trois ans : l'intégration des soins aux personnes handicapées dans les programmes MSF, ainsi qu'un exemple de collaboration significative avec l'OMS et d'autres organisations internationales.

Interruptions de grossesse / Avortements sécurisés / Soins post avortement

Les activités liées à l'interruption de grossesse et aux avortements sécurisés ont connu une augmentation importante dans les projets de MSF-OCP au cours des dernières années. Des soins post-avortement ont été fournis dans 22 projets (sur 41 projets avec des activités de santé des femmes). Au total, 6 231 patientes ont reçu des soins post-avortement. Six projets dans cinq pays (Tchad, Nigeria, Soudan du Sud et Yémen) ont représenté 80% de tous les soins post-avortement.

Le développement de ces activités résulte d'une augmentation dans les projets proposant déjà l'avortement sécurisé ainsi que de nouveaux projets (passés de 12 en 2021 à 15 en 2022). Cela constitue un signe positif après un ralentissement depuis 2018. L'attention renouvelée de l'équipe de santé des femmes, des opérations et de l'association (avec la présentation au séminaire des antennes) ainsi que de nombreux soutiens au sein de MSF-OCP ont contribué à faire avancer ce dossier. Plusieurs ateliers EVA (Exploration des valeurs et des attitudes) liés à l'avortement sécurisé ont été organisés au siège et sont désormais inclus dans différentes formations. L'atelier est un processus d'une journée entière au cours duquel les participants s'engagent dans une réflexion honnête, ouverte et critique sur les soins d'avortement sécurisés. L'objectif est que les participants explorent, remettent en question

et affirment leurs valeurs et leurs attitudes à l'égard de l'avortement, de manière à renforcer leur soutien à ce type de soins.

En 2023, un groupe de travail interne à OCP sera créé afin d'améliorer l'accès aux avortements dans le portefeuille opérationnel.

Qualité des soins

En 2022, les directions médicale et opérationnelle d'OCP ont pris l'initiative de mettre en place une approche de la qualité des soins. Une première étude des activités en cours a montré que de nombreuses initiatives concernant différents domaines de la qualité étaient déjà en cours, notamment en ce qui concerne les soins centrés sur le patient, les soins médicaux et infirmiers, la gestion des risques, et que des méthodologies d'amélioration de la qualité étaient intégrées dans des formations clés telles que Forgho/Forhop et Medical Leadership. OCP participe également à la principale plateforme intersectionnelle MSF, l'Alliance pour la qualité (Quality Alliance). Une première étape a consisté à définir des lignes stratégiques pour optimiser et structurer les activités et la manière de travailler ensemble.

Les priorités qui ont été travaillées et réalisées en 2022 sont les suivantes :

- La définition de 4 lignes stratégiques pour concentrer les efforts initiaux, qui sont suffisamment transversales pour avoir un impact sur de nombreux projets, pour impliquer un large éventail de personnel et pour apporter un bénéfice immédiat à un grand nombre de patients. Ces lignes stratégiques ou piliers sont les suivants :
 1. La sécurité des patients et la gestion des risques
 2. Les soins centrés sur la personne, en mettant l'accent sur l'information et la communication avec le patient,
 3. Le suivi et l'analyse de la mortalité
 4. L'amélioration de la prise en charge de la douleur.
- Identification d'une plateforme multidisciplinaire de niveau managérial pour canaliser les discussions, suivre et rendre compte des progrès et prendre des décisions sur la hiérarchisation des projets et des activités. La plateforme identifiée est la Plateforme Interdisciplinaire de Partage et d'Orientation (PIPO), également nouvellement créée en 2022 au sein du département des Opérations.
- Identification des personnes clés au siège pour coordonner les personnes impliquées dans les principaux piliers, articuler la méthode de travail interne et représenter OCP dans les plateformes internationales. Les points focaux identifiés sont l'un des directeurs médicaux adjoints et l'une des référentes de gestion hospitalière au département des Opérations affectée à 50 % sur le sujet.
- Contribution et adoption (en 2023) de l'initiative intersectionnelle sur les indicateurs de qualité. Cette initiative, soutenue par le bureau international, fournira un outil de suivi de la qualité et de planification des actions, un ensemble d'indicateurs de base et un appui méthodologique pour le suivi et l'amélioration de la qualité.

En 2023, il est prévu d'avancer sur une feuille de route pour chacun des piliers stratégiques, coordonnée par la direction médicale et le référent qualité des soins, et supervisée par la plateforme PIPO. La participation et la contribution à l'Alliance pour la qualité se poursuivront, avec un suivi de l'initiative intersectionnelle sur les indicateurs de qualité.

Vaccins paludisme

En octobre 2021, l'OMS a recommandé l'utilisation du premier vaccin antipaludique chez les enfants africains (RTS,S). Parmi les progrès réalisés dans la lutte contre le paludisme, ce vaccin à l'efficacité modeste est un outil complémentaire bienvenu. Mais il est cher (~9€/dose et nécessite quatre doses) et son approvisionnement sera limité au cours de la prochaine décennie. Un second vaccin (R21), moins cher et plus largement disponible, a attiré l'attention ces derniers mois, et les pays africains ont

commencé à lui donner l'approbation réglementaire avant la préqualification de l'OMS (prévue pour fin 2023 ou début 2024) – ce qui conduit à des discussions importantes sur l'accès, l'équité, les processus de décision et l'autonomie dans la sphère de la santé mondiale.

MSF-OCP a un intérêt médico-opérationnel important dans le vaccin R21. Le référent pour le paludisme et les maladies tropicales est le co-leader du groupe de travail intersectionnel sur le vaccin contre le paludisme. Avec des collègues d'Epicentre, de l'Access Campaign et de l'équipe MSF-OCP du Niger, une proposition pour l'introduction du vaccin avant la saison du paludisme 2023 a été soumise au fonds MSF d'incubation TIC et approuvée sous conditions. Malheureusement, le ministère de la santé nigérien ne l'a pas approuvée en temps utile. Les discussions se poursuivront en 2023 en vue d'une approbation avant la saison du paludisme 2024.

Outils diagnostics

• *Mini-Lab*

L'objectif principal du projet Mini-Lab était de développer un laboratoire de bactériologie clinique de qualité, abordable, autonome et transportable pour des utilisateurs qui ne sont pas des experts en microbiologie. Ce projet s'inscrit dans le cadre de la stratégie plus large de MSF en matière de lutte contre la résistance aux antibiotiques, de l'approche de la qualité des soins (par la sécurité des patients et l'efficacité des traitements) et de la réponse aux épidémies et aux maladies endémiques. Le projet est géré par un comité de pilotage qui comprend des membres de 4 centres opérationnels et il a été déployé pour la première fois dans le cadre du projet Carnot d'OCP en RCA.

En 2021, les objectifs pratiques étaient de finaliser la phase de développement, de lancer le déploiement du Mini-Lab et de l'inclure dans des activités de routine pour assurer la pérennité de cet outil au sein de MSF. Le Mini-Lab a été déployé dans 3 sites MSF supplémentaires en 2022, y compris des sites d'autres centres opérationnels : Aweil (Soudan du Sud), Mosul (Irak), Maiduguri (Nigeria) et une partie de l'équipe du projet a été intégrée début de 2023 dans le groupe de travail laboratoire.

En 2022, les deux principaux objectifs étaient les suivants :

- Finaliser la phase de développement, lancer le déploiement du Mini-Lab et passer à des activités de routine garantissant la pérennité.
- Explorer des scénarios d'externalisation qui permettent de rendre le Mini-Lab accessible en dehors de MSF. Différentes options ont été envisagées et l'une d'entre elles a été choisie pour être étudiée plus en détail avec LHUB-ULB (Laboratoire Hospitalier Universitaire de Bruxelles, Université Libre de Bruxelles), membre actif du Comité Scientifique et promoteur du Mini-Lab. Un nouveau plan d'action a finalement été convenu pour la fin de 2022 afin d'explorer un partenariat avec LHUB-ULB et une coopération avec l'ULB avec une première zone ciblée : RDC.

Trois autres Mini-Lab seront déployés en 2023 : Rutshuru en RDC, Bentiu au Soudan du Sud et Khost en Afghanistan. L'un des principaux défis consiste à renforcer les collaborations au sein de MSF pour déployer davantage de Mini-Lab avec un modèle pérenne (support, transfert aux centrales d'approvisionnement, transfert de connaissances et formation, etc.) Une collaboration continue avec les équipes de contrôle et prévention des infections et de gestion des antibiotiques, ainsi qu'avec les centres d'approvisionnement sera fondamentale pour y parvenir. En 2023, l'équipe s'efforcera de développer un modèle d'externalisation durable.

• *POCUS*

POCUS (Point of Care Ultrasound) est un outil de diagnostic par échographie au chevet du patient qui fournit aux cliniciens des informations en temps réel pour mieux gérer et traiter les patients. Le projet POCUS a été lancé en 2018 à Aweil (Soudan du Sud), puis en 2022, le programme POCUS est passé d'un financement TIC à grande échelle (2019-2022) à une intégration plus durable au sein de MSF.

L'équipe POCUS a dispensé une formation dans 10 projets différents dans 9 pays avec 131 employés (96% de personnel national formé).

- ***E care***

Initialement développée pour des travailleurs de santé non médicaux ayant une formation clinique suffisante pour donner des consultations, MSFeCARE-Ped est un dispositif de santé numérique qui vise à améliorer les processus de consultation, l'approche diagnostique, les prescriptions rationnelles d'antibiotiques et la communication avec les patients grâce à l'utilisation d'une application d'aide à la décision clinique lors des consultations pour les enfants âgés de 2 mois à 5 ans. Ce dispositif a été utilisé dans deux projets MSF-OCP en 2022 : à Bria, en RCA (24 294 consultations) et à Koutiala, au Mali (8 973 consultations). Une analyse rétrospective dans les deux projets a montré que la prescription d'antibiotiques s'est améliorée après l'introduction d'eCare.

Pour 2023, l'équipe de Koutiala a décidé d'étendre l'utilisation d'eCare à d'autres centres de santé (CSCOMS) soutenus par MSF.

■ Epidémies

En 2022, l'OMS et l'UNICEF ont tiré la sonnette d'alarme sur la vaccination : à cause de la pandémie de Covid, la couverture vaccinale mondiale a de nouveau chuté en 2022, ce qui représente la plus forte baisse depuis trente ans. Il n'est pas surprenant que l'année 2022 ait été marquée par de nombreuses épidémies de maladies évitables par la vaccination, notamment une forte augmentation d'épidémies de choléra dans le monde, d'épidémies de diphtérie, fièvre jaune et dengue en Afrique, une épidémie de Ebola souche Soudan en Ouganda, et l'émergence de la variole du singe (monkeypox) dans divers pays du monde.

Rougeole

MSF OCP a répondu à des épidémies de rougeole dans plusieurs pays (Tchad, RDC, Mali, Nigeria, Soudan du Sud). Plus de 42 000 enfants atteints de rougeole ont été vus et pris en charge (15% hospitalisés) au Mali, au Nigeria, au Soudan du Sud et en RDC. La RDC à elle seule connu une importante épidémie qui a représenté plus d'un tiers de tous les cas pris en charge par MSF OCP. Des campagnes de vaccination de masse réactives ont été menées dans deux pays (Tchad et RDC) pour un total de 1 070 102 enfants vaccinés contre la rougeole, dont 69% en RDC, où certaines campagnes de vaccination de masse ont combiné plusieurs antigènes.

Fièvre jaune

Une épidémie de fièvre jaune s'est déclarée dans la région de Mandoul, au Tchad, en novembre 2021. MSF OCP a apporté son soutien à la réponse du ministère de la santé du Tchad dans la surveillance épidémiologique et l'analyse des données, la mise en place de sites de prise en charge des cas (au total, 86 cas suspects et confirmés ont été pris en charge), ainsi que la logistique, la chaîne du froid et les ressources humaines des campagnes de vaccination de masse (540 947 personnes ont été vaccinées) dans les districts touchés : Goundi, Koumra et Moissala, atteignant une couverture vaccinale administrative de 95%, 106% et 105% respectivement.

Ebola

En Ouganda, du 20 septembre 2022 au 11 janvier 2023, une épidémie d'Ebola (souche virus du Soudan) a touché 9 districts dont celui de Kampala. Dans une approche intersectionnelle, MSF a soutenu la réponse du ministère de la Santé à l'épidémie, d'une part dans la promotion de la santé et l'engagement communautaire (surveillance, contrôle et prévention, eau hygiène assainissement dans les structures de santé, accompagnement des patients et de leurs proches lors de l'admission, etc.), et d'autre part dans la prise en charge des cas dans les deux districts de Mubende et Kampala. Deux centres et une unité de traitement d'Ebola ont été déployés. 117 patients confirmés ont été pris en charge par ces structures MSF. Cela représente environ la moitié du total des 241 patients affectés par l'épidémie : 164 cas (142 confirmés, 22 probables) et 77 décès (55 confirmés, 22 probables). MSF OCP a exprimé sa volonté de participer à une étude sur les vaccins candidats de la souche soudanaise. Malheureusement, les vaccins sont arrivés dans le pays après le dernier patient confirmé.

Choléra

En 2022, 30 pays ont signalé des épidémies de choléra, ce qui représente un doublement par rapport aux cinq dernières années. Le taux de létalité est plus élevé et l'accès au vaccin contre le choléra est fortement limité au niveau mondial (en raison d'une augmentation de la demande et d'une offre mondiale limitée). MSF OCP a participé à la réponse à l'épidémie dans certains de ces pays. Au Malawi, les 29 districts du pays ont enregistré des cas en 2022 (17 824 cas cumulés et 595 décès). MSF OCP a soutenu six centres et sept unités de traitement du choléra, ainsi que des activités eau hygiène assainissement dans les districts de Lilongwe, Blantyre et Mangochi. Au total, MSF OCP a pris en charge 1 953 patients, dont 16 sont décédés. Malgré la disponibilité limitée des vaccins, MSF OCP a soutenu une campagne de vaccination dans le district de Mangochi (32 000 personnes vaccinées).

En Haïti, une nouvelle épidémie a été déclarée en octobre 2022 après qu'un premier cas de choléra a été identifié dans un centre de santé géré par MSF. Cette nouvelle épidémie de choléra a principalement touché les communautés de Port-au-Prince. À la fin de l'année 2022, on comptait plus de 20 000 cas documentés et 450 décès enregistrés (taux de mortalité global de 2 %). MSF OCP a soutenu la prise en charge de 3 210 patients dans un centre de traitement du choléra à Cité Soleil, ainsi que la formation, l'équipement et le soutien eau hygiène assainissement dans d'autres zones. MSF OCP a apporté un support à l'organisation et à la logistique de la vaccination contre le choléra dans plusieurs zones difficiles d'accès de Port-au-Prince, y compris le quartier de Brooklyn, l'une des zones les plus touchées de la ville.

Une épidémie de choléra a été déclarée par le gouvernement syrien en septembre 2022. Les gouvernorats de Deir-ez-Zor, Ar Raqqa, Alep et Al-Hasakeh ont rapporté 98% de tous les cas suspects (au total 46 409 cas suspects, 97 décès). Il s'agissait de la première épidémie de choléra en Syrie depuis 2009. Il existe un risque important de propagation de la maladie dans les camps de déplacés surpeuplés des régions du nord-ouest et du nord-est. Dans le gouvernorat d'Idlib, les équipes mobiles MSF ont distribué des kits d'hygiène et des Aquatabs dans le cadre d'une campagne de sensibilisation auprès des communautés de personnes déplacées dans différents camps. Une campagne de vaccination réactive (stratégie à une dose) a été approuvée début novembre avec 1 700 000 doses de vaccins choléra oraux (OCV) ciblés sur 32 sous-districts dans 10 districts en Syrie. La première campagne a été menée par Al Amen, partenaire de MSF en Syrie, et le SIG (Groupe syrien d'immunisation).

5. Violences indépendantes des conflits et Exclusion des soins pour populations marginalisées

Cette catégorie regroupe 9 projets :

- Migrants : 2 projets en France et 2 en Libye ainsi que 2 au Pérou
- Bidonvilles : un projet dans le bidonville de Mathare à Nairobi (Kenya) avec clinique pour adolescents, prise en charge des violences sexuelles et traitement des affections aiguës (service d'ambulance), et un projet de gynéco-obstétrique à Manille (Philippines).
- Un orphelinat à Khartoum.

Migrants en Libye, en France et au Pérou

La situation en Libye reste l'une des pires catastrophes humaines de notre époque, où un système de trafic d'êtres humains à grande échelle est mis en place par différents acteurs étatiques et non étatiques, en partie financé et encouragé par les États européens. Cette année, MSF a continué à subir des blocages administratifs pour l'accès du personnel international à la Libye, ce qui a remis en question le déroulement des opérations telles que prévues. Les centres d'hébergement et de traitement de la tuberculose se poursuivent, de même que l'intervention dans les zones urbaines de la côte ouest. La mise en place d'un corridor humanitaire en partenariat avec Sant Egidio ne s'est pas

encore concrétisée en France mais l'a été en Italie avec le HCR et pourrait l'être en Belgique avec Sant Egidio si MSF accepte de participer à la prise en charge médicale des personnes évacuées.

En France, les activités de MSF continuent de se développer à Marseille et à Paris, en mettant l'accent sur les mineurs non accompagnés et en essayant d'atteindre davantage de jeunes filles mineures. Plus de la moitié des jeunes assistés par MSF sont reconnus mineurs à la fin du processus et sont donc pris en charge par l'Etat. L'intervention à Calais a été retardée en raison de blocages administratifs. En 2023, des ateliers seront organisés pour discuter de l'intervention le long de l'itinéraire méditerranéen et en France pour revoir les interventions actuelles et les adapter aux besoins.

Au Pérou, une mission exploratoire-action a été mise en place pour les réfugiés vénézuéliens avec des actions notables à Tumbes ainsi qu'à Lima. Le projet de Lima a été clôturé tandis que celui de Tumbes s'est poursuivi. Une mission exploratoire et une proposition ont été faites pour intervenir à Madre De Dios dans un contexte d'exploitation minière, de trafic d'êtres humains et de violence.

6. Catastrophes naturelles, climatiques et industrielles

La réponse au tremblement de terre et aux conséquences de l'explosion d'un camion citerne à Haïti se sont terminées au premier trimestre de l'année, mais 2022 a vu une réponse importante aux catastrophes naturelles tout au long de l'année.

Madagascar

A Madagascar 2022, les prévisions estimaient possible le passage d'un cyclone durant la période de janvier à fin mars. Le cyclone Batsirai a été le premier de la saison. Il est arrivé après la tempête Ana et avant le cyclone Emnati qui a suivi la même trajectoire que le cyclone Batsirai mais avec une plus forte intensité. Les équipes étant déjà sur place, elles ont réagi en soutenant les centres de santé et l'hôpital de Mananjary. Les dégâts matériels ont été considérables (l'hôpital de Mananjary a été totalement détruit et plus de 40 structures de santé ont été totalement ou partiellement endommagées). L'intervention eau hygiène assainissement a été gérée par d'autres acteurs.

Soudan du Sud

Au Soudan du Sud, à Old Fangak, les niveaux d'eau n'avaient pas complètement baissé depuis les inondations de 2021, ce qui laissait présager de nouvelles inondations importantes pendant la saison des pluies de 2022, en particulier dans l'État de Jonglei. Il s'agit de la quatrième année consécutive d'inondations historiques avec un impact considérable sur la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance et de graves conséquences sur la montée des tensions et des conflits dans certains États.

Malawi

Le Malawi a été touché par le cyclone Ana et une réponse d'urgence a été déployée rapidement dans différents districts de janvier à mars. Malheureusement, cette intervention a été suivie d'une importante épidémie de choléra, qui s'est étendue à un rythme lent mais régulier jusqu'au deuxième trimestre 2023.

Pakistan

La province de Khyber au Pakistan a été sévèrement touchée par les inondations de l'été 2022. Selon le gouvernement pakistanais, plus de 1 300 personnes sont mortes et plus de 12 700 ont été blessées par les inondations. Plus de 1,1 million de maisons ont été endommagées et quelque 560 000 détruites. La réponse d'OCP a été retardée par des problèmes de visa, mais a permis d'effectuer 9 000 consultations médicales, de fournir des kits de première nécessité à plus de 6 000 familles (soit environ 30 000 personnes), de réhabiliter 500 puits et de mettre en place 2 systèmes de production d'eau potable Aquaforce pour 7 000 personnes.

Les interventions lors des inondations et des cyclones ont permis de mettre en place des réponses tant médicales que logistiques. La qualité des interventions d'eau hygiène assainissement a été tout à fait remarquable, tout comme la préparation et la réponse aux épidémies (dengue et choléra par exemple). Il convient de souligner certaines interventions techniques en matière de forage et de distribution d'eau à l'aide de la cartographie et de l'analyse géophysiques à Madagascar, ainsi que la campagne de désenbouement des puits au Pakistan.

7. Poursuite des objectifs transversaux du plan

2022 était la troisième année du plan stratégique 2020-2023 de MSF OCP, et malgré quelques changements inévitables dans la définition des priorités et des retards consécutifs à l'épidémie de Covid, des progrès ont été réalisés dans trois orientations stratégiques du plan :

- Revoir nos approches médico-opérationnelles par une meilleure compréhension des besoins des patients et de la population : approche centrée sur le patient.
- Revoir nos interactions avec les autres acteurs du système d'aide.
- Revoir nos méthodes de travail, avec une approche collaborative et multidisciplinaire et un renforcement du leadership médical et de terrain.

■ Approche centrée sur la personne

Pour répondre aux ambitions de l'approche centrée sur la personne, des efforts ont été faits pour mieux comprendre les besoins et les contraintes des patients tels qu'ils les expriment, pour identifier les différences de perspective entre les patients et les équipes médicales, pour coordonner les soins avec les patients en les impliquant dans la prise de décision et en les soutenant au-delà. L'équipe de l'approche centrée sur la personne a essayé d'influencer et d'initier des changements à trois niveaux :

- Devenir une organisation centrée sur la personne : droits de patients, prévention des abus, bien-être du personnel, représentation des patients dans la gouvernance.
- Développer des projets centrés sur la personne : connaissance de l'environnement, environnement de soins adapté, mécanisme de remontée d'information et comités d'usagers, support social.
- Délivrance de soins centrés sur la personne : communication respectueuse et efficace, gestion de la douleur, participation des patients aux décisions cliniques.

Un recensement des initiatives contribuant à l'approche centrée sur la personne montre que l'intérêt pour ces sujets s'est accru au cours des deux dernières années. Des initiatives ont été prises dans les missions (6 en moyenne), et une seule mission a été identifiée sans initiative. Des progrès ont été réalisés dans les relations avec les patients grâce à plusieurs actions de formation et d'accompagnement, des postes dédiés aux relations avec les patients ont été créés sur le terrain (par exemple au Niger, à Bangui/RCA, Maiduguri/Nigeria, Aden/Yemen). La collecte des expériences des patients est mise en place par le biais d'enquêtes de satisfaction et la promotion des droits des patients par l'élaboration d'une charte des patients qui doit être largement diffusée en 2023.

Cependant, le niveau d'engagement des patients reste faible dans de nombreux projets : les patients et leurs accompagnants ne sont pas informés des soins qu'ils reçoivent d'une manière qu'ils peuvent comprendre, et ils sont rarement impliqués dans les décisions. La question reste posée de savoir comment aller au-delà de la simple information des patients pour réellement les consulter, les impliquer et les responsabiliser. Par ailleurs les mécanismes de remontée d'information restent peu développés, moins de 13 % des missions en ayant mis un en place.

La finalisation et la diffusion de la charte du patient constituent assurément une priorité. L'enjeu des soins centrés sur le patient reste l'intégration de cette philosophie dans les activités de routine tout au long des lignes opérationnelles et médicales.

En 2023, la nouvelle stratégie de protection des patients (safeguarding) sera déployée dans 4 à 5 pays pilotes.

■ Sortir de l'isolationnisme

En 2022, OCP a poursuivi ses efforts pour revoir sa façon de travailler avec les autres et pour améliorer ses partenariats avec les ministères de la santé et les acteurs locaux, conformément au plan stratégique 2020-2023.

Un chargé de mission mobile a été recruté pour revoir et améliorer les partenariats du portefeuille de missions de la Cellule 4 (Al Ameen en Syrie, IBC en Turquie, AMA en Afghanistan). Parmi les réalisations, on peut citer l'élaboration de documents de capitalisation sur les partenariats en Syrie et en Iran, la révision des modalités de suivi du partenariat avec AMA en Afghanistan et sa prolongation pour une deuxième année en 2023, ainsi que la préparation du transfert de la cohorte de patients souffrant de thalassémie au Liban à une organisation locale. En dehors de cela, des difficultés demeurent lorsqu'il s'agit de collaborer avec le ministère de la santé et en particulier lorsqu'il est nécessaire de suivre des objectifs sur plusieurs années. Le poste a été étendu au reste du département des Opérations dans le but d'apporter un soutien direct aux opérations (par exemple sur le développement d'un partenariat avec un acteur local à Borno, Nigeria) et de proposer des outils et un cadrage méthodologique pour l'amélioration des partenariats et de la collaboration une fois qu'elle est décidée, y compris avec le ministère de la santé.

Des partenariats dans le domaine de l'approche centrée sur le patient (par exemple, transfert d'argent aux patients atteints de cancer et du VIH au Malawi) ont été pilotés et seront évalués en 2023.

Des efforts considérables ont continué d'être déployés pour coordonner, avec les agences des Nations unies et les acteurs internationaux de la santé, l'approvisionnement de produits médicaux dans les projets ou dans les installations gérées par les ministères de la santé soutenus par MSFS, ce qui a parfois permis d'optimiser les ressources (par exemple, entre 45 et 90 % des produits contre le paludisme, le VIH et la tuberculose et des produits nutritionnels ont été obtenus grâce à des dons en nature en République centrafricaine). Ceci doit être généralisé et est directement lié à la qualité de la compréhension des autres acteurs et à l'objectif de MSF de sortir de l'isolationnisme.

■ Méthodes de travail, gestion des opérations

L'organisation de MSF repose essentiellement sur les personnes et sur la qualité des relations et des échanges interdisciplinaires entre les différents niveaux du terrain et du siège, ainsi que sur le travail des équipes pour organiser une assistance pertinente aux personnes. La dynamique du portefeuille de projets et la capacité à opérer dans des environnements complexes démontrent que MSF est capable de réunir un large éventail de personnes d'horizons très différents. De nombreuses réunions et plateformes de discussion existent, ainsi que beaucoup d'échanges écrits et de courriels, peut-être trop d'ailleurs, car le sentiment d'être noyé est souvent présent.

Mesurer la qualité des échanges, l'inclusivité des discussions et des prises de décision, leur formalisation et leur suivi, et la capacité à progresser vers les objectifs fixés malgré la rotation de certains postes reste difficile. Cela dépend aussi des personnes impliquées. Le cloisonnement entre les professions est encore trop fort à tous les niveaux. De nombreuses formations telles que WOW (ways of working), FOOT (operational field training), Forgho/Forhop (hospital management training), medical leadership, intègrent cette notion d'animation d'équipe et la nécessité d'une réflexion commune afin d'optimiser les stratégies vis-à-vis des bénéficiaires. Les ambitions d'amélioration des approches

centrées sur les personnes doivent pousser MSF à mieux travailler en équipe pour assurer et tendre vers des modes de travail plus inclusifs et productifs.

Les 83 propositions du terrain pour lutter contre le racisme et les discriminations rappellent que l'implication des collègues nationaux dans les discussions stratégiques et importantes est variable et reste un défi. Il est nécessaire de travailler à la constitution d'équipes et à l'apport d'expérience et d'expertise au bon endroit et au bon moment, en lien avec les objectifs des projets.

De nombreux projets sont en cours, mais leur mise en œuvre prendra du temps, tant ils sont complexes et nécessitent des changements profonds dans les pratiques : mieux définir les profils des personnes recherchées en termes d'expérience et d'expertise, se mettre en position de recruter et de suivre des viviers basés sur l'expérience et l'expertise plutôt que sur le nombre de missions effectuées à MSF, organiser la mobilité pour les postes à responsabilité afin de tendre vers une plus grande diversité et d'offrir des opportunités de développement, organiser des stratégies d'apprentissage et de développement (L&D).

D'autres questions qui pourraient sembler plus simples ne le sont pas nécessairement, car diriger des équipes multidisciplinaires et multiculturelles n'est pas une compétence évidente. Des efforts doivent être faits à tous les niveaux pour que les services soient en mesure d'anticiper les besoins et de participer à la réflexion sur l'évolution des activités de MSF. Les questions de partage de l'information, de transparence et de travail en commun touchent toutes les pratiques, de la meilleure façon de gérer la sécurité des équipes à la prise en charge du patient dans sa globalité et non par pathologie. Le sujet est donc très vaste.

D'autres sujets tels que la diversité des équipes, le dialogue social, la promotion des débats associatifs et exécutifs, représentent des défis importants pour une organisation de la taille de MSF. Ce sont des domaines ouverts et en constante évolution, mais ils doivent rester au cœur de la réflexion si MSF veut progresser vers ses objectifs transversaux d'approches centrées sur les personnes et de meilleur travail avec les autres.

■ Réduction de l'impact environnemental

En 2021, OCP avait signé un partenariat avec Climate Action Accelerator (CAA), une ONG spécialisée dans l'accompagnement d'organisations (notamment celles de l'aide humanitaire) dans leur transition environnementale. L'année 2022 a été consacrée à la définition d'une feuille de route permettant d'atteindre les 2 objectifs qu'OCP s'est fixés : réduire encore l'impact environnemental local de ses activités (réduction et meilleure gestion des déchets principalement) et diviser par 2 d'ici 2030 ses émissions de gaz à effet de serre (par rapport à une base de référence en 2019, estimée à 92 000 tonnes de dioxyde de carbone).

Outre CAA et un chef de projet interne, ce travail a mobilisé, entre autres, 18 points focaux, deux tiers de points focaux dits 'techniques' (Logistique, Médical, Collecte, Informatique, Approvisionnement, Achats, Services généraux) et un tiers de points focaux dits 'transverses' (Opérations, RH, Finance). Lors d'ateliers thématiques les propositions de réduction d'empreinte issues de la large consultation participative interne de décembre 2021 et janvier 2022 ont été clarifiées puis objectivées.

Vu l'ampleur et la nouveauté du chantier, le processus de validation de cette feuille de route a été souhaité robuste, pour assurer une continuité dans le temps : la feuille de route est désormais formellement validée par le Comité de Direction et par le Conseil d'Administration de chaque section du Groupe OCP.

Elle vient d'être mise à disposition du public¹, comme le prévoyait l'accord de partenariat avec CAA. Elle contient au total 72 actions et 33 engagements-clés, tous nécessaires à l'atteinte de nos 2 objectifs, et donne une première idée des moyens nécessaires. Néanmoins, par souci de communication, nous appuyons sur 4 messages-clés, que voici :

Nous changeons notre « manière d'être », pas notre « raison d'être »

Notre raison d'être ne change pas : c'est l'action médicale humanitaire. C'est la manière dont nous déployons nos opérations qui va devenir moins néfaste pour l'environnement.

Nous nous donnerons les moyens, notamment humains

Les changements à venir sont nombreux, ce qui impliquera des investissements importants sur la durée, notamment du point de vue humain : apprentissage, formation et sensibilisation seront clés pour atteindre nos objectifs.

Nous devons réajuster, mais le cap est fixé

Les engagements que nous prenons sont nombreux, très ambitieux, et souvent basés sur des estimations, car cet exercice est très nouveau : nous devons les réajuster régulièrement au fur et à mesure de la mise en œuvre, mais le cap est fixé, et nous n'avons qu'une parole !

Deux dimensions : réduire encore l'impact environnemental local de nos activités et diviser par 2 notre empreinte carbone par rapport à 2019, sans compensation carbone

Nous allons renforcer nos efforts pour encore réduire les pollutions locales liées à nos activités, et intégrer une nouvelle dimension : celle de nos émissions de gaz à effet de serre. Certains chantiers requerront une attention particulière par la portée des engagements et l'ampleur des changements organisationnels qu'ils impliquent d'ici 2030 :

- Réduction de 50% du volume global de déchets, notamment plastiques
- Déploiement des « meilleures techniques environnementales disponibles économiquement réalisables » pour la gestion des déchets sur 100% de nos missions
- Baisse de 35% des kilomètres parcourus pour des trajets aériens de passagers
- Décarbonation de notre approvisionnement (achats et fret), à hauteur de 30%, notamment via l'ajout d'éco-critères pour la sélection des produits et fournisseurs
- Réduction de 40% de notre consommation d'électricité et de 75% du ratio « CO₂ par kilowatt-heure » de notre production et utilisation d'électricité

NB : ces engagements s'ajoutent à la décarbonation projetée pour certains secteurs (les « effets structurels »), et sont exprimés en valeur relative de l'activité MSF OCP estimée en 2030, contrairement au -50% de CO₂ qui est en valeur absolue par rapport à la valeur de 2019.

L'année 2023 sera consacrée à la préparation des plans annuels 2024 permettant la mise en œuvre concrète de ces actions. Et nous nous efforcerons de démarrer les chantiers les plus critiques dès cette année, notamment ceux qui auront le plus de « co-bénéfices » immédiats, financiers par exemple.

¹ <https://www.msf.fr/sites/default/files/2023-06/MSF%20OCP%20-%20Feuille%20de%20route%20environnementale%20FR.pdf>

8. Les prises de paroles marquantes

En 2022, une part importante des efforts de la communication d'OCP a consisté à attirer l'attention sur les réponses aux contextes d'urgence, ainsi que sur les contextes humanitaires exceptionnellement critiques et peu médiatisés.

■ Conflits et contextes instables

Haïti

L'un de ces contextes instables reste Haïti. Alors que les crises politiques, sécuritaires, sociales, économiques et sanitaires se sont aggravées tout au long de l'année, et que plusieurs zones de la capitale Port-au-Prince se sont retrouvées sous l'emprise de bandes armées, la communication MSF a cherché à réagir aux événements, en dénonçant les violences commises à l'encontre des civils ainsi que des patients et du personnel médical et humanitaire. Ce fut le cas par exemple en juillet 2022, lorsque MSF a demandé l'accès à la population de Brooklyn, une zone enclavée dans le quartier de Cité Soleil, lors de combats particulièrement intenses. Ce fut encore le cas en octobre 2022, lorsque MSF a alerté sur la recrudescence des cas de choléra, dans un contexte de blocus, de manifestations et de pénuries d'essence organisés par des gangs et une partie de la population. En plus de ces efforts réactifs, une variété d'outils multimédias, d'événements, de podcasts, de documentaires ont été produits afin d'illustrer la précarité de la population et du personnel de MSF dans ce contexte. Cet effort soutenu – 39 initiatives de communication destinées à des publics locaux et internationaux ont été produites entre janvier 2020 et novembre 2022, en parallèle d'une activité médiatique constante et intense – a participé à créer de la visibilité et de l'attention autour d'Haïti à l'échelle internationale.

Par ailleurs, le positionnement de MSF face à l'appel à une intervention armée internationale, lancé par le gouvernement haïtien en octobre 2022, a suscité d'intenses discussions internes. Certaines parties du mouvement MSF étaient favorables à un plaidoyer basé sur une position de principe, arguant qu'une intervention armée compromettrait la perception des humanitaires en tant qu'acteurs neutres. OCP a opté pour une approche plus pragmatique, attendant de comprendre les termes, le mandat et la portée d'une éventuelle intervention avant de prendre une position ferme. Cette position était également basée sur la considération qu'une partie significative de nos interlocuteurs dans la société haïtienne était en fait favorable à une telle intervention, dans le contexte d'une situation perçue comme hors de contrôle de toute institution locale.

Ukraine

La guerre en Ukraine a bien sûr soulevé d'importants défis de communication. La communication a cherché à expliquer les lignes de mobilisation de MSF et les tentatives des équipes pour comprendre et répondre aux besoins non couverts dans un pays doté d'un système de santé développé, d'un niveau de mobilisation médicale et sociale extrêmement fort et bénéficiant d'une aide extérieure massive. Les initiatives de communication sur les activités d'OCP a porté par exemple sur les consultations médicales dispensées dans le métro de Kharkiv, ou sur les soins médicaux pour les personnes âgées dans les régions du sud et de l'ouest de Kiev.

Dans une guerre aussi politisée et médiatisée, l'un des défis pour la communication de MSF était de trouver le bon équilibre entre répondre aux attentes du public – notamment les donateurs privés, qui se sont mobilisés dès les premières jours de la guerre –, tout en n'exagérant pas l'étendue et l'impact des opérations de MSF. En avril 2022, un document

d'opinion signé par le directeur général d'OCP et le coordinateur du Crash a contribué à expliquer le contexte, ainsi que les limites, de l'intervention MSF. Ce thème, ainsi que le rôle joué par les Ukrainiens eux-mêmes dans la prise en charge des besoins les plus urgents, a également été développé dans plusieurs interviews, profitant de la grande visibilité de MSF dans les médias internationaux.

Un autre défi a été la tentative – perçue comme essentielle par certains centres opérationnels – de parvenir à une position neutre dans les opérations et les communications, pour développer une bonne acceptation. Au cours des premiers jours qui ont suivi l'offensive russe, cela a conduit à des tentatives maladroites de contrôler la formulation utilisée par le mouvement MSF dans ses communications, par exemple en évitant le mot "guerre". OCP (et d'autres) a participé à la remise en question de cette position, tout en rappelant que les communications devaient rester ancrées dans les témoignages des équipes et des patients.

A ce titre, la communication MSF a témoigné sur les attaques indiscriminées contre les infrastructures civiles et les hôpitaux lorsque les équipes disposaient d'éléments directs et pertinents. Au cours des trois premières semaines de la guerre, en mars 2022, les témoignages de collègues d'OCG bloqués à Marioupol ont été largement repris par les médias. Bien que MSF n'ait pas été en mesure d'aider de manière significative les personnes piégées dans la ville et exposées à des bombardements massifs et continus, ces témoignages provenant d'un endroit où les comptes-rendus journalistiques étaient rares à ce stade ont contribué à faire connaître la situation extrême à laquelle la population était confrontée.

Ce fut également le cas début avril, lorsqu'une équipe d'OCP était présente au moment d'une attaque russe sur une zone résidentielle et des hôpitaux à Mykolaiv. Les observations de l'équipe ont été partagées publiquement – notamment sur l'utilisation probable d'armes à sous-munitions – en attribuant la responsabilité à l'armée russe, sur la base des bombardements dans la zone au cours des jours précédents.

Enfin, dès les premiers mois de la guerre, MSF a publiquement fait part de ses préoccupations liées au double standard dont l'Union Européenne a fait preuve en accueillant et en accordant l'asile sans restriction aux réfugiés ukrainiens, une politique en contradiction avec la politique de répression, de criminalisation et de dissuasion appliquée aux réfugiés de guerre et demandeurs d'asile afghans, syriens ou irakiens au cours des dernières années.

Alors que la guerre entrait dans une phase plus statique et à long terme, au second semestre 2022, les communications se sont plutôt attachées à rendre compte des activités de MSF, notamment la physiothérapie et l'accès aux soins médicaux dans les zones reprises par l'armée ukrainienne.

RDC

Une nouvelle crise humanitaire extrêmement grave s'est développée dans l'est de la RDC au cours de la deuxième partie de l'année 2022. La reprise des combats entre le M23, un groupe armé d'opposition prétendument soutenu par le Rwanda, et ses alliés d'une part, et l'armée congolaise, soutenue par différents groupes armés, d'autre part, a provoqué le déplacement de plus d'un million de personnes en février 2023. La communication MSF a alerté à plusieurs reprises sur la situation désastreuse des personnes déplacées, avec un accès insuffisant à la nourriture et aux services de santé, et a souligné le manque scandaleux d'assistance non seulement dans les zones difficiles d'accès de la région sous le contrôle du M23, mais aussi dans les camps de déplacés facilement accessibles et sûrs situés près de la capitale régionale, Goma. En mai 2023, MSF a également alerté sur le nombre particulièrement élevé de victimes de violences sexuelles dans certains de ces camps – une moyenne de près de 50 femmes par jour, la majorité d'entre elles ayant subi des violences au cours des 72 heures précédentes.

Cette initiative a permis de mettre ce sujet au premier plan de l'agenda humanitaire dans le pays, et donc de renforcer au moins partiellement les efforts de prévention et de protection. De manière plus générale, il a été difficile pour les équipes de MSF – et donc pour les services de communication – de recueillir le récit des violences subies par la population dans les zones contrôlées par le M23. Les équipes MSF n'ont pas enquêté de manière proactive sur le massacre de plusieurs centaines de personnes – apparemment le seul de cette ampleur – qui a eu lieu dans la ville de Kishishe en novembre 2022.

Afghanistan

En Afghanistan en 2022, la communication MSF a continué à décrire les conséquences sur la situation sanitaire et humanitaire de la crise économique et sociale qui a suivi le retour au pouvoir des Talibans. Ce fut le cas par exemple en mars 2022, lorsque MSF a alerté sur l'impact d'une grave épidémie de rougeole, dans le contexte d'une situation nutritionnelle déjà précaire, dans ses projets d'Herat et de Lashkar Gah. Tout au long de l'année 2022, les équipes de MSF ont également été confrontées à l'introduction progressive de lois et de normes empêchant les femmes d'accéder à l'éducation, au travail et plus généralement à la vie sociale, et leur imposant des restrictions de mouvements. Le 24 décembre 2022, les Talibans ont annoncé l'interdiction pour les femmes de travailler pour des ONG dans le pays. Dans les jours qui ont suivi cette annonce, les porte-parole de MSF ont exprimé leur vive opposition lors d'interviews dans les médias. MSF a par la suite publiquement condamné cette décision, son impact sur la situation humanitaire et médicale dans le pays, et plus largement l'effacement progressif des femmes et des filles de la vie publique dans le pays, par le biais d'un communiqué de presse, dont la publication a toutefois été ralentie par des discussions intersectionnelles. En janvier 2023, une autre initiative de communication a mis en scène les craintes et les préoccupations du personnel de MSF après l'adoption de cette mesure, dans le but de réaffirmer symboliquement leur importance dans les projets. Lorsqu'en mars 2023, l'interdiction du travail des femmes a été étendue aux agences de l'ONU, MSF a réagi rapidement en publiant une déclaration, d'abord sur en France, puis plus largement en Afghanistan et à l'international.

Iran

En Iran, d'importantes manifestations ont débuté en septembre après la mort d'une jeune femme kurde arrêtée par la police des mœurs à Téhéran pour avoir prétendument violé les règles iraniennes exigeant que les femmes se couvrent les cheveux d'un hijab. Au cours des semaines de manifestations qui ont suivi, des centaines de personnes ont trouvé la mort et des milliers d'autres ont été arrêtées et détenues dans des prisons par les autorités iraniennes. Cette situation a fait l'objet d'une grande attention de la part des médias et MSF a été sollicitée en interne et en externe pour développer des opérations et prendre une position publique. MSF n'étant pas enregistré en Iran, n'a jamais été autorisée à évaluer la situation ou à soutenir les structures de santé au-delà des limites des projets réguliers, et aucun élément de première main n'a pu être recueilli sur les conséquences de la violence, l'utilisation abusive présumée d'ambulances pour arrêter les manifestants et d'autres politiques répressives. Compte tenu de la sensibilité du contexte, l'une des principales préoccupations a également été la sécurité du personnel iranien de MSF qui craignait pour sa sécurité si MSF intervenait dans des activités liées aux manifestations et qui ne s'exprimait même pas sur les événements en interne. Ces événements ont également mis en suspens la diffusion d'un ambitieux documentaire multimédia sur le projet de traitement des toxicomanes, la première tentative depuis de nombreuses années de communiquer à l'extérieur sur les activités de MSF en Iran.

■ Crises sous-médiatisées

Certains contextes d'intervention de MSF soulèvent la question de savoir comment MSF peut contribuer à maintenir une attention soutenue sur des populations vivant dans des conditions critiques persistantes, avec peu d'attention de la part des médias et peu de perspectives d'évolution.

Bangladesh

C'est par exemple le cas des Rohingyas. En août 2022, le cinquième anniversaire des massacres de 2017 dans l'État de Rakhine, qui ont conduit au déplacement de plus d'un million de personnes, a été l'occasion d'une campagne de communication visant à montrer l'impasse de leur situation et la détérioration des conditions médicales et de sécurité dans les méga-camps de réfugiés au Bangladesh. Dans le cadre des projets de Cox Bazar, au Bangladesh, MSF continue d'être témoin direct de l'absence totale de perspectives pour cette population, liée à leur absence de statut, et de la détérioration générale de leurs conditions de vie dans les camps.

Syrie

Une question similaire se pose sur les conditions de vie de centaines de milliers de personnes vivant dans les zones du nord-ouest de la Syrie contrôlées par les opposants au gouvernement de Damas. Les équipes de MSF y interviennent depuis une dizaine d'années pour améliorer l'accès aux soins et réduire l'impact des conditions précaires, avec des restrictions sur les mouvements, l'approvisionnement et l'accès du personnel. MSF est restée réactive dans sa communication sur les besoins humanitaires urgents, tels que les épidémies de Covid-19 et de choléra. En décembre 2022, MSF a renouvelé ses efforts de plaidoyer en faveur d'une extension de la résolution 2642 des Nations Unies, autorisant l'approvisionnement transfrontalier de ces zones à partir de la Turquie.

Palestine

En août 2022, MSF a fait état d'une nouvelle escalade de la violence suite à une nouvelle offensive militaire israélienne sur la bande de Gaza. Au cours de cette offensive de quatre jours, MSF a décrit comment elle a aidé des personnes gravement blessées alors que 49 personnes, dont 17 enfants, avaient été tuées. Après le cessez-le-feu, MSF a également mis en lumière les histoires de patients et l'impact de ce cycle de violence répété sur leur vie et celle de leur famille. Parallèlement à cette flambée de violence, MSF a réalisé une mini-série web de 4 épisodes intitulée "Une jeunesse occupée / Youth under occupation" visant à décrire la vie quotidienne des adolescents sous les blocus et l'occupation. Née dans les années 2000, cette génération a vu sa vie rythmée par les frappes aériennes, l'occupation, les manifestations et les pénuries. A travers le portrait de 4 adolescents, soit blessés eux-mêmes, soit amis ou parents de blessés soignés par MSF, la série décrit comment leurs vies sont envahies de souvenirs traumatiques. Un projet photographique intitulé "Reconstruire des vies après des amputations" a été également organisé avec le photographe Giles Duley, lui-même amputé, qui a donné lieu à deux expositions de photos à Tel-Aviv et à Paris. Enfin, MSF a finalisé un glossaire interne pour expliquer les implications de la terminologie utilisée dans la communication MSF – non pas comme une mesure prescriptive, mais plutôt comme une aide pour les producteurs de la communication MSF.

La détérioration de la situation en Cisjordanie a également été un sujet de préoccupation pour les communications, notamment les vagues de violences exercées par les forces israéliennes autour du projet de Naplouse, en octobre et novembre 2022.

■ Attaques sur les civils

Conformément aux principes "*Telling it as it is*", en 2022, la communication OCP s'est attachée à dénoncer les attaques indiscriminées, voire délibérées, contre les civils. Cela a été le cas, par exemple, lorsque la coalition dirigée par l'Arabie Saoudite a été désignée comme responsable d'une frappe aérienne sur une prison à Saada, au Yémen, qui a tué et blessé des centaines de personnes en janvier 2022, ou lorsque des équipes de MSF ont soigné des enfants blessés après une attaque menée par des avions nigériens sur un village au Niger, en février 2022.

Dans d'autres contextes, il s'est avéré plus compliqué de respecter l'engagement à témoigner des événements auxquels MSF est confrontée sur ses terrains d'intervention.

Au Sahel, cette année encore, MSF n'a pas réussi à se faire entendre à la hauteur de la gravité de la crise et des besoins humanitaires. Au Mali, au Niger et au Burkina Faso, les équipes de MSF interviennent dans des contextes très polarisés et extrêmement violents où les groupes armés, les armées régulières et leurs alliés se livrent à des guerres réelles et de propagande. Les politiques de lutte contre le terrorisme menés par les États ont un impact considérable sur la liberté d'expression, sur les médias, sur les organisations de défense des droits de l'homme ou simplement sur le personnel diplomatique parfois réduit au silence, expulsé ou tué.

Faire état des négociations de MSF avec les groupes armés pour obtenir des garanties d'accès, si c'est toléré à huis clos, devient un sujet controversé si c'est rendu public – ou parfois même au sein des équipes MSF. L'assimilation de certaines parties de la population – notamment le groupe ethnique Fulani – aux groupes armés suscite également des craintes de violence ciblée sur celles-ci, qu'il s'est avéré difficile d'exprimer publiquement.

Dans ce contexte, bien que le portefeuille opérationnel d'OCP soit relativement moins exposé au témoignage direct d'atrocités de masse que celui d'autres centres opérationnels, au moins deux épisodes – l'attaque du village de Moura, au Mali, en avril 2022, et le massacre dans la ville de Nouna, au Burkina Faso, en janvier 2023 – ont illustré la réticence des équipes de terrain à documenter de tels événements, ainsi qu'à en parler comme d'un sujet de préoccupation. Dans les deux cas, le rôle de MSF en tant qu'observateur crédible et impartial de ces événements aurait pu être précieux pour objectiver les faits et fournir une source d'information fiable aux médias, aux chercheurs ou aux organisations de défense des droits de l'homme.

Les discours anti-ONG et la désinformation se sont également répandus dans ces contextes. Par exemple, MSF a été accusée de soigner et de transporter des blessés de l'opposition armée, en octobre 2022 au Mali. Les vidéos d'un influenceur local connu sont devenues virales après qu'une partie de la société civile, encline à des positions anti-françaises et anti-ONG, les a diffusées et amplifiées. Il a fallu de longues discussions entre les centres opérationnels MSF présents au Mali pour que MSF puisse publier une déclaration pour rejeter publiquement ces accusations. Parallèlement, des réunions bilatérales avec les autorités et les acteurs locaux, ont permis d'expliquer l'identité et les activités de MSF et donc de dissiper les idées fausses et mettre fin de facto à la propagation de la désinformation.

Dans un contexte similaire de discours antiterroristes extrêmes, une enquête, menée par une équipe de journalistes de Reuters dans le nord-est du Nigeria et publiée dès décembre 2022, a révélé la responsabilité de l'armée nigérienne dans l'organisation d'avortements forcés à grande échelle sur des femmes ayant survécu à des violences sexuelles lors de leur

enlèvement par des groupes armés, ainsi que d'assassinats ciblés de bébés et d'enfants. L'enquête de Reuters a été rejetée par les autorités nigérianes et n'a pas suscité d'indignation significative au sein de la communauté humanitaire. Malgré la longue présence des équipes de MSF dans la région, les examens préliminaires internes n'ont révélé aucun élément de première main permettant de confirmer ou d'infirmer ces indications, et la position officielle de MSF a été de s'abstenir de tout commentaire public sur la question.

Les dilemmes et les choix difficiles illustrés par les exemples ci-dessus ne sont pas nouveaux pour MSF : il s'agit d'une contrainte inhérente à son mandat, qui consiste à déployer des équipes de terrain dans des situations de crise, tout en prenant la parole pour témoigner. Ce mandat n'est pas nécessairement remis en question par le choix de rester silencieux à certains moments, mais il l'est lorsque MSF accepte de garder le silence sur des exactions de masse ou de la violence indiscriminée comme une condition normale d'intervention, sans le remettre en question. S'abstenir de prendre la parole ne devrait pas être considéré comme une décision sans conséquence, et elle ne doit en tout cas pas être prise par l'équipe de terrain seule.

Il est particulièrement inquiétant de constater que la propension à demander des "analyses de risque" préalables à la communication publique s'est accru au cours des dernières années. Cette tendance se traduit souvent par un refus des controverses publiques consécutives à une communication percutante. Elle occulte également les risques liés à la décision de ne pas communiquer, tels que la perception de complicité de crimes de masse ou de partialité par l'une ou l'autre des parties en guerre.

De ce point de vue, les équipes de communication se sont efforcées de préserver – ou de créer, lorsqu'ils faisaient défaut – des espaces de partage d'informations, d'analyses, d'opinions ou de craintes, en provenance des équipes opérationnelles, et de permettre des discussions collectives afin d'orienter les choix. Mais la création de tels espaces s'est avérée plus difficile entre centres opérationnels.

■ Migrations

La communication sur les migrations est restée l'un des thèmes prioritaires d'OCP et de la communication de MSF-France au cours de l'année écoulée.

La communication a continué à se concentrer sur la migration en Europe et sur les différents endroits où MSF est témoin de l'impact des politiques de l'Union Européenne basées sur l'externalisation des frontières, le harcèlement et la violence à l'encontre des migrants et la criminalisation des aidants. L'accent a notamment été mis sur les mineurs non accompagnés en France, qui continuent d'être confrontés à l'exclusion, aux violations de leurs droits et au manque d'accès aux soins de santé. Parmi les nombreuses initiatives de communication, la production d'une série de 4 courtes vidéos web "A la maison" parues en janvier 2023 vise à contrecarrer le discours de stigmatisation des jeunes migrants et à "humaniser" leurs histoires, en montrant leur vie autour du projet MSF à Pantin. De même, un podcast a été réalisé sur les histoires de jeunes migrants pris en charge dans le projet MSF à Marseille. MSF s'est également associée à des initiatives conjointes menées par d'autres organisations en France, comme l'initiative de mobilisation à Paris organisée par Utopia 56 en décembre 2022, lorsque des dizaines de tentes ont été installées devant le Conseil d'État, pour demander une solution d'hébergement et de protection pour 400 mineurs vivant sous un pont depuis des mois. Si la mobilisation a permis d'obtenir au moins une solution d'hébergement temporaire pour la majorité d'entre eux pendant la saison hivernale, elle a également soulevé des inquiétudes en interne quant à la légitimité d'imposer une action de plusieurs jours à des

jeunes, dans des conditions de vie encore plus précaires que celles qu'ils connaissaient auparavant, et ce sans résultat durable.

MSF-France a également soutenu la diffusion de contenus sur les activités de recherche et de sauvetage menées par OCA en Méditerranée centrale. L'élection d'un gouvernement d'extrême droite en Italie a entraîné de nouvelles contraintes juridiques et des blocages pour les ONG opérant en mer. En novembre 2022, après que l'Ocean Viking, opéré par l'ONG SOS Méditerranée, a dû débarquer ses passagers secourus à Toulon, au lieu d'un port en Italie, une grande campagne de désinformation et des attaques publiques ont eu lieu en France, y compris à l'encontre de MSF. Parallèlement, il s'est avéré difficile d'obtenir une stratégie claire de la part d'OCA sur la manière d'exploiter les activités de Geo Barents et les blocages illégaux pour mobiliser les acteurs politiques français et/ou de l'Union Européenne. MSF France a alors pris la tête d'initiatives dans ce sens, y compris auprès d'autres bureaux de MSF, par exemple par le biais de papiers d'opinion, comme celui de novembre 2022, cosigné par la présidente de MSF-France, visant à rétablir les faits et à appeler les dirigeants européens à cesser d'alimenter les discours xénophobes et la désinformation.

Dans le même esprit, la communication OCP a plaidé pour la création d'options sûres et légales pour les migrants de Libye qui continuent d'être victimes de détentions arbitraires et de violences physiques et psychologiques extrêmes. En juin 2022, MSF a soutenu le lancement du rapport "Out of Libya" et les négociations de corridors humanitaires avec les pays de l'Union Européenne et de l'Amérique du Nord, accompagnés d'une activité médiatique significative qui a permis une bonne reprise en France.

Enfin, le contexte migratoire en Amérique centrale et à la frontière avec les États-Unis a continué d'être un sujet important pour la communication MSF en général, et pour OCP en particulier. Par exemple, en août 2022, un dossier de communication a été co-produit avec MSF USA pour illustrer le parcours des migrants haïtiens dans la jungle du Darien et la politique de rapatriement forcé menée par l'administration américaine, établissant ainsi un lien significatif entre le témoignage de première main de la situation en Haïti et les politiques migratoires néfastes mises en œuvre aux États-Unis.

■ Sujets médicaux et crises liées au changement climatique

La communication MSF a contribué de manière significative à mettre en lumière une crise de malnutrition négligée et particulièrement grave dans le nord-ouest du Nigeria. Au cours du printemps et de l'été 2022, différentes initiatives de communication ont soutenu les efforts de plaidoyer de MSF pour expliquer et documenter l'extrême gravité de la crise nutritionnelle qui sévit dans cette région du Nigéria, et pour l'inclure dans les priorités du système de l'aide humanitaire, au niveau national et régional. Parmi les outils développés, en parallèle de plusieurs communiqués de presse et articles d'opinion, figure un documentaire de 24 minutes, "La peur au ventre / Lucky to be alive", qui dépeint la réalité des femmes dans l'Etat de Katsina, où le manque chronique d'accès à une alimentation suffisante et aux soins de santé est aggravé par l'augmentation de l'insécurité – meurtres, enlèvements et pillages perpétrés par de soi-disant "bandits". Ce documentaire a également été l'occasion d'organiser des événements de plaidoyer, à Dakar et à Paris, afin d'appeler à une mobilisation internationale. À la fin de l'année 2022, une augmentation de l'aide humanitaire ainsi qu'un engagement accru des donateurs ont été observés dans la région.

Un effort symétrique de visibilité a également été apporté dans le sud du Niger, en particulier autour du projet de MSF OCP dans la région de Maradi, où le nombre d'enfants venant de Katsina était particulièrement élevé. Les visites des médias ont été facilitées, et des contenus

tels que des dessins animés et des infographies ont été produits pour parler du parcours des mères et des raisons pour lesquelles elles devaient se rendre à Maradi pour obtenir une prise en charge de leurs enfants.

Dans ces deux contextes, les principes clés exprimés dans la vision "*Telling it as it is*" ont été respectés : exercer une influence et assumer un rôle de témoignage en produisant des communications factuelles, spécifiques et basées sur le terrain, et en donnant la parole aux bénéficiaires, mais aussi aux collègues recrutés localement et aux gens ordinaires, pour qu'ils racontent la situation de leur point de vue et avec leurs propres mots.

Le Malawi a connu cette année plusieurs situations d'urgence pour lesquelles les équipes ont été mobilisées. Depuis mars 2022, le nombre de cas de choléra n'a cessé d'augmenter pour atteindre un an plus tard plus de 56 000 personnes touchées par la maladie et 1 700 décès, ce qui en fait la plus grande épidémie de l'histoire du pays. En termes de communication, cette épidémie a pu être rendue quelque peu visible en attirant l'attention des médias (notamment des médias sud-africains mais aussi français comme Le Monde, Arte, etc.) et en prenant le Malawi comme exemple de la pénurie mondiale de vaccins contre le choléra et des conséquences médicales sur les populations.

En septembre, les équipes de MSF sont intervenues en Ouganda pour lutter contre l'épidémie d'Ebola qui s'est déclarée dans la région de Mudende. La communication s'est concentrée sur les défis médicaux et opérationnels posés par la souche soudanaise impliquée dans cette épidémie. L'absence de vaccins et de traitements, disponibles pour la souche Ebola Zaïre, a une fois de plus mis en évidence les difficultés de la réponse à cette maladie. Comme pour toutes les épidémies d'Ebola, la communication vis-à-vis de la population est également une préoccupation majeure pour que les activités soient bien comprises et acceptées, ce qui a également fait l'objet d'une attention particulière (production de vidéos, etc.). Deux mois après la déclaration de l'épidémie, aucun nouveau patient n'a été détecté et l'épidémie a pris fin, bien que de nombreuses lacunes aient été identifiées dans la réponse globale. Cette fin plus rapide que prévu a également rappelé le casse-tête épidémiologique et les nombreuses inconnues qui continuent d'entourer ces épidémies de virus Ebola.

Conformément à l'une des orientations fortes du plan stratégique d'OCP, la communication MSF a continué de soutenir l'illustration d'approches centrées sur le patient.

La tuberculose est restée l'une des priorités d'OCP. MSF a diffusé les résultats importants de l'étude Practecal menée par OCA, démontrant l'efficacité de nouveaux protocoles thérapeutiques contre les formes résistantes de la maladie, et a apporté son soutien à la visibilité publique des étapes clés des études endTB et endTB-Q, dont les principales conclusions sont attendues pour le premier trimestre 2023.

OCP a poursuivi sa recherche de moyens efficaces pour décrire les conséquences de la crise climatique sur les populations les plus vulnérables. Depuis juin 2022, des inondations massives dues aux fortes pluies de mousson ont touché de nombreuses régions du Pakistan et inondé environ un tiers du pays. OCP a initié des réponses d'urgence en août à Charsadda et Nowshera pour nettoyer et réparer les installations d'eau, mettre en place des activités d'eau hygiène assainissement et des cliniques mobiles, et distribuer des kits de secours et des articles non alimentaires. Dans l'ensemble, la présence de MSF reste limitée et il a fallu faire face à de nombreux défis pour développer des activités, notamment des problèmes liés à l'obtention des visas. Par conséquent, la campagne de communication s'est principalement concentrée sur la description des activités de MSF dans les différentes régions du pays. Parallèlement, la communication OCP a tenté de décrire l'évolution des opérations d'urgence liées aux catastrophes naturelles au cours des dernières années, mais l'analyse n'a pas permis d'identifier une tendance évidente pour élaborer une prise de position publique.

■ Rendre les communications de MSF plus diversifiées et plus inclusives

Les efforts pour rendre la communication MSF plus humaine et respectueuse des patients, et plus représentative de la diversité du personnel, se sont poursuivis en 2022, en tant qu'un des sept domaines clés du plan d'action DEI (Diversité Équité Inclusion) rédigé par l'ExCom. Le document "*Guide to Diversity, Equity and Inclusion (DEI) in MSF Comms*", élaboré par un groupe de travail dédié en 2021 et approuvé par la plateforme des directeurs de la communication, représente une base de référence pour améliorer la culture de communication de MSF. Ces principes doivent être désormais inclus dans la pratique quotidienne de la communication, de ses choix et de ses dilemmes.

Pour cela, une série d'ateliers thématiques ont été organisés au second semestre 2022 au sein du département Communication de MSF-France, avec la participation de membres d'autres départements. Des exemples concrets de communications passées et actuelles y ont été analysés pour définir quelques principes et se positionner sur quelques questions fondamentales (Sur quoi communique-t-on ? Qui communique ? Comment communique-t-on ? Cette communication est-elle accessible ?). Les résultats de ce travail sont en cours de finalisation, et seront partagés au sein de MSF-France et au-delà, en 2023, dans le but de les faire vivre par la discussion et l'appropriation.

Depuis le printemps 2022, une controverse publique s'est déclenchée au sujet de l'utilisation et/ou de la mise à disposition d'images problématiques prises dans le cadre des projets de MSF. Ce débat interne et externe a fait suite à la publication d'images de survivants mineurs de violences sexuelles dans l'est de la RDC, issue d'une collaboration entre MSF-OCG et Magnum. Cela a conduit à un examen plus approfondi des pratiques de MSF en matière d'utilisation d'images et à des allégations de représentations racistes et discriminatoires de ses bénéficiaires. Il est apparu que des bases de données d'images en ligne et des agences photographiques mettaient à disposition – souvent pour la vente – des images problématiques prises par des photographes et des journalistes dans le cadre de projets de MSF au cours des dernières décennies.

La plateforme des directeurs de la communication a donc lancé plusieurs actions visant à résoudre ce problème, parmi lesquelles l'accélération de la révision déjà en cours des photos existantes dans la base de données de MSF, des prises de contact avec les médias et les agences photographiques afin de signaler les images problématiques et de demander leur retrait, la révision des contrats et des politiques de briefing pour les photographes et les médias. Cette question complexe nécessitera du temps pour être pleinement traitée.

Les lignes directrices relatives à la production audiovisuelle ont également été mises à jour, afin de restreindre et de renforcer les exigences en matière de consentement pour les mineurs et les catégories particulièrement vulnérables. Sur ce dernier point, OCP a soutenu une approche basée sur des discussions ouvertes entre les personnes en charge de la communication et des experts en éthique et en utilisation de l'image, afin d'éviter des restrictions généralisées qui seraient dictées par des considérations de réputation. Si le respect de la dignité et de la confidentialité des patients n'est pas négociable, les limites d'utilisation d'images doivent également être mises en balance avec le rôle de témoignage de MSF et l'utilisation d'images pour sensibiliser et créer un sentiment d'urgence parmi le public.

9. Les Ressources Humaines

■ 2022 : une année d'activité record... et une réponse RH globalement à la hauteur des besoins

Après une année 2021 déjà fortement marquée par un volume d'activités élevé, alimentée par une forte réponse aux urgences, 2022 voit de nouveau le nombre de postes dans les équipes terrain en nette augmentation :

10% de plus dans nos équipes basées localement et 9% de plus pour les postes de personnels mobiles internationaux, ce qui correspond à la plus haute croissance d'effectif de tout le mouvement MSF.

Ce résultat est la conséquence directe d'une hausse soutenue des activités opérationnelles portée par nos projets réguliers, mais surtout, par de nombreuses interventions d'urgences. En premier lieu, l'Ukraine a massivement mobilisé nos personnels internationaux avec 211 départs tout au long de l'année. D'autres urgences comme le Nigeria, Haïti, Madagascar, la RDC, le Pakistan, l'Ouganda ou les pays de la bande sahélienne ont également marqué l'année par le volume et la complexité du déploiement RH.

Outre les contraintes sanitaires liés au Covid, ou à Ebola dans une moindre mesure, des paramètres tels que le « risque nucléaire » en Ukraine, les évacuations soudaines à Haïti, ou encore le « profilage » dans la bande sahélienne ont particulièrement compliqué les modalités de déploiement, en mettant une pression forte et constante sur notre capacité à répondre aux besoins RH.

Cette intense sollicitation interroge nos limites de capacité et confirme l'importance d'une réflexion sur la croissance tout autant que le besoin d'une transformation en profondeur de nos politiques pour toujours mieux recruter, développer, accompagner, former nos ressources humaines.

■ Ainsi, les projets de transformation pilotés du Siège se poursuivent et pour certains aboutissent à des résultats encourageants :

- **Le travail de mise à plat et renforcement de la filière médicale et paramédicale** aboutit à la création d'un comité de suivi interdisciplinaire (RH/Médical/Opérations) qui favorise une identification et une résolution efficace des fragilités concrètes de la filière. Entre autres pistes de travail, la diversification des profils accédant aux postes de leadership médical, le développement des parcours individuels et la valorisation de l'expertise clinique.
- **L'évolution du modèle de composition des équipes sur le terrain** progresse en faveur d'une plus forte mobilité interne avec une meilleure mixité entre internationaux et nationaux à différents niveaux de notre effectif. En particulier, un accès plus important des nationaux à des postes de coordination et davantage d'opportunités de placement sur des postes à faible niveau de responsabilité pour les internationaux qui débutent leurs parcours au sein du mouvement.

- Par ailleurs, nous avons élaboré une proposition de politique de rémunération et avantages sociaux destinée à accompagner les personnels mobiles internationaux expérimentés, désireux de s'établir dans leur propre pays de résidence tout en poursuivant leur engagement pour MSF.
- **La plateforme d'apprentissage en ligne appelée TEMBO** voit une progression exponentielle des connexions depuis sa création en 2020 : en 2022 c'est près d'un tiers de nos personnels qui sont actifs sur la plateforme, ce qui représente près de 1000 connexions par mois. Autrement dit, 8% de nos salarié.e.s se connectent chaque mois sur TEMBO. Il s'agit d'un grand pas dans la direction d'une plus grande égalité de traitement du personnel en matière d'apprentissage et développement.
- **Les plateformes de support RH établies à Dakar ou à Dubaï** dans une dynamique de décentralisation et de mutualisation des moyens continuent de renforcer nos capacités de recrutement et de développement des parcours, pour les personnels issus d'Afrique de l'Ouest et du Moyen Orient. Cette année, nous avons notamment organisé un meilleur accès à l'offre de mentoring et de coaching de MSF à destination de nos collègues de la région.
- **Notre nouvel SIRH**, appelé LIGO (sur le périmètre fonctionnel de la gestion administrative, des données personnelles des salarié.e.s, de la paie, des postes à pourvoir et du recrutement mais aussi des déplacements et de la gestion de l'accès aux formations) est sur le point d'être déployé grâce aux efforts soutenus d'une équipe projet aussi robuste que motivée. Il passera en production en mai 2023. C'est un changement majeur qui s'annonce grâce à cet outil de toute dernière génération qui sera accessible y compris depuis le terrain. Il permettra à tous les personnels du siège à Paris et aux mobiles internationaux d'accéder à leurs données personnelles et pièces administratives en temps réel, ainsi qu'aux postes à pourvoir.
- **Rémunération et avantages sociaux : un contexte très tendu en 2022 et de nombreux ajustements salariaux nécessaires**
 La guerre en Ukraine et son impact économique ont eu un retentissement fort sur le niveau d'inflation en Europe mais aussi sur les coûts de matières premières dans bon nombre de nos terrains d'intervention, déjà fortement impactés par une inflation souvent élevée. 2022 a exigé un travail d'ajustement des grilles salariales dans une majorité de nos terrains de mission où notre attention se porte en priorité sur les salaires les plus bas (Les augmentations mises en œuvre ou planifiées en 2022 dans 20 de nos missions s'échelonnent entre +10 et +20% en moyenne).
 Au siège parisien, c'est une augmentation totale de +7,9% des grilles (+5,2% au 1^{er} avril 2022 et +2,6% au 1^{er} novembre 2022) qui a été négociée avec les représentants du personnel (CSE) en 2022.
 Un chantier de redéfinition de la méthode de calcul du minimum salarial sur nos terrains de mission doit aboutir en 2023. Il s'agit de s'assurer que tous les employé.e.s de MSF aient un salaire leur permettant de subvenir aux besoins élémentaires de leur famille et de faire face aux dépenses imprévues.

■ Le dialogue social : une priorité désormais à l'agenda conjoint des RH et des Opérations

Si la relation sociale est plutôt bien organisée et dynamique au siège parisien – avec un CSE (Comité Social et Economique) et des Délégués Syndicaux actifs – tout comme dans environ la moitié de nos pays de missions, en revanche nous faisons le constat que le dialogue social n'est pas toujours suffisamment animé et que la consultation du personnel sur des sujets qui le concernent et l'impactent est globalement insuffisante.

Aussi ce sujet est-il considéré comme une priorité conjointe pour la direction des RH et des Opérations qui s'engagent à un plan d'actions commun pour 2023.

■ Diversité, égalité et inclusion : une forte volonté institutionnelle et de premières actions tangibles

Des ambitions claires et lisibles sont formulées en 2022 :

- Limiter les écarts de traitement entre et parmi les différentes catégories de personnel.
- Assurer un accès plus équitable à l'information, aux ressources et aux opportunités RH pour l'ensemble du personnel.
- Renforcer la mixité des profils individuels et professionnels dans la composition des équipes.
- Favoriser la mise en place d'un environnement de travail sain et coopératif.
- Promouvoir des comportements éthiques et responsables au sein des équipes.

Que cela concerne le genre ou la diversité et l'inclusion plus largement, il ne s'agit pas d'une volonté de changer les sociétés dans lesquelles nous intervenons mais bien de détruire les barrières et obstacles internes et structurels créés par l'organisation. Cela doit se faire au regard d'une analyse et d'une cartographie des discriminations dans les différents contextes d'intervention, qui nous permettra de savoir d'où l'on part et vers quoi nous pouvons tendre, et de mettre en perspective les actions à mettre en œuvre.

La Rewards Review (revue des traitements et salaires), vaste projet international entamé en 2018, et qui vise à améliorer le traitement des salarié.e.s, est une priorité conjointe des directeurs généraux, opérationnels et RH du mouvement. Elle vise principalement à réduire les inégalités de traitement salarial et les disparités en matière d'avantages sociaux entre les catégories de personnels (par exemple l'accès à la santé, les droits à la retraite ou même, comme évoqué plus haut, le minimum salarial).

En outre, nous engageons un dialogue direct avec les communautés de salarié.e.s particulièrement sensibilisé.es à certaines formes de discrimination, recensées et mesurées dans l'édition 2021 de notre Baromètre Social. Nous sommes à l'écoute des propositions et réflexions portées notamment par le Rainbow Network de MSF France (communauté de salarié.e.s LGBTQIA+ du mouvement) qui porte une attention particulière à lutter contre la discrimination subie par nos patient.e.s et bénéficiaires sur le terrain.

Dans le registre du handicap, nous avons inauguré en 2022 un groupe de travail composé de salarié.e.s porteu.r.se.s de handicap et sensibles à l'amélioration de la qualité de vie au travail pour tous.tes. Des propositions seront formulées et mises en œuvre en 2023 pour le Siège et l'ambition est d'inviter les terrains à élaborer un dialogue similaire avec leurs équipes.

■ Qualité de vie au travail et support psychologique aux équipes

Nos équipes sont parfois exposées à une charge mentale et un stress importants en raison de la nature et des conditions de nos opérations et nous sommes très attentifs à apporter un support psychologique aux salarié.e.s qui en ressentent le besoin, mais aussi lorsqu'un contexte se dégrade ou que survient un incident de sécurité.

L'unité de support psycho-social (PSU), composée de psychologues cliniciens expérimentés est répartie dans plusieurs zones géographiques permettant de couvrir les besoins, notamment de langue et de fuseaux horaires, et intervient aussi bien auprès des personnels internationaux que nationaux. En 2022, ce sont non moins de 2 150 entretiens qui ont été produits.

En 2022 ont été conduits des ateliers visant à améliorer la prévention et la prise en charge des cas de comportements abusifs au sein de notre association. Nous sommes engagés collectivement à faire évoluer nos pratiques de manière à ce que l'environnement de travail de nos salarié.es permette à chacun.e de travailler sereinement.

■ En quelques chiffres, 2022 ce sont...

- 9220 ETP (Equivalents Temps Plein) employés sur nos terrains soit une augmentation de près de 10% en 2022
- 862 ETP de personnels mobiles internationaux (+10%), dont 38 ETP pour la mission de MSF en France.
- 2052 départs de personnels mobiles internationaux (en augmentation de 20% par rapport à l'année précédente).
- 392 premiers départs en mission sur l'un de nos programmes opérationnels à l'international et 92 premiers départs d'anciens membres du personnel national (+55%).
- 2800 personnes ont suivi une formation internationale. La moitié étaient des personnels nationaux et de siège, l'autre moitié des personnels mobiles internationaux.



©Mariana Abdallah/MSF

Rapport du Trésorier 2022

Rapport du Trésorier

■ Le rendu de compte financier de MSF France

Le rapport financier consolidé du groupe MSF France offre une synthèse complète des activités, des résultats, du patrimoine et de la trésorerie de toutes les entités de Médecins Sans Frontières en France. Il est basé sur les états financiers combinés, qui sont similaires aux comptes consolidés des sociétés d'un même groupe pour les organisations à but non lucratif. Les comptes des sections américaine, australienne et japonaise de MSF, qui forment avec l'association MSF France le groupe OCP (Centre Opérationnel de Paris), ne sont pas inclus dans les états financiers du groupe MSF France. Cependant, le groupe OCP établit chaque année un budget consolidé de ses activités pour refléter sa contribution au mouvement Médecins Sans Frontières.

Les comptes annuels du groupe MSF France, de l'association Médecins Sans Frontières, de la Fondation Médecins Sans Frontières, d'Epicentre et de MSF Logistique ont été vérifiés et certifiés par les commissaires aux comptes Ernst & Young Audit. Le trésorier de l'Association arrête les comptes annuels de l'Association et du groupe MSF France. Ces comptes, ainsi que les comptes annuels de toutes les entités du groupe MSF, sont disponibles sur notre site internet www.msf.fr et peuvent être obtenus sur demande auprès de notre siège parisien.

■ Les activités de MSF France et leur financement

➤ Vue synthétique des comptes combinés annuels de MSF France

Les emplois et ressources combinés de l'année 2022

En millions d'euros	2022	2021	Variation		dont ressources issues de la générosité publique (GP) en 2022	
					Collectées	Affectées
Ressources privées issues de la recherche de fonds	399,8	357,1	42,7	12%	392,6	
Ressources institutionnelles	4,0	6,5	-2,6	-40%		
Autres ressources	120,0	102,0	18,0	18%		
Total ressources	523,7	465,7	58,0	12%	392,6	
Reprises de provisions	8,2	3,0	5,3	176%		
TOTAL PRODUITS	532,0	468,7	63,3	14%		
Dépenses de missions sociales	487,1	403,8	83,3	20,6%		367,8
<i>dont dépenses de missions</i>	<i>351,4</i>	<i>283,2</i>	<i>68,2</i>	<i>24%</i>		
Frais de recherche de fonds	17,7	16,4	1,4	8,3%		16,2
Frais du fonctionnement	27,1	20,6	6,5	32%		11,2
Total emplois	532,0	440,8	91,2	21%		395,2
Dotations aux provisions	4,5	7,6	-3,1	-41%		
TOTAL CHARGES	536,5	448,4	88,0	20%		
Variation des fonds dédiés	-3,3	-1,4				-2,1
Investissements de l'année						-4,6
EXCÉDENT / DÉFICIT	-7,8	18,8			-9,4	
Réserves disponibles	164,6	171,1				
<i>dont ressources de générosité publique non utilisées</i>	<i>63,2</i>	<i>72,6</i>				
Réserves disponibles en mois d'activité	3,7	4,7				

Les revenus combinés ont augmenté de 14% pour atteindre 532 M€, principalement en raison d'une croissance de 10% des financements reçus du mouvement MSF, représentant 26,6 M€ de ressources privées supplémentaires. MSF France a par ailleurs collecté 16 M€ additionnels de dons et contributions directes des particuliers et des entreprises.

Pendant la même période, les dépenses combinées ont augmenté de 20%. Cette évolution est marquée par une augmentation significative des dépenses opérationnelles de 68,2 M€, à laquelle s'ajoute une croissance de 15,1 M€ des coûts liés aux activités de MSF Logistique et Epicentre avec les autres centres opérationnels de MSF.

MSF France enregistre ainsi un déficit de 7,8 M€ financé par les réserves disponibles de l'ensemble combiné qui s'élèvent à 164,6 M€ au 31 décembre 2022. Cela équivaut à 3,7 mois d'activité (contre 4,7 mois fin 2021), un niveau suffisant pour garantir la continuité des secours sur le terrain, faire face aux risques associés aux activités et financer les investissements.

Les ratios d'emploi des fonds restent stables, démontrant ainsi la capacité de MSF France à développer ses missions sociales tout en soutenant activement la collecte de fonds et en encadrant ses dépenses de fonctionnement. Sur 100 euros employés, 94,2 euros l'ont été pour les missions sociales, 4,2 euros pour la recherche de fonds en France, 2,8 euros pour le fonctionnement et 1 euro pour les investissements.

➤ **Les activités du groupe MSF France**

Les dépenses liées aux missions sociales s'élèvent à 487,1 M€, enregistrant une augmentation de 83,3 M€ principalement due à l'importante croissance de 68,2 M€ des dépenses de missions représentant une croissance de 21% en 2022. Ces dépenses englobent les coûts des opérations menées en France et à l'étranger, le soutien opérationnel, l'information et la sensibilisation du public, ainsi que les dépenses liées aux activités des satellites et les financements accordés à d'autres organisations humanitaires. Les dépenses liées aux opérations missions de l'Association sont détaillées dans une section spécifique du présent document.

Les dépenses opérationnelles connaissent une augmentation très significative de 68,5 M€, atteignant 351,4 M€ (contre 283,2 M€ en 2021). Elles représentent désormais 66% des coûts combinés, soit 2 points de plus que le ratio de 2021. Ces 351,4 M€ sont attribués aux opérations de MSF France, tandis que 17,9 M€ sont alloués aux dépenses engagées par le groupe MSF France pour le compte des autres centres opérationnels de MSF. Ces dernières augmentent de 13% et correspondent aux frais salariaux du personnel expatrié sous contrat français, facturés aux autres sections. L'Association contribue à hauteur de 81,4 % des dépenses opérationnelles totales, MSF Logistique pour 17,2 %, Epicentre pour 1,4 %.

Les dépenses liées à la recherche de fonds ont augmenté de 8,3 %, ce qui représente un investissement supplémentaire de 1,4 M€ sur l'année. Cet investissement vise à acquérir de nouveaux donateurs, renforcer les dons réguliers grâce à des opérations de collecte dans la rue, développer des partenariats avec les entreprises, explorer de nouveaux canaux de collecte et poursuivre la digitalisation des campagnes d'appel aux dons, tout en favorisant une communication multicanale avec les donateurs.

Les coûts de fonctionnement incluent en 2022 les dépenses liées aux activités opérationnelles de WaCA (West & Central Africa), la nouvelle unité opérationnelle de MSF basée en Côte d'Ivoire, pour

un total de 2,8 M€. Les coûts de fonctionnement du groupe, hors WaCA, s'élèvent à 24 M€ contre 18,6 M€ en 2021, représentant 5,1% dépenses totales de l'année (4,7% en 2021). Ces coûts englobent principalement les frais d'administration générale des entités du groupe ainsi que la contribution de MSF France au fonctionnement du Bureau International du mouvement MSF. En 2022, hors WaCA et nettes des produits de facturation aux autres sections MSF et de la production immobilisée au titre des projets activables, les dépenses de fonctionnement combinées augmentent de 3,3 M€ dont 1,3 M€ imputables à MSF Logistique et 2 M€ à l'Association MSF.

➤ **Le financement des activités du groupe MSF France**

La majeure partie du financement de MSF France provient de **fonds privés** collectés par la Fondation, l'Association et les autres sections du mouvement MSF. Ces fonds privés sont complétés par des **financements institutionnels**, les **revenus des activités des satellites** (ventes de MSF Logistique et services d'Epicentre à d'autres sections du mouvement ou à d'autres organisations humanitaires), et d'autres ressources (refacturations entre les sections MSF, revenus des placements financiers, gains liés aux fluctuations de change et autres produits exceptionnels).

Les ressources provenant de la recherche de fonds sont à 99 % d'origine privée. Les fonds privés ont augmenté de 12% sur l'année, soit une hausse de 42,7 M€ par rapport à 2021. Cette croissance s'explique principalement par une augmentation de 26,7 M€ des dons collectés par les autres sections de MSF et reversés à MSF France, par 7,1 M€ de collecte additionnelle en France. Les contributions du mouvement MSF totalisent 294,5 M€, soit 74 % du total des ressources privées issues de la recherche de fonds du groupe. Cette augmentation est principalement due à la section américaine. Le financement accordé par MSF USA s'élève à 207,7 M€ en 2022 contre 188,3 M€ en 2021, soit une croissance de 19,5 M€ (+10%). Les collectes directes de MSF France en France et aux Émirats arabes unis s'élèvent à 105,3 M€, en croissance de 18%. Elles contribuent pour 25% aux ressources privées combinées.

Les ressources institutionnelles s'élèvent à 4 M€. La décision prise par le mouvement MSF en 2016 de suspendre l'acceptation de fonds publics de l'Union européenne ou de ses États membres a continué de s'appliquer en 2022, ce qui explique la part très limitée des subventions et autres contributions publiques dans les ressources totales de MSF France.

Parmi les autres ressources, les revenus issus des activités des satellites liées aux missions sociales représentent une part stable de 19% des produits combinés. Ils ont augmenté de 12,3 M€ par rapport à 2021. Ils s'élèvent à 102,4M€ correspondant à un niveau d'activité soutenu.

Les autres ressources de l'exercice s'élèvent à 17,5 M€, en croissance de 5,7M€ par rapport à 2021. Cette évolution s'explique pour 3,7 M€ par les produits de facturation aux autres sections MSF des activités de fonctionnement prises en charge par l'Association MSF et par l'activité d'Epicentre avec le mouvement, pour 1,2 M€ par la reprise en compte de résultat de la subvention d'investissement relative à l'immobilier de Mérignac, pour 0,4 M€ par le produit exceptionnel lié à l'extinction d'une retenue de garantie et pour 1 M€ par les produits financiers et gains de change additionnels.

➤ **Focus sur les opérations de l'Association**

En 2022, l'Association a mobilisé 310,9 M€ pour ses opérations (hors interventions de WaCA). Ceci représente 106 projets déployés dans 34 pays et une augmentation annuelle de 18% des dépenses de missions (soit + 47,6 M€ dont 11 M€ imputables à une évolution défavorable des taux de change).

Les dépenses d'opérations de l'Association englobent les coûts des missions sur le terrain, de la coordination, des soutiens régionaux ainsi que les études menées par Epicentre. Les projets et coordinations totalisent 295 M€, dont 56 M€ pour les coordinations. En 2022, la part des dépenses liées aux coordinations, aux bases arrière et autres supports a augmenté de 14,4 M€ pour représenter 20% du total, soit une hausse de deux points par rapport à 2021.

Un total de 35 M€ des dépenses (soit 73%) est concentré dans quatre pays : Nigéria, République Démocratique du Congo, Haïti et Ukraine.

Huit pays contribuent à hauteur de 52 M€ à la croissance des dépenses annuelles :

- Nigeria (+16 M€, dont 11 M€ pour l'urgence de Katsina et 3 M€ pour les interventions dans le Borno et à Jahun)
- République Démocratique du Congo (+ 7 M€, dont 6 M€ consacrés à la rougeole),
- Haiti (+ 6 M€ dont 2 M€ additionnels pour Tabarre et 3 M€ pour Cité Soleil)
- Ukraine (+ 6 M€ en réponse au conflit)
- Soudan (+ 5 M€, dont 1,5 M€ pour le Nord Darfour, 1,1 M€ pour l'orphelinat de Mygoma et 2,4 M€ sur les coordinations)
- Tchad (+ 4 M€, répartis entre les conflits de l'année et les urgences épidémiques)
- Soudan du Sud (+ 4 M€ dont 3.6 M€ pour les projets à Aweil et Old Fangak),
- Ouganda (+ 4 M€, dont 3 M€ d'intervention Ebola et 0,8 M€ pour la prise en charge de réfugiés de RDC).

A l'inverse, trois pays cumulent une baisse de 9 M€ des dépenses de l'année :

- Niger (- 3 M€ sur l'urgence nutritionnelle)
- Liban (- 3 M€, en lien avec les projets fermés en 2021 et la réduction des activités de Zahle)
- République Centrafricaine (- 3 M€, liée à la fermeture en 2021 de Paoua).

L'évolution des volumes financiers de ces onze pays justifie ainsi 90% de la variation des dépenses d'opérations de 2022.

En termes de répartition géographique, la région MENA (Moyen-Orient et Afrique du Nord), comprenant l'Iran, l'Irak, la Jordanie, le Liban, la Libye, la Palestine, la Syrie et le Yémen, représente 22% des dépenses de projets, soit un total stable de 69 M€. Par ailleurs, le Tchad (13 M€), la République centrafricaine (15,9 M€), le Soudan du Sud (17,2 M€), la République démocratique du Congo (21,1 M€) et le Nigéria (qui à lui seul concentre 30,4 M€ des dépenses de l'année) représentent ensemble 31% des coûts de projets. Consolidés avec ceux de la région MENA, ces pays mobilisent 54% des dépenses d'opérations et 51% du personnel déployé sur les missions.

En termes de contextes d'intervention, les projets en réponse à des conflits armés ou dans des contextes post-conflits instables représentent une part stable de 60% des dépenses de projets. En valeur absolue les dépenses de ces projets totalisent 142M€ contre 121 M€ en 2021 (soit +17%). Les autres projets déployés dans des environnements stables représentent 40% du total des coûts projets, soit 98 M€, en hausse de 15% par rapport à 2021. Ils concernent principalement la prise en charge des épidémies, des maladies spécifiques et des soins spécialisés.

Les urgences de 2022 ont mobilisé 56,8 M€, soit 14,5 M€ de plus qu'en 2021 et 18% des dépenses totales d'opérations. En nombre, la part des projets d'urgence diminue de 45% à 38% en raison de la réduction des interventions liées à la Covid-19. Celles-ci totalisent 4,5 M€ des dépenses annuelles contre 20,8M€ en 2021. Les principales missions d'urgence de 2022 correspondent pour :

- 18,6 M€ à des interventions nutritionnelles dont 14,8 M€ au Nigéria
- 15,2 M€ aux réponses à des conflits dont 6 M€ en Ukraine

- 8,1 M€ à la prise en charge des épidémies de rougeole dont 5,9 M€ en République Démocratique du Congo

En plus des dépenses directes de l'Association, des versements ont été effectués à d'autres organisations participant aux opérations de MSF. Ces versements s'élèvent à 3,6 M€ en 2022 contre 2,4 M€ en 2021. Leur liste exhaustive est communiquée dans l'annexe aux comptes annuels combinés.

■ La situation de trésorerie du groupe MSF France

À la clôture de l'exercice, la trésorerie du groupe MSF France s'élève à 139,7 M€, soit une augmentation de 46,5 M€ par rapport à 2021 qui s'explique par une collecte annuelle en croissance et par l'encaissement de 48 M€ de créances comptabilisées au 31 décembre 2021 au titre des contributions des sections MSF.

Les disponibilités sont placées dans des produits à faible risque tels que des livrets d'épargne et des comptes rémunérés en devises. Le rendement annuel moyen de la trésorerie est de 0,8%. La faible performance s'explique par les taux restés bas sur une large part de 2022 et l'absence de placements offrant des rendements plus élevés tout en minimisant les risques pour les fonds confiés par les donateurs.

Au 31 décembre 2022, 98% des avoirs bancaires (hors soldes de trésorerie locale des missions) sont détenus par trois banques. Ils sont libellés en euros (22%), en dollars américains (61%), en yens japonais (14%) et en dollars australiens (2%). Sur les sites d'intervention, MSF travaille avec plusieurs banques internationales ou locales, en limitant le volume des dépôts bancaires aux besoins opérationnels mensuels dans un souci de prudence.

Le groupe MSF France est exposé aux fluctuations des taux de change, étant donné que la majorité de ses ressources et près de la moitié de ses dépenses opérationnelles sont libellées dans des devises étrangères. Bien que les devises utilisées pour les opérations dépendent des lieux d'intervention, environ 71% des ressources en devises de 2022 proviennent de MSF USA (219,6 M USD), 18% de MSF Japon (6 180 M JPY et 10 384 M Won sud-coréen) et 11% de MSF Australie (43,5 M AUD). Le yen japonais est partiellement utilisé pour couvrir les achats de MSF Logistique libellés dans cette devise, de même que les dollars américains reçus par MSF France sont principalement utilisés pour approvisionner les missions en dollars. Afin de réduire l'impact des fluctuations de devises sur la prévision de trésorerie et de garantir sa capacité à financer ses engagements opérationnels et ses investissements, l'association MSF met en place des couvertures de change visant à sécuriser le plan de trésorerie annuel.

■ Les perspectives et enjeux

MSF France est une des entités du mouvement MSF, qui réunit autour d'une Charte commune l'ensemble des associations MSF à travers le monde. La cohérence du mouvement est assurée par des politiques communes et des accords internes élaborés conjointement et coordonnés par le Bureau International de Genève. Parmi ces accords, le Resource Sharing Agreement (RSA) ou accord de partage des ressources fixe le cadre financier du Mouvement MSF dans le but de garantir la continuité et l'évolution des missions de tous les centres opérationnels, y compris celui de MSF France. Aux termes de cet accord, et au vu des prévisions pluriannuelles de collecte actualisées en avril 2023, les centres opérationnels devraient recevoir dans les années qui viennent, des ressources qui ne permettront plus de financer des dépenses anticipées croissantes, avec pour conséquence, des déficits

importants. Si cette perspective se confirme, elle contraindra MSF France à opérer des choix stratégiques et procéder à des arbitrages difficiles lors de la construction du budget 2024, dans le but de maximiser sa capacité de réponse aux urgences et de déploiement opérationnel tout en ménageant un volant d'investissement dans la recherche de fonds. Les plans 2024 seront construits sur la base de scénarios financièrement viables avec le souci de préserver la dynamique et l'orientation stratégique du portfolio opérationnel. Dans ce contexte, le pilotage financier de MSF France demeure un enjeu crucial et nous scruterons dans les mois qui viennent tout autant nos dépenses que nos ressources, sollicitant plus que jamais les donateurs qui s'engagent à nos côtés et nous apportent leur indéfectible soutien. Je profite de l'occasion qui m'est offerte de les en remercier chaleureusement au nom de toutes les équipes de Médecins Sans Frontières.

Rémi Grenier
Trésorier de Médecins Sans Frontières France
Membre du Conseil d'Administration



©Mariana Abdallah/MSF

Les Missions de A à Z

AFGHANISTAN	
Contexte : Accès aux soins	Personnel
Nombre de projets : 4	International : 28
Dépenses 2022 : 9 727 k€	National : 546
Financements institutionnels : 20 k€ (collectivités locales)	Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB, OCBA

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

La prise de contrôle rapide et relativement sans résistance de l'Afghanistan par les talibans en août 2021 a pris beaucoup de gens par surprise dans le pays et à l'étranger. Les plus surpris, selon toute probabilité, ont été les talibans eux-mêmes. Ils n'avaient pas de "gouvernement en attente" ni de programme politique préparé à l'avance. Ils étaient mal préparés à la transition de l'insurrection à la gouvernance.

En septembre 2021, les talibans annoncent la formation d'une administration intérimaire exclusivement masculine, composée de partisans de la ligne dure à majorité pachtoune, qui rétablit l'Émirat islamique d'Afghanistan (IEA). En mai 2022, l'IEA publie son premier budget national, qui accuse un déficit de 44 milliards d'AFG (500 millions d'EUR). Invoquant un manque de ressources, l'IEA dissout des institutions clés, comme la Commission des droits de l'homme et le ministère des Affaires féminines et crée un nouveau ministère du Vice et de la Vertu. Malgré cela, l'IEA a adopté la majeure partie de la structure et des institutions du gouvernement précédent, en nommant les cadres supérieurs, mais en conservant la plupart des cadres moyens et du personnel subalterne.

L'IEA est confronté à des problèmes de cohésion interne, de dissensions et de conflits. Le maintien d'un gouvernement uni entre de multiples factions, chacune ayant sa propre vision de la manière de gérer l'Afghanistan, s'avérera politiquement difficile et contribue des prises de décision lentes et hésitantes.

En 2022, l'IEA n'a guère obtenu de reconnaissance et d'acceptation au niveau international ou local. En particulier, les restrictions à la participation des femmes à l'éducation et à l'emploi, l'interdiction de l'enseignement supérieur pour les femmes, et l'interdiction de leur emploi dans les ONG, bien que présentées comme temporaires, ne contribuent guère à apaiser les préoccupations croissantes en matière de droits de l'homme et l'on craint vraiment que les quelques progrès réalisés au cours des 20 dernières années ne soient rapidement anéantis.

Les sanctions économiques et le gel des avoirs constituent également une préoccupation majeure pour l'IEA, car ils ont entraîné la perte de milliards de dollars alloués à l'Afghanistan par le FMI, la Banque mondiale, l'UE et de réserves détenues par les États-Unis (7 milliards d'USD). L'incapacité à fournir des services de base pourrait bien frustrer une population déjà fatiguée et entraîner une augmentation des tensions et du mécontentement à l'égard de l'IEA.

■ Contexte sécuritaire

Depuis la chute de la République (15 août 2021), la prise de pouvoir par l'IEA et le départ de la coalition dirigée par les États-Unis (30 août 2021), la situation générale en matière de sécurité s'est considérablement améliorée dans le pays. La première année de l'IEA est la période la plus paisible qu'ait connue l'Afghanistan au cours de la dernière décennie, tout en étant l'une des plus dures sur le plan social et économique.

L'IEA étant désormais un acteur étatique et non plus un groupe d'insurgés, il est contesté de la même manière qu'il contestait l'ancien régime. Parmi ses opposants, le plus sérieux est sans aucun doute la province de l'État islamique du Khorasan (ISKP). Depuis la mise en place du gouvernement de l'IEA, l'ISKP a multiplié les attaques dans le pays, principalement, mais pas seulement, dans ses bastions des provinces orientales de Kunar et de Nangarhar et à Kaboul, visant d'abord les fonctionnaires de l'IEA (jusqu'à 70 % de leurs attaques) et les membres de la minorité chiite, avec l'intention manifeste de profiter de la faiblesse et de chaque faux pas du nouveau gouvernement pour délégitimer les talibans et attirer les mécontents.

Les troubles économiques actuels et les activités de police sociale de l'IEA sont également des facteurs clés à prendre en compte lorsqu'on examine les risques pour la sécurité dans le pays. L'économie informelle, dans laquelle des groupes et des individus criminels et politiques sont impliqués, n'est pas nouvelle en Afghanistan : exploitation minière illégale, commerce de l'opium, blanchiment d'argent, contrebande, etc. Auparavant, l'IEA profitait de ce commerce illégal pour financer sa campagne militaire et n'avait pas à se préoccuper de la fourniture de services publics à la population, celle-ci étant assurée par le gouvernement et les organisations d'aide. Depuis son arrivée au pouvoir, l'IEA a perdu l'accès direct à l'argent des donateurs, qui représentait jusqu'à 75 % des dépenses de l'État, et n'a pratiquement aucun contrôle sur les fonds destinés aux organisations d'aide.

L'effondrement de l'économie frappe durement la population, principalement dans les centres urbains, mais pas seulement, entraînant une forte augmentation de la pauvreté et l'apparition de personnes cherchant désespérément un moyen de subvenir à leurs besoins. Même si le lien occasionnel entre pauvreté et criminalité peut être contesté, il est indéniable que la petite délinquance est en hausse dans tout le pays et qu'elle touche en premier lieu les Afghans. Un phénomène que l'IEA s'efforce de traiter et d'endiguer à l'aide d'une répression brutale. Des politiques sociales sévères combinées à des conditions socio-économiques difficiles, sans amélioration prévisible, pourraient conduire à une détérioration de la paix civile.

■ Contexte humanitaire

L'Afghanistan reste l'une des situations d'urgence humanitaire les plus complexes au monde avec une crise générale aggravée par une crise économique, une augmentation du chômage et une aggravation de la pauvreté ; des infrastructures de base en mauvais état après plus de quatre décennies de conflits armés successifs ; des catastrophes naturelles, telles que la dernière sécheresse de 2021 (la pire depuis 27 ans), des inondations soudaines et des tremblements de terre meurtriers (comme celui de juin 2022) ; le Covid-19 ; et des défis sociopolitiques permanents marqués par des incertitudes depuis que les talibans ont pris le pouvoir le 15 août 2021. Une crise humanitaire complexe qui se traduit en besoins médico-humanitaires multiples.

Le plan d'intervention humanitaire 2022 des Nations unies pour l'Afghanistan est le plus important de l'histoire pour un seul pays, avec 4,4 milliards de dollars. On estime que 24,4 millions d'Afghans sont dans le besoin, contre 17,7 millions en 2021, dont 18,1 millions ont besoin de soins de santé et 6,6 millions sont en situation d'insécurité alimentaire. La montée en flèche de l'inflation, avec notamment une augmentation de plus de 50 % du coût des marchandises depuis juillet dernier, a réduit la capacité des familles afghanes à acheter de la nourriture et des produits de base, malgré l'offre abondante sur le marché libre. En septembre 2022, l'appel de fonds lancé par le pays dans le cadre du programme d'aide humanitaire a atteint moins de la moitié du montant demandé.

L'accès aux soins a subi les effets combinés des facteurs mentionnés plus hauts, reflétant la situation du système de santé en Afghanistan : manque de financements et de ressources (médicaments, fournitures, équipements, personnel qualifié, etc). La suspension du financement du développement en août 2021 après la prise du pouvoir par les Talibans a contribué à aggraver la crise de la santé publique dans un pays qui dépendait déjà fortement de l'aide internationale pour ses dépenses publiques depuis des décennies. Au moins, le financement humanitaire temporaire des services de santé de base a repris dans le pays par l'intermédiaire de la Banque mondiale qui soutient des ONG

locales ou internationales pour la mise en œuvre en évitant ainsi de passer par les autorités. Ces organisations et d'autres, telles que MSF et le CICR, ont contribué à maintenir le système de santé à flot. Quoi qu'il en soit, les organisations humanitaires n'étant pas censées couvrir tous les besoins existants, sans parler de la gestion de l'ensemble de l'appareil d'État, l'avenir reste incertain.

■ Contexte sanitaire

Le système de santé afghan (public et privé) était déjà soumis à d'énormes pressions en 2021 et reste peu fonctionnel, en particulier dans les structures de district et au-dessous (soins de santé primaires). Largement tributaire des donateurs, le financement des services de santé de base (BPHS – Basic Package of Health Services) et de l'ensemble des services hospitaliers essentiels (EPHS – Essential Package of Hospital Services) est maintenu à des niveaux réduits en 2022. Cette mesure s'inscrit dans un contexte de forte augmentation de la demande de services de santé et d'exode d'un grand nombre de professionnels de santé du pays.

Il n'y a pas d'engagement et de vision à long terme concernant le système de santé dans le pays, il n'y a pas ou très peu de possibilités de mise à niveau des services médicaux en conséquence.

Après le 15 août 2021, des personnes qui se trouvaient dans des zones inaccessibles ont commencé à se faire soigner, et le système de santé a difficilement supporté cette charge supplémentaire. Tout au long de l'année 2022, les vagues successives de Covid-19 et les épidémies de maladies infectieuses (rougeole, choléra et diarrhée aqueuse aiguë) se sont succédées. L'insécurité a limité le déploiement des campagnes de vaccination dans certaines provinces depuis plusieurs années et la couverture vaccinale reste inférieure à 50% (10 - 30%). Les femmes restent une part importante du personnel de santé communautaire dans tout l'Afghanistan et MSF continue d'employer des femmes sans aucune restriction directe imposée par l'IEA. Le rapport annuel 2022 du ministère de la Santé souligne le défi que représente la pénurie de femmes professionnelles de santé et la priorité de créer des conditions de travail sûres pour les femmes dans tous les services de santé. La priorité pour 2023 est d'améliorer la qualité des soins de santé primaires, en particulier la santé et la nutrition des mères et des enfants.

Les principaux indicateurs de santé risquent de se dégrader à court et à moyen terme (Afghan Health Information System, World Bank and WHO) :

- Espérance de vie moyenne : estimée à 53,25 ans en 2021 (51,73 ans pour les hommes / 54,85 ans pour les femmes).
- Taux de mortalité infantile : estimé en 2021 à 106,75 décès pour 1 000 naissances vivantes (115,21 pour les garçons / 97,86 pour les filles), soit le taux de mortalité infantile le plus élevé au monde.
- Taux de mortalité maternelle : 638 décès pour 100 000 naissances vivantes (estimation 2017). Des progrès considérables ont été réalisés en Afghanistan pour abaisser le taux de mortalité maternelle qui a diminué de façon spectaculaire depuis 2002. Morbidité et mortalité restent importantes à cause des hémorragies, d'obstructions du travail, d'infections, d'hypertension artérielle et d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses.
- Taux de vaccination : Couverture de la deuxième dose du vaccin contre la rougeole (OMS 2020) : 53,9 %.

PRESENCE MSF

MSF opère en Afghanistan depuis 1980. Le 2 juin 2004, 3 membres du personnel international et 2 membres du personnel national ont été assassinés à Badghis. Cet incident a entraîné le retrait complet de tous les centres opérationnels MSF du pays.

En 2009, la décision a été prise de rouvrir la mission sous un modèle de représentation unique. MSF-OCB est devenue la section principale, rejointe par MSF-OCA en 2013, MSF-OCP en 2014 et MSF-OCBA en 2022.

Actuellement, MSF gère 8 projets dans le pays : Herat (OCP) ; Kunduz (OCB) ; Khost (OCB), Kaboul/Maiwand (OCB), Kandahar (OCA), Lashkargah (OCA), avec de nouveaux projets prévus à Bamyan (OCP), et à Mazar-i-Sharif (OCBA).

En 2022, MSF-OCP a répondu en urgence à :

- Une épidémie de rougeole (mars-juillet)
- Une vague de Covid (juin 2021-mars 2022)

PROJET : BAMYAN

■ Historique du projet

Avec l'intention initiale d'un projet de santé maternelle et infantile dans le Hazarajat et après une mission d'évaluation effectuée en novembre 2021, la province de Bamyan a été choisie pour les raisons suivantes :

- Bonnes conditions générales de sécurité, accès, faisabilité et acceptation par les autorités locales ainsi que les communautés (souvenirs positifs de l'intervention de MSF dans le passé).
- Équilibrage du portefeuille opérationnel de MSF en Afghanistan en termes de zone géographique (région rurale centrale), de population (communautés hazaras) et d'approche (basée sur la communauté).
- Développement de soins dispensés par des sages-femmes dans les zones reculées, tout en capitalisant sur l'expérience de MSF en matière de soins de santé maternelle et infantile en Afghanistan.

La proposition s'appuie sur le modèle des Maisons de Santé Familiale de l'UNFPA, dans le but d'apporter des services de santé maternelle et infantile essentiels et de base aux communautés vivant dans des zones reculées. En plus, MSF a l'intention de développer une approche communautaire pour mieux répondre aux besoins médicaux des communautés au-delà des services de santé maternelle et infantile, en les impliquant dans la mise en œuvre du projet dès le début.

■ Dispositif

Une maison de santé familiale est une petite clinique conçue pour répondre aux besoins de santé maternelle et infantile des communautés isolées de plus de 1500 habitants. Le personnel est composé d'une seule sage-femme communautaire, qui fournit à la fois des services de sage-femme et des services de santé pour les enfants de moins de 5 ans. La structure est une simple maison construite localement et composée de 4 pièces : salle d'accouchement, soins postnatals, service de consultations externes et réception.

Les structures sont gérées par MSF, mais le terrain et le bâtiment appartiennent au ministère de la santé.

Les services sont fournis sont :

- Consultations de santé sexuelle et reproductive
 - o Consultations pré et post natales
 - o Planification familiale
 - o Prise en charge des violences sexuelles
 - o Prise en charge des fausses couches incomplètes
 - o Accouchements simples
- Référence des cas compliqués de grossesses, d'accouchements et de périodes postnatales
- Éducation et promotion de l'hygiène et de l'assainissement
- Soins de santé de base pour les adultes et les enfants de moins de 5 ans, y compris le suivi de la croissance et la vaccination
- Dépistage et suivi de la nutrition et de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes
- Dépistage général du VIH, de la tuberculose, du paludisme et des fistules
- Tests de laboratoire tels que grossesse, urine, détermination de l'hémoglobine et tests de diagnostic rapide

■ Bilan 2022

MSF a prévu la construction de 8 centres de santé communautaires ou maisons de santé familiale dans les zones identifiées : Sar-e-Tarnook ; Baghalak ; dar-e-Ali ; Band-e-Amir ; Pusht-e-Waz ; Amroot ; Baghak ; Jalmish.

Fin décembre 2022, trois de ces centres étaient opérationnels et MSF y a ouvert les consultations de santé maternelle et infantile.

Parallèlement, la présence de MSF à Bamyan lui a permis de soutenir l'hôpital provincial de Bamyan et l'AKHS (Fondation Aga Khan, partenaire de mise en œuvre du ministère) en renforçant les capacités du personnel et en faisant des donations pendant deux mois pour la prise en charge de patients atteints de Covid et pour la prise en charge de la rougeole.

PROJET : HERAT – ACCES AUX SOINS

■ Historique du projet

En 2011, lorsque MSF OCP a décidé de retourner en Afghanistan, la partie occidentale du pays a été envisagée (Ghor, Farah, Herat), mais seule Herat a pu être évaluée en 2017. En septembre 2018, MSF a commencé son activité dans le service des urgences de l'hôpital régional d'Herat (HRH) pour un soutien d'un an. Le projet n'a pas atteint les résultats escomptés qui auraient pu conduire à une intervention plus longue et n'a pas été renouvelé.

Le projet d'Herat comporte désormais deux axes principaux : un service de consultations à Kadhestan et un soutien au département pédiatrique de l'hôpital, et conserve une capacité à répondre aux urgences.

Kadhestan Clinic

En décembre 2018 : MSF a ouvert un service de consultations pour les personnes déplacées de Badghis in Kadhestan et des camps informels de Shaidayee à l'est de la ville de Herat (environ 10 000 ménages). Les cliniques de l'OIM et de World Vision International couvraient le camp de Shahrak-e Sabz (environ 15 000 ménages). En août 2019, la population cible a été étendue en raison du retrait d'autres acteurs.

Des activités de proximité ont débuté dans deux camps en décembre 2020. En octobre 2021, les critères d'admission à la clinique de Kadhestan ont été revus et limités aux moins de 5 ans et aux personnes vivant avec le VIH, tout en conservant la cohorte existante de personnes atteintes de maladies chroniques. Pendant les périodes troublées de 2021, la clinique a pu rester opérationnelle malgré une brève période (2 à 3 semaines) de réduction d'activité pour des raisons de sécurité.

Activités pédiatriques

En 2019, MSF a commencé à soutenir le centre nutritionnel intensif (ITFC) de l'hôpital de Shaidayee (qui fait partie de l'hôpital régional d'Herat) après le retrait de World Vision International. L'ITFC a été déplacé à l'hôpital d'Herat lorsque l'hôpital de Shaidayee est devenu le principal centre Covid du ministère de la Santé, et en juin 2020, MSF a réaffirmé l'intention de poursuivre et d'étendre le soutien aux services de pédiatrie. L'ITFC a été étendu de 47 à 86 lits (ouverts en décembre 2021), et les activités pédiatriques de triage, d'urgence et 20 lits de soins intensifs ont ouvert en décembre 21. En 2022, la croissance significative de la fréquentation des services de pédiatrie a conduit à une augmentation du nombre de lits (10 lits de soins intensifs et 30 lits supplémentaires) et à initier une réflexion stratégique sur la future structure pédiatrique, y compris une étude sur les besoins d'espace.

Réponse aux urgences

En 2020, MSF a ouvert un centre de dépistage et de triage Covid-19 à l'hôpital régional de Herat et un centre de traitement Covid (CTC) dans une structure semi temporaire à GazarGhah de juillet à septembre 2020 (1^{ère} vague), de décembre 2020 à février 2021 (2^{ème} vague) et à nouveau en mai 2021 (3^{ème} vague). En août 2021, MSF a décidé de poursuivre en accord avec tous les acteurs de santé concernés suite à l'arrêt et au renouvellement incertain de tous les financements institutionnels pour les autres acteurs de santé. En décembre 2022, MSF a arrêté le triage Covid-19 à l'hôpital d'Herat.

En mars 2022, MSF a fermé le CTC et a simultanément ouvert une réponse à une épidémie de rougeole avec consultations et 60 lits d'isolement pendant 4 mois. Dans le cadre de la campagne contre la rougeole, le projet a soutenu et supervisé la campagne de vaccination. De mars à juin, MSF a mené une nouvelle évaluation de proximité dans la province d'Herat, visitant 118 structures du ministère de la Santé soutenus par l'UNICEF par l'intermédiaire d'ONG locales partenaires (AADA et RHDO) pour évaluer la surveillance de la rougeole et la gestion de la nutrition.

■ Dispositif

Kadhestan clinic

La clinique est ouverte 5 jours par semaine et propose actuellement des consultations générales pour les moins de 5 ans, des consultations pour maladies chroniques, des soins prénatals, postnatals et des consultations de planning familial, des soins nutritionnels pour enfants et femmes enceintes et allaitantes, des pansements, des vaccinations et des actions de promotion de la santé. Le travail de proximité est assuré par 1 superviseur et 4 agents de santé, avec un accent sur le suivi et la communication avec 30 agents de santé communautaires qui collectent des données sur la mortalité, les accouchements, les flux de patients et réfèrent à la clinique pour personnes déplacées de Khadestan.

Services pédiatriques à l'hôpital régional d'Herat (HRH)

Dans l'hôpital régional d'Herat du ministère de la Santé, MSF gère certains services du département pédiatrique : triage, urgences, soins intensifs, nutrition. Le ministère de la santé gère les consultations externes et pédiatriques régulières, ainsi que les services de soutien associés et tous les autres services d'un hôpital de référence.

Le centre nutritionnel dispose de 86 lits y compris 3 salles de soins intensifs. Deux conteneurs accueillent les patients stables de moins de 6 mois (20 lits) et les patients en isolement (10 lits). 14 lits

additionnels sont disponibles dans l'ancien service de la rougeole. Les critères d'admission dans le centre nutritionnel sont les suivants : moins de 5 ans, malnutrition et comorbidité.

Les patients sont dirigés vers le centre nutritionnel ambulatoire dès le triage pour bénéficier des services suivants : dépistage anthropométrique systématique ; promotion de la santé (hygiène, nutrition, allaitement, etc.) ; distribution d'aliments thérapeutiques (RUTF, RUSF et BP100) et de préparations pour nourrissons selon la prescription médicale de sortie ; vaccination contre la rougeole à la sortie ; suivi téléphonique des patients référés vers d'autres centres nutritionnels. La moyenne mensuelle des admissions au centre nutritionnel ambulatoire est de 19,5 avec une durée moyenne de séjour de 54 jours.

Les arrivées au triage suivent une courbe saisonnière avec deux pics (plus de 700 patients par jour) en janvier-février et juillet-août.

En mars 2022, la capacité des urgences a été portée à 4 lits d'observation et 5 tables d'examen, deux tables de réanimation, et l'unité de soins intensifs a été étendue de 20 à 30 lits pour s'adapter à une fréquentation beaucoup plus élevée qu'initialement prévue.

En juin, 30 lits ont été ajoutés pour les patients sortant des soins intensifs avant d'être envoyés dans le service d'hospitalisation du ministère de la santé.

Réponse aux urgences

L'hôpital de GazerGah (construit pour le Covid) a été remis au ministère de la santé en juillet 2022, lorsque les vagues de Covid ont semblé pouvoir être gérées par la structure du ministère à Shaidayee. Un bâtiment a été réhabilité par MSF dans l'enceinte du HRH, pour accueillir la réponse à la rougeole. Il sera conservé comme capacité d'accueil en cas d'afflux exceptionnel de patients.

■ Bilan 2022

Centre nutritionnel intensif

En 2022, les besoins nutritionnels ont continué d'augmenter en raison de la sécheresse prolongée, de l'amélioration de l'accès depuis les environs, et de la détérioration des conditions économiques. Cela s'ajoute aux flambées saisonnières de diarrhée et de pneumonie.

Le taux d'occupation des lits a été supérieur à 100 % de 2019 à 2022, à de rares exceptions près.

Le taux d'occupation n'a pas diminué bien que la capacité du service ait augmenté progressivement au cours de la période d'activité : 30 lits en 2020, puis 60 lits en dehors des pics ou 74 lits pendant les pics, puis 86 lits à partir d'avril 2022.

En 2022 la proportion des admissions de patients de moins de 6 mois atteint 46%.

Le taux de mortalité moyen est de 10%. Une baisse en 2022 est le résultat des actions mises en place pour améliorer la qualité des soins.

Centre nutritionnel ambulatoire

Compte tenu des difficultés à référer les patients vers des services nutritionnels fonctionnels à Herat, le service s'est élargi en avril 2022 pour inclure la prise en charge des cas de malnutrition modérée, augmentant ainsi la cohorte à 156 en juin 2022.

Services pédiatriques à l'hôpital régional d'Herat (HRH)

Peu après l'ouverture, le service de triage a commencé à recevoir en moyenne 480 patients par jour, dont 40 cas d'urgence. Ces chiffres ont augmenté en 2022 pour atteindre 800 en une seule journée, ce qui a eu un impact sur le taux d'occupation de l'unité de soins intensifs et le temps d'attente pour les autres patients. Le premier semestre 2022 a été marqué par un développement important du projet, avec l'ajout de 10 lits dans l'unité de soins intensifs et de 30 lits de réanimation en juin.

Une infirmière a été ajoutée au triage en mars 2022 dans l'équipe de jour afin d'améliorer la qualité du triage et de réduire le temps d'attente pour les patients et les soignants.

En mars 2022, la capacité des urgences a été augmentée à 4 lits d'observation, 5 tables d'examen et deux tables de réanimation, et l'unité de soins intensifs a été augmentée de 20 à 30 lits pour s'adapter à une fréquentation beaucoup plus élevée que celle initialement envisagée.

Une épidémie de rougeole a nécessité l'ouverture d'un triage séparé et l'utilisation du conteneur d'isolement pour les admissions jusqu'à l'ouverture du service de rougeole en mars. En avril 2022, des cas de varicelle et d'oreillons ont également commencé à apparaître, ce qui a obligé l'équipe à se décentraliser davantage dans des unités plus petites pour contrôler les infections potentielles.

En 2022, 56 826 patients se sont présentés aux urgences, dont 8 449 ont été admis dans les services MSF, avec 248 décès. 5 132 patients ont été admis en soins intensifs avec un taux de mortalité de 8,6%.

Kadhestan clinic

Depuis octobre 2021, les critères de consultations ont été réduits à la population à moins de 5 ans et aux maladies chroniques diagnostiquées pour le suivi. Les tendances sont stables en 2022 avec une variation saisonnière du nombre de moins de 5 ans. Les principaux diagnostics sont toujours les infections respiratoires, les diarrhées non sanglantes et les infections cutanées.

Le nombre total de cas présentés au centre nutritionnel ambulatoire augmente d'année en année : +11% en 2020, +75% en 2021. Les admissions de 2022 inclut également la malnutrition modérée.

En 2021, avec l'arrêt de la consultation adultes, le nombre de consultations de santé sexuelle et reproductive a diminué. Des activités de proximité, basées sur le réseau d'accoucheuses traditionnelles travaillant déjà dans les camps, ont été lancées en juin pour comprendre les parcours de soins de santé maternelle et infantile, étant donné que la fréquentation a diminué en 2022. Un nouvel outil simplifié, créé en collaboration avec Epicentre, a été conçu et mis en œuvre depuis septembre 2022 pour soutenir la collecte de données par les agents de santé communautaires sur la santé maternelle et infantile, afin de mieux comprendre le suivi du parcours des accouchements et de soutenir les références en santé maternelle et infantile.

Covid-19

Le triage Covid continue à fonctionner 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Après la fermeture du centre de traitement Covid en mars 2022, les patients graves et critiques sont orientés vers l'hôpital de Shaidayee, qui compte désormais 50 lits. Le nombre de cas présentés a diminué au cours des derniers mois, de même que la gravité des cas. Le nombre de patients nécessitant un transfert reste faible, environ 4 %, ce qui est facilement géré par l'hôpital Shaidayee (financé par l'OIM). Le triage Covid se poursuit à l'hôpital d'Herat et un suivi téléphonique des cas est assuré.

En 2022, il y a eu 31 889 consultations au triage dont 94,2% de cas suspects et 406 cas référés pour traitement.

PROJET : KABOUL – SOUTIEN PSY AU PERSONNEL DE DASHT-E-BARCHI

L'ouverture des services maternels de Dasht-e-Barchi a été proposée pour la première fois en mars 2014 après le retour de MSF en Afghanistan en 2009 et MSF-OCP a commencé à y travailler en novembre 2014.

Le service fournissait des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (CEmONC) 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, avec 30 lits de maternité (unité de haute dépendance (4 lits), observation (6 lits), service d'hospitalisation post-natale (13 lits), service d'hospitalisation post-chirurgicale (7 lits)), 20 lits dans l'unité néonatale et 5 lits de soins maternels kangourou, avec des services auxiliaires : laboratoire, banque de sang, blanchisserie, stérilisation et gestion des déchets.

L'attaque du 12 mai 2020 a entraîné la suspension, puis la fermeture du projet à la mi-juin 2020.

Un suivi médical, une évaluation de la santé mentale et un soutien psychologique ont été mis en place pour le personnel immédiatement après l'attaque. Les services continuent d'être fournis par l'intermédiaire d'IPSO (avec qui MSF entretient une relation de longue date pour la santé du personnel) et par des visites de soutien et d'intervention effectuées par des référents psychiatriques MSF en

exercice. Le plan initial de soutien en santé mentale a été élaboré en tenant compte de l'expérience de Kunduz et des ressources disponibles. Il comprenait les étapes suivantes :

- La première évaluation a eu lieu trois mois après l'incident.
- Un psychologue expatrié a été déployé pendant 4 mois afin de poursuivre le traitement minimal des victimes du syndrome de stress post-traumatique.
- Une autre visite/évaluation psychiatrique a été effectuée 9 mois après l'attaque et doit se poursuivre à intervalles de 3 mois.
- La dernière évaluation effectuée en décembre 2021 était la quatrième depuis l'événement.
- Une évaluation finale du handicap a lieu 24 mois après l'événement, réalisée par un expert externe.

Sur les 62 membres du personnel évalués en décembre 2021, 19 font toujours partie de la cohorte de suivi de santé mentale. Ils continuent de bénéficier de conseils d'IPSO, d'une orientation psychiatrique, de médicaments et de contrôles médicaux préventifs.

PROJET : KABOUL – SUPPORT A L'AMA (DASHT-E-BARCHI)

■ Historique du projet

L'ouverture des services maternels de Dasht-e-Barchi a été proposée pour la première fois en mars 2014 suite au retour de MSF en Afghanistan en 2009 et MSF-OCP a commencé à travailler en novembre 2014 en fournissant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (CEmONC) 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. L'attaque du 12 mai 2020 a entraîné la suspension, puis la fermeture du projet à la mi-juin 2020.

En août 2020, MSF OCP à Kaboul a été contacté par l'Association des sages-femmes afghanes (AMA). MSF et l'AMA ont élaboré un projet pilote de maternité impliquant la création et le soutien d'un centre de soins de maternité dirigé par des sages-femmes (MLMCC) et d'un certain nombre d'unités dirigées par des sages-femmes (MLU) basées dans des domiciles de la grande région de Dasht-e-Barchi.

Un projet de partenariat entre l'AMA et MSF a été présenté en avril 2021, avec une implication de MSF sous la forme d'un financement et d'un soutien matériel/technique pendant un an à partir de mi-2021. En raison de la prise du pouvoir par les Talibans en août 2021, l'AMA n'a pas été en mesure de démarrer l'activité dans les délais prévus et l'ouverture des services a été retardée à novembre 2021 (le protocole d'accord a été prolongé en conséquence, jusqu'en décembre 2022).

L'objectif principal du projet est d'améliorer l'accès des résidents de Dasht-e-Barchi à des services de santé maternelle et néonatale de qualité, ainsi que de développer un modèle communautaire de soins pour les femmes enceintes et les nouveau-nés.

Bien que retardé, le projet se poursuit : 10 sites de MLU et 1 MLMCC dans l'hôpital d'Ali Jenah ont été identifiés et fonctionnent dans la région de Dasht-e-Barchi.

Depuis l'ouverture du projet jusqu'à fin 2022, 2424 accouchements ont été effectués, et 9447 consultations prénatales, 3358 consultations post natales et 7598 consultation de planning familial ont été dispensées.

En juin 2022, il a été proposé de prolonger le projet d'un an (2023) pour permettre à l'AMA d'atteindre sa pleine capacité et de continuer à augmenter le niveau d'activité. Un soutien technique renforcé de MSF a également été décidé, en plus du soutien à la gestion du projet et à la gestion de la pharmacie : une sage-femme à temps partiel est désormais affectée au projet. Le soutien de MSF pour une année supplémentaire vise à donner à l'AMA plus de temps pour développer et suivre les activités, mais il devrait également permettre à MSF d'évaluer davantage la pertinence et les résultats de ce modèle, d'identifier les opportunités d'apprentissage (à la fois sur les aspects médicaux et sur l'organisation communautaire), et de voir s'il pourrait être reproduit dans d'autres contextes.

BANGLADESH	
Contexte : Populations réfugiées	Personnel
Nombre de projets : 2	International : 14
Dépenses 2022 : 6 424 k€	National : 482
Financements institutionnels :	Autres centres opérationnels MSF :
1 163 k€ (Canada)	OCA, OCB

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

La Ligue Awami reviendra très probablement au pouvoir après les prochaines élections de décembre 2023, avec comme premier ministre Sheikh Hasina, qui bénéficie d'un fort soutien local et du contrôle des forces armées.

Le BNP restera le principal parti d'opposition, bien que sa participation aux élections soit encore incertaine, dans la mesure où il exige comme condition préalable la mise en place d'élections équitables par un gouvernement intérimaire non partisan.

L'influence des groupes islamistes radicaux continuera à poser un défi au gouvernement, qui n'a pas été en mesure de contrecarrer leurs incitations à la violence et au vandalisme. Des groupes extrémistes ont pris pour cible des ressortissants étrangers dans le passé, ce qui représente un risque pour la sécurité des entreprises étrangères au Bangladesh. Toutefois, ces groupes restent trop faibles pour organiser des troubles à l'échelle nationale, étant donné que la Ligue Awami contrôle fortement les forces de sécurité.

La situation dans les camps de réfugiés rohingyas ne devrait pas s'améliorer : le plan de réponse conjoint (Joint Response Plan - JRP) continue de diminuer, la politique de restriction et de contrôle des déplacements se renforce, et les luttes de pouvoir entre les groupes rohingyas pour prendre le contrôle des camps et des trafics (drogue, traite d'êtres humains, commerces...) augmente, ce qui se traduit par accroissement des meurtres dans les camps.

Du côté du Myanmar, les élections prévues en février 2023 n'apporteront aucun changement notable au sort des Rohingyas, quelle que soit l'issue du scrutin.

Le seul changement serait le réengagement de la communauté internationale dans le dossier des Rohingyas avec différentes options sur la table : rapatriement dans un pays tiers, pression sur le Myanmar pour qu'il révisé ses lois sur la citoyenneté et/ou pour que le Bangladesh devienne signataire de la convention de 1951 sur les réfugiés.

■ Contexte sanitaire

Le Bangladesh est l'un des pays les plus densément peuplés du monde (1 116 habitants/km²), avec une population avoisinant les 165 millions d'habitants. Le système de santé bangladais est confronté à de nombreux défis, tels que l'inadéquation des structures, le ratio population-lit, le ratio médecin-infirmière, la discrimination régionale, la faiblesse des dépenses de santé, la pénurie de médicaments et le coût élevé des médicaments rares, le coût élevé des traitements et l'absence d'équipements médicaux dans les hôpitaux publics.

Cependant, le gouvernement a pris d'importantes initiatives pour améliorer les services de santé et l'accès aux soins.

Grâce au quatrième programme sectoriel pour la santé, la population et la nutrition (HPNSP) 2017-2022, le gouvernement a atteint certains objectifs importants tels que la réduction de la mortalité infantile et maternelle, l'amélioration de la santé maternelle et la sensibilisation de la population aux soins de santé.

Le cancer et les maladies respiratoires sont les deux principales causes de mortalité au Bangladesh, et sont responsables d'environ 25 % de tous les décès dans le pays.

La prévalence des maladies respiratoires dans le pays est une indication des niveaux élevés de pollution de l'air au Bangladesh, qui sont parmi les plus élevés d'Asie de l'Est. Les autres principales causes de décès dans ce pays asiatique sont la cirrhose, l'encéphalopathie néonatale, le diabète et les accidents vasculaires cérébraux. Le secteur de la santé au Bangladesh s'efforce de contenir ces maladies depuis des années, mais le manque de personnel de santé qualifié a limité les tentatives d'amélioration de la situation.

La situation sanitaire dans les camps continue à dépendre principalement des aides internationales à travers les fonds du JRP qui diminuent d'année en année (diminution de 21% entre 2021 et 2022). Il n'y a aucune volonté de la part du gouvernement de prendre en charge une partie de la situation, car il estime avoir fait sa part en accueillant près d'un million de réfugiés depuis 2017.

MSF couvre près de la moitié des lits d'hospitalisation disponibles dans les camps et est le principal acteur de soins pour l'hépatite C et le plus fiable pour la prise en charge des maladies chroniques. En 2022, MSF a activement répondu aux épidémies de gale et de dengue, et les cas de gale restent nombreux, ce qui pèse sur les ressources disponibles. MSF reste le seul prestataire de soins pour les patients pédiatriques qui requièrent une hospitalisation pour la population réfugiée ainsi que pour la population locale dans la zone environnante.

PRESENCE MSF

3 centres opérationnels sont présents pour répondre à la crise des Rohingyas.

OCP a une longue histoire au Bangladesh, et avec les Rohingyas en particulier, avec une première réponse à l'afflux de réfugiés rohingyas en 1991/92, mais s'est retiré du pays en 1995. Plus de 20 ans plus tard, suite à l'exode massif des Rohingyas fuyant le Myanmar, OCP a ouvert des services médicaux dédiés à la population en octobre 2017. Plus récemment, au début de l'année 2022, OCP a repris l'hôpital maternel et infantile de Goyalmara et son activité de proximité, précédemment gérés par OCBA.

OCA a la plus longue présence dans le pays et le plus grand volume d'opérations pour la crise des Rohingyas, basé à Kutupalong (hôpital de Kutupalong, clinique spécialisée de Balukhali), mais a également un projet basé à Dhaka pour la communauté locale. L'association a clairement l'intention de poursuivre ses activités dans le camp pour une durée indéterminée. Leurs programmes s'adressent à la fois aux Rohingyas et à la population locale.

OCB soutient 2 centres de soins de santé primaires dans les camps 14 et 15. OCB prévoit de continuer avec ces deux centres et de s'engager dans des activités de proximité.

PROJET : PALONG KHALI

■ Historique du projet

Suite à l'évaluation réalisée en septembre 2017, MSF OCP a décidé d'ouvrir un projet médical et humanitaire lié au déplacement massif de la population Rohingya du Myanmar vers le Bangladesh. OCP couvre le sud et le centre du Mega-camp et fournit des soins de santé primaires et secondaires ainsi qu'une réponse à la pandémie de Covid-19 (prévention, dépistage et traitement), assure le maintien d'un système de surveillance sanitaire et une capacité de réponse aux urgences, les

examens maternels et néonataux précoces et le suivi des patients dans la communauté. En outre, OCP a amélioré l'accès à l'eau potable pour la population.

La population cible du projet correspond à 226 989 personnes comprenant des réfugiés Rohingya répartis dans 8 camps ainsi que la communauté locale.

Les services de maternité, à l'exception des soins anté et post natals, ont été interrompus à la fin de l'année 2019 en raison du manque de fréquentation. Les services pédiatriques ont également été fermés et relocalisés après que la reprise par OCP de l'hôpital de Goyalmara. Les services de proximité ont été revus et la mise en œuvre de la stratégie révisée est en cours en 2022.

■ Dispositif

MSF opère dans les structures suivantes :

- **L'Hôpital sur la Colline** (Hospital on the Hill - HOH) est une structure de soins de santé secondaires, située au milieu du méga camp (camp 8W plus précisément) avec une capacité de 46 lits : 26 lits d'hospitalisation, 12 lits de soins intensifs niveau 1, 8 lits d'isolement pour le Covid et d'autres maladies contagieuses. Sont également assurés le service des urgences et les services de santé sexuelle et reproductive (soins anté et post natal, planning familial, victimes de violences sexuelles et interruption de grossesse).
10 lits temporaires ont été ajoutés en septembre pour recevoir l'afflux de cas de dengue et ont été convertis en lits pédiatriques jusqu'à la fin de l'année 2022.
- **OPD2** : centre de consultations axé sur les maladies chroniques et la santé mentale, référence des interruptions de grossesse et des victimes de violences sexuelles vers l'hôpital.
- **OPD3** : centre de consultations général, santé mentale, maladies chroniques et hépatite C.

Toutes les structures sont gérées à 100% par MSF. Un réseau de référence interne au camp est en place pour les cas néonataux (Goyalmara et hôpital OCA KTP), pour les accouchements (KTP et Goyalmara), et pour les interventions chirurgicales (Hope Field Hospital et Turkish Field Hospital).

■ Bilan 2022

Services de l'hôpital HoH	2020	2021	2022
Présentations aux urgences	13 562	18 197	21 565
Hospitalisations	2 345	2 938	3 235
Admissions soins intensifs	778	1 400	1 498
Taux d'occupation des lits	56,4%	79%	90%
Mortalité hospitalière	143 (7,2%)	167 (5,9%)	163 (5%)
Consultations anténatales	3 751	3 120	3 867
Interruptions de grossesse	280	161	82
Planning familial	6 824	4 705	4 685
Victimes de violences sexuelles	63	45	88
Consultations générales	47 253	63 776	113 627
Initiation traitement Hépatite C	329	1 079	1 800
Consultations maladies chroniques	18 679	29 735	27 834
Cohorte maladies chroniques	2 563	3 112	2 671
Cohorte santé mentale	759	1 045	430

- Depuis janvier 2022, le service pédiatrique du HoH a été officiellement fermé avec l'intention de transférer tous les patients pédiatriques à l'hôpital Goyalmara. En 2022, la plupart des admissions ont eu lieu dans l'unité de soins intensifs et le service général. Les admissions liées au Covid-19 ont diminué.
- Une forte augmentation des cas de gale est à noter depuis janvier. 16 378 patients ont été traités.
- Une épidémie de dengue a eu lieu en mai-juin-juillet. 712 cas ont été diagnostiqués et 594 ont été admis jusqu'à la fin de l'année. Le service de prise en charge de la dengue a été ouvert pendant un mois avec un médecin, trois infirmières et trois assistants de santé, avec une capacité de huit lits.
- En collaboration avec le ministère de la santé, 5 sessions de vaccination Covid-19 ont été organisées dans le HoH, et un total de 11 391 doses de vaccin ont été injectées.
- 10 accoucheuses traditionnelles ont été déployées afin d'accroître l'implication de la communauté et le nombre de consultations de santé sexuelle et reproductive.
- Les nouvelles inscriptions dans la cohorte des maladies chroniques ont été contrôlées (75 % de moins que l'année dernière).
- Le programme de lutte contre l'hépatite C et les maladies chroniques a été soutenu dans tous les camps. Un protocole national de prise en charge de l'hépatite C a été élaboré en collaboration avec le ministère de la santé.

Hépatite C : Le projet a débuté en octobre 2020, et jusqu'en décembre 2022, un total de 10 610 patients ont été dépistés, avec un taux de positivité de 51%. 2 970 patients ont commencé le traitement avec un taux d'adhésion de 96%. 2 599 d'entre eux ont terminé le traitement, avec un taux de guérison de 94 % (SVR12 < 1000). Actuellement, 348 personnes sont sous traitement. Le taux d'échec thérapeutique est de 6%.

Activités de proximité : MSF dispose d'une équipe de surveillance composée de volontaires rohingyas qui surveillent la population, ainsi que d'une équipe de sensibilisation. La stratégie a été révisée et réorientée en fonction de la stratégie du projet et mise en œuvre récemment. Ces activités ont été renforcées sur la promotion de la santé, l'implication communautaire, les références précoces, le suivi des patients et la recherche des perdus de vue (maladies chroniques, hospitalisations). Les activités seront étendues aux deux projets de Palongkhali et Goyalmara. Elles couvriront 4 camps dans le projet Palongkhali.

PROJET : GOYALMARA

■ Historique du projet

L'hôpital Goyalmara a été mis en place par OCBA en 2017, sous le nom de Goyalmara Green Roof Hospital. L'initiative était due à une épidémie de diphtérie. Il a commencé avec un total d'environ 20 lits (Néonatalogie et Pédiatrie). L'épidémie de diphtérie a duré de la mi-décembre 2017 à janvier 2018. Depuis, l'hôpital a vu ses admissions augmenter rapidement jusqu'à ce qu'il soit converti en un véritable service d'hospitalisation.

L'hôpital cible à la fois les Rohingyas et la population locale et début 2022, OCP a repris le projet. Le programme était spécialisé dans les soins de santé maternelle et infantile avec un service d'urgence, des soins pédiatriques et néonataux spécialisés et des soins gynécologiques et obstétriques, en hospitalisation et ambulatoire. Deux laboratoires, l'un au HoH et l'autre à Goyalmara, se complètent pour proposer la meilleure offre de tests afin d'améliorer le diagnostic.

■ Dispositif

L'hôpital Goyalmara (GYL) est un établissement de santé secondaire de 68 lits qui comprend une maternité de 18 lits, une unité de soins intensifs pédiatriques (niveau 1) de 12 lits, une unité pédiatriques avec centre nutritionnel intensif de 19 lits, une unité de soins intensifs néonataux (niveau 1) de 10 lits et une unité néonatale de niveau intermédiaire avec kangaroo mother care de 9 lits. Les autres services sont les urgences (pour tous les âges hommes et femmes), les consultations externes pour la pédiatrie, les consultations de santé sexuelle et reproductive (soins prénatals/postnatals, planning familial, victimes de violences sexuelles et interruptions de grossesse) et les services de santé mentale.

MSF dispose d'une équipe de surveillance et de proximité pour le suivi des patients, l'implication communautaire, les références et la promotion de la santé.

Toutes les structures sont gérées à 100% par MSF. Un réseau de références est en place dans le camp pour les opérations chirurgicales avec Hope Field Hospital et Turkish Field Hospital, ainsi que OCA pour des références à Cox's Bazar ou Chittagong.

Un service d'ambulance 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, permet le transfert des patients vers d'autres centres de référence, le transport des donneurs de sang depuis les camps, etc.

L'hôpital est également équipé d'autres services, notamment d'un laboratoire complet et d'un appareil de radiographie en état de marche, auxquels s'ajoutent la stérilisation, la blanchisserie et la gestion des déchets.

La population cible comprend les réfugiés et la population locale (pour un total de 64 120 personnes), pour répondre aux attentes de cette dernière et des autorités gouvernementales.

MSF couvre les soins de santé secondaires et facilite l'accès aux soins de santé tertiaires grâce à un système de références. Les patients adultes peuvent recevoir un traitement d'urgence dans les services d'urgences de MSF et, une fois stabilisés, peuvent être transférés à l'hôpital.

■ Bilan 2022

- Transition et prise en charge du projet Golyamara en 2022. Bien qu'il y ait eu quelques lacunes dans les postes de gestion et de supervision, les objectifs de 2022 ont été atteints.
- Mise en place des outils de collecte de données OCP dans le projet Goyalmara.
- Mise en œuvre de bonnes pratiques cliniques grâce à des visites multidisciplinaires régulières dans l'hôpital et en procédant régulièrement à des revues de mortalité.
- Réduction des taux de mortalité à des niveaux acceptables.
- Organisation de formations sur les soins pédiatriques d'urgence (PEHC) et les soins néonataux (NHC), auxquelles chaque membre du personnel peut participer.
- Meilleure organisation du flux de patients dans les services de consultation et d'hospitalisation.
- L'amélioration de la prévention et du contrôle des infections à Goyalmara reste un objectif pour l'année prochaine.

Services	Moyenne mensuelle 2021	Moyenne mensuelle 2022
Consultations	1 443	3 709
Présentations aux urgences	452	571
Taux d'occupation des lits		80%
Admissions néonatalogie	85	90
Admissions soins intensifs pédiatriques	70	117
Admissions Pédiatrie	69	93
Admissions centre nutritionnel intensif	46	100
Taux de mortalité		3,3%
Accouchements	80	85
Consultations prénatales	503	633
Consultations post natales	174	174
Planning familial	127	220
Interruptions de grossesse	14	19
Victimes de violences sexuelles	9	5

BURKINA FASO	
Contexte : Conflit armé	Personnel
Nombre de projets : 1	International : 12
Dépenses 2022 : 2 741 k€	National : 106
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCBA, OCG

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

Le Burkina Faso fait partie des pays fortement touchés par le terrorisme au Sahel. Les activités des groupes armés d'opposition (GOA) – présents depuis 2015 dans le pays – se sont largement intensifiées depuis le deuxième trimestre 2019 sur fonds de tensions communautaires. D'après l'ONG ACLED (Armed Conflict Location & Event), le Burkina Faso serait devenu l'épicentre des violences dans le Sahel avec davantage d'attaques meurtrières qu'au Mali ou au Niger en 2021. Aujourd'hui, près de 40% du territoire serait hors du contrôle de l'Etat, d'après des chiffres officiels. Une dégradation qui s'est particulièrement accrue en cette année 2022 : de 5 régions touchées initialement, la crise en couvre désormais 8 sur les 13 de l'ensemble du pays. Il s'agit des régions Sahel, Est, Centre-Nord, Nord, Boucle du Mouhoun, Cascades, Hauts-Bassins et Centre-Est. Soulignons également la propagation de ce phénomène d'insécurité dans les pays frontaliers tels que le Togo, la Côte d'Ivoire et le Ghana.

Par ailleurs, se poursuivent également les affrontements entre GOA – *Groupe de soutien à l'Islam et aux Musulmans (JNIM)* et *l'Etat Islamique dans le Grand Sahara (EIGS)* – dans la région du Sahel, ayant débutés durant les mois de mars et avril 2020. Une situation qui a mené à la perte pour l'EIGS d'une grande partie de son territoire d'influence, désormais réduit à une partie de la province de l'Oudalan le long de la frontière nigérienne (communes de Tin-Akof et Markoye).

L'implication de milices civiles aux côtés des Forces Armées à partir de 2020 a exacerbé les tensions intercommunautaires. S'en est suivi des négociations entre leaders locaux et le JNIM qui se sont traduites par la mise en place de cessez-le-feu dans certaines zones particulièrement touchées par les conflits, notamment dans les régions du Sahel, Nord et Boucle du Mouhoun. Cependant, la recrudescence des incidents depuis la fin 2021 semble montrer une certaine fragilité de ces accords.

L'arrivée au pouvoir de la junte militaire en janvier 2022 à la suite du Coup d'Etat avait suscité beaucoup d'espoir dans la lutte contre le terrorisme. Cependant, si l'on en fait un bilan 7 mois après, la situation sécuritaire s'est aggravée. Les chiffres donnés par ACLED font état de 969 incidents violents entre février et septembre 2022 – impliquant principalement des groupes djihadistes – ainsi que 2242 décès.

Le nouveau coup d'Etat perpétré le 30 septembre 2022 par le capitaine Ibrahim Traoré a mené au départ du lieutenant-colonel Damiba : un renversement politique qui peut notamment s'expliquer par le peu de résultats dans la lutte contre le terrorisme. Des villes dans le nord du pays sont assiégées depuis plusieurs mois et subissent des pénuries alimentaires : c'est notamment le cas de la ville de Djibo, qui était la destination du convoi des 150 camions humanitaires chargés de ravitailler la ville. Cet événement serait d'ailleurs l'un des événements déclencheurs de ce nouveau coup d'Etat.

Situation humanitaire

L'insécurité croissante a engendré des flux de déplacements de population importants. Au 31 juillet 2022, le nombre de déplacés internes s'élevait à 1 902 150 selon le CONASUR (Conseil National de Secours d'Urgence et de Réhabilitation), soit une augmentation de 20% par rapport au 31 décembre 2021 où l'on comptait 1 579 976 déplacés internes. Ainsi, 9% de la population totale du pays est en

situation de déplacement interne. Une population très vulnérable, privées de ses biens et de l'accès aux services sociaux de base. S'ajoute à cela une certaine tension sur les prix avec des niveaux élevés sur la plupart des marchés : 41% d'augmentation pour le maïs, 70% pour le mil et 76% pour le sorgho.

■ Contexte sanitaire

Le contexte sécuritaire très volatil s'accompagne d'une crise humanitaire et d'une crise sanitaire majeure dans les 8 régions mentionnées plus haut. Nous assistons à :

- Des attaques sur les structures de santé : vandalisme sur de nombreuses formations sanitaires, ainsi que des ambulances volées ou détruites.
- Une forte réduction de l'offre et de l'accès aux soins de santé : en juillet 2022, 192 FOSA (Formations Sanitaires) étaient fermées dans les régions les plus affectées par les conflits tandis que 378 autres fonctionnaient à minima, sur 2681 FOSA. Près de 2 033 062 habitants n'ont plus accès aux soins de santé. S'ajoute à cela la pression exercée sur les 315 aires de santé qui accueillent des personnes déplacées.
- L'augmentation des morbidités liées aux violences
- La persistance d'endémo-épidémies (cf. tableau ci-dessous)

Maladies	2021			2022		
	Cas	Décès	Létalité	Cas	Décès	Létalité
Méningite	1 640	96	5,9	1 513	79	5,2
Rougeole	3 247	7	0,2	3 540	11	0,3
Diarrhée sanguinolente	252	0	0,0	254	0	0,0
Choléra	3	0	0,0	4	0	0,0
Ictère fébrile	1 006	16	1,6	719	2	0,3
PFA	1 268	1	0,1	1 132	0	0,0
Dengue	8 029	20	0,2	7 863	10	0,1

Situation épidémiologique de l'année 2021-2022 (Ministère de la Santé)

Covid-19 : 3 024 cas confirmés et 56 décès dans le pays de janvier à décembre 2022. Les régions les plus touchées étant le Centre (2 327 cas confirmés, 38 décès) et les Hauts-Bassins (404 cas confirmés, 3 décès).

PRESENCE MSF

1995	OCP	Sahel	Déou	Accès aux soins de santé pour les réfugiés maliens
1997	OCP	Centre	Ouagadougou	Assistance médico-sociale aux enfants de rue
2001	OCP	Cascades + Centre/Ouagadougou		Epidémie méningite + Choléra
2007	OCP	Centre Nord + Nord	Titao, Yako	Crise nutritionnelle
2009	OCP	Centre	Ouagadougou	Inondations
2012	OCP	Sahel	Déou	Accès aux soins de santé pour les réfugiés maliens
2014	OCP	Centre	Ouagadougou	Insurrection
2017	OCG	Centre	Ouagadougou	Dengue
2019	OCG	Centre Nord + Sahel		Déplacés + Chirurgie
	OCBA	Est	Fada	Déplacés
	OCP	Nord	Titao	Déplacés
2020	OCP	Boucle du Mouhoun	Boromo, Dédougou, Toma, Nouna, Solenzo	Formation de médecins en chirurgie d'urgence Support à la vaccination rougeole
	OCG	Centre Nord + Sahel + Ouagadougou		Déplacés + Chirurgie + Covid19
	OCBA	Est + Sahel	Fada, Dori	Déplacés
	OCP	Nord + Centre Nord + Bobo		Déplacés + Covid19
2021	OCP	Boucle du Mouhoun	Nouna, Bomborokuy, Djibasso, Tougan	Clinique Mobile axe Nouna PSA Tougan
	OCP	Nord + Bobo		Déplacés + Riposte Covid19
	OCG	Centre Nord + Sahel + Ouagadougou		Déplacés + Chirurgie + Covid19
	OCBA	Est + Sahel	Fada, Dori	Déplacés
2022	OCP	Boucle du Mouhoun	Dédougou, Tougan; Nouna	Accès aux soins de santé déplacés internes
	OCG	Centre Nord + Sahel	Kaya Barsalgo, Kongoussi, Djibo,	Déplacés + Chirurgie + Covid19
	OCBA	Est + Sahel	Fada, Pama, Dori, Gorom Gorom,	Déplacés

PROJET : BOUCLE DU MOUHOUN

■ Historique du projet

Après les régions du Sahel, de l'Est, du Centre nord et du Nord, la Boucle du Mouhoun demeure la plus touchée par l'insécurité. La dégradation rapide de la situation a exacerbé les vulnérabilités existantes et engendré d'importants besoins humanitaires. Le projet MSF OCP a été lancé en juin 2021.

Au 30 avril 2022, on comptait plus de 80 938 déplacés auxquels se sont ajoutés près de 7000 supplémentaires en juillet 2022 à Dédougou, capitale de la région.

Ces flux de déplacements de population entraînent une pression sur les systèmes de santé existants. Par ailleurs en juillet 2022, 7 FOSA étaient fermées (soit 2,5% du total), 112 fonctionnaient à minima (soit 39,7%). 53 FOSA font partie des aires de santé qui abritent des déplacés.

La multiplication des incidents sécuritaires a mené au départ de nombreux personnels de santé de plusieurs zones, ce qui a pour conséquence directe une réduction de l'accès aux soins pour les populations hôtes et déplacées ainsi que l'arrêt ou la suspension d'activités d'ONG dans certaines provinces.

■ Dispositif

Présence sur 2 districts, Dédougou et Tougan :

- **District de santé de Dédougou**
 - Centre de santé CSPS Secteur 3 depuis juin 2022
 - Centre médical CMU depuis août 2022 : Hospitalisation pédiatrie et Médecine interne.
- **District de santé de Tougan**
 - Poste de Santé Avancé (PSA)
 - Niveau communautaire

Activités :

- Soins de santé primaire : consultations générales, consultations prénatales et gynécologiques
- Support psycho- social
- Prise en charge des victimes de violences sexuelles
- Promotion de la santé
- Prise en charge communautaire du paludisme et diarrhées par les agents de santé à base communautaire (ASBC) dans le district de Tougan.
- Suivi des références
- Soins de santé secondaires, prise en charge du paludisme : hospitalisation 40 lits (20 lits pédiatrie et 20 lits de médecine interne).

■ Bilan 2022

Réalisations :

- Mise en place des activités de prise en charge médicale des victimes de violences sexuelles à Dédougou (en complément de Tougan).
- Démarrages des activités au CSPS Secteur 3 et support au CMU (capacité : 40 lits) de Dédougou après réhabilitation et formations de personnels.
- Réseautage communautaire.

	2021	2022
Nombre de nouvelles hospitalisations (Pédiatrie et Médecine adulte)	712	518*
Nombre total de consultations prénatales	114	4 680
Nombre de consultations générales	45 042	84 205
Nombre de consultations par les agents de santé communautaires	2 525	17 859
Victimes de violences sexuelles		10

FRANCE	
Contexte : Populations réfugiées	Personnel : 35
Nombre de projets : 3	Autres centres opérationnels MSF :
Dépenses 2022 : 4 043 k€	aucun
Financements institutionnels :	
aucun	

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

Les échéances électorales en France en 2022 (élections présidentielle et législatives) avaient fait anticiper une surexploitation du thème de l’immigration irrégulière dans les médias et les débats politiques. Le déclenchement de la guerre russo-ukrainienne en février et la décision de la plupart des pays de l’UE, dont la France, de promouvoir un accueil privilégié et sans condition des réfugiés ukrainiens ont au contraire largement évacué la question migratoire des débats pendant les élections. Néanmoins, pour les associations, la politique volontariste d’accueil des Ukrainiens a rendu d’autant plus intolérable la politique structurelle de non-accueil envers les exilés des pays du Sud et le sous-dimensionnement des dispositifs d’hébergement étatiques existants, dans un contexte de reprise des mouvements migratoires après la période de contraction liée à la pandémie de Covid-19 – de janvier à septembre 2022, les entrées irrégulières dans l’Union Européenne ont augmenté de 70% (hors réfugiés ukrainiens) par rapport à 2021 selon Frontex (Balkans: + 170% ; Méditerranée orientale: +118% ; Méditerranée centrale: +42%).

Face à une augmentation continue du nombre d’exilés à la rue – mineurs non accompagnés (MNA) en recours, mais aussi familles et femmes seules avec des enfants parfois très jeunes et bien sûr hommes seuls – c’est très largement sur les collectifs solidaires que pèse la charge de trouver des solutions toujours fragiles : hébergement citoyen, squats, campements. Du côté de l’Etat, les pratiques dites « dissuasives » se poursuivent, comme en témoignent les observations aux frontières de la CAFI : refoulements aux frontières franco-italiennes et franco-espagnoles assorties de détentions arbitraires, démantèlements réguliers des campements informels, harcèlement des exilés et des aidants, cas avérés de violences policières. Depuis la constitution d’un nouveau gouvernement et l’entrée à l’Assemblée nationale de 89 députés du Rassemblement national, les discours amalgamant MNA et délinquants, migrants et terroristes ont repris et le ministre de l’Intérieur Gérald Darmanin, reconduit à son poste, a déjà annoncé une nouvelle loi répressive sur l’immigration, prévue pour 2023. La victoire de l’Extrême-Droite en Italie et la volonté affichée du gouvernement britannique, malgré les changements successifs de Premier ministre, de faire pression sur la France pour empêcher les traversées vers le Royaume Uni – en nette augmentation depuis l’année passée (+25-30%) – et de maintenir le projet de « relocalisation » des demandeurs d’asile vers le Rwanda laissent présager des tensions accrues sur le parcours des exilés aux frontières de la France et sur son territoire.

■ Contexte sanitaire

Le système de santé français, déjà fragilisé par des années de restrictions budgétaires, a été rudement mis à l’épreuve par la pandémie de Covid-19 : sous-effectifs chroniques, difficultés à recruter, équipes soignantes épuisées et démotivées ... Dans ce contexte, l’accès au système de santé est devenu d’autant plus problématique pour les populations migrantes en situation de précarité : engorgement des PASS, absence de recours à des traducteurs... Ces obstacles de fait s’ajoutent au parcours du

combattant que constitue l'ouverture de droits à l'aide médicale d'Etat (AME), tandis que ce dispositif, accusé d'être trop coûteux et « attractif » pour les migrants, fait l'objet d'attaques récurrentes à droite de l'échiquier politique. Ces attaques semblent porter également sur l'accès aux titres de séjour pour soins, pour lesquels, selon l'ODSE, l'OFII multiplie les avis défavorables sur la base d'informations très souvent superficielles concluant à la disponibilité des soins dans les pays d'origine.

Pour les MNA en recours, le refus d'accès aux soins hospitaliers au nom de l'absence de représentant légal reste largement la norme, l'obtention d'une prise en charge nécessitant une mobilisation active des associations et bénévoles. Pour cette population particulièrement vulnérable et plus généralement pour les migrants souffrant de troubles psychiques du fait de leur parcours, les dispositifs de soins en santé mentale sont peu nombreux et très largement saturés et l'accès aux services psychiatriques extrêmement difficile, dans un contexte de dégradation généralisée de ces services.

PRESENCE MSF

MSF a ouvert son projet pour les Mineurs Non Accompagnés (MNA) en recours en décembre 2017 en Ile-de-France. En 2019-2020, la mission a déclenché des hébergements d'urgence à Marseille, Montpellier, Bordeaux et Paris pour les MNA pendant la trêve hivernale. À la suite de ces activités d'urgences, un programme régulier a ouvert à Marseille en juillet 2020 centré, comme en Ile-de-France, sur les MNA en recours de minorité. L'ouverture d'un nouveau projet sur le littoral Nord, basé à Calais, a été décidée en mars 2022. Soumis à des délais administratifs puis à un rejet par la Mairie de Calais de la demande d'autorisation de travaux de MSF, le projet – un centre d'accueil de jour pour jeunes migrants – n'a pas encore pu démarrer.

En 2020 et 2021, la mission France est intervenue en réponse à l'épidémie de Covid pour les populations précaires et dans les EHPAD. En 2022, la poursuite d'une activité de clinique mobile hebdomadaire à Paris a permis de continuer de fournir des soins de santé et une référence sociale pour les populations précaires, principalement migrantes, et assurer une veille sur l'état de santé de cette population (40 consultations hebdomadaires par clinique en moyenne).

L'action de la mission France consiste également, par le biais de partenariats et de participation à des collectifs, en une veille sur la violation des droits des exilés aux frontières du pays (avec l'Italie, l'Espagne et le Royaume Uni) et en un soutien matériel et de plaidoyer aux solidaires au niveau local. Elle a également pour vocation de se faire le relais en France des constats des missions de MSF dans d'autres pays sur le caractère systémique des violences subies par les migrants aux différentes étapes de leur parcours. Un nouveau projet était prévu en ce sens, en lien avec les négociations en cours menée par MSF et Sant'Egidio avec le gouvernement français pour établir un pont humanitaire entre la Libye et la France : prendre en charge médicalement les personnes évacuées par cette voie à leur arrivée en France avant leur installation dans un réseau d'accueil pérenne géré par Sant'Egidio. Les négociations n'ont pas encore abouti.

PROJET : ILE-DE-FRANCE

■ Historique du projet

Après les démantèlements des camps de Calais et Grande-Synthe en 2016, la mission France a ouvert un programme sur une population identifiée comme particulièrement vulnérable, les MNA, avec comme objectif de faire reconnaître la présomption de minorité, l'application d'évaluations de qualité et standardisées sur tous les départements et de permettre un accès inconditionnel à des soins de qualité.

Un centre d'accueil de jour pluridisciplinaire a été ouvert à Pantin en décembre 2017 suivi de l'ouverture de lieux d'hébergement successifs, une partie des hébergements reposant sur le réseau

d'hébergeurs solidaires d'Utopia56, largement interrompus par le confinement lié à la pandémie de Covid-19 en 2020. A cette période, des hébergements d'urgence en hôtel à Paris (et dans d'autres villes) avaient été organisés pour les MNA à la rue. La fin de cette action à l'été 2020 a conduit à l'occupation du square Jules Ferry pendant 35 jours, action menée conjointement avec Utopia, la Timmy et les Midi du Mie, jusqu'à l'obtention d'une mise à l'abri des jeunes par la ville de Paris et la Préfecture. Celle-ci a débouché en 2021 sur l'ouverture de deux dispositifs d'hébergement pérennes pour MNA en recours (75 places EMA et 40 places CHU Emile Zola). Le succès de cette action a fortement contribué à la visibilité du projet de MSF, nourrie par une exposition itinérante.

En 2021, le centre de Pantin a accueilli plus de 900 jeunes, parmi lesquels un nombre croissant de jeunes filles MNA, alors que le programme avait touché jusque-là presque exclusivement des jeunes garçons. Un dispositif d'hébergement de 10 places dédié à ce public spécifique a été créé cette même année, géré par Utopia/Accueillons sur financement MSF, tandis que l'action de plaidoyer permettait d'obtenir le maintien de la mise à l'abri des jeunes filles même après une évaluation de minorité négative à Paris. La même année, un nouveau dispositif de 2 maisons de 10 places pour garçons MNA très vulnérables a été créé pour remplacer l'hébergement de 20 places existant qui était ouvert à tous les MNA en recours (ce dispositif a fermé définitivement en juin 2022). L'explosion du nombre d'admissions au centre de Pantin en 2021 a néanmoins été source de difficultés et d'épuisement pour l'équipe pluridisciplinaire, engendrant souffrance au travail et perte de qualité dans les accompagnements. Des critères de vulnérabilité pour l'admission ont été établis en novembre 2021 mais sans parvenir à abaisser la charge de travail, finalement contenue par la décision en mars 2022 de limiter les nouvelles admissions à 40 par mois, sur référencement par les associations partenaires. Cette évolution des critères d'admission a été accompagnée par un renforcement de l'organisation de l'équipe, notamment pour développer une activité d'« aller-vers » pour évaluer les conditions d'accueil et proposer un soutien pluridisciplinaire dans les centres d'hébergements gérés par des opérateurs.

■ Dispositif

- **Accueil de jour au centre de Pantin** pour MNA déboutés référés par des associations partenaires sur critères de vulnérabilité psy, médicale et sociale avec une prise en charge pluridisciplinaire comprenant un pôle santé somatique, un pôle santé mentale (partenariat avec COMEDE), un pôle socio-juridique. **Critères de sortie** : placement par le juge des enfants avec transmission à l'équipe éducative et possibilité de suivi psychologique dans le nouveau foyer ASE ; préparation et accompagnement social pour sorties hors reconnaissance de minorité.
- **Dispositifs d'hébergement** :
 - hébergement Passerelle à Sevran (2 fois 10 lits) pour les jeunes garçons avec vulnérabilités spécifiques (psy et médicales) co-géré par des équipes de travailleurs sociaux MSF et Utopia/Accueillons. **Critères de sortie** : placement par le juge des enfants avec transmission à l'équipe éducative et possibilité de suivi psychologique dans le nouveau foyer ASE ; recherche de voies alternatives de régularisation, hébergement et insertion sociale en lien avec les vulnérabilités spécifiques quand le recours a échoué où n'est plus une option
 - un hébergement « Women's House » pour jeune filles (10 lits) financé par MSF et géré par équipe Utopia/Accueillons. **Critères de sortie** : placement ASE par le juge des enfants ; maternité (accompagnement social pour recherche de lieu adapté) ; discussion en cours avec Utopia sur un accompagnement ou non jusqu'à la majorité en cas d'échec du recours.
- **Clinique mobile** hebdomadaire à la Porte de Villette pour les populations précaires, notamment migrantes

■ Bilan 2022

En 2022, la charge de travail de l'équipe a pu être régulée, permettant de rouvrir des temps de réflexion et de délibération sur le projet. Les pôles ont été restructurés afin de favoriser un travail pluridisciplinaire plus effectif. La réduction du nombre d'admissions s'est accompagnée d'une hausse du nombre de consultations paramédicales et psychologiques avec des pathologies plus complexes. Sur le plan juridique, le taux de décisions de justice grâce aux saisines MSF aboutissant à une prise en charge par l'ASE des jeunes suivis est passé de 76% en 2021 à 83% sur les huit premiers mois de 2022. Un nombre croissant de jeunes filles (16% des suivis alors que la part des jeunes filles MNA dans les statistiques de l'ASE est de 5%) a été atteint. Enfin, la nouvelle activité d'équipe pluridisciplinaire mobile a permis de prendre contact avec 11 dispositifs d'hébergements, d'avoir une meilleure vision des conditions d'accueil de ces structures et de leurs lacunes et de proposer des modalités de soutien. Ces succès ont néanmoins leurs limites au regard des objectifs de changements de pratiques qui sont les nôtres. La volonté des institutions de travailler avec MSF pour améliorer leur prise en charge des MNA est extrêmement variable, en fonction de leurs équipes ou de leur encadrement, de leur disposition ou non à reconnaître leurs difficultés et leurs manquements. Si quelques partenariats solides ont été construits, raccrocher les jeunes aux dispositifs de droit commun en matière de soins, d'aide sociale et de protection reste une lutte permanente, chronophage et sources de doute. La tension constante liée au faible nombre de places d'hébergement alors que le nombre de MNA continue d'augmenter et que les situations de grande vulnérabilité se multiplient à mesure du temps passé à la rue pèse sur nos équipes, notamment dans la relation entre le volet accueil et le volet hébergement de notre programme (difficulté structurelle à laquelle s'ajoute les différences de cultures institutionnelles propres au partenariat MSF/Utopia sur lequel repose les dispositifs d'hébergement, même si la coopération s'est améliorée au cours de l'année, du fait du renouvellement des équipes et d'espaces de concertations réguliers).

Du point de vue des équipes, cette phase de stabilisation et les efforts pour améliorer la prise en charge de MSF étaient nécessaires et cohérents avec le plaidoyer en faveur d'un accueil de qualité pour des jeunes d'abord victimes du manque de place, de moyens et de personnel des institutions publiques qui justifie une politique et des pratiques d'exclusion. Mais faire bouger les lignes est un objectif à plusieurs années.

Indicateurs

	2018	2019	2020	2021	2022
Pantin : Nb passages	7 363	7 345	2 844	8 928	7 784
Pantin : Nb MNA inclus	789	734	354	911	423
Pantin : Nb consultations paramédicales	1 481	2 877	3 095	2 491	3 381
Pantin : Nb interventions en santé mentale	1 406	1 822	1 949	2 592	3 294
Pantin : Nb suivis juridiques	456	400	151	477	293
Pantin et Passerelle : Prises en charge à l'ASE	96	35	85	191	200
Pantin : Nb AME abouties	25	117	132	219	257
Clinique Mobiles : Nb consultations (médicales + paramédicales)	633	1 428	2 470	?	1 293
Passerelle/Pierrefitte/Epina y/Bobigny : nouvelles admissions	64	136	32	?	87

PROJET : MARSEILLE

■ Historique du projet

Le projet MSF à Marseille a débuté avec un centre d'hébergement/accueil de jour pour MNA sans distinction de statut en janvier 2020 afin de répondre avec l'aide de bénévoles à la présence massive de jeunes à la rue, aggravée par le premier confinement. En collaboration avec le tissu associatif local et la commission MNA du barreau de Marseille, deux premiers contentieux au tribunal administratif obligent le Conseil départemental des Bouches du Rhône à mettre à l'abri 108 jeunes en attente d'Accueil Provisoire d'Urgence (APU).

En juillet 2020, il est décidé de faire évoluer le projet en mettant en place une équipe pluridisciplinaire dédiée cette fois au suivi d'un groupe de 18 jeunes en recours, en cohérence avec le public cible du projet Ile-de-France et des objectifs MSF nationaux en matière de plaidoyer. 2 places pour mineurs primo-arrivants sont néanmoins maintenues dans le dispositif pour conserver un levier pour contester les pratiques du Conseil départemental en matière d'APU et donnent lieu à un 3^e contentieux aboutissant à la prise en charge de dizaine de primo-arrivants et à la réduction des délais de mises à l'abri, de plusieurs mois en 2020 à quelques jours au début de 2022. Malgré ce raccourcissement des délais, seuls 44% des 670 jeunes mis à l'abri en 2021 ont été reconnus mineurs. En 2022, les associations estiment que 80 nouveaux jeunes par mois sont laissés sans hébergements, répartis entre les squats, les hébergeurs solidaires et la maison MSF.

En décembre 2021, le projet emménage dans un nouveau lieu d'hébergement octroyé par la Mairie de Marseille, mais dont la réfection en 2021 a connu des retards de plusieurs mois qui ont paralysé le projet en obligeant à suspendre les nouvelles admissions. L'inclusion d'un nouveau collectif de jeunes dans la nouvelle « maison MSF » intervient au moment où des collectifs solidaires répondent à l'augmentation du nombre de jeunes en recours à la rue par l'ouverture de deux squats, 113 et 115 Canebière. C'est vers ces lieux que MSF va « aller-vers », tout en renforçant les capacités dans l'hébergement MSF afin d'y accueillir des jeunes dont les problématiques sont de plus en plus sévères. Ces initiatives se sont accompagnées d'un renforcement RH nécessaire mais encore insuffisant en octobre 2022 pour mener à bien les activités externes de manière autonome.

■ Dispositif

Dispositifs de suivi et d'hébergement pour 18 jeunes en recours et 2 lits d'urgence avec une équipe pluridisciplinaire assurant un suivi médical, social, juridique, psy, avec un accent sur la scolarité. Le juridique est assuré par les avocats du barreau de Marseille en lien avec les travailleurs sociaux de MSF. Le recrutement d'une psychologue vient remplacer la psychologue du COMEDE qui intervenait dans l'hébergement avant l'installation dans la nouvelle maison et qui exerce désormais dans un lieu de consultation propre au COMEDE.

Critères d'admission et de sortie

- Les admissions concernent des jeunes hommes en recours (vérification faite auprès de leur avocat), avec priorisation selon la vulnérabilité (santé physique et mentale), l'usage de langue rare et les conditions actuelles d'hébergement. Chaque admission fait l'objet d'une discussion en équipe après l'analyse de la liste d'attente.
- Les jeunes sortent du dispositif d'hébergement 1. après avoir fait l'objet d'une mesure de protection à l'issue du recours (80%) 2. après que leur situation médicale a été stabilisée et qu'une alternative digne à l'hébergement a été trouvée s'ils n'ont pas été reconnus mineurs 3. à leur majorité si une alternative digne à l'hébergement a été trouvée
- Les jeunes sortent de la prise en charge pluridisciplinaire 1. après avoir fait l'objet d'une mesure de protection à l'issue du recours 2. après être sortis du dispositif d'hébergement MSF

si la continuité de la prise en charge est assurée avec le nouvel organisme d'accueil 3. une fois le titre de séjour obtenu pour les jeunes sortis du dispositif d'hébergement MSF sans protection du Conseil départemental.

Activités externes :

- Soutien de 2 squats au 113 et 115 Canebière par une contribution aux dépenses de nourriture (500 euros/mois/squat)
- Médiation en santé : intervention de l'infirmière MSF dans le squat du 113 Canebière : ouverture de droits, suivi du parcours de santé pour une cohorte de 34 jeunes.

Plaidoyer et contentieux :

- Plaidoyer actif sur la question de l'hébergement / prise en charge lors de l'APU avec notamment une audition auprès de l'Inspection Générale des Affaires Sociales,
- Recours indemnitaire afin d'obtenir du Conseil départemental le remboursement de frais engagés pendant la période de janvier à juin 2020.

■ **Bilan 2022**

Indicateurs Marseille 2022	
Nb de jeunes hébergés	59
Nb admissions	43
Nb de sorties	27
Décision juridique vers Protection ASE	15
Nb consultations médicales (uniquement jeunes hébergés dans la maison MSF)	594
Nb suivis médicaux en squat	34

PROJET : CALAIS – LITTORAL NORD

Fixée comme objectif opérationnel pour l'année 2022, une mission exploratoire a été lancée fin février à Calais et sur le littoral Nord (principalement Grande Synthe) dans le but d'évaluer la possibilité d'ouvrir un nouveau projet offrant un accueil de jour pluridisciplinaire aux MNA et jeunes majeurs en transit ou susceptibles de demander la protection de l'ASE, dans un contexte de forte emprise des réseaux de passeurs sur cette population migrante. Après l'identification d'un lieu adapté à cette activité, une proposition d'ouverture de projet axée sur cet accueil de jour a été validée en mars. La proposition opérationnelle prévoyait également un volet de soutien logistique au réseau associatif local et une activité de clinique mobile vers Grande Synthe, ainsi qu'une veille sur la situation des traversées avec possibilité d'intervention auprès des naufragés en lien avec les équipes d'Utopia.

Début octobre, le refus de la mairie de Calais et de la préfecture d'accorder à MSF les autorisations administratives nécessaires à l'ouverture du centre ont bloqué le lancement du projet et obligé à un réajustement des axes opérationnels. Tandis que les démarches de recours pour aboutir à l'ouverture du centre se poursuivent, le développement d'activités externes de prise en charge médico-psychologiques de personnes vulnérables identifiées sur les lieux de vie et dans les dispositifs d'aide existants est désormais l'objectif prioritaire pour le premier semestre 2023.

HAITI	
Contexte : Accès aux soins, Réponse aux urgences	Personnel International : 43 National : 661
Nombre de projets : 2	Autres centres opérationnels MSF :
Dépenses 2022 : 20 784 k€	OCA, OCB
Financements institutionnels :	
20 k€ (collectivités locales)	

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

Depuis 2010 et le tremblement de terre, la république d'Haïti connaît une instabilité politique, qui s'est notamment manifestée par une très nette augmentation des violences urbaines. Cela fait suite à l'arrivée au pouvoir du PHTK – parti toujours au pouvoir - grâce l'appui des USA et du Core Group². Les contextes politique, sécuritaire et social se dégradent davantage en 2018 (affaire Petro Caribe suivi de la hausse du carburant), puis en 2019 avec une crise institutionnelle qui entraîne la suspension de l'aide et l'apparition d'émeutes (pays lock), jusqu'à la pandémie de covid en 2020 qui gèle la situation. Le point culminant de la dégradation du contexte correspond à l'assassinat du président Moïse en juillet 2021, dont les auteurs n'ont toujours pas été clairement identifiés à ce jour. Cela serait dû notamment au fait que l'enquête pointerait du doigt le prédécesseur de Jovenel Moïse – Michel Martelly – ainsi qu'Ariel Henry, au pouvoir actuellement et désigné Premier Ministre deux jours avant la mort de Jovenel Moïse, sans que cette désignation n'ait été officiellement validée, le Premier Ministre n'ayant pas présenté sa politique devant le Parlement ni prêté serment

Au niveau institutionnel, le gouvernement a depuis géré le pays de manière extraconstitutionnelle et les accords politiques sont au point mort. Économiquement, on note une inflation de plus de 30%, et une dépréciation de la gourde de plus de 20%. Les ressources financières sont au plus bas et le financement humanitaire demeure insuffisant, avec seulement 114,4 millions de dollars reçus sur les 373,2 millions de dollars nécessaires (HRP - humanitarian response plan). D'un point de vue sécuritaire, on note de violents affrontements entre gangs dans le but d'étendre leurs territoires (35% de Port-au-Prince) et la prise de contrôle des différentes voies d'accès à Port-au-Prince. Les affrontements d'avril et de juillet 2022 ont fait plus de 300 morts, des centaines de blessés et victimes d'exactions, plus d'une centaine de maisons ont été détruites ainsi que de 20 000 personnes déplacées. OCHA estime qu'environ 1,5 million de personnes, soit près de 50% de la population de la capitale, sont directement touchées par la violence, et voient leur liberté de mouvement et d'accès aux services de base restreints.

Depuis l'annonce de la hausse des prix du carburant le dimanche 11 septembre 2022, la colère populaire a pris une nouvelle ampleur, avec des mouvements de protestations partout dans le pays. Plus intensément qu'en 2018, le pays est rentré dans une phase de blocage et de violence. Des pillages ont été enregistrés pendant le pays lock, et plusieurs entreprises privées, publiques et domiciles d'hommes politiques ont été saccagés et parfois incendiés. Des bureaux d'organisation humanitaires ont eux aussi fait l'objet de pillages dans plusieurs départements du pays. La coalition des gangs du G9 a bloqué durant plusieurs mois l'accès au terminal pétrolier, ce qui accroît la crise économique et sanitaire existante. Le gouvernement a officiellement demandé l'intervention de forces étrangères le 6 octobre 2022. Cette demande est depuis étudiée par plusieurs gouvernements ainsi que par les Nations Unies sans conclusion définitive pour le moment et n'a pas conduit au déblocage de la

² Le Core Group : Ambassadeurs d'Allemagne, du Brésil, du Canada, d'Espagne, des USA, de France, de l'UE, du Représentant spécial de l'Organisation des États Américains et de la Représentante spéciale du Secrétaire général des Nations Unies

situation. Les manifestations de protestation ont continué visant également le gouvernement et son appel à l'aide étrangère.

■ Contexte Sanitaire

Depuis la reprise des combats entre les groupes armés début 2022 dans plusieurs quartiers de Port-au-Prince notamment à Cité soleil et Croix de Bouquet, plus de 40 000 personnes ont abandonné leur domicile, se répartissant sur 36 campements informels et certaines structures de santé ont définitivement fermé. Entre les mois d'août et d'octobre, la situation en Haïti s'est encore détériorée avec le « pays lock ». L'accès aux services de base est quasiment inexistant. Avec l'absence de carburant sur le marché, les deux tiers des structures sanitaires ont été mises à l'arrêt ou en réduction d'activité, menant à la saturation des structures actives. Les patients et le personnel de santé ne peuvent plus se rendre dans les structures qui pourraient être encore fonctionnelles et les services de référence sont au ralenti. Enfin, l'approvisionnement en eau est presque à l'arrêt, dans la mesure où les camions-citernes ne peuvent plus alimenter les ménages, tout comme les stations de pompage.

Avec la résurgence du choléra le 7 octobre (plus de 400 cas et des dizaines de décès dès la première quinzaine), la situation sanitaire est extrêmement préoccupante. Les agences des Nations Unies annoncent qu'au cours des trois prochains mois, quelques 28 000 femmes enceintes et nouveau-nés risquent de ne pas recevoir de soins de santé, tandis que 9 965 complications obstétriques ne seraient pas prises en charge. À noter que l'OMS a récemment déclaré que Haïti court le risque de voir la poliomyélite revenir dans le pays (dernier cas en 2001). Par ailleurs, la crise pourrait aggraver encore davantage l'insécurité alimentaire dans le pays. En octobre 2022, le PAM déclare que 4,7 millions de personnes sont actuellement confrontées à une faim aiguë (indice IPC 3 et plus), dont 1,8 million de personnes en phase d'urgence (IPC 4) et, pour la première fois en Haïti, 19 000 personnes sont en situation de Catastrophe (IPC 5).

PRESENCE MSF

MSF est présent depuis plus de 30 ans en Haïti. Après une première phase entre 1991 et 1999, MSF France est revenu en 2004 à la suite des inondations provoquées par une tempête tropicale.

En 2004, OCP a développé son premier centre de traumatologie à Port-au-Prince, et a depuis maintenu une capacité chirurgicale à Drouillard en se focalisant sur la prise en charge des grands brûlés à compter de 2015. Avec l'augmentation de la violence, OCP a réouvert en novembre 2019 l'hôpital de Tabarre (anciennement OCB) pour la prise en charge des cas graves de traumatologie. L'activité brûlés y a été transférée définitivement en 2021, le contexte sécuritaire ne permettant plus de l'assurer à Drouillard/Cité Soleil.

Alors que OCB était présente à Martissant depuis 15 ans, l'intensification et la proximité du conflit a décidé OCB à fermer son centre d'urgence et à relocaliser ses activités d'une part à Turgeau, mais aussi à Carrefour en apportant un soutien à l'hôpital de ce quartier. OCB soutient également l'hôpital communautaire de Port-à-Piment (sud du pays) pour la prise en charge des soins de santé maternelle. Depuis 2015, OCA apporte des soins aux personnes victimes de violences sexuelles à Port-au-Prince et dans l'Artibonite. OCA a fermé sa maternité (CRUO) de Port-au-Prince en juillet 2018. OCA développe des activités de cliniques mobiles et WASH auprès des populations déplacées de Port-au-Prince et s'est recentré sur les « violences urbaines ».

En réponse au séisme du 14 août 2021 qui a frappé les départements du sud du Pays, les 3 sections MSF présentes dans le pays se sont déployées sur les 3 départements touchés. OCP est également intervenu en 2021 pour la prise en charge d'un afflux massif de brûlés lié à l'explosion d'une citerne de carburant.

Aujourd'hui, l'évolution majeure opérationnelle pour OCP est la mise en œuvre d'un projet transversal permettant de répondre aux besoins médicaux de la commune de Cité Soleil par le biais d'un hôpital général, de cliniques mobiles et d'activités communautaires.

REPONSES AUX URGENCES

Intervention	Période	Indicateurs	Budget
Intervention séisme à Grand Anse	2021/2022	220 patients	2 864 k€
Urgence Cap Haïtien	2021/2022	30 patients	609 k€
Urgences cholera	Sept. 2022 à Fév. 2023	3 500 patients	1 303 k€

PROJET : TABARRE

■ Historique du projet

L'objectif de ce projet est d'offrir une prise en charge d'urgence (24/7) pour les victimes de traumatismes sévères (violences ou accidents) ainsi que pour les victimes de brûlures graves (> 10% surface corporelle).

La population cible reste majoritairement en provenance de la Zone Urbaine de Port-au-Prince. L'unité de traitement des grands brûlés étant unique au niveau national, MSF reçoit des patients de tout le pays. À noter que l'expertise de MSF en brûlologie peut être sollicitée nationalement si une urgence se déclare.

En ce qui concerne l'histoire récente de l'hôpital de Tabarre, sa réouverture (initialement projet OCB et fermé en 2018) s'est en partie faite sous la pression de la détérioration continue de la situation socio-politique depuis juillet 2018, accentuée avec la situation de « Peyi Lock » de 2019. L'hôpital a ouvert en novembre 2019 avec 50 lits de traumatologie (orthopédie et viscéral).

En février 2021, à la suite de la hausse de l'insécurité autour du projet de Drouillard situé sur la commune de Cité Soleil, la décision a été prise d'évacuer l'activité brûlés vers l'hôpital de Tabarre. Cette situation envisagée d'abord comme temporaire s'est ensuite imposée sur le long terme. Après la réalisation de certains travaux, la nouvelle activité a démarré en juin 2021 avec une structure de 20 lits. Un travail conséquent a été effectué au cours des années 2021 et 2022 afin d'adapter l'organisation à la présence des deux pôles d'activités, traumatologie et brûlés. Malgré les efforts en cours de mutualisation entre ces deux pôles, le fonctionnement de l'hôpital reste assez vertical.

Depuis septembre 2022, Haïti connaît une situation qui rend difficile toute projection dans le futur (peyi lock, augmentation des quartiers tenus par les gangs, lourde pénurie de carburant, choléra...). La crise à laquelle le pays fait face peut déboucher sur de multiples scénarios, qu'il est parfois difficile de prévoir, et qui nous pousseront à réadapter notre réponse en continue.

■ Dispositif

L'hôpital de Tabarre est une structure gérée à 100% par MSF. Les patients sont pris en charge au niveau des urgences (accueil, postes de déchoquage, salle d'observation) puis répartis dans les 2 services de traumatologie et brûlés. MSF oriente tant bien que mal les patients qui ne répondent pas aux critères d'admission vers d'autres structures de santé. Le service ambulatoire assure la prise en charge des patients en post opératoire (kinésithérapie, pansement, santé mentale...).

Nombre de lits	Traumatologie	Brûlures
Bloc opératoire	3	2
Unité de soins intensifs	6	6
Hospitalisation	38	9
Bactéries multi résistantes	6	5
Accordéons (lits supplémentaires)	6	5*
Champs de mars (2 ^{ème} extension)	13	

* 1 en soins intensifs, 4 en hospitalisation

Avec la détérioration continue de la situation sécuritaire et sanitaire, le nombre de lits est souvent insuffisant. Un système d'extension temporaire en deux temps (système « lit accordéons » et « champs de mars ») permet de passer de 70 lits en temps normal à 94 lits.

■ Bilan 2022

Traumatologie	2019	2020	2021	2022
Nb triage (passages urgences)	192	1 762	1 825	1 969
Nb d'admissions traumatologie	139	1 432	1 211	1 234
Nb d'interventions chirurgicales	292	4 058	4 278	4 180
Nb de séances kiné en ambulatoire				8 384
Durée moyenne du séjour (jours)	6,4	7,3	14,2	11,6
Taux d'occupation des lits	76%	85%	89%	95%
Mortalité hospitalière	2,1%	2,1%	0,9%	2,6%

Brûlés	2019	2020	2021	2022
Nb d'admissions brûlés	462	259	277	270
Nb d'interventions chirurgicales	3 804	2 242	2 022	2 824
Nb de séance kiné en ambulatoire				5 337
Durée moyenne du séjour (jours)	20	15	11,7	19,1
Taux d'occupation des lits	78%	61%	70%	99%
Mortalité hospitalière (%)	6%	15%	27%	26,3%

PROJET : CITE SOLEIL

■ Historique du projet

En 2011, OCP installe à Drouillard un centre de traumatologie accueillant des patients victimes de violence, d'accidents de la voie publique ou de brûlures. En 2014, du fait de l'existence d'un autre centre MSF de prise en charge de la traumatologie (Tabarre, OCB) et du nombre important de patients brûlés, la décision est prise de se spécialiser dans la prise en charge des brûlures avec l'ouverture en

2015 du Centre des Brûlés d'Haïti (CBH). Fin 2016, un plan de 5 ans est validé pour le projet de prise en charge des brûlés d'Haïti (2017 – 2022).

De mars à août 2020, le CBH a été transformé en centre de prise en charge des patients suspects ou confirmés de la Covid-19. En août 2020, à sa réouverture, la capacité du CBH passe de 40 à 20 lits d'hospitalisation.

En février 2021, de lourds affrontements à proximité de l'hôpital conduisent MSF à prendre la décision de transférer temporairement son activité « brûlés » à Tabarre. À Drouillard, une salle d'urgence est maintenue ainsi que l'activité de l'équipe promotion de la santé. En septembre 2021, MSF officialise la fusion des activités Traumatologie et Brûlés à Tabarre et l'extension de la salle des urgences à Drouillard.

En 2022, les violences conduisent à la fermeture de l'hôpital durant un mois, jusqu'à ce que les négociations entreprises avec les acteurs locaux permettent la réouverture, d'abord des urgences et des consultations, puis du bloc en juillet, et enfin d'activités externes dans les quartiers de Brooklyn et Belekou.

Fin septembre 2022, dans ce même contexte de violence aggravé d'un 'peyi lock' diminuant les capacités de réponses des partenaires non MSF, les premiers cas de choléra ont été détectés à Cité Soleil. Une réponse spécifique à l'épidémie de choléra a été mise en place à partir du projet Cité Soleil, qui lui-même assure un fonctionnement « d'urgence » adapté à la dégradation du contexte.

En mars 2023, la multiplication des incidents sécuritaires dus à la proximité des affrontements entre gangs ont conduit à une fermeture temporaire (7-22 mars) de l'hôpital, avant qu'une diminution de l'intensité des conflits et des négociations ne permettent une réouverture de certains services, centrés sur la prise en charge des urgences.

■ Dispositif

Liste des activités de l'Hôpital de Drouillard :

- Salle d'urgence, observation, orientation
- Référence : stabilisation puis référence vers autre hôpital avec ambulance MSF
- Bloc chirurgical 24/7 avec critères admissions/exclusions variables selon le contexte
- Hospitalisation 21 lits : critères variables selon le contexte
- Consultations externes, ouvertes à tous : consultations médicales, pansements, vaccination, consultations prénatales, maladies chroniques
- Prise en charge des victimes de violences sexuelles
- Physiothérapie
- Service support psychologique et social
- Activités Supports : radiologie, laboratoire, stérilisation, alimentation des patients, buanderie

Liste des activités à Cité soleil :

- Clinique externe sur 3 sites : Consultations médicales, pansements, vaccination, consultations prénatales, maladies chroniques
- Poste médical avancé de stabilisation à Brooklyn en période de conflit
- Support aux structures de santé de la commune de Cité Soleil (eau, logistique, médical)
- Activités de santé communautaire à travers les agents de santé communautaire : sensibilisation, formation, premiers soins, collecte de données

■ Bilan 2022

Au début 2022, seule la salle d'urgence a continué son activité à Tabarre en fonctionnant exclusivement sur les critères d'admission. En avril, suite à des tensions violentes liées entre autres au processus de recrutement, le projet a fermé durant un mois, avant de rouvrir en mai après des négociations avec les acteurs locaux et pour assurer la prise en charge des victimes de la violence encore grandissante à Cité Soleil. Le bloc a réouvert en juillet, et en août, un poste médical avancé a été mis en place dans les quartiers sous blocus de Brooklyn et Belekou (appui).

La résurgence du choléra en septembre 2022 dans un contexte particulièrement tendu et violent a fortement pesé sur les priorités du projet pour la fin de l'année. Actuellement, le projet a développé des activités dans deux axes : la réponse à l'épidémie de choléra avec un centre de 100 lits et une réponse aux urgences aux critères élargis.

Cité Soleil	2022
Passages aux urgences	4 813
Blessures par violence	539
Blessures par balle	322
Admissions en hospitalisation	290
Mortalité hospitalière	8,7%
Nombre d'interventions au bloc	424
Nombre de consultations	10 915

IRAK	
Contexte : Accès aux soins	Personnel
Nombre de projets : 1	International : 15
Dépenses 2022 : 4 474 k€	National : 91
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB, OCG

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

L'Irak est un État fragile gouverné par une structure politique très fragmentée, influencée par les conflits et les compétitions régionales. Les politiciens irakiens ont eu besoin d'un an et sept jours pour former le nouveau gouvernement après les élections d'octobre 2021. Fin octobre 2022, Mohammad Shia'a Al Sudani, le nouveau Premier ministre, a formé un gouvernement de coalition dans les mêmes conditions que celui de 2006, où tous les partis sont inclus (cette fois-ci sans Al Sadr) et où les postes sont répartis en fonction du nombre de sièges au Parlement. Al Sudani a démissionné du parti Da'awa il y a quelques années. La longue période de formation du gouvernement a aggravé les divisions parmi les chiites, mais aussi parmi les Kurdes et les sunnites. Muqtada Al Sadr, l'éminent dirigeant chiite et vainqueur des élections de 2021, a pris des positions critiques à l'égard du nouveau gouvernement du fait qu'il n'a pas été autorisé à former son propre gouvernement par les autres partis politiques chiites, alors qu'il s'était allié avec une partie des sunnites et des Kurdes. Al Sadr, qui a quitté le Parlement après la démission de ses 73 députés, est en attente d'une chance de regagner l'espace qu'il a perdu, une situation qui fera que le nouveau gouvernement ne connaîtra jamais la stabilité.

Les différends concernant le pouvoir politique et la création du gouvernement ont déclenché des conflits entre les groupes armés chiites à trois reprises à Missan, Bassorah et Bagdad, ce qui a entraîné le plus grand nombre de victimes de violence depuis les manifestations de 2019 et a représenté le défi sécuritaire le plus sérieux depuis la défaite du groupe État islamique en 2017.

Malgré l'éventualité d'un conflit sérieux entre chiites, on ne s'attend pas à une explosion de violence, car le pays dispose d'une "soupape de sécurité spirituelle" représentée par le Grand Ayatollah Sistani, chef suprême chiite, qui a beaucoup de pouvoir pour empêcher qu'un tel conflit ne se produise. De même, l'Iran n'a aucun intérêt à laisser deux groupes chiites s'affronter dans l'espace vital iranien. Toutefois, si ce conflit se déclenche, le coût sera élevé et la capacité à l'arrêter sera faible.

Les Kurdes et les Sunnites ont accepté de revenir dans une alliance avec les Chiites pour former le nouveau gouvernement après le retrait d'Al Sadr du Parlement. Ils ont imposé des conditions strictes concernant les ressources naturelles, les zones contestées, le retour des personnes déplacées et la gestion de la sécurité, ce qui peut avoir un impact futur sur la viabilité du gouvernement.

Au niveau régional, les indicateurs montrent que les différents pays (Arabie Saoudite, Turquie, Emirats Arabes Unis) souhaitent éviter toute confrontation. Les États-Unis sont occupés par la guerre en Ukraine et l'Iran subit différents types de pression, dont une récente liée au soutien des drones à la Russie contre l'Ukraine.

Les mesures juridiques prises par les pays européens à l'encontre de l'Iran sur les violations récentes des droits de l'homme devraient provoquer une réaction des milices pro-iraniennes en Irak. Le nouveau gouvernement soutient pleinement les milices pro-iraniennes, et il n'est pas prévu que cela change.

L'État irakien est confronté à de nombreux défis : faible contrôle des groupes armés, corruption largement répandue, mécontentement des populations quant aux services de l'État, forte dépendance à l'égard des recettes pétrolières (plus de 90 %) et niveaux élevés de pauvreté (25%) et de chômage (16,5%). Les chiffres montrent une baisse de la confiance de la population dans le processus politique,

le taux de vote étant passé de 70 % en 2006 à 35 % en 2022 selon les chiffres du gouvernement, mais les chiffres officiels montrent une baisse encore plus importante.

Le groupe Etat islamique pourrait profiter de toute perturbation de la sécurité, mais ses faiblesses structurelles et le rajeunissement des forces de sécurité irakiennes réduisent la probabilité que l'Etat islamique représente un défi sérieux en matière de sécurité.

■ Contexte sanitaire

Bien que le pays se remette lentement de nombreuses années de guerre, le rétablissement du système de santé a été ralenti d'abord par la pandémie de Covid-19 et maintenant par la détérioration progressive des indicateurs socio-économiques.

Le budget 2022 alloué au ministère de la Santé ne représente que 2 % du budget total, bien que ces 2 % d'un budget de 14 chiffres en dinars irakiens représentent une somme considérable.

Le choléra et la fièvre hémorragique de Crimée-Congo sont endémiques en Irak, avec des flambées fréquentes. D'avril à octobre 2022, une épidémie de fièvre hémorragique de Crimée-Congo a éclaté, dont l'épicentre était Nassiriya/Dhi-Qar. 304 personnes ont été infectées en Irak, avec un taux de létalité de 17 %. L'épidémie actuelle de choléra, dont l'épicentre se trouve à Kirkuk, a commencé au début du mois de juin 2022 avec 449 cas confirmés (24 juillet 2022) et un taux de létalité très faible.

Cinq ans après la défaite de l'Etat islamique en Irak et au Levant (ISIL) par la coalition menée par les États-Unis, l'Irak attire moins l'attention des grandes communautés de donateurs. La diminution continue du financement humanitaire est toujours un problème en Irak. Au 3 août 2022, le plan de réponse humanitaire pour l'Irak avait reçu environ 106 millions d'USD (26,5 %) sur les 400 millions d'USD demandés en 2022, ce qui en fait l'un des plans de réponse humanitaire les moins financés.

Le nombre de personnes déplacées ayant diminué, les fonds alloués à l'aide d'urgence sont de moins en moins importants. Par conséquent, on s'attend à ce que les acteurs humanitaires soient moins nombreux en 2023. En juillet, l'équipe humanitaire de pays (HCT – Humanitarian Country Team) a décidé de mettre fin officiellement à tous les Clusters d'ici la fin de l'année et de ne pas présenter de plan de réponse humanitaire en 2023.

La prévention et le contrôle des infections constituent un défi de taille dans le pays. L'évaluation menée en 2021 par le ministère de la santé et l'OMS montre que 89 % des établissements de santé en Irak disposent de services de blanchisserie insuffisants ou inexistantes. Le même rapport souligne que dans 84 % des établissements de santé, les déchets médicaux produits sont mal gérés.

La couverture sanitaire pour les services de santé essentiels est passée de 63 % en 2019 (66 % en 2018) à 54 % en 2020. Les services de santé essentiels comprennent les soins de santé primaires, la vaccination, les services ophtalmologiques, les services liés aux maladies transmissibles et chroniques, et les services aux patients hospitalisés.

Les maladies chroniques représentent 55 % de toutes les causes de décès. Les maladies cardiovasculaires représentent à elles seules 27 % de ce bilan et le diabète 4 %.

16,5 % de la population âgée de plus de 15 ans souffre de troubles mentaux et la majorité d'entre eux n'ont qu'un accès limité aux traitements médicaux de base et aux soins psychologiques.

PRESENCE MSF

MSF est intervenue pour la première fois en Irak en 1988 avec la mission médicale étrangère lancée en réponse à l'attaque chimique de Halabja dans le gouvernorat de Sulaymaniyah au Kurdistan. MSF a ensuite fait des allers-retours pendant plusieurs années. En 2006, MSF OCP a ouvert un hôpital de chirurgie réparatrice à Amman (Jordanie) pour soigner les blessés irakiens. De 2013 à 2019, MSF OCP a assuré une présence importante dans les camps de réfugiés syriens au Kurdistan.

Quatre centres opérationnels MSF étaient présents en 2022 (OCP, OCB, OCG, OCA).

OCB est présent à Mossoul avec une activité de chirurgie reconstructive et de soutien aux soins de santé primaires. OCB a ouvert en 2022 un projet de santé maternelle dans le gouvernorat de Dhi Qar à Nassiriya et a développé une collaboration avec le CICR pour la formation à l'afflux massif de blessés à l'hôpital principal de Nassiriya.

OCG a une présence importante dans le nord de l'Irak :

A Mosul West – Nablus Hospital, OCG apporte des soins pédiatriques d'urgence, des services de maternité de niveau CEmONC, des services de pédiatrie pour les moins de 15 ans, des services de santé mentale et des services ambulatoires de santé sexuelle et reproductive, y compris des consultations gynécologiques et des services d'avortement médicalisé.

À Sinjar – Sinuni General Hospital, OCG apporte des soins d'urgence, des soins de santé mentale et des activités de promotion de la santé, soutient l'hôpital de Sinuni dans la maternité, l'hygiène et la logistique. Le projet Tal Afar a débuté fin 2021 avec des activités liées au Covid, mais depuis mai 2022 les activités sont réorientées vers l'amélioration de la qualité des soins (urgences, prévention et contrôle des infections, isolement).

OCA reste dans le gouvernorat de Kirkouk, à Hawija pour un projet maladies chronique.

PROJET : CENTRE DE REHABILITATION MEDICALE DE BAGDAD (BMRC)

■ Historique du projet

Le nombre de victimes civiles dans le conflit irakien est très élevé depuis 2003. En 2006, MSF OCP a ouvert un hôpital de chirurgie reconstructive à Amman pour traiter les blessés d'Irak. Une équipe d'officiers de liaison médicale irakiens a commencé à référer des patients à Amman. En août 2017, alors que la situation sécuritaire s'améliorait et que le nombre de cas restait élevé, le Baghdad Medical Rehabilitation Center (BMRC) a été ouvert.

Les blessures subies en temps de guerre entraînent souvent des troubles mentaux, des déficiences durables et des handicaps. Les services de réadaptation post-chirurgicale en Irak ne couvrent pas les besoins importants. Des soins infirmiers insuffisants, des douleurs non traitées et l'absence de soutien psychologique ont entraîné des complications et des souffrances récurrentes. La physiothérapie n'est développée que de manière rudimentaire en Irak. Le concept de physiothérapie précoce, qui aurait un impact significatif sur les résultats fonctionnels à long terme des patients, n'existe pas.

Le projet visait à fournir des soins complets : services médicaux, physiothérapie précoce, soins infirmiers, traitement de la douleur et soutien psychologique aux victimes civiles de la guerre. Aujourd'hui, MSF propose une offre plus complète, assure un bon contrôle des infections et inclue également les victimes d'accidents de la route en postopératoire. Avec le même objectif pour les deux années à venir, le BMRC vise à développer une collaboration avec le ministère de la santé, en devenant un centre de formation de référence pour la physiothérapie postopératoire précoce et un centre de recherche pour documenter la médecine de réadaptation pour MSF et le ministère de la santé.

En outre, le BMRC supervisera la réponse d'urgence en cas de violence à Bagdad (dons, formation sur les afflux massifs de blessés, soutien aux hôpitaux, extension temporaire du BMRC).

■ Dispositif

Le BMRC comprend une hospitalisation de 20 lits pour les premières semaines de traitement et un service ambulatoire pour le suivi des patients après leur sortie du service d'hospitalisation.

■ Bilan 2022

	2019	2020	2021	2022
Hospitalisations	156	62	190	318
Admissions en ambulatoire	212	155	215	580
Sessions de physiothérapie	4 707	5 315	11 447	14 791
Sessions santé mentale			1 519	2 450

IRAN	
Contexte : Accès aux soins	Personnel
Nombre de projets : 1	International : 9
Dépenses 2022 : 1 633 k€	National : 73
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCG

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

Le gouvernement de Raisi est composé en majorité de membres ou d'anciens membres de l'Islamic Revolutionary Guards Corps.

Le retour à l'accord de 2015 sur l'accès de l'Iran à la technologie nucléaire est toujours bloqué malgré les annonces régulières dans les médias.

La prise de contrôle de l'Afghanistan par les Talibans a créé un afflux de 2,3 millions d'Afghans nouvellement arrivés en 2022. Mais les statistiques sur les ressortissants afghans à l'intérieur du pays se situent entre 4,3 et 4,5 millions de ressortissants afghans légaux et illégaux.

Le nombre d'attaques terroristes a également augmenté, notamment dans le sanctuaire de Mashhad en mai 2022 et dans le sanctuaire de Shiraz en octobre.

La situation économique s'est fortement dégradée au cours des deux dernières années. Les manifestations qui ont commencé en septembre après l'affaire Mahsa Amini se poursuivent jusqu'à ce jour dans de nombreuses villes d'Iran. L'Iran a déclaré que 40 ressortissants étrangers avaient été arrêtés au cours des "émeutes" à la mi-novembre 2022, ainsi que deux ressortissants français dont le nom n'a pas été révélé, ce qui porte à sept le nombre total de personnes originaires de France détenues dans le pays. Au Kurdistan et au Sistan Baluchistan, les affrontements se sont intensifiés. Soixante-six personnes sont mortes à Zahedan, la capitale du Sistan Baloutchistan, après que les forces de sécurité ont ouvert le feu sur des manifestants le 30 septembre, connu aujourd'hui sous le nom de "vendredi sanglant". Jusqu'à présent, les manifestations se poursuivent à Zahidan contre les dirigeants religieux chaque vendredi après la prière autour de la mosquée sunnite. La situation continue d'évoluer et doit être suivie de près car il est difficile de prévoir comment elle évoluera.

Selon les derniers chiffres communiqués par le gouvernement iranien, 800 000 réfugiés vivent en Iran, dont 780 000 Afghans et 20 000 Irakiens. En outre, on estime que quelque 2,1 millions d'Afghans sans papiers et près de 600 000 détenteurs de passeports afghans vivent en Iran. Depuis les bouleversements survenus en Afghanistan en août 2021, le nombre d'Afghans ayant besoin d'une protection internationale a augmenté (HCR, 2022). Selon diverses estimations gouvernementales, 500 000 à 1 000 000 d'Afghans se sont réfugiés en Iran depuis la détérioration de la situation en Afghanistan en 2021.

■ Contexte sanitaire

Bien que l'Iran soit censé disposer d'un système de santé très solide, il est affaibli par la persistance des sanctions et de l'inflation. Les défis actuels du système de santé iranien sont les suivants :

- Une dépendance excessive pour les services spécialisés et les ressources humaines
- Une mauvaise répartition des ressources
- La prise en charge des migrants et son poids financier
- Les politiques de tarification obligatoire dans l'industrie des médicaments et pour les traitements
- L'augmentation des coûts d'assurance

Les inégalités d'accès à la santé entre les riches et les pauvres, et selon les régions, dues à une répartition inéquitable des services de diagnostic et de traitement, sont de plus en plus marquées.

Les principaux défis de santé sont :

- Les maladies chroniques qui provoquent plus de 300 000 décès par an)
- La prévalence des maladies infectieuses : VIH - 12/100 000 ; Tuberculose - 13/100 000 ; Hépatite C - 0,3/100 000.
- Le départ des professionnels de santé qui quittent le pays.

La question des drogues : 4,4 millions de personnes (5,3% de la population du pays) souffrent de toxicomanie et 8 à 10 personnes meurent chaque jour à cause de la consommation de drogues (certaines sources estiment le nombre à près de 6 millions de toxicomanes en Iran, dont 200 à 300 000 sont des toxicomanes "motejaher" sans abri)

Accès à la santé pour les Afghans : L'Iran s'est efforcé de mettre en place une couverture médicale universelle par le biais de l'assurance Salamat. Depuis 2015, le gouvernement a autorisé l'inclusion de tous les réfugiés enregistrés dans le régime d'assurance maladie publique universelle (UPHI). Les réfugiés et les immigrés ont un accès gratuit à la plupart des services de santé fournis par le réseau de soins de santé primaires en Iran. Ils peuvent également accéder à des services curatifs et de rééducation, dont les coûts dépendent de leur statut en matière d'assurance maladie. Actuellement, le prix pour obtenir la carte appelée Salamat UHI est de 20 280 000 IRR par an et par personne ; généralement il s'agit d'une carte par ménage, avec laquelle 90% des coûts d'hospitalisation et 70% des coûts ambulatoires seront couverts dans les structures de santé publiques uniquement. Le HCR finance l'assurance maladie des réfugiés les plus vulnérables sur la base des critères définis par la BAFIA.

Réfugiés et Iraniens sans papiers : Sans la carte Amayesh ou la carte d'identité iranienne, il n'est pas possible d'avoir accès à l'assurance maladie (certains services peuvent coûter 10 fois plus cher que le prix qu'un patient ayant une assurance maladie devrait payer). En théorie, les personnes vulnérables (principalement les sans-papiers) devraient recevoir gratuitement des vaccins et des traitements pour les maladies contagieuses transmissibles comme la tuberculose, le VIH, la leishmaniose et la grippe H1N1. Pour les autres pathologies, ces patients doivent payer les frais de consultation et les médicaments. Plusieurs sources ont rapporté que les personnes vulnérables, comme les consommateurs de drogues, sont victimes de discrimination dans de nombreuses structures du ministère de la santé et évitent souvent de se rendre au centre de santé, de peur d'être arrêtées par la police.

Aspects pharmaceutiques : Il y a des pénuries croissantes en pharmacie de plusieurs médicaments fabriqués en Iran. Le marché pharmaceutique iranien souffre du contrôle direct du ministère de la santé sur les prix des médicaments. L'administration fixe des prix très bas pour tous les médicaments (locaux ou importés) que toutes les entreprises doivent respecter. En 2022, le prix de presque tous les médicaments a augmenté d'environ 80 %, et en 2023, il pourrait encore augmenter de 50 %, car l'importation de matières premières devient plus coûteuse et plus difficile. Le marché a connu diverses pénuries et nombre d'entre elles persistent. Celles qui affectent directement notre projet sont certains antibiotiques (Cloxacilline, Cefixime, Miconazole), de nombreux inhalants (Salmeterol, Ipratropium), certains psychotropes (Paroxetine, Olanzapine), ainsi que d'autres médicaments (Tinidazole, Digoxin).

Situation du Covid-19 en Iran en 2022 : Jusqu'à la fin de l'année 2022, l'Iran a enregistré 7 585 422 cas de Covid et signalé 145 220 décès. 75% de la population iranienne a reçu au moins une dose de vaccin Covid.

PRESENCE MSF

Première intervention de MSF dans les années 1990 : catastrophes naturelles (tremblements de terre) et situation des réfugiés. Le dernier projet ciblant exclusivement les réfugiés afghans a été fermé en 2011 (Zahedan, dans le Sistan-Baloutchistan).

En 2012, ouverture du projet de Téhéran Sud pour les personnes en situation de grande vulnérabilité, ayant des difficultés d'accès aux soins (sans-abri, toxicomanes, travailleurs-ses du sexe).

En 2018, le même type de projet a été ouvert à Mashhad, avec un accent sur le traitement de l'hépatite C.

En 2019, MSF a participé à la réponse aux inondations qui ont frappé plusieurs provinces d'Iran.

En 2020, une tentative de réponse au Covid, par l'équipe d'urgence de MSF (hôpital de campagne de MSF) a finalement été fortement contrariée par les autorités et a été annulée dans des conditions difficiles. Cet épisode a créé beaucoup de remous pour la mission en termes d'acceptation par les autorités.

La proposition de projet 2021 a été validée pour travailler à Zahedan, dans la province du Baloutchistan. Le projet devait démarrer début 2022, malheureusement le protocole d'accord n'a été signé par le BAFIA qu'en octobre 2022, et il est envisagé de commencer les activités au deuxième trimestre 2023. Nous travaillerons à Zahedan avec un partenaire local, Pars development activists (PDA), et offrirons des services de consultations aux réfugiés afghans et aux sans-papiers.

En avril 2022, le projet OCP au sud de Téhéran est transféré à MSF OCG. OCG travaille à l'ouverture d'un projet à Kerman. MSF n'est pas enregistrée en Iran. Nous travaillons sous l'égide du BAFIA (Bureau of Aliens & Foreign Immigrants Affairs) et toutes les demandes et approbations proviennent de ce bureau (aucun contact officiel avec un autre ministre).

OCG travaille sous l'égide d'OCP, conformément à la demande du BAFIA de n'avoir qu'une seule représentation.

PROJET MASHHAD

■ Historique du projet

Le projet actuel de MSF à Mashhad a débuté en avril 2018. MSF était déjà présent à Mashhad en 1996 pour apporter des soins aux réfugiés afghans. Cette intervention a duré environ 10 ans et comprenait des soins de santé primaires, ainsi que l'éducation à la santé et l'orientation vers des soins de santé secondaires.

Mashhad est la deuxième ville d'Iran et la capitale de la province de Khorasan Razavi. Elle est également considérée comme une ville sainte, attirant chaque année des millions de touristes et de pèlerins. En raison de sa position géographique, près de la frontière avec l'Afghanistan, la province de Khorasan Razavi reçoit depuis longtemps un afflux important de migrants, dont la plupart sont des Afghans.

À Mashhad, les chiffres officiels font état d'environ 7 000 toxicomanes sans domicile fixe (entre 9 000 et 12 000 pour la province de Khorasan Razavi) qui souffrent de stigmatisation et d'exclusion des services de santé.

Dans des études nationales récentes, la prévalence de l'hépatite C parmi les toxicomanes par voie intraveineuse dans la province de Khorasan Razavi est évaluée à 30 %. En 2021, le ministère de la santé a estimé la prévalence de l'hépatite C entre 40 et 50 % dans cette population, et MSF a constaté une prévalence de 22 % dans les 19 camps mis en place pour les toxicomanes visités à Mashhad (camps obligatoires).

Après le retour des talibans au pouvoir en Afghanistan, à l'été 2021, la province de Khorasan Razavi a connu un afflux important de réfugiés. En juin 2022, le BAFIA faisait état de 2,1 millions d'Afghans en Iran, auxquels des laissez-passer ont été délivrés et sont actuellement prolongés jusqu'à la fin de l'année 2022. Au départ, les nouveaux arrivants étaient hébergés par le BAFIA dans un camp de transit

appelé Sefid Sang, situé à Fariman (à 80 km de Mashhad). Ensuite, la relocalisation dans la "guest city" de Torbat e Jam (TeJ) a commencé. MSF est présente à TeJ avec un soutien en santé mentale depuis octobre 2021.

Une nouvelle stratégie a été élaborée à la fin de l'année 2022 pour réorienter les services vers les réfugiés afghans et les populations vulnérables vivant dans des zones de Mashhad identifiées comme mal desservies. La nouvelle stratégie comprend un nouveau domaine d'intervention et une approche plus ciblée du traitement de l'hépatite C pour les toxicomanes, qui peut facilement être reproduite/transmise aux structures gérées par le gouvernement.

Principaux développements en 2021 et début 2022

MSF a collaboré avec le ministère de la santé et a accédé aux patients atteints d'hépatite C dans 20 camps de toxicomanes, en proposant un dépistage et un traitement de l'hépatite C. Le ministère de la santé, en collaboration avec la SWO (State welfare organization), a prévu un nouveau cadre pour les camps obligatoires, qui consiste à regrouper dans un même camp les patients dépistés positifs et qui acceptent le traitement. Cette proposition du ministère de la santé sera mise en œuvre à partir de 2023. Bien que le ministère de la justice ait donné son accord, les dispositions d'implantation prennent du temps. Ce nouveau cadre facilitera le travail de MSF car les patients nécessiteront moins de suivi de la part de l'équipe MSF.

En ce qui concerne la population afghane, d'après les données recueillies par MSF en 2022, 85% des réfugiés nouvellement arrivés qui se rendent à la clinique de MSF ont de la famille à Mashhad, et 17% d'entre eux ont plus de 5 enfants. Lors d'une précédente évaluation (2021), le personnel de MSF avait indiqué que la plupart des réfugiés étaient entrés en Iran illégalement, par des passeurs, et que la plupart d'entre eux avaient une dette à rembourser auprès de ces derniers. Les Afghans viennent principalement de Mazar Sharif (52%) et de Herat (28%). La plupart des réfugiés nouvellement arrivés sont au chômage ou ont un emploi temporaire. Certains reçoivent une aide de la part d'ONG et d'organisations caritatives, mais ils ne bénéficient pas de la même couverture médicale que les détenteurs de la carte Amayesh (réfugiés afghans de plus longue date). Pour les réfugiés afghans nouvellement arrivés, le fait d'être sans papiers signifie qu'ils doivent payer de leur poche des sommes importantes pour les services de santé.

Les données MSF de la clinique de Golshahr ont également révélé un nombre élevé de patients provenant d'autres endroits, notamment Ghale Sakheman et Gorghy. Nous avons donc décidé de cibler ces nouvelles zones en tenant compte des informations fournies par d'autres acteurs travaillant avec les réfugiés.

La ville d'accueil de TeJ a été créée il y a près de 30 ans. Tous les résidents de longue date sont titulaires d'une carte Amayesh et sont officiellement enregistrés auprès du HCR en tant que réfugiés. En plus de cette population de longue date, depuis avril 2021, un groupe important d'Afghans sans papiers nouvellement arrivés s'est installé dans cette ville d'accueil, jusqu'à présent 210 familles (soit 1000 à 1200 personnes). Le BAFIA s'attend à ce qu'un nouveau groupe d'Afghans y soit relocalisé, doublant ainsi la population de la ville d'accueil.

Selon nos psychologues, de nombreuses familles afghanes nouvellement arrivées n'ont pas accès à leur argent en Afghanistan. Le gouvernement n'a pas encore décidé de leur type de statut et elles sont actuellement sous permis temporaire ou sans papiers. Beaucoup souffrent de traumatismes pour avoir été témoins d'actes de violence à l'encontre de leurs parents et amis. Les expériences qu'ils ont vécues ont créé des traumatismes et une grande détresse, de sorte que nombre d'entre eux ont une santé mentale fragile et ont besoin d'un soutien psychologique.

Objectifs du projet Mashhad : Contribuer à réduire la morbidité et la mortalité parmi les populations vulnérables ciblées de Mashhad.

La population cible comprend les personnes vulnérables telles que les sans-abri et les personnes exposées au risque d'infection par le virus de l'hépatite C (principalement les toxicomanes), ainsi que les familles afghanes nouvellement arrivées ou les Afghans sans papiers.

Objectifs spécifiques :

- Apporter les soins de santé essentiels aux réfugiés afghans sans papiers.
- Contribuer à la réduction de la prévalence de l'hépatite C chez les utilisateurs de drogues injectables à Mashhad.
- Dans le cadre de l'activité hépatite C, démontrer la valeur ajoutée d'une approche globale dans l'amélioration de la qualité de vie et la réadaptation des toxicomanes.

■ Dispositif

En 2022, les activités du projet ont été les suivantes :

- Services de soins de santé primaires fournis dans la clinique MSF du quartier de Golshahr pour les usagers de drogues, les nouveaux arrivants et les Afghans sans papiers.
- 2 activités mobiles à Esmail Abad et Toos, zones sélectionnées en raison de la présence de points d'accueil pour les usagers de drogues.
- Equipes mobiles pour le dépistage et le traitement de l'hépatite C dans 17 camps obligatoires.
- Un psychologue en rotation, offrant des consultations 6 jours/semaine à Torbat e Jam - "guest city" pour les Afghans. Les cas graves sont référés à des psychiatres identifiés à TeJ qui suivent la liste de médicaments standard de MSF.

Tous les services médicaux ont été complétés par des activités de "soutien aux patients" dans le but de fournir une approche plus holistique qui prête également attention aux besoins sociaux des patients. L'équipe de soutien aux patients est composée de 1 superviseur, 5 éducateurs de santé communautaire, 2 agents de santé communautaire et 2 travailleurs sociaux.

■ Bilan 2022

	2020	2021	2022
Cliniques mobiles : Nb de consultations (nouvelles et suivi)	2 379	7 061	4 217
Golshahr clinic : Nb of consultations (Nouvelles et suivi) générales et santé mentale	4 919	500	12 354
Nb patients mis sous traitement hépatite C	153	404	408
Références vers centres de consultation externe	1 192	2 522	3 306
Références pour hospitalisation	21	31	55

JORDANIE	
Contexte : Accès aux soins Nombre de projets : 1 Dépenses 2022 : 13 650 k€ Financements institutionnels : aucun	Personnel International : 12 National : 217 Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

La Jordanie, considérée comme une oasis de stabilité dans une région historiquement troublée, a vu le jour sous son nom actuel en 1948, le Royaume hachémite de Jordanie. C'est à cette époque qu'elle a obtenu son indépendance de la région britannique semi-autonome de Transjordanie.

Aujourd'hui, c'est une monarchie parlementaire à la politique étrangère modérée, proche de l'Occident, à savoir des États-Unis et du Royaume-Uni, et qui maintient un cadre libéral lui permettant d'être une destination privilégiée pour des centaines de sièges régionaux d'entreprises, d'organisations humanitaires dont MSF, de missions diplomatiques, de donateurs, etc. Son économie dépend de quelques ressources naturelles, mais aussi du tourisme, de l'argent de la diaspora jordanienne et de l'aide étrangère. Elle partage des frontières avec la Syrie, l'Irak, l'Arabie saoudite, Israël et la Cisjordanie.

On pourrait affirmer sans risque que le contexte politique, l'histoire moderne, la politique étrangère et la stabilité générale de la Jordanie ne peuvent jamais être considérés indépendamment du conflit israélo-arabe ; la composition démographique actuelle de la Jordanie, qui compte près de dix millions de personnes au total, dont 98% d'Arabes, et dont plus de 60% sont d'origine palestinienne, est le résultat direct et indirect de ce conflit.

La Jordanie a participé à la guerre israélo-arabe de 1948, ainsi qu'à celle de 1967, qui a entraîné, outre la perte de terres importantes par les Arabes, le déplacement de divers groupes de libération palestiniens en Jordanie. Le roi Hussein Bin Talal, qui a longtemps régné sur la Jordanie (1952-1999), s'est finalement opposé aux factions qui gagnaient en puissance, en particulier l'Organisation de libération de la Palestine (OLP), dans ce qui a été appelé la guerre civile jordanienne de 1970, ou Septembre noir. Les mêmes factions sont parties au Liban et ont participé à la guerre civile libanaise qui a suivi.

La réalisation la plus importante du roi Hussein est le traité de paix avec Israël que l'on appelle les accords de Wadi Araba de 1994. Ces accords sont venus normaliser des relations tendues de longue date entre les deux pays et a réglé des différends frontaliers historiques. Le ministère jordanien du patrimoine a également une tutelle reconnue sur les sanctuaires religieux de la mosquée Al-Aqsa. La Jordanie reste donc forcément un acteur actif avec un poids significatif dans la politique, la dynamique et le processus de paix au Moyen-Orient.

Dans l'histoire récente, la Jordanie a échappé à l'impact du Printemps arabe en général, bien que des manifestations aient commencé dans le pays, semblables à celles qui ont entraîné d'autres pays dans le chaos, comme en Syrie, au Yémen et en Libye. Le roi Abdullah Bin Al-Hussein (1999-aujourd'hui) a lancé, à la suite des manifestations en Jordanie, un ensemble de réformes politiques pour faire face à la détérioration de l'économie, s'attaquer au problème croissant du chômage et gérer le mécontentement populaire.

La présence de la Jordanie dans une région en ébullition ne l'a pas totalement épargnée du terrorisme et des attentats, dont le fameux attentat à la bombe de l'AQAP en 2005. La présence de groupes islamistes politiques tels que les Frères musulmans n'a jamais été difficile à contrôler, le Royaume a progressivement réussi à normaliser ces groupes, à couper leurs liens régionaux et à localiser les

mouvements. Certains de ces groupes pourraient être idéologiquement engagés dans le salafisme-djihadisme comme semble le démontrer l'exil d'environ 4 000 Jordaniens qui ont traversé les frontières pour rejoindre des groupes extrémistes en Syrie et en Irak.

Pour cette raison et pour d'autres, les préoccupations de la Jordanie ces dernières années étaient principalement liées au radicalisme, au contrôle des frontières et à l'expansion de l'Etat islamique (ISIS) en Syrie. Tout cela a contraint la Jordanie à renforcer ses liens avec les pays de la région, puis à normaliser ses relations avec le régime d'Asad en Syrie, tout en continuant à déployer des troupes sur les points chauds, principalement à ses frontières septentrionales poreuses.

Quelques attaques ont été menées par des cellules ou des entités opérant à l'intérieur du pays, notamment l'attaque d'Al Karrak en 2016.

Dans l'ensemble, il convient de noter que la présence de MSF en Jordanie n'a pas été motivée par le contexte humanitaire jordanien (à l'exception de l'impact des crises syriennes), mais plutôt par la région. Le programme de chirurgie reconstructive (RSP), comme les différentes entités de MSF dans le pays, fournissent généralement un appui aux programmes régionaux de MSF.

D'importants remaniements ministériels ont eu lieu à partir de 2019, dont certains visaient à lutter davantage contre le chômage, mais aussi à aider à surmonter l'impact du Covid-19. La scène politique jordanienne a toutefois attiré l'attention internationale à la suite de la crise inhabituelle que la maison royale a subie en 2021, dans ce qui semblait être un possible coup d'État fomenté contre le roi et impliquant un ancien prince héritier, demi-frère du roi Abdallah.

Suite à une autre critique publique de la couronne par le prince, il a été officiellement assigné à résidence par le roi en 2022. Bien que cette crise royale occasionnellement publique ait été étroitement gérée et que ses répercussions semblent s'estomper progressivement, cet événement rappelle la complexité de la politique jordanienne et le fait que sa stabilité est également menacée par ce que le gouvernement appelle officiellement des "interventions étrangères".

L'année 2021 a également été marquée par la réconciliation avec le régime syrien et la réouverture du principal poste frontière avec la Syrie le 30 septembre de la même année, ce qui a été une aubaine pour les économies en difficulté des deux pays. La Jordanie a cependant souffert de la gestion délicate de la frontière syrienne une fois de plus, moins en raison de la menace radicale cette fois-ci, mais plutôt du trafic de drogue organisé depuis la Syrie. Tout cela entraîne une mobilisation permanente de l'armée pour des affrontements avec les trafiquants, parfois dans ce qui est appelé "une menace primaire pour la sécurité nationale", comme l'a décrit le roi.

On peut largement débattre de la question de savoir si la Jordanie est en fait un contexte humanitaire en soi ou non ; les besoins humanitaires existent ici comme partout ailleurs. Outre l'activité principale visible (chirurgie reconstructive), les interventions de MSF en général, y compris d'OCP, se sont principalement concentrées sur les réfugiés syriens, le dernier projet de ce type d'OCA ayant été clôturé en 2021 (maladies chroniques).

L'invasion de l'Irak en 2006 (l'élément déclencheur de notre programme actuel) et, plus récemment, la crise syrienne ont fait peser sur la Jordanie une charge à la fois militaire et économique. Comme en 2007 lors de la guerre en Irak, Amman a absorbé un nombre important de réfugiés syriens pendant la guerre civile syrienne (aujourd'hui, 670 000 réfugiés syriens sont officiellement enregistrés). Tout cela dans un contexte où la Jordanie prévoit une croissance du PIB de 102 % d'ici à 2023 et un taux d'emploi de près de 19 %.

■ Contexte sanitaire

2022 a marqué la renaissance d'un pilier de l'économie jordanienne, à savoir le tourisme médical, suite à la levée des restrictions de voyage nationales et internationales liées au Covid, qui ont privé la Jordanie en 2019 et 2020 d'une moyenne de 250 000 patients venant de la région et alimentant les revenus de son système de santé en général. Environ 100 000 patients sont attendus d'ici la fin de

l'année 2022, ce qui représente au moins, comme l'affirment le gouvernement et les associations d'hôpitaux privés, une relance de l'économie de la santé.

Le système de santé jordanien, avec ses secteurs public et privé, a une capacité d'environ 14 000 lits dans un total de 117 hôpitaux. Le nombre d'hôpitaux privés est de 69, tandis que le gouvernement dispose de 31 hôpitaux, dont 15 relèvent des services médicaux royaux et 2 des hôpitaux universitaires. En plus du Covid-19, la situation des réfugiés exerce une forte pression sur le secteur de la santé.

La qualité des services de santé en Jordanie, au moins au niveau des soins de santé tertiaires, est un domaine dans lequel le pays a beaucoup progressé. Le Conseil jordanien d'accréditation des soins de santé (HCAC) est un organisme mis en place pour assurer un certain niveau de qualité international.

La plupart des Jordaniens sont couverts par l'assurance maladie, qu'elle soit gouvernementale ou privée, mais certains d'entre eux peuvent avoir besoin d'effectuer des actes médicaux en dehors de la couverture de l'assurance. Ceux qui n'en ont pas les moyens reçoivent une aide du bureau royal. Les non-Jordaniens et quelques Jordaniens ayant un statut particulier (sans numéro national) n'ont pas ces possibilités et peuvent avoir des difficultés à accéder à des soins appropriés.

Les centres de soins de santé primaires donnent un accès rapide aux soins médicaux ainsi qu'à la vaccination, à la maternité, aux soins pédiatriques et aux soins des maladies chroniques. La plupart des médicaments sont disponibles dans ces centres à des prix subventionnés, d'autres ne sont pas disponibles ou, dans les zones défavorisées, sont inabordable même à des prix subventionnés. La fabrication locale de médicaments et la forte protection du marché jordanien sont les raisons pour lesquelles MSF achète exceptionnellement la plupart de ses produits médicaux, consommables et équipements localement.

Ces dernières années, la Jordanie a également réalisé d'énormes progrès dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile et dans l'expansion et l'amélioration des infrastructures de santé, devenant ainsi un leader régional dans le domaine de la santé. Néanmoins, avec une population nationale croissante et l'afflux de réfugiés, la Jordanie peine à garantir l'accès de tous à des soins de santé de qualité.

PRESENCE MSF

La présence d'OCP dans le pays remonte à 2006, avec l'ouverture à Amman du projet de chirurgie reconstructive destiné aux blessés de guerre irakiens. Le printemps arabe et les conflits qui y sont liés ont contribué au développement du programme dans sa forme régionale actuelle, avec l'inclusion de patients yéménites, syriens et palestiniens, ainsi que d'une partie des Jordaniens vulnérables. Aujourd'hui, les activités d'OCP se limitent au programme de chirurgie reconstructive à Amman, tandis que le bureau national héberge également quelques postes de référents techniques régionaux, notamment pour l'instant dans les domaines de la biomédecine, de l'énergie, de l'approvisionnement, de la santé mentale, du point focal régional 3D et du conseiller régional en chirurgie. Un poste de pharmacien intersection est également hébergé.

Contrairement aux années précédentes, il n'y a plus d'autre centre opérationnel MSF dans le pays. Le programme maladies chronique d'OCA à Irbid ciblant les réfugiés syriens s'est achevé en 2021.

OCA, OCBA et OCG ont ouvert à Amman des entités de support opérationnel régionales.

PROJET : AMMAN – HOPITAL DE CHIRURGIE RECONSTRUCTIVE

■ Historique du projet

La région du Moyen-Orient a connu de multiples guerres et conflits au cours des dernières décennies, laissant derrière elle de nombreuses personnes blessées ou handicapées. Les conflits en Syrie, au Yémen et en Irak ont provoqué un grand nombre de morts et de blessés, y compris des civils. Les conflits, la guerre et la violence dans cette région sont devenus l'une des principales causes de décès. La deuxième guerre du Golfe en Irak a commencé en 2003. Plus de 207 000 Irakiens ont été tués et les violences indirectes liées à la guerre se sont poursuivies de janvier 2003 à aujourd'hui. Actuellement, 3 millions de personnes sont toujours déplacées en raison de la violence dans le pays.

De 2011 à aujourd'hui, la guerre en Syrie a fait plus de 510 000 morts ou disparus et 12 millions de personnes ont fui le pays ou sont déplacées à l'intérieur de la Syrie. La moitié de la population que comptait le pays avant la guerre a été tuée ou déplacée de chez elle.

La guerre au Yémen qui a commencé en 2014 continue de provoquer un nombre énorme de blessés, 2019 ayant vu d'importants combats dans tout le pays. Malgré l'absence de chiffres exacts, nous pouvons supposer que des centaines de milliers de personnes ont été tuées et blessées.

MSF-OCP a ouvert en 2006 un hôpital de chirurgie reconstructive à Amman afin de soigner les Irakiens victimes de violences. Depuis, l'hôpital s'est transformé en établissement régional et s'occupe également des patients venant du Yémen, de la Syrie, de la Palestine et d'autres pays du Moyen-Orient. On y offre des soins holistiques à environ 200 patients par mois en moyenne (chirurgie orthopédique, chirurgie plastique reconstructive, chirurgie maxillo-faciale), tous victimes de violences et/ou de la guerre et présentant des blessures graves, parfois multiples, nécessitant notamment des interventions chirurgicales très complexes, un suivi en kinésithérapie et une aide en santé mentale. Tous les cas référés vers cet hôpital sont considérés comme « impossibles à traiter » dans leur pays d'origine, en raison soit de leur complexité technique, soit de problèmes d'accès aux soins. Depuis son ouverture, MSF a pris en charge plus de 6500 patients et réalisé plus de 15 000 interventions chirurgicales.

L'objectif général du projet est de limiter l'impact physique et psychologique de la violence sur la population vulnérable de la région du Moyen-Orient en fournissant des traitements orthopédiques, plastiques et maxillo-faciaux de haute qualité et des services complets de réadaptation médicale, psychologique et physique.

Évolution du projet

2006 : Lancement du programme de chirurgie reconstructive (RSP - *Reconstructive Surgery Program*) à l'hôpital Red Crescent, en Jordanie. Le RSP prend uniquement en charge les blessés de guerre irakiens.

2007 : Nombre de patients multiplié par quatre.

2008 : Accueil des premiers patients palestiniens en raison de la guerre à Gaza.

2010 : Expansion des conflits au Moyen-Orient. Les blessés de guerre au Yémen sont également admis dans le cadre du RSP.

2011 : Admissions de patients du Yémen.

2012 : En réaction à l'escalade du conflit syrien, l'hôpital a admis 162 Syriens sur l'ensemble de l'année.

2014 : Lancement du programme Antibio-Stewardship pour la gestion et le bon usage des antibiotiques, l'objectif étant de lutter contre le taux élevé d'infections et de résistance aux antibiotiques chez les blessés de guerre.

2015 : Transfert des activités RSP vers l'hôpital Al-Mowasah d'Amman (gestion exclusive par MSF). Ouverture du laboratoire de microbiologie.

2016 : Activités stables dans le cadre du RSP.

- 2017 : Lancement de projets d'innovation et de partenariats avec des universités : dossier médical informatisé (EMR), 3D,...)
- 2018 : Mise en œuvre d'un plan stratégique sur trois ans, développement de nouvelles techniques (AD, traitement des blessures par pression négative, prothèses de hanche), redéfinition des objectifs psychosociaux et renouvellement de l'équipe, finalisation du développement de l'EMR, mise en place de la nouvelle approche du centre de formation, finalisation des études (étude sur dix ans, étude anthropologique, études fonds d'innovation).
- 2019 : Approche centrée sur le patient, centre de formation de physiothérapie, adaptation des critères d'admission pour faciliter l'accès aux patients de Gaza.
- 2020 - 2021 : L'activité se poursuit avec des perturbations importantes dues au Covid.
- 2021 : Reprise progressive de l'activité normale, tout en passant à une orientation régionale et à la décentralisation.
- 2022 : Reprise de l'activité normale, concentration sur les efforts stratégiques d'amélioration de la qualité et régionalisation de l'activité. Rénovation des sols de l'hôpital Al Mowasah par MSF.

■ Dispositif de l'hôpital

- Au total : 148 lits de patients + 35/37 lits pliables pour les des patients.
- Capacité de lits additionnelle dans un hôtel en centre-ville d'Amman, pour les patients et leurs proches avant, pendant et après leur prise en charge.
- 7 salles de consultation (OPD), incluant 1 salle d'urgence et 1 clinique dentaire.
- 3 blocs opératoires (2 sont entièrement équipés, 1 est utilisé pour les petites interventions chirurgicales et pour la pose de cathéters centraux insérés par voie périphérique (PICC)).
- Service de physiothérapie/ ergothérapie, avec impression 3D de prothèses et d'orthèses
- Service de santé mentale, incluant des activités socio-éducatives (école, art-thérapie...).
- Laboratoire de microbiologie, services de blanchisserie et de repas, bureaux, réception, aire de jeux et cafeteria.

■ Bilan 2022

En 2022, il y a eu 556 admissions qui se répartissent de la manière suivante entre les spécialités chirurgicales :

- Chirurgie orthopédie : 418 (75%)
- Chirurgie plastique : 71 (13%)
- Chirurgie maxillo-faciales : 67 (12%)

	2019	2020	2021	2022
Nb moyens de passages au bloc par patients	1,7	1,7	1,9	1,5
Proportion d’annulations de chirurgie dans les 24h précédant le passage prévu au bloc	8%	6%	5%	8%
Proportion de complications post-opératoires	20%	24%	24%	25%
Nb de cas de effets indésirables liés aux antibiotiques	38	12	27	19
Proportion d’infections post-opératoires	1%	3%	4%	4%
Proportion de complications liées au cathéter central à insertion périphérique	7%	6%	2%	2%
Proportion de infections liées au cathéter central à insertion périphérique	1%	6%	1%	2%
Proportion de patients avec un diagnostic chirurgical à la première consultation	61%	73%	86%	67%

	2022
Nb mensuel moyen d’admissions	46
Nb mensuel moyen de sorties	45
Cohorte moyenne de patients	166
Taux d’occupation des blocs	61%
Taux d’occupation des lits dans le service chirurgie	75%
Taux d’occupation des lits dans le centre de réhabilitation	91%
Durée moyenne de séjour à Amman (jours)	104
Durée moyenne d’hospitalisation (jours)	13,6

KENYA	
Contexte : Violences urbaines, maladies chroniques	Personnel
Nombre de projets : 2	International : 19
Dépenses 2022 : 7 626 k€	National : 199
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB, OCBA, OCG

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

Le recensement de la population du Kenya de 2019 a estimé la population à 47,6 millions. La baisse continue du taux de croissance démographique (à 2,2 % en 2019 contre 2,9 % en 2009) et la diminution de la taille moyenne des ménages (3,9 en 2019 contre 4,2 en 2009) pourraient être attribuées à l'accélération du rythme de l'urbanisation. Comme la plupart des pays africains, le Kenya se caractérise par une urbanisation rapide. On estime que 27 % de la population kenyane vit dans des centres urbains, avec plusieurs métropoles dominantes (Nairobi, Nakuru, Kisumu et Mombasa).

Contexte socio-politique

Depuis son indépendance en 1963, le Kenya a été gouverné par une présidence exécutive très forte. Les présidents Jomo Kenyatta (1964 à 1978), premier président du Kenya, et Daniel Arap Moi (1978 à 2002) ont tous deux été caractérisés par la division de la population et la consolidation de la politique ethnique. Depuis l'introduction d'élections multipartites (en 1992, 1997 et 2002), le niveau de violence qui a accompagné chaque élection est resté relativement faible. L'élection présidentielle de 2007 a été la pire crise politique de l'histoire postcoloniale du Kenya. La réélection du président Kibaki a entraîné des affrontements communautaires qui ont fait plus de 1 000 morts et plus de 600 000 personnes déplacées à l'intérieur du pays (IDP). Lors des élections de 2017, le Kenya s'est à nouveau vu confronté à de violentes manifestations contre la réélection d'Uhuru Kenyatta. La Cour suprême a annulé les résultats de l'élection d'août après que son opposant Raila Odinga a affirmé qu'il y avait eu des fraudes massives. De nouvelles élections ont été organisées et boycottées par la National Super Alliance, une coalition politique kényane d'opposition créée en 2017. En octobre 2017, Uhuru Kenyatta a été réélu.

Le Kenya a connu des changements politiques massifs depuis l'adoption de sa nouvelle constitution en 2010. Si les cinq premières années de décentralisation ont élargi l'espace de liberté et de démocratisation, les élections de 2017 ont entraîné une accélération des changements dans les structures et les priorités politiques, tant au niveau central qu'au niveau des counties. La structure politique nouvellement créée dans les counties a apporté des ressources et du pouvoir à des endroits auparavant marginalisés et les programmes de développement ont été hiérarchisés en fonction des besoins locaux.

Dans le cadre de la transformation constitutionnelle, la transition juridique se poursuit avec l'alignement des lois, des politiques et des structures administratives et politiques du pays sur la constitution de 2010. Ce nouveau cadre juridique transforme également la manière dont le gouvernement traite avec ses partenaires, notamment les ONG (protocoles d'accord, accords de sièges, enregistrement, exemptions...) et la présence des étrangers au Kenya (visas, permis de travail). Les élections sont prévues en août 2022. On s'attend à ce que la période préélectorale soit à nouveau marquée par des incidents et des violences étant donné la nature polarisée des débats et la division persistante du pays selon des lignes ethniques profondes. Dans les counties de Nairobi et de Homa Bay, de nouveaux gouverneurs seront nommés en 2022, ce qui sera changer le leadership dans le

county, notamment dans le domaine de la santé. En outre, les campagnes électorales sont traditionnellement marquées par de fortes grèves généralisées des travailleurs de santé. Ces grèves pèsent déjà sur le système de soins de santé, et plus encore sur les patients.

Le Kenya a été classé parmi les pays à revenu intermédiaire faible en 2014, lorsque son PIB par habitant a franchi le seuil de la Banque mondiale. Ce reclassement a entraîné une diminution du financement bilatéral du pays, ce qui affecte l'allocation des fonds du gouvernement aux programmes et aux counties. Il a également accru les attentes à l'égard des ONG, qui sont désormais censées participer directement au financement du renforcement du système de santé.

■ Contexte sanitaire

Le système de santé kenyan repose sur un système décentralisé, passant d'une gouvernance nationale à une gouvernance de county, la définition des politiques restant du ressort du Ministère de la Santé et de ses structures nationales, telles que le NASCOP (VIH/SIDA), le NLTP (tuberculose/lèpre) et le KEMSA (produits médicaux). Le gouvernement national continue de superviser les hôpitaux de référence. Les principales agences de régulation médicale, en dehors des organismes professionnels, sont le Pharmacy and Poisons Board, qui a un impact sur les processus d'importation de médicaments de MSF, et le Scientific Ethics and Research Unit, qui doit approuver toutes les études opérationnelles. En raison de la diminution des fonds des donateurs et du poids croissant que représentent les maladies infectieuses et les maladies chroniques, différentes structures ont élargi leur périmètre à plusieurs pathologies. Le Conseil national de contrôle du Sida (National AIDS Control Council) a été restructuré pour devenir le National Syndemic Diseases Control Council qui, au-delà de la réponse au VIH/SIDA, s'étend aux infections sexuellement transmissibles, au paludisme, à la tuberculose, à la lèpre et aux maladies pulmonaires. De nombreux gouverneurs et organisations de la société civile s'opposent à cette mesure, qu'ils considèrent comme une recentralisation des pouvoirs en matière de santé, qui va à l'encontre du principe de décentralisation.

Principales causes de mortalités

Les principales causes de mortalité en RDC sont par ordre décroissant :

- Infection respiratoire basse
- Asphyxie et traumatisme néonataux
- VIH/Sida
- Diabète
- Prématurité et faible poids à la naissance
- Anémie par carence en fer
- Accident de la route
- Trouble endocrinien
- Néphrite et néphrose
- Maladie cérébro vasculaire
- Tuberculose
- Méningite
- Maladies diarrhéiques
- Maladies de la peau
- Paludisme

Situation de la sécurité alimentaire : OCHA estime que huit counties des zones arides et semi-arides, principalement dans les régions septentrionales du Kenya, vont être confrontés à une situation d'urgence en matière de sécurité alimentaire en raison des faibles seuils de précipitations au cours de la saison des pluies, conjugués aux prix élevés des denrées alimentaires liés à la réduction de la production (le gouvernement estime que 6 millions de personnes seront touchées).

Maladies non transmissibles : Le Kenya connaît une transition épidémiologique vers une augmentation rapide de la part des maladies non transmissibles (MNT), qui représentent 39 % des décès dans le pays. Les trois principales MNT sont le cancer, le diabète et les maladies respiratoires chroniques, qui représentent 57 % de l'ensemble des décès dus aux MNT au Kenya. La drépanocytose est l'hémoglobinopathie la plus répandue au Kenya. Dans la partie occidentale du pays, environ 4,5 %

des enfants naissent avec une drépanocytose, et 18 % des enfants naissent avec un trait drépanocytaire et présentent un risque de décès 20 fois supérieur à celui des autres morbidités. La part croissante des maladies non transmissibles, qui s'ajoute à celle des maladies infectieuses, nécessite la mise en œuvre d'une composante de soins palliatifs dans le cadre d'un continuum de soins, conformément à la politique du Kenya pour la période 2021-2030.

VIH/SIDA : Malgré une réduction de la mortalité de 50% au cours des 10 dernières années, l'enquête KENPHIA (Kenya Population-based HIV Impact Assessment) 2018 fait état d'une prévalence nationale du VIH de 4,9% (1,3 million de personnes), avec une incidence de 0,15 et des disparités entre hommes (3,1%) et femmes (6,6%) et par county (Homa Bay : 4 fois la prévalence nationale). KENPHIA a fait la preuve de la cascade de soins 90/90/90, avec une couverture de la thérapie antirétrovirale (ARV) de 95,1 %, pour les adultes et de 92,0 % pour les enfants, et un taux de suppression de la charge virale de 91,2 % pour les adultes et de 61,2 % pour les enfants. Depuis 2020, le pays continue d'être confronté à des ruptures d'approvisionnement en médicaments et en produits de base pour diverses raisons, principalement politiques.

Violence urbaine et ses conséquences sur la santé : Nairobi compte 4,4 millions d'habitants, dont 60 % vivent dans des "bidonvilles", et la majorité d'entre eux sont économiquement et socialement exclus et défavorisés. Les services urbains et la mise en œuvre de politiques nationales d'urbanisation appropriées n'ont pas suivi le rythme élevé d'urbanisation, une situation qui a entraîné de nombreuses disparités socio-économiques et des défis, tels que l'accès aux services de santé et la violence urbaine. Une enquête PAT (Population Assessment Tool) menée par BRAMU (MSF-Brazil Medical Unit) en 2017, a révélé que le poids de la violence chronique sur la santé et la santé mentale dans les Eastlands de Nairobi, est comparable à celui de certains " hotspots " d'Amérique centrale, les adolescents et les jeunes ayant un risque plus élevé de viol et d'autres violences, avec des conséquences sur leur santé mentale.

PRESENCE MSF

MSF maintient une présence significative au Kenya depuis 1987, lorsqu'elle a mis en place la base arrière de ses opérations au Soudan pendant la guerre civile. En 1991, MSF a ouvert son premier projet au Kenya pour venir en aide aux réfugiés du Sud-Soudan et de Somalie. Le Centre opérationnel de Paris (OCP) a commencé à travailler à Nairobi/Kenya en 1996. Aujourd'hui, l'objectif d'OCP au Kenya est de répondre aux besoins de santé dans le contexte de la violence urbaine (projet Eastlands) et de la forte prévalence du VIH et de la tuberculose, tout en s'attaquant à la part croissante des maladies chroniques (projet Homa Bay).

En dehors d'OCP, deux centres opérationnels de MSF (OCB et OCG) opèrent au Kenya :

- MSF OCB travaille dans le county de Kiambu avec un projet ciblé sur les usagers de drogues comprenant une thérapie de substitution aux opiacés et un soutien psychosocial. En 2022, OCB a lancé une intervention nutritionnelle dans le comté de Marsabit pour répondre aux conséquences de la sécheresse.
- MSF OCG travaille dans le camp de réfugiés somaliens de Dadaab (comté de Garissa). Un nouveau projet axé sur les besoins de la population des jeunes adolescents (AYP) affectée par la violence et l'exclusion des soins a été lancé à Mombasa en octobre 2021.

Au cours des dernières années, Nairobi est devenu un centre régional et international pour MSF avec des cellules opérationnelles décentralisées OCBA, OCP et OCA, l'équipe de coordination pour la Somalie, le bureau d'approvisionnement régional kenyan d'OCA, l'ancienne unité d'approvisionnement du Kenya - KSU, aujourd'hui SNEA (Supply Network East Africa) et le siège de la

section Afrique de l'Est de MSF (EAS) qui héberge actuellement le Protocol Office (RPO) chargé de la mise en œuvre de l'accord de siège avec le Kenya (Host country agreement). Certaines fonctions de soutien essentielles ont été mutualisées, notamment par la création d'un atelier mécanique commun (intersectionnel pour toutes les entités) et du Supply Kenya Intersection Department (SKID) pour le soutien à l'approvisionnement des trois sections (OCP, OCG et OCB) menant des opérations au Kenya.

PROJET : HOMA BAY – SOINS DE SANTE PRIMAIRES ET SECONDAIRES POUR LES MALADIES CHRONIQUES

■ Historique du projet

MSF a commencé ses activités à Homa Bay en 1997, en réponse à la forte prévalence (estimée à 35%) du VIH dans la province de Nyanza, et à l'absence de soins spécialisés. MSF a effectué des tests de dépistage du VIH et des conseils gratuits aux patients, et traité les infections opportunistes à l'hôpital du district de Homa Bay. En 2001, MSF a mis à disposition les premiers traitements antirétroviraux (ARV) gratuits dans un établissement de santé publique au Kenya. En 2004, le ministère de la Santé a introduit des services indépendants de conseil et de dépistage du VIH dans l'hôpital, en référant tous les patients séropositifs aux services de thérapie antirétrovirale (ART) mis en œuvre à 100% par MSF. Les deux services (Ministère et MSF) ont été entièrement fusionnés en octobre 2008 en centralisant tous les soins et traitements VIH/Tuberculose dans ce qui était alors la Clinique B, également gérée par MSF.

En 2009, avec le soutien de MSF, le ministère de la Santé a commencé à décentraliser les services ART vers les centres de santé et les dispensaires pour répondre aux besoins croissants. En 2012, l'accès gratuit aux ART s'est considérablement amélioré et les services ont été décentralisés avec succès grâce à l'arrivée d'acteurs et de financements dans la région. Par la suite, MSF a décidé de céder la " Clinique B " au ministère de la Santé sur une période de transition de trois ans (achevée en décembre 2014).

En 2012, MSF/Epicentre a mené la première enquête sur la population séropositive de Ndhiwa (NHIPS1), une enquête épidémiologique de référence, qui a révélé une incidence de 2%, l'une des plus élevées au monde, et une prévalence de 24,1% dans le sous-county de Ndhiwa. L'étude a montré des lacunes dans la cascade de soins parmi les patients séropositifs : 59,4% avaient déjà été diagnostiqués, 53,1% recevaient des soins et 39,7% avaient une charge virale (VL) inférieure à 1000 copies/ml. Le taux de mortalité élevé dans les services médicaux pour adultes de l'hôpital Homa Bay County Teaching & Referral Hospital (HBCTRH), en particulier chez les personnes vivant avec le VIH, était également préoccupant.

MSF a ouvert le projet de Ndhiwa en 2014 avec pour objectif de freiner la transmission du VIH et réduire l'incidence de 50%, en mettant en œuvre des stratégies de dépistage du VIH et de circoncision médicalisée, en améliorant l'accès et la prise en charge des patients dans les structures périphériques et en organisant les références rapides des patients gravement malades vers des soins secondaires spécialisés dans les hôpitaux de Homa Bay et de Ndhiwa. Une étude sur la mortalité dans les services médicaux pour adultes réalisée par MSF/Epicentre entre décembre 2014 et mars 2015 a révélé que le taux de mortalité était de 15,6%. Dans l'ensemble, le sida a représenté plus d'un tiers des admissions et 55% des décès. Le suivi après la sortie a montré un taux de mortalité de 28% neuf mois après la sortie. MSF a effectué un dépistage dans les communautés du sous-count de Ndhiwa. Le volet de circoncision médicale volontaire a été arrêté en 2017 en raison d'une faible adhésion. MSF a également mis en œuvre la prévention de la transmission mère-enfant (PMTCT) et des modèles de soins différenciés (DSDM) pour les patients stables. La mise en œuvre de ce programme pendant 4 ans de 2014 à 2017 a été un succès, avec le soutien de 33 structures de santé pour un total de 16 000 patients séropositifs sous ARV.

En 2018, MSF a investi davantage de ressources et a renforcé la supervision pour assurer des soins de qualité dans les services médicaux pour adultes. MSF a également mis en place d'autres services tels

qu'un laboratoire spécifique pour les patients hospitalisés et une clinique pour améliorer le suivi des patients après leur sortie.

Des lacunes ont été identifiées dans la prise en charge des stades avancés du VIH, les soins pédiatriques et adolescents, la prise en charge des patients sous ARV de deuxième et troisième ligne ainsi que l'échec des traitements ARV. Cela a influencé les changements d'orientation du projet en 2019, vers ces domaines spécifiques soutenus dans 25 structures publiques.

L'enquête finale sur la population de Ndhwa (NHIPS II) a été menée en octobre 2018 et les résultats ont révélé des résultats significatifs dans toute la cascade de soins qui dépassent les attentes initiales. La prévalence globale du VIH a diminué, passant de 24,1 % en 2012 à 16,9 % en 2018. La connaissance globale de la séropositivité par les patients (de 59,4 % en 2012 à 93,4 % en 2018), la couverture par les traitements antirétroviraux (de 68 % à 97 %), la suppression de la charge virale (de 39,7 % à 88,3 %) et l'incidence (nouvelles infections : de 1,9 % à 0,7 %) se sont considérablement améliorées entre 2012 et 2018, tant chez les femmes que chez les hommes. En outre, la proportion de personnes séropositives dont la charge virale n'est pas supprimée a considérablement diminué au fil du temps.

La stratégie choisie par MSF est de travailler en étroite collaboration avec le ministère de la santé, afin d'assurer la continuité et l'impact à long terme, avec des activités ciblées sur les lacunes identifiées (enfants et adolescents, deuxième et troisième ligne, gestion avancée du VIH) et sur le maintien des acquis mis en évidence dans le NHIPS II.

Les activités de Ndhwa ont été transférées au ministère de la santé et aux partenaires à la fin de 2022. En 2021, l'objectif du projet de Homa Bay a été modifié pour se concentrer sur les maladies chroniques. Depuis l'apparition du Covid-19, MSF a également soutenu le county dans la gestion locale de la pandémie, en fournissant du matériel de protection individuelle et d'hygiène, en apportant un soutien en matière de prévention et de contrôle des infections, en mettant en place un triage, en effectuant des tests de diagnostic rapide (TDR) et en mettant en place et en gérant une unité de soins intensifs de 10 lits pour les patients atteints du Covid-19 au HBCTRH.

■ Dispositif

Hôpital de Homa Bay (HBCTRH) : Services médicaux pour adultes (4 services, 90 lits)

MSF soutient les services médicaux pour adultes du Homa Bay Referral Hospital (HBRH) grâce à un appui aux ressources humaines (personnel supplémentaire, formation et encadrement du personnel), à des procédures opérationnelles standard (SOP) et à des protocoles, à des tests sur le lieu de soins, à des laboratoires pour patients hospitalisés et à des campagnes de don de sang.

Une clinique (Discharge Clinic) a été ajoutée à ce volet en juillet 2018 afin d'améliorer le suivi des patients après leur sortie.

En mars 2020, MSF a étendu son soutien à l'hôpital en mettant en place un système de triage des patients et une zone de stabilisation dans l'hôpital, ainsi qu'un lit pour l'unité de haute dépendance (HDU) dans les salles d'hospitalisation.

Une équipe multidisciplinaire composée de médecins, d'agents cliniques, d'infirmières, de travailleurs sociaux, de conseillers et d'un nutritionniste assure le suivi médical quotidien des patients.

Décentralisation VIH – Sous-county de Ndhwa

En 2021, l'accent a été mis sur la préparation du sous-county de Ndhwa et de ses équipes à la transition du suivi de ces cohortes au ministère de la santé. En parallèle, et en particulier dans le cadre de la pandémie de Covid-19, l'équipe a suivi de près les avancées en matière de gestion et qualité des données et de cascade de la charge virale. Enfin, les activités cliniques et de gestion des données ont dû s'adapter au déploiement d'un système de dossier médical électronique VIH (EMR) soutenu par des partenaires dans la plupart des structures du county de Homa Bay. Fin 2022, toutes les activités VIH de Ndhwa ont été transférées au ministère de la santé et au partenaire LVCT.

Maladies chroniques - Décentralisation et simplification dans le sous-county de Homa Bay ville

Face à l'augmentation des maladies non-transmissibles dans les services médicaux pour adultes de l'hôpital de Homa Bay, MSF a lancé une activité sur les maladies chroniques dont les objectifs sont de mettre en place :

- des cliniques de soins intégrés pour les maladies chroniques avec des protocoles simplifiés dans des unités de soin primaire.
- un continuum de soins grâce à un réseau de référence renforcé entre des structures de différents niveaux.
- une composante communautaire autonome pour assurer la longévité du projet une fois qu'il sera entièrement transféré au ministère de la santé.

La mise en œuvre de l'activité a commencé en janvier 2021 et a été déployée dans deux structures de soins primaires pilotes (centre de santé de niveau 3 de Marindi et dispensaire de Nyalkinyi) dans le sous-county de Homa Bay ville.

Covid-19

Aujourd'hui, l'hôpital dispose d'une unité d'isolement permanente Covid-19 de 10 lits, mise en place par MSF. Un dispositif d'urgence a été mis en place pour faire face à de futurs afflux de Covid-19, avec une capacité pouvant aller jusqu'à 32 lits. MSF a également apporté un soutien logistique et en ressources humaines aux campagnes de vaccination contre le Covid-19 et aux tests effectués dans les services adultes de l'hôpital et dans les consultations.

■ Bilan 2022

Hôpital de Homa Bay (HBCTRH)

L'objectif du projet est de réduire de 50 % le taux de mortalité dans le service médical pour adultes en améliorant l'identification et la gestion des conditions critiques présentant des taux de mortalité élevés, sur la base de protocoles et d'algorithmes simplifiés, à l'hôpital central de Homa Bay d'ici à la fin de 2023.

Homa Bay	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Services de médecine interne à l'hôpital de Homa Bay						
Admissions	2 850	3 373	3 056	2 329	3 006	3 043
Mortalité	17%	15%	14.6%	17%	18%	15%
% VIH positifs		49%	38%	37%	33%	47%
Discharge Clinic						
Nb de patients à suivre		207	357	460	1 161	1 269
% de patients suivis		87%	90%	94%	83%	81%
% mortalité à 2 mois après la sortie		12%	10%	12%	11%	5%
% réadmissions		12%	20%	17%	10%	13%
Sarcome de Kaposi : nb de chimiothérapies initiées	71	93	119	98	71	85
Sarcome de Kaposi : Taux de guérison	66%	68%	71%	67%	78%	-

Décentralisation VIH – Sous-County de Ndhiwa

L'objectif est de s'assurer que les résultats de la cascade de soins du VIH sont maintenus à Ndhiwa jusqu'en 2022 et au-delà, en surveillant la mise en œuvre du programme VIH et les résultats globaux

de la cohorte. et en lançant un plaidoyer réactif. Il est également d'améliorer la capacité du ministère de la Santé à prendre en charge les cas de VIH avancé, les patients en échec du traitement antirétroviral de deuxième ligne et de troisième ligne, les enfants et les adolescents.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Cohorte sous traitement ARV	16 005	16 618	17 395	18 887	19 613	20 282
Couverture charge virale		107%	97%	94%	45%	40%
% charge virale <1000	85%	90%	93%	94%	94%	97%
Rétention sous traitement ARV après 12 mois	82%	77%	75%	79%	90%*	76%
Délai entre première charge virale élevée et changement de traitement (en jours)	333	228	159	327	464	No data
Nb de cas de VIH avancé	-	-	-	173	143	No data
Taux de suppression enfants/adolescents						
Moins de 5 ans	50%	63%	75%	57%	70%	73%
5-9 ans	65%	83%	88%	88%	87%	90%
10-15 ans	66%	75%	85%	91%	91%	88%

Maladies chroniques - Décentralisation et simplification dans le sous-county de Homa Bay ville

L'objectif de cette activité est de mettre en œuvre, au niveau des soins primaires du sous-county de Homa Bay ville (centres de santé, dispensaires, communautés), en collaboration avec le ministère de la Santé, un modèle de soins simplifié et décentralisé pour la gestion des maladies chroniques (diabète, hypertension, asthme, épilepsie, bronchopneumopathie chronique obstructive, VIH, tuberculose et Covid-19), avec références adéquates des cas compliqués.

	2021	2022
Nouvelles consultations maladies chroniques	676	596
Consultations de suivi maladies chroniques	2 641	4 726
Total consultations maladies chroniques	3 317	5 322
Nb de patients suivis	527	862

Covid-19

L'objectif des activités Covid est de :

- Réduire les conséquences sanitaires négatives et la mortalité associées au CoViD-19 au sein de l'hôpital de Homa Bay, suivre les patients hospitalisés dont le test est positif au Covid-19 et réduire l'infection nosocomiale au Covid-19 à l'hôpital de Homa Bay.
- Soutenir la vaccination contre le CoViD-19 dans les groupes à haut risque des cohortes maladies chroniques.

	2021	2022
Nb des tests Covid effectués	2 802	3 151
Nb et % de tests positifs	554 (20%)	211 (7%)
Nb d'admissions dans les unités de traitement Covid	448	181
% sous oxygène	61%	37%
% de cas critiques/sévères	52%	39%
% avec comobordités	41%	43%
Taux de mortalité	25%	30%
Taux d'occupation des lits	50%	12%
Durée moyenne de séjour (jours)	5	7,2
% vaccinés Covid-19	/	12%

PROJET : EASTLANDS - REPONSE AUX VIOLENCES URBAINES**■ Historique du projet**

MSF a commencé à travailler à Eastlands (Nairobi) en avril 1996, avec des soins de santé primaires gratuits pour la population du bidonville de Mathare dans le cadre d'un partenariat avec une organisation communautaire locale (Upendo). La clinique a été transférée au ministère de la Santé en 2004.

En 2001, en réponse à la prévalence du VIH au Kenya, au manque d'accès au dépistage et au traitement, et à la volonté de démontrer la faisabilité du traitement dans les pays à faible revenu, MSF a ouvert la première clinique VIH à Mathare (Blue House).

Une composante tuberculose (simple et résistante) a été ajoutée en 2005. Elle a été transférée au ministère de la Santé en 2018 après la mise en place d'une structure dédiée à Eastlands.

En 2008, suite aux violences post-électorales de 2007, une composante Violences sexuelles (SGBV) a été développée dans le projet.

Avec l'augmentation du financement et des partenaires, la composante VIH (Blue House) a été transférée à la Fondation AIDS Health Care (AHF) fin 2013.

En 2012, MSF a mené à Eastlands une évaluation des besoins de santé, de l'accès aux soins et du contexte autour des violences sexuelles. L'évaluation a montré une très forte prévalence des violences sexuelles touchant les enfants, les femmes et les hommes, une détérioration des services sociaux (manque d'électricité, de routes, de sécurité, de justice) avec une déstructuration familiale et communautaire (prostitution infantine à Makadara, viols collectifs à Dandora....), un accès réduit aux soins de santé secondaires (une seule structure publique de référence pour la population de Eastlands estimée à 2 millions d'habitants), et des obstacles à l'accès à la structure en raison de la distance (pas de routes dans certains bidonvilles), de l'insécurité nocturne, des comportements peu amicaux du

personnel et du coût élevé des soins qui n'est pas abordable pour la majorité des personnes vivant dans les bidonvilles. Ces constats ont conduit à une extension des activités de prise en charge des victimes de violences sexuelles et à l'ouverture de nouvelles activités visant à améliorer l'accès aux soins secondaires d'urgence pour la population des bidonvilles de Mathare et d'Eastleigh : un centre d'appel d'urgence gratuit, des ambulances médicalisées (soins pré-hospitaliers, stabilisation et références vers les hôpitaux) et un soutien au service d'urgence de la seule structure de référence : Mama Lucy Kibaki Hospital (MLKH). Toutes les activités (à l'exception des ambulances médicalisées et du centre d'appel) ont été mises en œuvre en collaboration avec le ministère de la santé du county de Nairobi.

En 2014/2015, MSF a adopté un modèle décentralisé géré par des infirmières pour la prise en charge des violences sexuelles dans certaines structures du ministère de la Santé. Il s'agit d'un tournant pour le programme qui, au fil des ans, a considérablement amélioré l'accès aux services.

En 2015-2016, avec le soutien de l'unité Bramu (unité médicale de MSF Brésil), MSF a mené une étude transversale de victimisation pour mieux comprendre le degré de violence et l'impact des activités d'urgence. L'étude a identifié un groupe de population spécifiquement vulnérable (adolescents et jeunes) dont les besoins n'étaient pas satisfaits.

Les résultats ont conduit à la réorientation des activités en mettant l'accent sur ces groupes de population vulnérables (adolescents et jeunes) : Une clinique adaptée aux jeunes a été ouverte à Dandora-II, début 2021.

En juin 2021, le soutien direct au service des urgences du MLKH a été arrêté.

Toutes les activités (à l'exception des ambulances médicalisées et du centre d'appel) sont mises en œuvre en collaboration avec le ministère de la santé du county de Nairobi.

■ Dispositif

• Composante Santé sexuelle et reproductive (SRH)

Prise en charge des violences sexuelles

Cette activité est fournie dans la clinique de MSF qui fait office de centre de référence et de centre de formation (Lavender House - LH) et dans 4 établissements décentralisés du ministère de la santé ("sites décentralisés" appelés cliniques Tumaini, dont l'une se trouve dans la clinique pour jeunes de Dandora). Les services fournis comprennent un numéro d'appel gratuit, le transport, une prise en charge médicale et psychosociale complète, et l'orientation des personnes nécessitant des soins avancés. MSF gère les aspects juridiques pour les victimes en collectant des échantillons médico-légaux, en remplissant des formulaires et en fournissant des témoins experts dans les tribunaux. Les services de protection et d'hébergement sont fournis en lien avec d'autres acteurs, mais cela est devenu plus difficile dans le contexte de la pandémie du Covid-19. Il existe une équipe de mobilisation communautaire chargée de sensibiliser à la violence sexuelle et de créer des liens avec la communauté.

Avortement sécurisé (SAC)

Conformément à l'ambition opérationnelle de MSF d'améliorer l'accès aux soins d'avortement sécurisé (SAC), la clinique SRH de Lavender House a commencé à proposer des interruptions de grossesse et des services de planification familiale et contraception à partir de février 2020.

En 2021, ces services ont été étendus à la clinique pour jeunes de Dandora.

Clinique pour jeunes

En janvier 2021, MSF a initié une offre de services dans la Youth Friendly Clinic (YFC), située au centre de santé de Dandora II. Les activités du centre ont été conçues en collaboration avec les jeunes de Dandora, les principaux acteurs de la communauté et le Ministère de la santé, et sont gérées avec la participation active des bénéficiaires. Le centre propose un ensemble d'activités médicales,

psychosociales et récréatives destinées à la tranche d'âge comprise entre 10 et 24 ans (définition de la jeunesse selon les directives nationales et l'OMS). La composante médicale est axée sur les services de santé sexuelle et reproductive (SRH), la prévention, le conseil, le dépistage et le traitement du VIH, l'avortement sécurisé, les soins aux victimes de violences sexuelles, et la santé mentale (conseil psychosocial et références). Les services sociaux comprennent du mentorat, des services éducatifs, de l'éducation à la santé et des activités de proximité, en collaboration avec d'autres acteurs pour le suivi des adolescents en situation de vulnérabilité, par exemple pour l'éducation.

- **Composante Urgences médicales**

Cette composante vise à améliorer l'accès aux soins médicaux d'urgence pour la population de Mathare, Eastleigh et Huruma grâce à des soins pré-hospitaliers et un service de stabilisation médicale/traumatique située dans la clinique privée Lavender House de MSF.

Les activités comprennent des numéros verts et des ambulances médicalisées disponibles 24h/24 et 7j/7. Les patients sont référés vers les structures secondaires et tertiaires du ministère de la Santé. Le dispositif d'urgence médicale permet également à MSF de répondre aux incidents de masse (MCI).

La salle de traumatologie/stabilisation de Lavender House est gérée par le personnel de MSF et offre des services 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 aux patients transportés par ambulance et aux patients venant des environs.

■ Bilan 2022

Activités à Eastlands (projet Mathare)	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nb d'appels traités au centre d'appel	6 751	7 613	8 644	8 592	11 616	11 281
Nb d'interventions d'ambulance	5 474	6 228	6 792	5 860	7 859	8 162
Service des urgences : % d'appels nécessitant une intervention	81%	82%	79%	68%	68%	73%
Consultations traumatologie à Lavender House	8 689	9 250	9 099	9 408	13 880	15 956
Nb de cas de violences sexuelles (Lavender House et sites décentralisés)	2 742	3 229	3 200	4 350	4 380	4 593
Consultations pour viol	2 139 (78%)	2 551 (79%)	2 514 (79%)	3 267 (75%)	3 185 (73%)	3 368 (73%)
Interruptions volontaires de grossesse	23	70	233	272	603	1 426
Suspensions de Covid-19 référées aux structures du Ministère de la Santé	///	///	///	102	92	7
Consultations au centre d'accueil pour jeunes	NS	NS	NS	NS	3 646	4 654

LIBAN	
Contexte : Accès aux soins	Personnel
Nombre de projets : 1	International : 5
Dépenses 2022 : 2 290 k€	National : 61
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCB, OCG

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

La crise économique et financière qui a commencé à se faire sentir dans la seconde moitié des années 2010, provoquant la "révolution" (manifestations à partir d'octobre 2019) et la crise politique qui en découle, n'a fait que s'aggraver au cours des années suivantes. Les différents gouvernements intérimaires ne parviennent pas à gagner en légitimité ou à impulser des changements politiques forts et nécessaires.

L'année 2020 a été marquée par les pandémies de Covid et l'explosion du port qui ont conduit à la chute du gouvernement et confirmé l'effondrement du Liban. Les années 2021 et 2022 ont suivi la même tendance, ne parvenant pas à mettre en place un gouvernement stable et la crise économique, financière et sociale poursuit une spirale descendante.

Pour la période à venir, on peut s'attendre à ce que les conditions de vie, le système de santé et les autres services de base continuent de se détériorer. On estime que plus de la moitié de la population libanaise vit en dessous du seuil de pauvreté.

Le Liban reste le pays qui accueille le plus grand nombre de réfugiés par habitant et par mètre carré dans le monde, avec une estimation de 1,5 million de réfugiés syriens dans le pays.

■ Contexte sanitaire

Le système de santé au Liban est un mélange public-privé avec de multiples sources de financement et de réseaux de prestation. Les secteurs dominants sont le secteur privé et les ONG (environ 68% des centres de soins de santé primaires du réseau national (208) sont gérés par des ONG tandis que 80% des hôpitaux appartiennent au secteur privé).

Une partie de la population libanaise est couverte financièrement par le Fonds national de sécurité sociale (NSSF) et d'autres régimes gouvernementaux (45%) ou par des assurances privées. Tous ces régimes offrent une couverture financière avec des contributions variables des patients.

Les réfugiés sont pris en charge par des organisations internationales et les services du Ministère de la santé publique. Les réfugiés palestiniens sont pris en charge par l'UNRWA avec d'énormes difficultés qui se traduisent par une couverture de seulement 50% des soins de santé secondaires (SHC). Les soins de santé primaires (PHC) sont subventionnés pour les réfugiés syriens et la communauté locale. L'accès aux SHC pour les réfugiés syriens est financé par le HCR dans le cadre d'une assurance qui couvre principalement les soins d'urgence.

Le Liban, comme de nombreux pays du Moyen-Orient, traverse une période de transition épidémiologique avec une population de plus en plus vieillissante souffrant de maladies chroniques et non transmissibles.

En octobre 2022, le premier cas de choléra depuis 1993 a été confirmé au Liban. Au 11 novembre, un total de 3 253 cas suspects de choléra (dont 521 confirmés en laboratoire) ont été signalés, ainsi que 18 décès associés.

PRESENCE MSF

MSF est présente au Liban depuis 1976 et assure une présence constante depuis 2008, d'abord avec OCG, puis OCB et OCP en 2017. Ces dernières années, MSF s'est principalement concentrée sur la crise syrienne dans la vallée de la Bekaa, le nord du pays, Tripoli et le sud de Beyrouth (zones où les réfugiés se sont également installés).

En 2022, OCP a fermé sa mission au Liban. Les activités thalassémie de son programme pédiatrique ont été maintenues sous l'égide administrative d'OCB, la responsabilité opérationnelle restant assurée par OCP.

PROJET : ZAHLE – THALASSEMIE

■ Historique du projet

Depuis mars 2017, MSF OCP apporte aux populations vulnérables des soins pédiatriques complets avec hospitalisation à l'hôpital gouvernemental Elias Haraoui de Zahle, dans la Bekaa. MSF OCP a également mis en place par la suite un programme de prise en charge de la thalassémie offrant un ensemble de soins complets et de transfusions sanguines à des patients qui sont principalement des réfugiés syriens.

En mai 2022, les activités liées à la thalassémie ont été transférées à l'hôpital Bar Elias (OCB), tandis que le projet pédiatrique de Zahle et le reste de la mission ont été fermés.

■ Dispositif

Les activités liées à la thalassémie sont situées à l'hôpital OCB Bar Elias. Les activités comprennent :

- Consultations médicales et médicaments
- Transfusions sanguines
- Tests et examens de laboratoire
- Vaccination

Au niveau communautaire, des activités de sensibilisation sont mises en œuvre pour encourager les populations à faire des dons de sang dans le cadre du programme de lutte contre la thalassémie. En collaboration avec la Croix Rouge Libanaise, des campagnes de collecte de sang sont régulièrement organisées auprès d'organisations diverses : ONG, entreprises, municipalités, institutions religieuses, etc.

■ Bilan 2022

Nous avons pris en charge les 12 premiers patients en 2017 pour atteindre une cohorte de 52 en 2019 et un maximum de 100 patients en 2021. Cette limitation a été imposée par les difficultés d'importation et le prix des traitements et par la disponibilité des poches de sang fournies par la Croix Rouge Libanaise.

Depuis le début de cette activité, 146 patients ont été pris en charge.

	2021	2022
Présentations aux urgences (fermé en avril 2022)	6 992	1 417
Hospitalisations pédiatriques (fermé en mai 2022)	1 008	217
Thalassémie nb de transfusions	1 580	1 528
Thalassémie Cohorte	100	89

LIBERIA	
Contexte : Accès aux soins (pédiatrie, santé mentale)	Personnel
Nombre de projets : 2	International : 20
Dépenses 2022 : 7 195 k€	National : 238
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : aucun

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

Le Liberia a été le premier État africain indépendant (1847). En 1980, un coup d'État militaire mené par Samuel Doe a marqué le début d'une décennie de régime autoritaire et d'une période d'instabilité. Doe a été renversé en 1990. Le Liberia a ensuite connu deux guerres civiles qui ont duré plus de 14 ans, entre 1989 et 2003. Cette année 2023 marque les 20 ans de la fin de la dernière guerre civile. En 2014-2015, une importante épidémie d'Ebola a secoué le pays et déstabilisé un État et une économie déjà fragiles, entraînant une intervention internationale massive. En janvier 2018, l'ancien footballeur George Weah a prêté serment en tant que nouveau président avec une nette victoire électorale, remportant le vote populaire dans 14 des 15 counties et marquant la première transition constitutionnelle du pouvoir en plus de 70 ans. Il succède à Ellen Johnson Sirleaf, qui a dirigé le pays après la guerre civile et a été la première femme chef d'État démocratiquement élue en Afrique. Le président Weah a pris la tête d'une alliance de trois partis politiques pour accéder au pouvoir, et sa première année de mandat a été caractérisée par des conflits sur les nominations et l'emploi, plutôt que par des discussions sur la politique à mener.

En novembre 2023, les citoyens libériens exerceront leur droit de vote et éliront leur nouveau président avec le soutien de la mission d'observation internationale. L'élection sera organisée en deux tours et le résultat sera publié en décembre de la même année. Malgré les accusations de corruption et de gaspillage, la popularité de l'actuel président, en particulier parmi les jeunes de Monrovia, représente un sérieux désavantage pour les autres partis et groupes d'opposition émergents. Le principal bloc d'opposition, composé de quatre partis politiques traditionnels, s'est effondré après que le chef de l'un des quatre partis a été accusé d'avoir falsifié des documents pour satisfaire ses propres ambitions politiques. Les dirigeants des trois autres partis politiques ont estimé qu'il essayait de se positionner en tant que leader de facto avant les prochaines élections.

Dans l'ensemble, l'anémie de l'économie, combinée à la dépréciation rapide du dollar libérien, à la détérioration de la croissance des exportations et à la réduction de l'aide, placent le pays face à plusieurs défis socio-économiques sérieux. Dans le même temps, la baisse des recettes intérieures, l'augmentation des dépenses obligatoires et l'augmentation du taux de chômage exacerbent les problèmes de longue date que sont la faiblesse de la production, la médiocrité des infrastructures, le manque d'intrants de qualité et l'accès limité au crédit. Ces facteurs combinés ont plongé de nombreuses communautés dans des situations alarmantes, notamment l'insécurité alimentaire et l'augmentation de l'insécurité générale dans le pays. Malgré un climat favorable et des sols propices à la production agricole, le Liberia souffre depuis longtemps d'insécurité alimentaire en raison de l'extrême pauvreté et de l'inefficacité des systèmes alimentaires et agricoles du pays. Environ 18 % des ménages libériens ont été identifiés comme étant en situation d'insécurité alimentaire modérée à grave lors de la dernière évaluation globale de la sécurité alimentaire au Libéria en 2018. L'indice de la faim dans le monde 2022 classe le Libéria au niveau "grave" et au 113^e rang sur 121. En conséquence, on estime que le taux de pauvreté du pays a augmenté

pour atteindre 33,2 %, réduisant à néant une grande partie des progrès réalisés après le conflit, lorsque la pauvreté avait diminué de 53,4 % à 25,9 % entre 2007 et 2014.

■ Contexte sanitaire

Le gouvernement du Liberia s'est engagé à financer le maximum des soins de santé tout en restant compatible avec ses revenus, en tenant compte des différentes priorités. Cependant, malgré les politiques nationales de santé, le système de santé libérien reste fragile. Malgré la volonté et les efforts du gouvernement la part de son budget allouée à la santé reste faible. Actuellement, le budget alloué à la santé s'élève à 78 millions d'euros, soit 10 % du budget national global du Liberia. Sur ces 78 millions, 58% (45 millions) sont consacrés aux médicaments, aux consommables médicaux et à la rémunération des employés. Indépendamment de la volonté du gouvernement actuel et des améliorations apportées à la collecte des impôts et des recettes, le secteur de la santé et la plupart des autres secteurs clés dépendent de l'aide financière internationale. Un ensemble d'autres stratégies de financement (y compris l'assurance maladie et d'autres formes de prépaiement) sont poursuivies avec le soutien d'institutions internationales (par exemple la Banque mondiale, le FMI...). Toutefois, la récente crise internationale a eu un impact considérable sur les mécanismes de financement, et les plans d'investissement dans le secteur de la santé resteront très faibles.

Vingt ans après la fin de la dernière guerre civile, le Liberia présente toujours des indicateurs de santé infantile parmi les pires au monde, se classant 184 sur 196 pays pour la mortalité infantile et 183 sur 196 pour la mortalité des moins de 5 ans. L'enquête démographique et sanitaire du Liberia 2019-2020 a montré que le taux de mortalité des moins de 5 ans est resté relativement stable depuis la dernière enquête en 2013, tandis que la mortalité infantile a augmenté.

Par ailleurs, les hôpitaux publics de la ville de Monrovia, la plus peuplée du pays, sont confrontés à d'énormes difficultés pour répondre aux besoins fondamentaux de la population. Cela est dû à un manque de fonds pour le matériel, l'équipement, les médicaments, l'entretien des installations et le paiement des salaires du personnel de santé. En théorie, les services médicaux sont gratuits pour les enfants de moins de 15 ans, mais les dispensaires dépendent des dons de programmes spécifiques de lutte contre les maladies (par exemple le Fonds mondial) pour leur approvisionnement, qui ne fournit qu'une liste limitée de médicaments ou de diagnostics. Par conséquent, l'accès à des soins spécialisés reste le plus souvent impossible. L'hôpital pédiatrique de MSF, Barnesville Junction, représentait 36% des lits pédiatriques actifs et 60% des admissions à Monrovia. Cet hôpital étant désormais fermé, le nombre de lits reste limité, bien qu'ils soient répartis dans des structures privées et publiques (ministère de la santé).

Il convient de mentionner que la capacité de lits du ministère de la santé n'est pas complètement opérationnelle en raison de pénuries régulières de consommables médicaux et de problèmes d'approvisionnement en médicaments, qui ont un impact négatif sur la qualité des soins dans le pays, ainsi que sur les admissions et sur l'ensemble des services. Le pays continue de faire face à des épidémies majeures telles que la coqueluche et la fièvre de Lassa, entre autres, dans un contexte où l'accès aux soins a été et reste un défi majeur pour une population de 5,1 millions d'habitants.

PRESENCE MSF

MSF a une longue histoire au Liberia, de 1990 à 2012, pendant les deux guerres civiles. En 2014, MSF est revenue pour répondre à l'épidémie d'Ebola et après la fin de l'épidémie, a décidé de rester, en soutenant le ministère de la santé, en particulier dans les domaines de la pédiatrie et de la santé mentale. Depuis 2016, OCP est la seule section présente au Liberia. Jusqu'en septembre 2022, OCP a géré un hôpital pédiatrique (Barnesville Junction Hospital), et soutient maintenant une structure gérée par le gouvernement appelée Barnesville Health Centre. Il ne dispose que de 25 lits pédiatriques, contre

92 à l'hôpital de Barnesville Junction (BJH), mais il est prévu de renforcer les capacités du personnel du ministère de la santé afin qu'avec le temps, il soit possible d'étendre les soins aux patients hospitalisés dans cette structure pour en faire un hôpital. OCP gère également un projet de soins de santé mentale et d'épilepsie, qui a ouvert ses portes en 2017 après la fermeture de la clinique pour les survivants d'Ebola et la prise de conscience de l'existence de nombreux besoins non satisfaits en matière de santé mentale dans le pays.

L'année 2022 a été marquée par la décision de fermer l'hôpital de Barnesville Junction. Les principales réalisations sont les suivantes :

- La chirurgie pédiatrique a été fermée fin mars 2022. Fermeture complète des activités médicales de l'hôpital de Barnesville Junction en septembre 2022 et transfert au ministère de la santé fin décembre 2022.
- Développement d'une stratégie à long terme pour le projet sur l'épilepsie et la santé mentale par l'élaboration d'un plan quinquennal.
- Élaboration d'un plan de transition pour compenser la fermeture de l'hôpital de Barnesville Junction par la création de 25 lits dans le centre de soins de santé primaires de Barnesville.
- Réponses aux urgences malnutrition et rougeole dans 5 counties

Deux réponses aux urgences ont été mises en place en 2022 :

- Nutrition (octobre-novembre) avec distribution d'aliments prêts à l'emploi (RUTF) pour 1518 cas de malnutrition sévère dans 7 counties.
- Rougeole (pendant 9 mois) avec prise en charge de 678 cas et appui au ministère de la Santé.

PROJET : CENTRE DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES DE BARNESVILLE

■ Historique du projet

Suite à la fermeture de l'hôpital de Barnesville Junction (BJH) de MSF et à son impact sur les services médicaux – en particulier sur la pédiatrie dans la capitale, Monrovia – une nouvelle approche a été développée en partenariat avec le ministère de la Santé afin d'assurer un minimum de continuité des soins. Pour aider le ministère de la Santé à absorber les patients, MSF a décidé de moderniser un centre de soins de santé primaires (PHCC) situé à 8 km de l'ancien hôpital MSF, en y installant une structure semi-permanente contenant 25 lits d'hospitalisation. Le projet – connu sous le nom de centre de soins de santé primaires de Barnesville – a ouvert le 5 décembre 2022, ce qui correspond au début du pic de malnutrition. Il fait partie du plan du ministère de la Santé visant à transformer 137 PHCC en centres de soins de santé secondaires afin de répondre à la pénurie de structures existantes et de décongestionner les deux hôpitaux publics. Le renforcement du PHCC vise également à servir de catalyseur pour que la communauté internationale des bailleurs de fonds fasse de même avec d'autres structures et que le ministère de la santé puisse atteindre son objectif.

■ Dispositif

Mise à niveau du PHCC de Barnesville et appui à l'hôpital JDJ

Pour assurer la couverture d'une partie des besoins pédiatriques du county de Montserrado au cours de l'année 2023, 25 lits ont été installés dans une structure semi-permanente sous tente dans le centre de soins de santé primaires (PHCC) de Barnesville. MSF apporte un support médical/clinique technique et de supervision, ainsi qu'un appui logistique (carburant pour l'électricité, maintenance, hygiène et assainissement, ressources humaines, médicaments et consommables). Un soutien logistique (carburant pour le générateur) et un soutien médical ad hoc seront également apportés à l'hôpital

James David Junior (JDJ) afin d'assurer la pérennité des 30 lits pédiatriques de cet hôpital public. Ces deux approches s'inscrivent dans l'objectif de maintenir un minimum de services en pédiatrie après la fermeture de l'hôpital BJH de MSF.

Approche pilote et partenariat

En 2023, MSF soutiendra financièrement de manière transitoire le ministère de la Santé pour les salaires du personnel. Une diminution de la contribution de MSF devrait intervenir au milieu de l'année 2024. Cette approche partagée vise à permettre au ministère de la Santé de planifier une ligne budgétaire annuelle pour couvrir les coûts de fonctionnement de la nouvelle structure de 25 lits.

■ Bilan 2022

Fermeture de l'hôpital BJH

L'hôpital BJH a fonctionné à pleine capacité (92 lits) jusqu'à la fin du mois de mars, date à laquelle les activités chirurgicales ont été arrêtées. Au total, 184 personnes ont été admises en chirurgie et 260 opérations ont été réalisées entre janvier et mars. Le 1er avril 2022, la capacité de l'hôpital a été réduite de 92 à 45 lits et de nouveaux critères d'admission ont été mis en place. L'hôpital BJH a continué à recevoir des cas de malnutrition ainsi que des cas pédiatriques jusqu'au 15 septembre 2022, date à laquelle toutes les admissions ont été arrêtées, et l'activité a ensuite été fermée le 30 septembre 2022. Entre janvier et septembre 2022, un total de 2 730 personnes se sont présentées aux urgences, 763 patients ont été admis à l'unité de soins intensifs, 908 patients au centre nutritionnel intensif et 1 245 patients en hospitalisation.

En 2022, le pays a été confronté à d'importantes épidémies, notamment de rougeole, de fièvre de Lassa, de coqueluche, de pian et de variole du singe. L'hôpital BJH de MSF a commencé à recevoir des cas de rougeole le 5 janvier et a ensuite ouvert un service spécialisé dans la rougeole avec 16 lits. En septembre 2022, l'hôpital BJH de MSF avait traité 679 enfants atteints de la rougeole. De plus, MSF a soutenu 8 PHCC avec un total de 80 kits de rougeole pour traiter 800 cas.

Démarrage du PHCC de Barnesville

Les activités du PHCC de Barnesville, d'une capacité de 25 lits, ont débuté le 1^{er} décembre avec la formation et l'orientation du personnel et les premiers patients ont été admis le 5 décembre.

PHCC de Barnesville	2022
Hospitalisations	64
Admissions au centre nutritionnel	26
Taux d'occupation des lits	68%

PROJET : MONROVIA – SANTE MENTALE / EPILEPSIE

■ Historique du projet

Les troubles mentaux et l'épilepsie sont des maladies négligées au Liberia, où les soins psychiatriques et neurologiques sont pratiquement inexistants. Le grand public connaît mal ces maladies et les patients sont souvent stigmatisés, leur état étant souvent imputé à la sorcellerie et considéré comme contagieux. Bien qu'il existe une loi sur la santé mentale bien conçue, elle n'a pas encore été imprimée et n'est donc pas largement connue. En outre, le ministère de la santé ne dispose d'aucun budget pour la mettre en œuvre. Il n'existe qu'un seul hôpital psychiatrique au Libéria : E.S. Grant Hospital (qui fait partie de l'hôpital J.F. Kennedy) à Monrovia, d'une capacité de 80 lits. Cet hôpital fonctionne avec beaucoup de difficultés et avec le soutien d'un psychiatre libérien à temps partiel (retraité et chef de service) et d'un autre psychiatre nigérian à temps plein. À l'exception des centres de santé dans lesquels MSF (à Monrovia) et Partners-In-Health (dans le county de Maryland) opèrent, il n'y a que peu ou pas de ressources de santé mentale au niveau des soins de santé primaires.

Lorsque le Liberia a été déclaré exempt d'Ebola au début de l'année 2015, MSF a ouvert une clinique pour les survivants d'Ebola qui cherchaient du soutien et des soins. Le système de santé s'était presque complètement effondré et les gens devaient faire face à la stigmatisation et à la crainte que les patients guéris soient contagieux, de nombreuses personnes étant refusées dans les structures de santé pour cette raison. Ils avaient souvent perdu leur maison et tous leurs biens, et se retrouvaient parfois complètement seuls parce que tous les membres de leur famille étaient décédés.

Au bout d'un an, en 2016, MSF a fermé la clinique des survivants d'Ebola, d'une part parce que les autorités libériennes souhaitaient intégrer les soins liés à Ebola dans le système de santé général, et d'autre part parce que le simple fait de continuer à parler d'une "clinique des survivants" semblait nuire à la santé mentale des patients en les maintenant focalisés sur le traumatisme qu'ils avaient subi. MSF a fermé la clinique par étapes et orienté les patients vers d'autres structures, mais cela a permis de constater qu'il existait de nombreux besoins non satisfaits en matière de santé mentale à Monrovia, ce qui a conduit à la mise en place du projet actuel de santé mentale en 2017.

Ce projet est basé sur un modèle innovant inspiré des lignes directrices d'intervention du Programme d'action sur les lacunes en matière de santé mentale de l'OMS (mh-GAP). Ce modèle de soins offre la possibilité d'impliquer les communautés ou les soignants en tant qu'acteurs du traitement ou du suivi des patients et de les mettre en relation avec les centres de soins de santé primaires (PHCC) où des consultations sont proposées. L'objectif du projet est d'adapter le modèle mh-GAP au contexte libérien et de documenter cette approche et les résultats pour les patients, afin de la rendre reproductible dans d'autres centres de santé libériens pour offrir des soins aux patients atteints de troubles mentaux ou d'épilepsie. Plutôt qu'une méthode d'opération traditionnelle de MSF (ouverture, fonctionnement puis transfert d'un projet), un partenariat à long terme est prévu avec le ministère de la santé et les équipes de santé des counties.

■ Dispositif

Le projet vise à améliorer l'accès aux services de santé mentale et d'épilepsie dans le county de Montserrado, où un tiers de la population du pays vit depuis l'époque des guerres civiles. Les améliorations portent sur le diagnostic, le traitement et l'orientation des patients dans cinq établissements de santé (quatre établissements de santé publics et un établissement de santé semi-gouvernemental). Clara Town, West Point et Pipeline se trouvent dans la zone urbaine, tandis que RCD Marshall (Mango Town) et Bensonville se trouvent dans les zones rurales du county de Montserrado. Les équipes des cliniques de santé mentale sont composées d'un mélange d'employés de MSF, d'employés du ministère de la Santé et de volontaires de santé communautaire (CHV). MSF verse des primes au personnel non MSF. Il s'agit d'un complément pour le personnel du ministère de la santé, et

c'est la seule rémunération perçue par les CHV. Les consultations de santé mentale sont effectuées dans un service de consultations externes cinq jours par semaine. En cas de risque d'automutilation ou d'atteinte à autrui, MSF réfère les patients psychiatriques adultes à la seule structure de santé mentale secondaire du pays – l'hôpital psychiatrique E.S. Grant – et à l'hôpital Elwa pour les cas d'épilepsie.

■ Bilan 2022

2022 a été une année de planification pour l'avenir de ce projet. Plutôt que de s'étendre à de nouvelles cliniques, les efforts ont été concentrés sur l'amélioration des services. Un plan à cinq ans a été élaboré et l'accent a été mis sur le renforcement des relations avec le ministère de la santé, les équipes de santé des counties et d'autres acteurs de la santé mentale. Cela a permis d'identifier les moyens de travailler avec d'autres acteurs, de limiter la duplication des services et de s'efforcer de combler les lacunes identifiées.

Parallèlement, les activités se poursuivent. La cohorte n'a pas augmenté autant que précédemment, mais cela s'explique en grande partie par la fermeture de nombreux dossiers de patients inactifs en janvier et en juin. La présence d'un neurologue au second semestre 2022 a permis d'améliorer les diagnostics, en particulier pour l'épilepsie.

Santé mentale	2020	2021	2022
Cohorte en fin d'année	1 571	1 852	2 086
Nb total de consultations	22 399	20 247	21 422
Total consultations communauté	4 203	18 265	20 869
Nb moyen de consultations de sortie		15,3	14,7

LIBYE	
Contexte : Populations de migrants	Personnel
Nombre de projets :	International : 14
Dépenses 2022 : 5 937 k€	National : 99
Financements institutionnels :	Autres centres opérationnels MSF :
aucun	OCA

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

Depuis la chute du régime de Kadhafi en 2011, le paysage sociopolitique complexe du pays a évolué en un conflit persistant. Depuis 2014, la désescalade du conflit au niveau national a laissé place à des formes de combats localisés pour la gouvernance et le contrôle de ressources stratégiques et économiques clés. À partir d'avril 2019, des combats intenses se sont déroulés dans les régions de Tripoli jusqu'à l'instauration d'un cessez-le-feu en octobre 2020.

En février 2021, un gouvernement de transition, le GNU, a été mis en place, chargé de conduire la Libye à des élections nationales en décembre 2021. En 2022, le contexte politique de la Libye a été marqué par la poursuite de la division de facto entre l'Ouest et l'Est et par l'émergence d'une compétition entre deux gouvernements dans l'Ouest de la Libye. Suite à l'échec du Premier Ministre Dbeidah (GNU) à organiser des élections en décembre 2021, la Chambre des Représentants a nommé un nouveau Premier Ministre, Bashaga (GNS). Depuis février 2022, le GNU et le GNS se disputent le pouvoir dans la partie occidentale de la Libye. En septembre, le GNU est toujours en place à Tripoli, tandis que le GNS tente de s'emparer de la capitale.

Chacun des gouvernements est soutenu par des milices différentes dans un contexte général marqué par la fragmentation de la puissance militaire entre de nombreux groupes d'opposition armés dont l'étendue géographique et l'importance varient.

Il n'y a pas d'issue claire au clivage politique actuel. Ni le GNU ni le GNS ne sont actuellement assez puissants pour revendiquer un pouvoir unifié sur l'ouest de la Libye et les efforts des acteurs internationaux (notamment l'UNSMIL et le gouvernement turc) pour faciliter un accord politique ont jusqu'à présent échoué. La capacité de parvenir à un accord entre le High Council of State (HCS) et le parlement apparaît comme une condition préalable essentielle à la mise en place d'un gouvernement unifié, mais elle est actuellement peu probable. Il en va de même pour l'organisation d'élections. Par conséquent, 2023 devrait présenter une situation marquée par une division politique prolongée dans l'ouest de la Libye, alimentant des combats irréguliers entre des groupes armés de différentes affiliations politiques.

Les conditions socio-économiques générales en Libye se sont détériorées au cours de la dernière décennie, en raison de l'instabilité politique latente et du conflit.

■ Contexte sanitaire

Les services de santé publique en Libye ont été fortement affectés par la crise politique et économique, avec des pénuries d'approvisionnement et de personnel de santé. Dans le système de santé secondaire, le départ massif des médecins spécialisés étrangers a entraîné une pénurie générale de services de santé spécialisés dans tout le pays. La population libyenne est principalement touchée par des maladies non transmissibles, notamment les traumatismes, la santé mentale et d'autres maladies telles que le diabète et l'hypertension.

Les migrants et les réfugiés sont exposés à un manque général d'accès aux structures de soins de santé primaires et secondaires. Si quelques établissements de Tripoli acceptent de recevoir des migrants enregistrés par le HCR, la "règle commune" est la non-acceptation des migrants dans les établissements de santé.

■ Migrants, réfugiés et demandeurs d'asile

Malgré la situation sociopolitique instable et la récession économique, et bien que les migrants continuent d'être confrontés à des besoins de protection aigus et à la violence, la Libye continue d'accueillir principalement des travailleurs migrants, mais aussi un important transit de migrants visant à atteindre l'Europe via la Méditerranée. Selon DTM Libya, il y a un total de 649 788 migrants de plus de 44 nationalités en Libye (avril 2022). Le HCR compte un total de 43 000 réfugiés/demandeurs d'asile (tableau de bord d'août 2022).

Au cours du premier trimestre 2022, la Direction de la lutte contre les migrations illégales (DCIM) a restructuré son réseau de centres de détention en se concentrant sur les centres de détention de Tripoli (3 centres de détention opérationnels en septembre 2022) et en fermant ses centres de détention situés en dehors de Tripoli. En conséquence, le nombre de personnes détenues par la DCIM a chuté à environ 2300 personnes (OIM, août 2022). Malgré la réouverture du centre de détention de Zliten fin septembre, la majeure partie de l'appareil de la DCIM se concentre toujours à Tripoli. Parallèlement à la DCIM, le SSA a développé son propre dispositif de centres de détention le long de la côte ouest, sans aucun contrôle des acteurs internationaux.

En dehors des centres de détention, la situation des migrants reste marquée par de multiples vulnérabilités liées à la fois à l'absence de protection nationale (pas d'accès aux services publics, assujettissement aux entreprises individuelles et aux réseaux criminels) et aux campagnes organisées (campagne d'arrestation menée par les autorités à Tripoli en janvier 2022, à Zuwara en mars-avril 2022, campagne de violence organisée menée par le secteur privé à Zuwara en juillet 2022).

Dans un contexte marqué par l'absence de protection nationale, les besoins de protection internationale sont assurés par deux canaux différents : d'une part, le HCR pour ceux qui peuvent prétendre au statut de réfugié et, d'autre part, l'OIM. Ces deux canaux ont été submergés ces dernières années en raison des difficultés rencontrées par ces acteurs pour établir un accès (pas de reconnaissance nationale de la Convention de 1951, pas de présence du HCR en dehors de Tripoli) ainsi que de leur incapacité à garantir des solutions durables cohérentes.

PRESENCE MSF

MSF OCP est intervenu pour la première fois en Libye en 2011 lors des événements du "printemps arabe" qui se sont transformés en guerre civile.

En 2017, MSF a décidé de concentrer ses opérations sur la situation humanitaire des populations migrantes. Elle s'est retirée de l'est du pays en 2018.

MSF OCA intervient à Tripoli en plus des opérations de recherche et sauvetage.

PROJET : COTE OUEST

■ Historique du projet

Depuis la fermeture officielle des centres de détention le long de la route côtière début novembre 2020, le projet Côte Ouest a connu un changement majeur dans ses activités en 2021, passant d'un cadre fermé de détention à un cadre ouvert de sensibilisation communautaire, ciblant les communautés de migrants le long de la côte ouest de la Libye.

On estime que 56% des migrants résident actuellement dans la partie ouest de la Libye (OIM, DTM). Une petite proportion d'entre eux vit dans des centres de détention dits officiels. L'intervention de MSF à Zuwara confirme que la majorité des migrants quittant les zones urbaines ne sont pas en mesure de couvrir leurs besoins de base. Le degré élevé d'exposition à l'arbitraire, les niveaux extrêmes de violence et l'absence de protection sont évidents. Les histoires d'évasion, d'enlèvement, de vol, d'extorsion, d'abus et de maltraitance sont courantes, et les voies légales sûres pour s'échapper sont très limitées. Le contexte général dans lequel évoluent les migrants, comme on l'a vu à Zuwara, est celui d'un accès limité aux services, notamment aux services médicaux, et de campagnes de violences ou d'arrestations menées tant par des individus que par les autorités.

MSF a lancé ses premières activités à Zuwara à la mi-janvier 2021, ciblant quatre camps avec des cliniques mobiles. Au cours de l'année 2021, le projet a inclus une activité de soins de santé primaires dans la clinique d'Al Baraka et un appui à l'unité locale de traitement de la tuberculose du National Center for Disease Control (NCDC). Tout au long de l'année 2021, les activités de protection ont été adaptées avec la distribution de nourriture pour les cas extrêmement vulnérables, la fourniture d'articles de première nécessité et des références vers d'autres acteurs (HCR, OIM, CESVI). Plusieurs activités initialement prévues en 2021 (intervention dans les centres de détention, intégration de l'activité santé mentale et développement des activités en Zawiya) ont été suspendues en raison du contexte (blocus des visas et situation sécuritaire).

En 2022, MSF a poursuivi la consolidation de l'approche médicale et de protection intégrée à Zuwara. En plus des activités développées en 2021 (cliniques mobiles, soins de santé primaires et soutien au NCDC), des activités de consultation gynécologique (janvier 2022) et de santé mentale (août 2022) ont été ajoutées aux activités menées à Al Baraka, permettant à l'équipe d'avoir accès aux femmes et aux familles non libyennes. La consolidation des activités est également passée par la révision de la stratégie de distribution de nourriture et d'articles de première nécessité.

Au milieu de l'année 2022, l'organisation opérationnelle à Zuwara a été affectée par une campagne anti-migrants lancée par le conseil municipal de Zuwara. Après une série d'arrestations massives en mars et avril 2022, le conseil municipal a demandé la suspension des activités menées par les ONG et les agences des Nations unies. En négociant avec le conseil municipal, MSF a réussi à maintenir une partie seulement de ses opérations. À partir de juillet 2022, les activités de MSF à Zuwara ont été réduites à des activités de soins de santé primaires, de gynécologie et de protection dans le centre de soins de santé primaires d'Al Baraka. D'autres activités, ainsi que celles qui devaient être lancées d'ici la fin de l'année 2022, sont actuellement en suspens.

■ Dispositif

À Zuwara, MSF fournit des services médicaux et de protection dans les centres de santé publics et dans les établissements urbains. Comme mentionné ci-dessus, les activités depuis juillet 2022 sont limitées aux activités menées à Al Baraka et aux références d'urgence. Des négociations sont en cours pour la réouverture d'autres activités.

Clinique Al Baraka

MSF dispense des consultations de gynécologie, de soins de santé primaires et de santé mentale dans la clinique de santé publique d'Al Baraka. La clinique est gérée par le ministère de la santé et offre des services limités. Les services médicaux fournis par MSF s'adressent principalement aux non-libyens (95% des patients).

NCDC

MSF soutient la clinique locale NCDC par des consultations un jour par semaine pour la tuberculose. Les consultations se concentrent sur l'identification des cas suspects de tuberculose (référence à Tripoli pour confirmation), la consultation de suivi et la fourniture de médicaments. Comme à Al Baraka, la plupart des patients pris en charge par MSF dans le cadre de ses activités de lutte contre la tuberculose ne sont pas libyens.

Services de proximité

Les services médicaux et de protection sont également fournis par le biais de visites sur le lieu d'habitation des migrants (4 lieux différents loués par des propriétaires libyens à des migrants et accueillant chacun entre 100 et 150 migrants). Le soutien est fourni par le biais d'activités mobiles de santé et de protection. Elles comprennent des soins de santé primaires, des distributions (nourriture ciblée et articles de première nécessité), des activités de groupe, des évaluations de la protection individuelle et des références aux acteurs externes de la protection (UNHCR, OIM, CESVI).

Références

En lien avec le manque d'accès aux structures de santé pour les migrants, MSF a développé un parcours de référence pour les soins de santé secondaires à la fois localement (capacité limitée à travers une structure privée locale, la clinique Al Fonas) et à travers des structures privées à Tripoli. Les références pour les soins de santé secondaires ont fortement augmenté en 2022 (plus de 250 cas référés pour les déplacés), en lien avec le développement de nos activités (augmentation des consultations de soins primaire au cours du 1^{er} semestre 2022) et avec le lancement de nouvelles activités gynécologiques en 2022.

■ Bilan 2022

	2021	2022
Al Baraka – Nb consultations gynécologie	N/A	1 581
Al Baraka – Nb consultations soins de santé primaires	1 128	5 013
Al Baraka – Nb moyen consultations soins de santé primaires par jour	7,8	23
Camps – Nb consultations soins de santé primaires	3 188	1 873
Camps – Nb moyen consultations soins de santé primaires par jour	20,2	21
Nb de références pour hospitalisation	241	453
Nb de références pour consultation	163	638
Nb références externes pour protection	553	
Nb de bénéficiaires des distributions alimentaires	78	

PROJET : MISRATA – REGION CENTRALE

■ Historique du projet

Le projet visait à l'origine à répondre aux besoins des populations déplacées arrivées à Misrata en provenance de Benghazi, Syrte, Ubwari et Zlitan, et à améliorer la capacité du service des urgences du centre médical de Misrata (MMC).

MSF a ensuite conservé une base à Misrata pour lancer des missions exploratoires sur la situation des migrants, ce qui a conduit au milieu de l'année 2017 au lancement du projet Migrant dans la région centrale. Le projet a d'abord consisté à fournir des soins de santé primaires dans les centres de détention, les points de débarquement et à Bani Walid (principale plaque tournante pour les migrants). Il a ensuite évolué vers une approche pluridisciplinaire intégrée plus large, comprenant des soins de santé mentale, des services de protection et des activités de plaidoyer. En 2018, il a été décidé de lancer un programme de santé pour les femmes à Bani Walid, principalement pour la population locale, en collaboration avec le département des services de santé. En 2019, après avoir identifié le besoin de soins pour la tuberculose parmi les migrants, en particulier à l'intérieur des centres de détention, MSF a initié une collaboration avec le programme national de tuberculose (NCDC - National Centre of Diseases and Control Misrata branch) pour fournir des soins ambulatoires et mettre en place une unité de tuberculose pour l'hospitalisation. L'unité de tuberculose a été ouverte fin 2020 dans le MMC et a été fermée à la mi-2021 en raison du deuxième pic de Covid-19. Le soutien aux soins antituberculeux a été étendu aux prisons suite à un dépistage de masse avec un taux de positivité de 5,5 %. Début 2021, MSF a réussi à ouvrir une structure temporaire en collaboration avec le Croissant Rouge Libyen (CRL) pour protéger les migrants les plus vulnérables tout en recherchant des options à moyen et long terme.

L'objectif initial du projet était de fournir un accès aux soins de santé aux migrants, mais le projet a évolué pour répondre à la fois aux besoins de santé et de protection au niveau du projet tout en incluant des éléments transversaux de la mission (abris, unité de lutte contre la tuberculose).

■ Dispositif

La coordination du projet est basée à Misrata et couvre les centres de détention de Misrata, Bani Walid et la région du centre-sud.

Misrata

- NCDC : Soutien au service de consultations et au laboratoire de tuberculose du NCDC pour le diagnostic et le traitement des patients atteints de tuberculose et référence des cas nécessitant une hospitalisation.
- Cliniques mobiles sur les points de débarquement, dans les centres de détention de la zone de Misrata et dans 2 prisons.
- Structure temporaire d'une capacité de 30 lits pour assurer la continuité des soins médicaux, un soutien nutritionnel, des services de santé mentale et des références vers d'autres acteurs pour des services de protection appropriés.
- Unité de lutte contre la tuberculose, en collaboration avec le ministère de la santé, avec 16 lits à l'hôpital de Misrata pour la tuberculose et autres maladies thoraciques.

Bani Walid

- Support au centre de santé d'Al Madina pour les soins de santé primaires et les soins prénatals et postnatals qui bénéficient principalement à la population résidente de Bani Walid.

- Support une structure sécurisée (safe house) pour les migrants victimes de trafics humains et de tortures, avec des consultations de soins de santé primaires, des références, de la nourriture, des articles de première nécessité, des kits d'hygiène et un soutien logistique.
- Cliniques mobiles pour déployer des soins de santé primaires auprès des migrants et des populations déplacées vivant en milieu urbain.

Region centrale

- Centres de détention de Gharyan et Bir Ghanam, depuis octobre 2021, avec des activités dans les centres de détention du sud de Tripoli : soins de santé primaires, références pour des soins médicaux et de protection, compléments nutritionnels, eau potable et kits d'hygiène. Les activités ont cessé suite à la fermeture des centres de détention en mars 2022.

■ Bilan 2022

		2020	2021	2022
Consultations médicales	Total consultations	14 350	14 128	8 235
	Références reçues		91	34
	Références externes		358	107
Santé des femmes	Consultations pré et post natales	5 985	6 648	4 164
Tuberculose	Admissions	71	47	5
	Nouveaux cas	86	160	191
	Cohorte active	89	112	110
Réponses aux points de débarquement	Nb de bénéficiaires assistés	1 003	18	162
Santé mentale	Sessions individuelles	1 729	1 128	2 133
	Sessions de groupes	1 398	1 063	389
	Consultations	186	217	223
Structure temporaire	Admissions	N/A	25	24
	Sorties	N/A	12	23
Services de protection	Cas référés à OIM	231	14	4
	Cas référés au HCR	354	62	37
	Cas référés à d'autres acteurs	33	36	39
	Evacuation / Regroupement familial	14	0	13
Safe house	Nb de bénéficiaires	N/A	307	N/A

MADAGASCAR	
Contexte : Epidémie / Endémie	Personnel
Nombre de projets : 2	International : 17
Dépenses 2022 : 2 777 k€	National : 74
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : aucun

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

Après une longue période d'instabilité politique, le président Rajoelina a été élu démocratiquement en janvier 2019. Il construit son mandat autour du plan émergence 2019-2023 et affiche une croissance prometteuse avant le début de la crise Covid. Déjà annoncé comme gagnant des prochaines élections en 2023, il mène une politique populiste de grands projets présidentiels, décrédibilise ses concurrents et réduit l'opposition. Il prévoit de mettre en œuvre la décentralisation à travers l'autonomisation des régions qui sont sous l'autorité de gouverneurs qu'il nomme directement. La croissance économique et notamment la redistribution des richesses sont fragilisées par le manque de main d'œuvre, la forte prévalence de l'informalité et de l'agriculture de subsistance, le manque et le mauvais entretien des infrastructures de connectivité, les freins à la concurrence et à l'entrepreneuriat, ainsi que la faiblesse de la gouvernance.

En juillet 2021, le président suspend l'ensemble des membres du gouvernement à l'exception du premier ministre. Cette suspension intervient dans un contexte d'inflation préoccupante mais aussi d'une affaire présumée de coup d'État déjoué, dans laquelle une vingtaine de personnes, dont deux français et de hauts responsables de l'armée sont arrêtées.

Le Grand Sud de Madagascar, régulièrement frappé par des épisodes de sécheresse connaît des crises alimentaires et nutritionnelles de plus en plus sévères et fréquentes. Historiquement étiquetée de cimetière de projets, cette région enclavée du reste du territoire souffre encore plus qu'ailleurs du manque d'infrastructures qui handicape très fortement le développement des activités commerciales. Le banditisme dans la zone, décourage aussi la venue d'investisseurs moyens. En effet, les vols de zébus sont de plus en plus nombreux et de plus en plus violents, des villages sont incendiés et des morts sont retrouvés dans les champs. Riche en ressources naturelles (palissandre, pierres précieuses), le Grand Sud fournit un éventail d'opportunités pour les associations de criminels locales et internationales.

À cela s'ajoutent les effets dévastateurs du Covid-19 sur l'économie. Avant la pandémie, la Banque mondiale prévoyait à Madagascar une confortable croissance de 5,2 % pour 2020. Au lieu de cela, l'économie s'est contractée de 4,2 %. Et cette récession est en réalité plus grave encore, quand on sait que la population malgache augmente de 2,7 % par an. La pandémie a entraîné une crise beaucoup plus sociale et économique que sanitaire, et a aggravé le taux de pauvreté de + 3% en 2020 (75% de la population vit avec moins de 2 euros par jour).

■ Contexte sanitaire

Madagascar est un pays fortement exposé aux cyclones (*Géralda* en 1994 : 356 000 sinistrés et 250 morts ; *Gretelle* en 1997 : 80 000 sinistrés et 150 morts ; *Galifo* en 2004 : 200 000 sinistrés et 400 morts etc. et aux épidémies (peste 2017 : 2500 cas ; choléra 1999 : 10 000 cas et 550 morts ; rougeole en

2019 : 120 000 cas et 1200 morts, etc.). Le système de collecte des données est déficient et même les indicateurs de base sont difficiles à obtenir.

En février 2022, Madagascar est de nouveau frappé par un cyclone (« *Batsirai* ») qui fait 120 morts et 124 000 sinistrés selon les chiffres publiés par le Bureau national de gestion des risques et catastrophes (BNGRC).

Depuis plus de 10 ans, les gouvernements successifs tentent de développer une approche de santé primaire à base communautaire mais le manque d'acteurs de santé, l'utilisation questionable des fonds destinés à la santé et le manque d'infrastructures n'ont pas permis d'observer des avancées majeures en santé primaire. La difficulté d'accès aux centres de santé se ressent particulièrement en milieu rural où 35% de la population vit à plus de 10 km d'une formation sanitaire. Le taux d'utilisation de la consultation externe reste faible avec une tendance à la régression (37,6% en 2008 contre 32,6 % en 2015). Bien qu'appuyées par l'OMS, les structures de santé n'ont pas suffisamment d'intrants pour fonctionner correctement et le budget de la santé reste trop dépendant du financement externe et des ménages. Les mécanismes publics de protection financière pour la santé sont limités et ne couvrent qu'une petite partie de la population. Plus de 70% de la population travaille dans le secteur informel et n'a pas accès aux mécanismes d'assurance maladie. Les formations sanitaires publiques offrent des services de base et certains médicaments génériques (ex : anti-paludisme, subventionné par les bailleurs de fonds) gratuitement, mais les médicaments spécialisés, la majorité des médicaments génériques, les chirurgies et les tests de laboratoire sont payants.

La couverture vaccinale nationale est très faible : la dernière enquête nationale faite en juillet 2021 montre que seulement 38% des enfants de 12 à 23 mois sont complètement vaccinés tandis que 17% de ce même groupe n'ont reçu aucun antigène. Le paludisme demeure un risque grave pour des millions de personnes à Madagascar. Il est la quatrième cause de mortalité et l'une des principales raisons de sollicitations de soins auprès des centres de santé. Depuis le début de l'année 2021, plus de 1,4 million de personnes à Madagascar, soit 5,6% de la population, ont contracté la maladie. Endémique, l'incidence de la tuberculose reste élevée (238/100 000 en 2019) et les capacités de dépistages sont quasi impossibles dans les zones rurales. Le PNL (plan national de lutte contre la tuberculose), prévoit d'élargir les capacités diagnostiques au Génexpert dans 45 sites du pays à l'horizon 2022 (vs 14 en 2018).

Enfin, la bilharziose, la filariose lymphatique, la lèpre, la rage, la peste, la dengue et le chikungunya, font parties des nombreuses maladies tropicales négligées dans le pays. Pour la bilharziose et la filariose lymphatique, 50% des districts seulement sont couverts par la distribution de médicaments dans les établissements scolaires.

Fortement désertifié, Madagascar fait partie des pays particulièrement vulnérables aux chocs climatiques, notamment au phénomène El Nino. En 60 ans, Madagascar a perdu 44% de sa couverture forestière. La déforestation joue un rôle dans la perte de sols arables et dans l'intensité des tempêtes de sable. Depuis des décennies, les régions du sud traversent de nombreux épisodes de crises nutritionnelles. En 2021, plus de 1,3 million de personnes se trouvent en situation d'insécurité alimentaire aiguë, soit près du double des estimations de la même période en 2020.

En 2020, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans s'élève à 62/1000 naissances vivantes, dont 48/1000 décèdent dans la première année de leur vie, et 56 % des décès sont attribuables à la malnutrition. La prévalence du retard de croissance concerne la moitié des enfants malgaches. La Banque mondiale a lancé un plan décennal de lutte contre la malnutrition chronique. Destiné à améliorer les indicateurs nutritionnels, ce plan durera dix ans et sera financé à hauteur de 200 millions de dollars. Il sera tout d'abord mis en œuvre dans les huit régions du pays qui affichent les taux de retard de croissance les plus élevés et s'étendra progressivement à 15 régions. L'objectif est de réduire de 30 % d'ici 2028 le nombre d'enfants souffrant d'un retard de croissance dans les régions ciblées.

Concernant l'épidémie de Covid-19, les deux premiers cas ont été confirmés en mars 2020. Le pic observé en mars 2021 dans la capitale a mis à mal le peu de services bénéficiant d'oxygène. Le président, initialement peu enclin à bénéficier de vaccins via le mécanisme Covax, finit par réceptionner 250 000 doses en mai 2021. Au début du mois de septembre 2022, 1,4 million de

personnes ont reçu leur première dose de vaccination, soit l'équivalent de 5,4 % de la population totale pour un objectif national de 51 % d'ici 2023.

En 2022, il a plu pour la première fois depuis 5 ans. Les sols secs ont rapidement absorbé l'eau, ne permettant pas de laisser des réserves de surface suffisantes pour l'irrigation et donc l'agriculture. Toutefois, le changement immédiat de paysage à la suite des pluies prouve non seulement la nécessité de l'eau, mais aussi qu'une agriculture est possible. Cette crise aigüe se superpose à une problématique chronique d'accès à l'eau, dû, en partie, à l'absence totale d'infrastructure publique de l'eau et au fait que seuls les organisations nationales et internationales s'emparent de cette problématique mais aussi que la maintenance des infrastructures existantes n'est pas réalisée.

Début juin 2021, MSF est alerté de la situation sanitaire des détenus de la prison d'Ambovombe initialement conçue pour 80 détenus. 492 personnes sont entassées dans des conditions déplorables et beaucoup sont malnutris sévères. Des dons de nourriture sont faits par MSF ainsi qu'une amélioration des systèmes sanitaires.

PRESENCE MSF

En février 1987, MSF OCP lance sa première intervention en réponse à la grave crise alimentaire dans la région d'Androy dans un contexte de sécheresse affectant la partie sud de l'île, et devient la première ONG autorisée par le gouvernement à mettre en place une action d'urgence. En 1990, la paupérisation de Madagascar et l'accroissement des populations sans abris dans la capitale conduit OCP à développer un programme d'assistance médicale et juridique auprès des enfants des rues et mineurs incarcérés à Antananarivo, puis à Antsirabe. En parallèle, un soutien nutritionnel démarre en 1995 dans 21 CRENAS (centre nutritionnel ambulatoire) et 3 CRENI (centre nutritionnel intensif) de la capitale.

L'année 1994 marque le début d'une série de cyclones dévastateurs qui s'abattent sur l'île où MSF apporte une assistance aux sinistrés : Geralda en 1994 ; Bonita en 1999 ; Gretelle en 1997 ; Eline en 1999 ; Galifo en 2004.

En 1997, la section Suisse de MSF arrive dans le pays et ouvre un programme d'appui aux activités de santé publique dans la province de Tuléar. Deux ans plus tard, en 1999 la première épidémie de choléra éclate à Madagascar. MSF est sollicitée puis rejetée par les autorités. Démarre un éprouvant bras de fer avec le Ministère de la Santé pour pouvoir accéder aux malades. MSF est autorisée à mener des activités d'assainissement et de prévention mais ne peut toucher les malades. Impuissantes, les équipes les voient mourir du choléra dans les hôpitaux. MSF dénonce publiquement le refus d'accès aux malades. Après plusieurs mois, débordé par la situation, le Ministère finit par proposer à OCP de s'intégrer à la stratégie de lutte contre l'épidémie à Tana et au nord, mais la situation reste figée dans la province de Tuléar où l'épidémie sévit également. La section Suisse se retire alors complètement du pays et dénonce ouvertement l'attitude du Ministère de la santé lui refusant l'accès aux patients.

En 2005, après 18 années de présence continue, MSF OCP ferme ses activités et ne revient qu'en 2009 suite à la crise politique. Un projet de soins materno-infantiles ouvre à Bekily et ferme en 2014.

OCB intervient de 2015 à 2017 en réponse à la crise nutritionnelle et l'épidémie de paludisme dans le district d'Ambovombe, puis en 2017 en réponse à une épidémie de peste.

PROJET : GRAND SUD – AMBOVOMBE ET AMBOASOARY

■ Historique du projet

A partir d'octobre 2020, MSF a commencé à surveiller la situation à Madagascar à la suite des différentes alertes reçues en raison de la faible récolte et du manque de pluie. Depuis le lancement de la première mission exploratoire mi-janvier 2021, l'absence presque totale de pluie jusqu'à présent sur toute la partie sud-sud-est du pays met sérieusement en danger les récoltes de 2021 et même la survie du bétail à court terme. On voit des personnes extrêmement faibles (adultes et enfants confondus) errer pour trouver de l'eau potable et de la nourriture. Le rapport IPC publié en mai 2021 montre une importante dégradation avec 1,14 million de personnes en insécurité alimentaire nécessitant une action urgente, parmi lesquelles près de 400 000 en phase 4 de l'IPC et 15 000 en phase 5 s'apparentant à une situation de famine. Du fait du climat semi-aride, impacté par le changement climatique, la situation se détériore un peu plus chaque année.

Après une année de support nutritionnel aux populations, il devient évident que la priorité est surtout de redonner une indépendance aux communautés vis-à-vis de l'eau, mais aussi des récoltes, quand un support nutritionnel peut être prévu de façon ponctuelle mais pas à long terme. Beaucoup de points d'eau existant (50%) sont non fonctionnels, et un travail d'implication communautaire est essentiel pour la gestion de l'eau.

Une étude hydrogéologique montre qu'il y a de l'eau en sous-sol. Toutefois, le risque est qu'elle soit salée et/ou très profonde. De ce fait, la majorité des organisations ne prennent pas le risque de creuser des puits quand le risque est trop grand d'échouer, et favorisent les sites à moindre risque, mais pas forcément les plus peuplés.

Soutenue par le service GIS, et une étude hydrogéologique, MSF est en mesure de cibler des sites d'intervention pour de nouveaux forages en minimisant le risque d'échec tout en favorisant l'accès au plus grand nombre possible.

Stratégie d'intervention

Le projet a été lancé en 2021 avec prise en charge nutritionnelle, distribution alimentaire, activités d'eau hygiène assainissement dans les deux districts d'Amboasoary et d'Ambovombe, ainsi qu'un support à la prison d'Ambovombe.

En 2022 une nette amélioration de la situation a amené MSF à décider un arrêt des activités médicales en deux temps (arrêt de la nutrition en juin 2022, et arrêt du support à la prison et service pédiatrique du centre hospitalier de référence régional en août 2022) pour ne plus se focaliser que sur l'eau et l'assainissement.

Une équipe réduite, incluant des spécialistes en hydrogéologie, et en cartographie, a mené les activités suivantes :

- Forages prospectifs et de faible profondeur
- Réhabilitation de pompes (PMH)
- Travail sur réseau d'eau potable
- Travail communautaire pour pérenniser les points d'eau existants et leur maintenance
- Distribution de filtres intra-domiciliaires et formation, distributions de jerricans et savons
- Suivi épidémiologique et réponses aux urgences : catastrophes naturelles, épidémies (paludisme, rougeole, peste, choléra), malnutrition

■ Dispositif

1. Continuité de la prise en charge nutritionnelle des enfants, adolescents et adultes malnutris dans les 2 districts d'Amboasary : Mise en place du protocole simplifié et approvisionnement en aliments prêts à l'emploi
2. Distributions alimentaires aux familles ayant un ou des membres souffrant de malnutrition (ration de protection)
3. Accès à une eau de qualité pour les populations locales
4. Réhabilitation et dynamisation des points d'eau existants
5. Surveillance épidémiologique

■ Bilan 2022

		2022
Activités nutritionnelles		
CRENAS / CRENAM	Nb cliniques mobiles	22
	Nb d'admissions total	1 650
	Nb d'admissions malnutrition sévère	1 342 (81%)
	Nb d'admissions < 5 ans	1 117 (68%)
	Nb de sorties (dont guéris)	4 065 (2 193)
	Nb de décès	1
	Nb références Creni	5
	Nb d'abandons	1 138
	Nb d'enfants vaccinés rougeole	433
	Nb rations aliments prêts à l'emploi distribués	582 540
CRENI	Nb d'admissions nutrition	165
	Nb d'admissions pédiatrie	614
	% décès	3,6
Activités prison		
Tuberculose et nutrition	Nb détenus malnutris	400
	Nb de cas de tuberculose sous traitement	22
	Nb de consultations générales	245
Support nutrition	Tonnes de nourriture distribuées	28
Assainissement	Nb de blocs latrines	4
	Lutte antivectorielle	pulvérisation, dératisation
Distribution alimentaire		
Nourriture	Nb de rations distribuées	34 215
	Nb de tonnes distribuées	1 200
Eau Hygiène Assainissement		
	Nb de forages	9
	Nb réhabilitations de pompes	97
	Réhabilitation de réseau d'eau potable	5 km
	Nb personnes sensibilisées à l'hygiène	10 496
	Nb filtres ORISA distribués	445
	Nb kits hygiènes distribués	8 000

PROJET : CYCLONE – BATSIRAI

■ Historique du projet

Madagascar est situé dans l’Océan Indien et se situe dans une zone à risque cyclonique. Pour 2022, les prévisions estimaient possible le passage d’un cyclone pendant la période allant de janvier à fin mars. Le cyclone Batsirai a été le premier de la saison. Il est arrivé après la tempête Ana et avant le cyclone Emnati qui a suivi la même trajectoire, avec une plus forte intensité.

Le bilan provisoire des dégâts de Batsirai était de 121 décès et 146 671 sinistrés. Les dégâts matériels ont été considérables (Hôpital de Mananjary totalement décoiffé, 5 centres de santé totalement détruits, et 35 autres décoiffés). Le principal hôpital de la région (50 lits d’hospitalisation et 25 lits de chirurgie) n’était plus fonctionnel et seul l’hôpital privé Sainte Anne à 9 km (neuf et non ouvert encore) avait été sollicité pour recevoir les patients de façon temporaire (13 lits ouverts, pour une capacité prévue de 50)

Les inondations et stagnations d’eau faisaient craindre des flambées épidémiques de choléra et paludisme et la destruction des champs agricole faisait craindre une crise nutritionnelle.

Lors de l’intervention, l’aide internationale était présente en masse, principalement positionnée sur les problèmes assainissement, de nutrition et d’articles de première nécessité. Pour la santé, seuls MDM et MSF étaient opérationnels, bien que l’UNICEF et l’OMS étaient présents. MDM apportait aussi un support aux centres de santé. Aujourd’hui, les événements récents en Ukraine font craindre un désintérêt général pour Madagascar et un manque de financement des acteurs présents.

Le système de santé, déjà fragile, aura du mal à se relever, seuls MSF, MDM et CRS étant opérationnels sur la santé. On évalue à 10 % seulement le personnel médical rémunéré, ce qui rend impossible la gratuité des soins et complique l’accès à la santé pour les plus vulnérables.

■ Dispositif

- Appui à l’hôpital de Mananjary :
 - Service de consultations, observation 24h sous tente avec le personnel de l’hôpital, appui technique, approvisionnement en intrants.
 - Gratuité des soins (enveloppe de compensation et prise en charge des soins par MSF).
 - Références cas graves à l’hôpital Ste Anne (prise en charge MSF)
- Appui aux centres de santé de base les plus éloignés sous forme de cliniques mobiles avec références à l’hôpital Ste Anne des cas compliqués et/ou graves, en priorisant la côte est de Mananjary.
- Réhabilitation / reconstruction du service Urgences de l’hôpital de Mananjary, et support à la réhabilitation de certains centres de santé.
- Surveillance épidémiologique (choléra, paludisme, rougeole, peste, Covid-19)
- Surveillance et évaluation des besoins en eau potable et assainissement ; approvisionnement en eau de l’hôpital.
- Reconstruction de l’hôpital de Mananjary et réhabilitation des centres de santé de base en adéquation avec les activités médicales.

■ **Bilan 2022**

Le projet s'est déroulé de février à mai.

		2022 février-mai
Service de consultations	Consultations au centre hospitalier (CHRR)	3 913
	Consultations cliniques mobiles	3 142
	Part des moins de 5 ans	1 291
	Nb de cas référés	138
	Cas de malnutrition dépistés (MUAC)	336
	Cas de paludisme	195
	Cas de diarrhées	246

MALAWI	
Contexte : Epidémie / Endémie	Personnel
Nombre de projets : 3	International : 33
Dépenses 2022 : 9 434 k€	National : 400
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : aucun

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

La République du Malawi est un pays enclavé du sud-est de l'Afrique qui s'étend sur 118 484 km² et dont la population est estimée à 19,1 millions d'habitants. La population du Malawi est jeune, avec 44% de personnes âgées de moins de 15 ans, 51% de personnes âgées de 15 à 59 ans et 5% de personnes âgées de 60 ans ou plus.

Après son indépendance en 1965, le Malawi a été pendant près de trois décennies un État à parti unique. Depuis 1993, le Malawi est une démocratie multipartite avec un parlement et des élections présidentielles tous les cinq ans. Jusqu'en 2020, les présidents étaient élus selon un système de scrutin uninominal à un tour. Celui-ci a été remplacé par un système à deux tours après les élections de mai 2019 au cours desquelles Peter Mutharika, de la coalition du Parti démocratique progressiste et du Front démocratique uni, n'a été réélu qu'avec 39 % des voix. Ces élections ont été annulées dix mois plus tard par la Cour constitutionnelle en raison de preuves d'irrégularités. Lazarus Chakwera (Parti du Congrès du Malawi) et Saulos Chilima (Parti du Mouvement pour la Transformation Unie) ont été élus président et vice-président en juin 2020. Il est tout à fait remarquable qu'à l'échelle du pays, pendant plusieurs mois, des manifestations réclamant l'annulation des élections de mai 2019 et le renouvellement de l'élection en juin 2020 se soient déroulées sans tomber dans la violence généralisée. Le Malawi est également le (seul) pays où le confinement du Covid-19 a été exclu par la Cour suprême parce que le gouvernement n'avait pas prévu suffisamment de provisions et d'accès à la nourriture pour les populations pauvres. La stabilité sous-jacente du Malawi ne semble pas menacée, bien que des oppositions au pouvoir en place restent présentes en raison des allégations récurrentes de corruption à haut niveau et du manque persistant d'emplois dans un pays qui compte parmi les plus pauvres du monde. L'économie du Malawi repose en grande partie sur l'agriculture (qui emploie près de 80 % de la population), la pêche et la sylviculture. 51,5% de la population vit sous le seuil de pauvreté. Le taux de chômage est très élevé (26,9%), et 85,7% des personnes employées sont des travailleurs pauvres avec un pouvoir d'achat de 3,10 dollars par jour.

■ Contexte sanitaire

Le Malawi, qui compte 990 000 personnes vivant avec le VIH (2020), continue de progresser dans la lutte contre le VIH et le Sida, avec un taux d'incidence annuel réduit de 1,93 pour 1000 personnes en 2021. En 2021, 93% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, 91% d'entre eux sont sous traitement antirétroviral (ARV), tandis que 85% des patients sous ARV ont une suppression virale. On observe une diminution progressive des décès dus au sida, estimés à 13 000 en 2021, liée à l'augmentation progressive du nombre de patients sous ARV. Les adolescentes et les jeunes femmes sont les plus touchées, avec une incidence croissante.

Le Malawi fait face au poids important de maladies transmissibles et non-transmissibles. Le Malawi a le deuxième taux d'incidence du cancer du col de l'utérus le plus élevé au monde (72,9/100 000/an).

Le sarcome de Kaposi (KS) et le cancer du col de l'utérus (CC) sont les deux cancers les plus fréquents au Malawi, avec une incidence élevée de 4 145 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus et 1 691 nouveaux cas de sarcome de Kaposi diagnostiqués en 2020. Une prévalence similaire sur 5 ans est estimée à 7 029 pour le cancer du col de l'utérus, 3 217 pour le sarcome de Kaposi et une mortalité similaire d'environ 70 % pour le cancer du col de l'utérus et d'environ 62 % pour le sarcome de Kaposi. Le KS touche les personnes souffrant de déficiences immunitaires. Le cancer du col de l'utérus est la plupart du temps déclenché par le papillomavirus (HPV) chez les femmes (les HPV 16 et 18 sont à l'origine de 70 % des cancers du col de l'utérus, mais seules quelques femmes qui ont le HPV développent un cancer du col de l'utérus). Dans différentes études, la prévalence du HPV a été estimée entre 20 et 23% au Malawi (15% aux Etats-Unis). La forte prévalence du HPV (33,6 %), la co-infection par le VIH et l'insuffisance des services de dépistage et de traitement du cancer du col de l'utérus ont été identifiés comme les principaux facteurs de risque de l'incidence élevée du cancer du col de l'utérus et de la mortalité dans les deux districts de Blantyre et de Chiradzulu.

Dans la ville de Blantyre et le district de Chiradzulu, où nous travaillons, la prévalence du VIH est élevée : 17,8% et 9,8% respectivement. La médiane et le taux de survie à 5 ans du cancer du col de l'utérus à partir du moment du diagnostic ont été estimés à 10 mois et 2,9%, respectivement. En 2019, le ministère de la Santé du Malawi a adopté un nouveau protocole de chimiothérapie pour traiter le sarcome de Kaposi reposant sur la perfusion intraveineuse de Paclitaxel. L'approvisionnement insuffisant en médicaments, le manque de formation adéquate et l'absence d'équipement de protection (armoire de sécurité biologique de type 3) pour le personnel chargé de préparer ce médicament cytotoxique ont eu un impact négatif sur l'accès au traitement des patients atteints de sarcome de Kaposi.

Le choléra est endémique au Malawi avec des épidémies saisonnières pendant la saison humide. Exceptionnellement, l'année 2022 a observé une série de foyers dans 22 districts, et a connu une évolution exponentielle aussi bien pendant cette saison des pluies (novembre-mars) que pendant la saison sèche. Le gouvernement a mis en place de faibles mécanismes de réponse, s'appuyant sur les dons des agences internationales et le soutien technique de MSF. La stratégie de la campagne de vaccination contre le choléra a été lancée il y a quelques années, mais la pénurie mondiale de vaccins menace désormais le Malawi. Les trois millions de doses allouées au Malawi à la fin de l'année 2022 ne suffiront pas, même si l'on adopte un protocole à dose unique.

Enfin, il convient de noter que 81% des dépenses totales de santé du pays et 99% des dépenses liées au VIH proviennent des donateurs. Dans la pratique, cela se traduit par une myriade de projets privés liés à la santé, y compris les projets de MSF.

PRESENCE MSF

MSF France a commencé à travailler au Malawi en 1986 avec les réfugiés mozambicains dans le district de Mwanza. En 1994, MSF a lancé un projet de réduction de la transmission du VIH parmi les réfugiés basé sur de l'information, de l'éducation et de la sensibilisation de la communauté. Après le rapatriement des réfugiés en 1995, MSF a orienté le projet de lutte contre le sida vers la population de Mwanza et l'a étendu au district de Chiradzulu en 1997, où les ARV ont été introduits en 2001. MSF est connue pour être la première organisation à avoir fourni des ARV au Malawi. Ce projet ancien est passé de la mise sous ARV du plus grand nombre (cohortes complètes de VIH jusqu'à 35 000 patients), à une approche décentralisée ciblée sur les patients, notamment les patients VIH les plus compliqués (cliniquement instables, stades avancés, enfants et adolescents, avec une cohorte d'environ 4 000 patients).

En 2017, MSF a relevé le défi du cancer du col de l'utérus dans un pays à revenu faible et intermédiaire avec un projet complet d'amélioration de l'accès au dépistage, au diagnostic précoce et au traitement. Le projet vise à développer de nouvelles approches et cible toutes les étapes de l'évolution de la maladie du cancer du col de l'utérus, depuis l'infection précoce par le HPV, le développement de lésions précancéreuses et de lésions de haut grade, la progression vers un cancer invasif, le cancer métastatique et la phase de fin de vie.

En 2021-2022, MSF a mis en place un hôpital de campagne permettant d'augmenter d'environ 60 lits la capacité du service Covid-19 de l'hôpital central Queen Elizabeth. Cet appui a pris fin et l'infrastructure semi-temporaire a été remise à l'hôpital en juillet 2022.

REPONSE AUX URGENCES 2022

Intervention	Période	Volume d'activité	Budget
Inondations et cholera	Fév-Sept 2022	- 8 000 bénéficiaires (inondations) - 673 patients (centre choléra Nsanje) - 2 980 familles (sensibilisation choléra)	335 k€
Réponse choléra	Oct-mi-déc 2022	- 1 975 patients pris en charge à Koche Mangochi	300 k€

PROJET : CHIRADZULU – VIH / TUBERCULOSE

■ Historique du projet

Le projet VIH/TB de MSF à Chiradzulu a débuté en 1997 pour répondre à la prévalence élevée du VIH au Malawi, avec pour objectif général de fournir un accès aux soins du VIH et de démontrer la faisabilité d'un traitement du VIH dans les pays à faible revenu. MSF a été le premier acteur à introduire des médicaments antirétroviraux (ARV) au Malawi en 2001. En collaboration avec le ministère de la santé du Malawi au cours des dernières années, MSF a encouragé la décentralisation des soins vers les différentes structures de santé de Chiradzulu, avec des modèles simplifiés de soins (espacement des consultations) et de délégation de certaines étapes du traitement (initiation et suivi) pour en améliorer l'observance et les résultats. En 2005, MSF a progressivement étendu sa couverture à 10 centres de santé du ministère de la santé et à une structure de santé privée (Bilal Trust) parmi les 15 structures de santé du district.

En 2012-2013, Epicentre a mené l'enquête CHIPS (Chiradzulu HIV Impact in Population Survey) et a constaté que la prévalence du VIH parmi la population adulte du district de Chiradzulu était de 17 %, avec une incidence de 0,4 pour 100 personnes par an. Parmi la population totale infectée par le VIH, 77,7 % avaient déjà été diagnostiqués ; 73,4 % étaient pris en charge ; 64,7 % étaient sous traitement antirétroviral et 61,9 % avaient une charge virale inférieure à 1 000 copies (charge virale indétectable). Sur la base de ces résultats encourageants, la décision de transférer le programme à l'équipe sanitaire du district de Chiradzulu (DHMT) sur une période de 4 ans (2014-2018) a été prise et mise en œuvre, avec l'objectif de garantir la qualité des soins pour les patients séropositifs dans les 11 structures de santé du district de Chiradzulu, indépendamment de MSF.

Au cours de l'année 2013, MSF a mis en place des appareils de numération des CD4 et de la charge virale sur le lieu de soins (point of care - PoC) (financement UNITAID).

Le PoC est un diagnostic réalisé au sein ou à proximité de la structure de soins des patients. Le PoC a permis une action plus rapide qui a conduit à de meilleurs résultats. Cette expérience nous a permis

d'identifier les lacunes dans la cascade de la charge virale, comme le long délai de confirmation et le changement de traitement des patients confirmés en échec.

Une suspicion d'échec du traitement chez les adolescents a déclenché une recherche opérationnelle. En 2016, une étude quantitative et qualitative menée par Epicentre a révélé que 31 % de la cohorte d'adolescents séropositifs étaient en échec de traitement. Donc, au lieu de confier la totalité du projet au ministère de la santé, MSF a conservé la cohorte d'adolescents séropositifs (y compris des enfants). En juillet 2017, la cohorte VIH stable (environ 81,4 %) de 35 000 patients sous ARV a été remise à la direction sanitaire du district de Chiradzulu du ministère de la santé. MSF est resté dans le district pour gérer des groupes spécifiques de patients (18,6 %) qui avaient besoin d'une surveillance renforcée et de soins avancés.

Les groupes de patients qui ont besoin d'un suivi renforcé et de soins avancés sont les enfants et les adolescents, les adultes avec une charge virale élevée ou en échec thérapeutique présumé, les adultes en 2^{ème} et 3^{ème} ligne ainsi que les patients avec un stade avancé du VIH (patients instables).

À la fin de l'année 2019, le projet a été couronné de succès puisque la plupart des patients de la cohorte (à l'exception des patients de 3^e ligne) ont dépassé les objectifs de traitement de 90 90 90 de l'ONUSIDA. Un plan de passation a donc été élaboré, mais il a malheureusement été bloqué par la pandémie de Covid-19, en 2020-2021. En 2020, la protection du personnel (contre l'infection par le Covid-19) a pris le pas sur l'élaboration d'une stratégie de passation : la priorité a été donnée au maintien du renouvellement des médicaments et à un certain niveau de suivi des patients instables. En 2021, les capacités du ministère de la santé ayant été affaiblies par le Covid-19, les aider à répondre aux vagues du Covid-19 tout en maintenant un accès complet aux soins du VIH pour la cohorte complexe du VIH (clinique, santé mentale et soutien social) a pris le pas sur toute forme de passation des activités vers le ministère de la santé.

A la fin de l'année 2021, 83,80% de la cohorte suivie par MSF avaient effectué leur charge virale à temps, et 90,1% d'entre eux montraient une suppression de leur charge virale (<1000 copies), les infrastructures gouvernementales fonctionnaient à nouveau normalement, et la passation a donc été planifiée pour 2022.

■ Dispositif

Pour améliorer les résultats sur les enfants et les adolescents, deux modèles de soins différents ont été mis en œuvre : clubs pour adolescents (comprehensive teen clubs - CTC) et journées cliniques intensives (intensive clinic days - ICD) dans les onze structures de santé soutenues par MSF, y compris la clinique ARV de l'hôpital du district de Chiradzulu à Boma. En outre, pour assurer la continuité des soins aux patients les plus malades, nous soutenons le service d'hospitalisation de l'hôpital, afin de garantir des soins médicaux secondaires aux patients très malades. L'équipe s'efforce également d'améliorer la santé mentale et le soutien psychosocial, ainsi que les services de santé sexuelle et reproductive (SRH), qui font partie intégrante de la prise en charge des patients vivant avec le VIH/sida et ses maladies opportunistes.

Le vaccin contre le papillomavirus était disponible au niveau des centres de santé mais n'a malheureusement jamais été intégré à l'offre de soins. Des services d'avortement médicalisé ont été proposés, mais de manière irrégulière.

Comprehensive Teen Clubs (CTC)

Les CTC sont organisés dans les 11 centres de santé sur la base d'une rotation chaque samedi (jour de congé scolaire). Les enfants et adolescents stables sont répartis en deux ou trois groupes selon la taille de la cohorte : 10-13 ans et 14-19 ans ou 10-13 ans et 14-16 ans et 17-19 ans. Un dédié d'éducation à la santé a été conçu, intégrant la contribution de pairs-éducateurs, pour accroître les connaissances en matière de santé et améliorer l'estime de soi. L'approche combine un suivi médical complet, un programme de soins si nécessaire, et des services de contraception/planification familiale en plus des

aspects éducatifs. Le nombre d'adolescents inscrits au CTC était de 1656 (fin septembre 2022). Des activités ludiques et récréatives sont incluses dans le CTC qui s'adresse exclusivement aux adolescents. Ce modèle s'est avéré très efficace pour aider les adolescents à respecter leur traitement et à accepter l'idée qu'ils devront prendre des médicaments toute leur vie.

Les activités sociales du Teens Club se poursuivront sous l'égide de MSF jusqu'à ce que la cohorte complète de patients soit transférée au ministère de la santé (janvier 2023), puis à EGPAF (Elizabeth Glaser Paediatric AIDS Foundation) et au ministère de la santé qui poursuivront les activités.

Intensive Clinic Days (ICD)

Les ICD ont été mis en place dans 11 centres de santé du district où nous proposons des consultations cliniques, l'accès à des services de laboratoire sur le lieu de soins (PoC) via le réseau lab hub, des conseils et une éducation et des services en matière de santé reproductive. L'objectif de la première partie de l'année 2022 était de transférer les patients âgés de moins de 10 ans et de plus de 24 ans au ministère de la santé, avec un court programme de mentorat qui permettrait au personnel du ministère de la santé de prendre en charge les cas les plus complexes. 1537 patients ont été transférés avec succès au ministère de la santé depuis le début de l'année. En septembre 2022, la cohorte comptait 2 495 patients actifs (134 de moins de 10 ans, 2 094 entre 10 et 24 ans et 267 de plus de 24 ans) et 91,8 % étaient considérés comme stables. La priorité pour le reste de l'année 2022 était de transférer la totalité de la cohorte de patients au ministère de la santé lors de leur prochain rendez-vous.

Soutien psychosocial

L'équipe psychosociale a pour mission de répondre aux besoins psychologiques et sociaux des personnes de la cohorte. Plus de 570 patients bénéficient actuellement d'un soutien social et environ 200 sont suivis par nos infirmiers en santé mentale. En 2022, nous avons continué à renforcer le modèle "Patient Expert" dans trois centres de santé : Namitambo, Nkalo, Ndunde, contribuant à faire progresser notre stratégie médico-opérationnelle de soins centrés sur le patient. L'objectif est d'accroître la responsabilité des patients grâce à un suivi des patients ayant une mauvaise observance du traitement et une charge virale élevée, ainsi que la mise en place d'activités d'éducation des patients et de conseil en matière de promotion de la santé. En juillet 2022, nous avons lancé une activité de transfert d'argent en collaboration avec GiveDirectly et inscrit 351 patients vivant dans des conditions de pauvreté extrême. Ces 351 patients font tous partie de notre cohorte existante de soutien social aux personnes atteintes du VIH.

Soutien à l'hôpital du district de Chiradzulu

En 2022, MSF a poursuivi son soutien médical et opérationnel à l'hôpital de Boma pour aider la direction de l'hôpital à améliorer la qualité des soins dans les services médecine et de lutte contre la tuberculose. Ce soutien est né de la difficulté à assurer la gestion clinique des patients dans un hôpital dysfonctionnel. L'approche adoptée a consisté à faire venir une infirmière-chef expatriée pour aider l'équipe de direction de l'hôpital ainsi que chaque service à analyser les principaux problèmes et difficultés auxquels ils étaient confrontés et à proposer des solutions structurées dans un plan. En outre, MSF a apporté son soutien en mettant en place une clinique décentralisée pour les patients atteints du sarcome de Kaposi afin de garantir la fourniture en temps voulu d'une chimiothérapie au Paclitaxel pour les patients atteints du VIH à un stade avancé et souffrant de comorbidités liées au syndrome de Kaposi.

Laboratoire

En 2022, nous avons poursuivi la mise en œuvre des services de diagnostic VIH sur le lieu de soins qui comprennent des analyses de charge virale et CD4, le diagnostic de la tuberculose (TB-LAM), de la méningite (CrAg), de l'hépatite (HbsAg) et de la syphilis dans 3 laboratoires décentralisés, à savoir le centre de santé de Milena HC, celui de Namitambo et l'Hôpital de Boma (DHO). En outre, pour maintenir la routine des activités de laboratoire sur le lieu de soin, nous avons signé en mars 2022 un

partenariat avec Riders for Health qui vise à renforcer la collecte des prélèvements dans le district avec un système de livraison des résultats.

■ Bilan 2022

Les principaux objectifs définis pour 2022 étaient les suivants :

- Veiller à ce que le ministère de la santé ait la capacité de prendre en charge cliniquement les patients VIH complexes après le départ de MSF.
- Soutenir l'hôpital de district de Chiradzulu (Boma) dans l'amélioration du niveau de soins dans les services de médecine et de tuberculose.
- Évaluer dans quelle mesure la population de Chiradzulu âgée de 10 à 24 ans, qui est la plus exposée au risque de nouvelles contaminations par le VIH, de violences sexuelles, de grossesses précoces et de contamination par les infections sexuellement transmissibles, a accès aux soins.

Renforcement des capacités du ministère de la santé et transfert partiel des patients atteints du VIH

Dans le cadre du plan de passation, la priorité pour 2022 était de former et d'encadrer les cliniciens du ministère de la santé pour qu'ils puissent prendre en charge les patients VIH complexes de la cohorte des patients âgés de moins de 10 ans et de plus de 24 ans, en sachant que le transfert des adolescents vers le ministère de la santé prendra plus de temps en raison des activités sociales effectuées au sein du club des adolescents. Au cours du premier trimestre, la SAMU (South Africa Medical Unit - MSF) a organisé un stage de formation des formateurs de deux semaines sur le mentorat avancé sur les maladies liées au VIH (advanced HIV disease mentorship) à 20 membres du personnel médical de MSF (mentors cliniques, infirmiers en santé mentale et conseillers) et à 1 membre du personnel du ministère de la santé pour qu'ils deviennent des 'mentors'. Une fois formés, les mentors cliniques ont entamé une phase intensive de mentorat de 3 mois avec tous les responsables cliniques du ministère de la santé de 11 centres et une période de suivi qui devrait être finalisée à la fin de l'année.

Au total, 2495 patients actifs faisaient partie de la cohorte MSF à la mi-septembre 2022, avec une suppression de la charge virale de 91,8 %. 401 patients sur le total (134 de moins de 10 ans et 267 de plus de 24 ans) doivent encore être transférés au ministère de la santé après leur prochain rendez-vous.

Soutien à l'hôpital de district de Chiradzulu Boma

Dans sa volonté d'améliorer la qualité générale des soins dans les services de médecine et de tuberculose, MSF s'est engagée à soutenir le plan d'amélioration de la qualité des soins conçu en collaboration avec l'équipe de direction de l'hôpital, plan qui sert de feuille de route à l'hôpital pour travailler étape par étape sur de nombreux aspects de la gestion de l'hôpital. Dans la liste des objectifs soulevés dans le plan, MSF a mis l'accent en 2022 sur le soutien à l'optimisation du processus infirmier, la capacité de diagnostic de l'hôpital, la gestion des données et le reporting, l'entretien régulier de l'équipement biomédical, le soutien logistique de base et la mise en place d'une clinique décentralisée pour les patients atteints du sarcome de Kaposi au sein de l'hôpital. Bien que la mise en œuvre de ce plan s'étende sur une période de 2 à 3 ans, un ensemble impressionnant de réalisations a déjà été observé en peu de temps, telles que : la mise en place de plannings d'équipes, le soutien à l'équipe infirmière par l'infirmier en chef de l'hôpital (DNO), les réunions mensuelles des infirmiers pour discuter des performances professionnelles, l'audit IPC (prévention et contrôle des infections) complet de l'hôpital, l'audit de mortalité, les réunions multidisciplinaires, l'examen et l'amélioration des nouveaux formulaires de soins aux patients (feuille de traitement, notes infirmières, formulaire de continuation médicale) pour améliorer le suivi des patients et les plans de gestion des objectifs, l'institutionnalisation des tournées hebdomadaires des services tous les vendredis matin.

Résultats de l'évaluation de l'accès aux soins de santé pour les 10-24 ans

Une évaluation des besoins de santé de la tranche d'âge 10-24 ans a été réalisée par l'équipe de Chiradzulu entre avril et août 2022, avec la participation de jeunes de Chiradzulu, de pairs séropositifs, de membres séropositifs des réseaux de jeunes et de leurs parents. Cette tranche d'âge (10-24 ans) est particulièrement exposée à des risques de santé et compte la plupart des nouvelles contaminations par le VIH, la plupart des grossesses précoces non désirées et des morbidités et mortalités post-avortement (observées à l'hôpital de district). Ces jeunes sont très exposés aux infections sexuellement transmissibles, ce qui est la principale raison pour laquelle ils cherchent à se faire soigner, ainsi qu'aux violences sexuelles et à des troubles psychologiques. La difficulté d'accéder à des moyens de contraception autres que les préservatifs, à des services d'avortement sûrs et à des traitements contre les infections sexuellement transmissibles, en particulier pour les moins de 18 ans, est un problème très courant exprimé au cours de l'évaluation. Un autre problème souligné est la stigmatisation qui les conduit souvent à renoncer à se rendre dans les centres de santé. Le coordinateur des services adaptés aux jeunes du ministère de la santé et une association de jeunes engagés dans la sensibilisation de la communauté des jeunes de Chiradzulu ajoutent également qu'ils ont souvent une connaissance insuffisante des risques associés au début de la vie sexuelle, ce qui entrave leur capacité à se protéger. Enfin, ces deux institutions manquent de moyens pour mettre en œuvre des services adaptés aux jeunes, mais seraient des partenaires clés pour répondre à ces besoins.

PROJET : CANCER DU COL DE L'UTERUS

■ Historique du projet

Suite à une évaluation de MSF réalisée en 2016, de nombreuses lacunes ont été identifiées dans la prévention et la prise en charge du cancer du col de l'utérus au Malawi :

- Vaccination HPV : le déploiement national de la vaccination, financé par GAVI, est sans cesse reporté, la dernière campagne ayant été faite en 2013. Deux campagnes supplémentaires ont été faites en 2019 et 2020 ciblant uniquement les filles de 9 ans (et non les 9-15 ans recommandés), en raison de la pénurie mondiale de vaccins à ce moment-là.
- Dépistage : la proportion de femmes malawites dépistées pour le cancer du col de l'utérus (CC) par an a augmenté de 9% en 2011 à 27% en 2015, mais elle est toujours inférieure à l'objectif du programme national de 80%. De plus, le programme national n'a pas de composante de contrôle de qualité, et très peu de femmes dépistées positives peuvent accéder à un traitement par cryothérapie ou thermocoagulation. Aujourd'hui, le dépistage est soutenu par différents bailleurs de fonds importants comme UNITAID, le Fonds mondial et PEPFAR et le nombre d'acteurs de mise en œuvre est donc en augmentation.
- Diagnostic et traitement du cancer : l'accès au diagnostic et au traitement est limité avec seulement 2 structures publiques d'oncologie médicale existant dans le pays (Lilongwe et Blantyre). Aujourd'hui, il n'y a que deux laboratoires d'histopathologie fonctionnels (Lilongwe, fortement soutenus par l'Université de Caroline entre autres et un laboratoire privé à Blantyre), pas de radiothérapie au Malawi et des ressources insuffisantes en chimiothérapie avec des ruptures de stock régulières. Très peu de ressources sont allouées aux soins palliatifs et de soutien.

Le projet cancer du col de l'utérus de Blantyre a été ouvert en 2017, conformément à l'ambition stratégique de MSF-OCP de répondre à l'émergence du cancer dans les contextes à faibles ressources et de permettre l'accès à des services non-disponibles actuellement. Le projet vise à fournir des services complets de prise en charge du cancer du col de l'utérus en étroite collaboration avec le ministère de la santé. Le projet a pour but de jouer le rôle de catalyseur du changement (à l'intérieur et à l'extérieur de MSF) en démontrant et en documentant l'approche globale de continuité des soins,

grâce à des activités de lutte contre le cancer du col de l'utérus centrées sur le patient dans le cadre de la prévention primaire, secondaire et tertiaire, du traitement et soins palliatifs.

Le projet a commencé en 2018 par le dépistage (avec un objectif de 80% de femmes dépistées), la mise à disposition de traitements pré-cancéreux, la référence des cas suspects de cancer vers le Queen Elisabeth Central Hospital (QECH) et une étude de faisabilité pour la construction d'installations au QECH afin d'améliorer la capacité à faire face aux demandes à venir. La construction au QECH a commencé en 2018 avec un bloc opératoire (OT) dédié, une blanchisserie et une stérilisation, un service d'onco-gynécologie de 18 lits et un service de consultations d'onco-gynécologie (OPD) regroupant tous les services externes pour les cancers gynécologiques (consultations, chimiothérapie, consultation palliative, procédure d'excision électro-chirurgicale à l'anse/LEEP, et pharmacie). Presque toutes les constructions et le mobilier ont été achevés en 2019 et permettent une intégration complète des services (à l'exception de la salle de préparation de la chimiothérapie et de la radiothérapie : initialement à sous-traiter hors du Malawi). En 2019, la chirurgie, les consultations externes, y compris les soins palliatifs et les soins à domicile ont commencé. Fin 2020, nous avons commencé à soutenir le département d'oncologie du ministère de la santé et du QECH en lui fournissant des médicaments, du matériel et des ressources humaines. Les examens histopathologiques ont été confiés à un laboratoire privé à Blantyre jusqu'à la mise en service du laboratoire d'histopathologie au QECH fin 2022. Les services privés de radiothérapie à Blantyre devraient commencer à la mi-2023.

Deux campagnes de vaccination contre le papillomavirus ont été organisées par le ministère de la santé avec le soutien de MSF en 2019 et 2020 pour les filles de 9 ans (deuxième dose pour les filles de 10 ans). Une enquête réalisée par Epicentre a montré une couverture de 62,6% pour la première dose et 29,3% pour la deuxième dose.

■ Dispositif

Le programme cible tous les stades du cancer du col de l'utérus, depuis l'infection par le HPV, le développement de lésions précancéreuses et de lésions de haut grade, la progression vers un cancer invasif et le cancer métastatique. Différents types d'activités sont organisés avec la vaccination contre le HPV (papillomavirus humain), la promotion de la santé, le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses (thermocoagulation), l'histopathologie, le soutien psychosocial, le traitement (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie), les soins palliatifs.

Les activités externes se développent également avec un programme dédié à la décentralisation des soins au niveau des hôpitaux de district et au soutien des activités de prévention au niveau des centres de santé. En 2023, une étude intitulée "Human Papillomavirus Automated Visual Evaluation" (PAVE) sera également lancée afin d'évaluer et d'optimiser une approche de dépistage-triage-traitement du cancer du col de l'utérus à l'appui des objectifs de contrôle du cancer du col de l'utérus de l'OMS.

■ Bilan 2022

Activités externes / Prévention

- Vaccination contre le papillomavirus : Depuis 2021, la vaccination contre le papillomavirus est intégrée au programme de vaccination de routine, mais le ministère de la santé a eu du mal à organiser et à mettre en œuvre une stratégie pour atteindre toutes les filles de 9 ans (sans parler des garçons qui devraient également être inclus dans la population cible du vaccin contre le papillomavirus). Les vaccins sont disponibles dans les centres de santé, mais en 2023, de nombreux vaccins seront périmés en raison de la faible fréquentation des centres de santé par les filles et du manque de ressources humaines et financières pour mener des campagnes de sensibilisation dans les écoles. MSF n'a pas participé à la vaccination contre le

papillomavirus (campagne ou routine) en 2022 mais commencera à soutenir le ministère de la santé en 2023 pour mettre en place des campagnes de rattrapage pour les 9-14 ans.

- Dépistage : En 2022, nous avons poursuivi les activités de dépistage par la méthode VIA (inspection visuelle à l'acide acétique) dans les 8 structures de santé où nous avons commencé à travailler en 2018 (4 dans le district de Chiradzulu, et 4 dans le district de Blantyre), ainsi que dans 2 nouveaux centres de santé à Blantyre. Après avoir observé une forte baisse des taux de fréquentation en 2020 et 2021, probablement due aux conséquences de la pandémie de Covid-19, l'activité de dépistage a connu un rebond de fréquentation en 2022.

Queen Elisabeth Central Hospital (QECH)

Depuis le début des activités en 2019, nous observons une augmentation constante des consultations gynécologiques, des consultations palliatives, des chimiothérapies et des chirurgies. Un partenariat avec la Société européenne d'oncologie gynécologique (ESGO) a facilité l'identification de spécialistes en chirurgie gynécologique désireux de travailler dans le projet sur la base de rotations de court terme, avec l'objectif de former des gynécologues malawites pré-identifiés. Cependant, ce poste de spécialiste est difficile à pourvoir.

- Chimiothérapie : L'un des piliers du projet, renforcé en 2021, était la collaboration et l'intégration dans le service d'oncologie déjà existant du QECH, où les patients sont envoyés pour leur chimiothérapie.
- Des activités de soutien aux patients ont été mises en œuvre, notamment un soutien social par le biais de bons de transport, un soutien psychosocial et une éducation thérapeutique.
- Les activités de soins palliatifs sont en cours et un système d'orientation des patients vers les prestataires de soins palliatifs du ministère de la santé dans la région sud a été mis en place avec le soutien logistique et technique de MSF.
- Laboratoire d'histopathologie : bien qu'il ait été prévu de l'intégrer au QECH, depuis le lancement du programme, le laboratoire a été externalisé, d'abord au laboratoire de l'UNC à Lilongwe, puis à un laboratoire privé à Blantyre, en raison de difficultés à recruter un histopathologiste et d'autres priorités du projet. L'opérationnalisation du laboratoire d'histopathologie au QECH est prévue pour 2023, grâce au don d'équipement, à la mise en œuvre de procédures opératoires normalisées, à la formation et au soutien technique d'un histopathologiste et d'un directeur de laboratoire.
- Radiothérapie : En 2022, les références au Kenya pour la radiothérapie ont commencé et se poursuivront jusqu'à la présence d'installations de radiothérapie au Malawi prévue pour la fin de 2023.
- Le dossier médical électronique (EMR) du patient est fonctionnel depuis fin 2022.

	2018	2019	2020	2021	2022
Dépistage initial VIA (25-49 ans)	6 901	18 414	7 262	9 614	17 975
Cas positifs VIA (25-49 ans)	177	249	70	137	212
Nb de cas de precancer traités	171	208	79	137	199
Nb de traitements chirurgicaux	0	9	127	296	459
Nb d'inclusions soins palliatifs	0	0	154	441	474
Nb de nouvelles radiothérapies					14
Nb de patients mis sous chimiothérapie					401

PROJET : SUPPORT A DES ORGANISATIONS DE TRAVAILLEUSES DU SEXE DANS LE DISTRICT DE NENO

■ Historique du projet

Entre 2014 et 2020, MSF OCB a développé des activités de lutte contre le VIH et la tuberculose et de santé sexuelle et reproductive (SSR) auprès de travailleuses du sexe malawites dans le cadre d'un modèle communautaire mené par des pairs dans 4 districts (Neno, Nsanje, Mwanza et Dedza).

Le projet a permis à la communauté de travailleuses du sexe d'apporter à leurs collègues un soutien non médical tel qu'une aide juridique de base, de leur transmettre des messages de promotion de la santé et de dispenser des services médicaux de base, tels que la prophylaxie post-exposition, la distribution de préservatifs et lubrifiants, les tests de grossesse et les contraceptifs d'urgence. Dans le cadre de sa stratégie de sortie, OCB a aidé ces travailleuses du sexe (pairs) à créer leur propre organisation communautaire (CBO - community based organization) afin d'assurer la durabilité du projet et l'accès continu des travailleuses du sexe à ces services.

Deux CBO ont poursuivi avec succès leur rôle de pairs leaders (essentiellement la sensibilisation à la santé et le soutien juridique). Entre-temps, elles ont été soutenues en 2021 et 2022 par un projet de MSF Afrique du Sud (financé par TIC) visant à renforcer les capacités de gestion des CBO. En 2021, les CBO ont contacté MSF OCP au sujet de lacunes mineures mais critiques dans l'accès à certains services médicaux. Pour commencer à apporter un soutien léger à ces organisations communautaires et évaluer le type de lacunes médicales auxquelles elles étaient confrontées, OCP a recruté une infirmière/sage-femme en janvier 2022. Elle s'est impliquée dans la Sex Workers Empowerment Alliance (SWEAD) à Dedza et dans le Tikondane Care Group (TCG) à Zalewa, dans le district de Neno.

■ Dispositif

MSF-France a l'intention de conserver ce modèle de CBO qui a été construit et piloté depuis 2020, et ne s'engagera donc pas dans un projet global pour les travailleuses du sexe (comme le projet OCB 2014-2020). En 2022, OCP leur a offert un soutien principalement dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. L'activité prévue était d'atteindre 3 000 travailleuses du sexe à Dedza et à Zalewa par le biais de cliniques de proximité. L'équipe des cliniques de proximité se compose d'une sage-femme MSF, d'une infirmière du ministère de la santé, d'un conseiller du ministère de la santé, d'un membre de l'organisation communautaire et de quelques éducateurs. La plupart des médicaments proviennent du ministère de la Santé et MSF comble les lacunes si nécessaire. En 2022, MSF a organisé des cliniques de proximité dans 12 centres.

Les principaux services fournis comprennent :

- Dépistage et traitement du VIH.
- Conseils en matière d'observance pour les personnes qui suivent un traitement antirétroviral ou d'autres traitements à vie.
- Promotion des méthodes de planification familiale et contraception à long terme (implants, injectables).
- Introduction et mise en œuvre de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour les travailleuses du sexe séronégatives.
- Avortement médicalisé.
- Dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles.
- Promotion de pratiques sexuelles plus sûres.

■ Bilan 2022

750 cliniques de proximité ont été menées, pour 663 personnes dans les deux districts. Les services fournis consistent principalement en séances d'éducation à la santé, fourniture de préservatifs, planning familial, autotests de dépistage du VIH, prophylaxie post-exposition, avortement sécurisé et soutien juridique en matière de violence sexuelle. Parmi les clients qui se sont présentés aux cliniques, la prévalence du VIH était de 38,3 %. Avec un faible taux de réitération de test (16,1 %), la proportion de clients séroconvertis est très élevée (18,8 %).

Au total, 236 clients ont fait l'objet d'un dépistage de la syphilis, dont 156 (39,8 %) se sont révélés positifs.

87 avortements sécurisés ont été pratiqués par des pairs et par l'infirmière de MSF (32 avaient moins de 19 ans).

MALI	
Contexte : Conflit armé, Epidémie / Endémie	Personnel
Nombre de projets : 3	International : 38
Dépenses 2022 : 11 442 k€	National : 566
Financements institutionnels :	Autres centres opérationnels MSF :
aucun	OCB, OCBA

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

Les 3 pays les plus touchés par la crise sécuritaire actuelle au Sahel sont le Mali, le Burkina Faso et le Niger. La crise s'exporte progressivement vers les pays du Golfe de Guinée (la Côte d'Ivoire, le Bénin et le Togo). Le contexte politico-social malien, est marqué depuis 2020 par des mouvements populaires ayant conduit à un coup d'Etat militaire perpétré contre Ibrahim Boubakar Keita en août 2020. Le 24 mai 2021, un second coup d'Etat dirigé par les mêmes militaires, place à la Présidence le Colonel Assimi Goïta. C'est le troisième coup d'Etat dans le pays en dix ans.

En 2022, on note une reconfiguration géopolitique profonde nationale, régionale et internationale avec :

- **Sur le plan militaire**, l'implication de la Russie et de la milice Wagner, avec la présence active de combattants dans les zones de conflit, ayant accéléré le départ des forces françaises, l'expulsion de l'ambassadeur, et une rupture des accords militaires entre le Mali et la France. Par ailleurs, malgré des restrictions importantes imposées par le gouvernement malien (notamment concernant les appuis aériens ou les enquêtes sur les droits de l'homme), le mandat de la MINUSMA a été renouvelé le 20 juin 2022, avec de forts questionnements sur sa forme actuelle. Plusieurs pays ont annoncé leur désengagement (dont l'Allemagne, le Royaume Uni, la Suède et la Côte d'Ivoire). En parallèle, une montée en puissance de l'armée malienne (FAMA) avec une accélération du recrutement et la fourniture d'armes plus performantes, notamment concernant les moyens aériens (hélicoptères, radars, drones) par la Russie.
- **Sur le plan de la politique régionale**, une sortie du G5 Sahel, ainsi qu'un embargo de la CEDEAO en 2022 par la fermeture des frontières, le rappel des ambassadeurs, le gel des devises maliennes à la BCEAO. A la suite des différentes négociations avec la CEDEAO, la durée de la transition est fixée à 2 ans se terminant par les élections présidentielles au 24 février 2024. Malgré des impacts directs sur le quotidien (pénurie et inflation), l'embargo n'a pas eu l'effet certainement escompté par la CEDEAO, le Gouvernement apparaissant aux yeux des Maliens comme sortant grand vainqueur de ce bras de fer. Se sont ajoutées à cela des tensions avec la Côte d'Ivoire, notamment avec les 49 soldats ivoiriens arrêtés au Mali en juillet 2022, puis condamnés à 20 ans de réclusion pour « tentative d'atteinte à la sûreté extérieure de l'Etat ». Ils ont finalement été graciés le 6 janvier 2023 par les autorités maliennes. En parallèle, le gouvernement malien semble s'engager fortement dans une coopération régionale avec le Burkina Faso et la Guinée (deux autres régimes de transition militaire).
- **Sur le plan humanitaire**, la volonté des autorités de renforcer le contrôle sur les ONG, avec notamment un décret publié en novembre 2022 limitant les sources de financement (fonds français bannis) et la mise en place des mécanismes de rapportage administratif (MATD). Cela vient alimenter le risque de manifestations contre la présence d'organisations étrangères, et notamment les ONG internationales. A noter qu'en août et septembre 2022, MSF a fait face à une violente campagne de désinformation/diffamation sur les réseaux sociaux/médias (contexte de Tessit).

En 2022, l'épicentre de la crise sécuritaire se maintient dans le centre du pays (régions de Mopti et Ségou). Le départ de Barkhane n'a pas provoqué de séisme (renforcement des positions maliennes, appuyées par les partenaires russes), mais l'EIGS (Etat Islamique au Grand Sahara) semble gagner du terrain malgré une reconfiguration des forces face à cet ennemi commun. Les incidents sécuritaires sont de plus en plus nombreux mais surtout de plus en plus violents, avec un nombre de victimes civiles toujours plus lourd. Les massacres les plus marquants (informations parcellaires) :

- Fin mars 2022, à **Moura** (40 km de Ténenkou, Cercle de Djenné), 200 à 400 (selon les sources) victimes civiles peulh (auteurs présumés : FAMA/Partenaires). Par ailleurs, on enregistre sur l'année 174 autres décès civils dans des incidents à caractère manifestement ethnique (peulh).
- Début mars, l'EIS (Etat Islamique au Sahel) faisait 192 victimes civiles à **Tamalet** (Menaka) en deux jours. Ce même auteur, a ciblé à plusieurs reprises les civils Touaregs - Daoussahaks, (plus de 230 victimes sur l'année).
- Le 18 juin, 3 villages (**Diallassagou** et autour) ont été attaqués par une faction de la Katiba de Macina ayant rejoint l'EIS, assassinant 132 civils dogons. Au cours de l'année, 87 dogons ont disparu à la suite d'attaques de village.

Au global en 2022, INSO documente 3 606 victimes civiles tuées au cours d'attaques, contre 2 093 victimes en 2021 soit une augmentation de 72%. Ces affrontements alimentent une insécurité générale, et les ONG ne sont pas épargnées : en juin 2022, deux humanitaires (Croix Rouge Malienne) perdaient la vie lors d'un braquage dans la ville de Kayes.

Enfin, la **menace terroriste se rapproche progressivement de Bamako** avec des attaques complexes et simultanées contre des camps militaires dans les régions de Mopti, Ségou et Koulikoro en avril et en juillet (dont l'attentat à la voiture piégée devant le camp de Kati, le plus important camp militaire du pays où réside le président de la transition) revendiquées par Al-Qaida (JNIM).

■ Contexte sanitaire

Déplacements de population

Parallèlement à l'insécurité grandissante, on observe une réduction progressive de l'espace humanitaire et de l'accès aux populations vulnérables. A Ténenkou, MSF a dû suspendre les activités des cliniques mobiles (remplacées par des activités fixes communautaires). On observe des déplacements de populations dans le centre et au Nord (fin 2022, 412 000 personnes déplacées), parfois dans des zones impossibles d'accès (RN15), ou encore la multiplication des situations de blocus (Tessit).

Epidémies

Le pays a connu une importante épidémie de rougeole pendant la période épidémique de 2021-2022. Le district de Koutiala était parmi les plus touchés du pays. L'ensemble du mouvement a fait face à une situation de blocage quant à l'approvisionnement de vaccins pour des interventions de riposte.

En 2022, MSF n'a pas réouvert son projet Covid-19 (2020-2022 : 31 781 cas positifs pour 739 décès, taux de létalité de 2,32%). Le suivi épidémiologique et la visite des structures soutenues dans le passé ont été réalisés.

Sécurité alimentaire et situation nutritionnelle

Selon l'enquête SMART 2021, la prévalence nationale de la malnutrition aigüe globale observée est de 10,0% et celle de la malnutrition aigüe sévère 1,8% (en 2019, 9,4% pour la malnutrition globale et 2% pour la forme sévère). Ces prévalences de malnutrition mettent globalement le Mali en situation d'alerte. La grande majorité des régions/cercles sont en phase de vigilance sérieuse (dont Ténenkou) et Koutiala est en situation d'alerte. La mauvaise saison pluvieuse de 2021, l'insécurité dans le centre (avec une réduction des surfaces cultivées et des récoltes), l'augmentation des prix des denrées

alimentaires faisaient craindre une crise nutritionnelle pendant la période de soudure de 2022 dans cette zone.

Violences sexuelles

Le rapport GBVIMS 2022 fait apparaître une augmentation alarmante du nombre de cas de violences sexuelles, de 3 721 cas reportés en 2021 à 7 834 cas en 2022 (ces chiffres sont très largement sous-estimés pour cause de sous-notification flagrante). Un phénomène aggravant réside dans la part croissante des victimes de moins de 18 ans, qui passe à 17%. Cette augmentation serait due essentiellement, d'une part à la multiplication des exactions d'hommes en arme, et d'autre part à la vulnérabilité grandissante des femmes lors des déplacements forcés (en camps ou dans la communauté). Les chiffres de prise en charge de violences sexuelles restent relativement bas dans nos projets.

PRESENCE MSF

MSFOCP

Présent au Mali depuis 1985, MSF France intervient aujourd'hui dans 3 zones :

- Dans le district sanitaire de **Koutiala**, depuis 2009 (crise nutritionnelle), avec un programme de prise en charge médico-nutritionnelle, préventive et curative des enfants de 0 à 5 ans.
- Dans le district sanitaire de **Ténenkou**, depuis décembre 2016, avec un projet de soins de santé primaires et secondaires, en commençant par des activités axées sur la santé des femmes et des adolescentes. Cette zone est enclavée (exondée) une grande partie de l'année, avec de fortes répercussions sur l'accès aux soins, aggravées à partir de 2018 par la propagation des combats au centre.
- À **Bamako**, depuis octobre 2018, OCP a ouvert un projet oncologie, pour les femmes atteintes de cancers du col de l'utérus et cancers du sein (dépistage, laboratoire anatomopathologie, soins palliatifs et de support, soins curatifs spécifiques (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie)). Un volet social à travers l'Unité de liaison et de support permet d'accompagner les patientes les plus vulnérables dans leur parcours de soin.

MSF OCBA

- À Ansongo (depuis 2012) : soins de santé primaires et secondaires, avec un volet communautaire important (33 sites)
- À Kidal (depuis 2015) : soutient 2 centres de santé communautaires (CSCOM) en ville et 4 en périphérie, 30 sites.
- À Douentza (depuis 2017) : Soins de santé primaires et secondaires
- À Koro (depuis 2019) : projet temporaire de soins de santé primaires faisant suite à l'accroissement des conflits communautaires
- A Gao (2022) : déplacement de populations à la suite des combats entre JNIM et EIS

MSF OCB

- À Niono (depuis 2019) : Intervention au service des urgences, pédiatrie 0-15 ans, maternité, nutrition et laboratoire, ainsi que les soins de santé primaires et stratégie communautaire
- Niafunké par Tombouctou, après une intervention en support à la gestion de la pandémie Covid-19 dans Tombouctou centre.
- Nampala (2022) : soins de santé communautaires

PROJET : BAMAKO – ONCOLOGIE

■ Historique projet

Contexte spécifique : En 2020, un total de 1 934 cas de cancer du col de l'utérus a été enregistré pour le Mali, soit 13,6% de tous les cancers et 2 448 cas de cancer du sein soit 17,3% (Globocan 2020). A eux seuls, ces 2 cancers représentent 49,3% de tous les cancers chez la femme. La majorité est diagnostiquée à des stades tardifs. Le délai moyen entre les premiers symptômes et la première consultation spécialisée est estimée à 1 an. La survie à 5 ans du cancer du sein, n'excède pas 15% au Mali (vs 85% dans les pays à ressources élevées).

Explication des raisons d'ouverture : En 2017, MSF OCP a inscrit le cancer dans les orientations prioritaires du plan stratégique 2017-2019. À la suite du rapport *Analyse des cancers dans les pays d'interventions de MSF*, des missions d'évaluation sont réalisées à Bamako. Les raisons principales justifiant l'ouverture du projet étaient :

- Une volonté institutionnelle de développer l'oncologie (mise en œuvre, apprentissage et innovation).
- La prévalence des cancers des femmes en hausse au Mali avec des taux de létalité élevés.
- La possibilité de prévention et /ou de traitements efficaces.
- Des besoins identifiés en soins de support et palliatifs inexistantes.
- L'absence de coordination dans le parcours de soins des patientes.
- L'inégalité d'accès à des médicaments de qualité et la barrière financière pour les patientes.

Evolution du projet : La première intervention de MSF est l'envoi en 2018 d'un physicien pour assurer la continuité des activités de radiothérapie (hôpital du Mali), en remplacement du seul physicien (chinois) durant son congé annuel (appui ponctuel jusqu'en 2021). En novembre 2018, en collaboration avec le ministère de la santé, MSF prend en charge le premier patient en soins de support et palliatif au CHU du Point G (PG) et démarre concomitamment les visites à domicile (VAD). En 2020, l'implication de MSF s'étend à la fourniture des traitements de chimiothérapie, à l'accès aux examens de diagnostic, à la mise en place d'activités de santé mentale (PG), et à la prise en charge financière des cas chirurgies (CHU PG et Gabriel Touré GT). La même année, MSF met le pied dans le dépistage, aux côtés d'une fondation (femme orange Mali - en support d'une activité préexistante *week-end 70*). En 2021, après 9 mois de travaux d'extension et de réhabilitation, MSF inaugure le laboratoire d'anatomopathologie (PG), avec un plateau technique fortement amélioré. En parallèle, une unité de liaison et de soutien aux patientes est mise en place permettant le renforcement de la coordination du parcours de soin de chaque patiente. 2021 sera également la première année de participation à *Octobre Rose*, date clef, nationale et internationale, pour la sensibilisation et le dépistage du cancer du sein. En 2022, le projet est recentré sur les cancers féminins avec un recadrage des partenariats.

Objectif général du projet

- Améliorer la prise en charge précoce des femmes atteintes de cancer du sein et de cancer du col de l'utérus (ou à risque de cancer du col) à Bamako et, à terme dans les autres régions du Mali.
- Rendre accessibles les différents outils (thérapeutiques et diagnostiques) aux praticiens du Mali.

Objectifs spécifiques du projet

- Renforcer la détection précoce des cancers du col de l'utérus et du sein : dépistage et diagnostic.
- Renforcer l'accès à la prise en charge spécifique : chimiothérapie, radiothérapie et chirurgie.
- Rendre accessible les soins de support et palliatifs.
- Assurer la continuité et la réussite du traitement par la mise en œuvre d'une unité d'accompagnement des patientes (coordination des soins et support social individualisé).
- Améliorer l'accès aux différents outils nécessaires au diagnostic et à la prise en charge des cancers féminins.

■ Dispositif

Activités de dépistage et de diagnostics des cancers du col de l'utérus et du sein :

- Support pour le dépistage aux 6 centres de santé de référence (CSREF) – équipements, intrants, primes – de la Région Sanitaire de Bamako et au service gynécologique du CHU Point G (le soutien au CHU Gabriel Touré est suspendu et les termes de reprise en négociation)
- Participation aux grandes campagnes de dépistage (8 mars, Journée planning familial, Octobre rose)
- Prise en charge des examens radiologiques (mammographie/échographie) et biologiques de toute femme avec anomalie mammaire et/ou cervicale.
- Organisation de l'acheminement des pièces de biopsies vers le laboratoire d'anatomopathologie (conditionnement, transport)
- Support au laboratoire d'anatomopathologie du CHU Point G pour la confirmation du diagnostic de cancer (réhabilitation – extension, RH, intrants, maintenance). La confirmation anatomopathologie est une condition sine qua non à tout début de prise en charge financée / appuyée par MSF (hors imagerie pour anomalie mammaire).

Activités de prise en charge spécifique dans les hôpitaux de 3ème référence (chirurgie, chimio et radiothérapie)

- **CHU Point G :** Support au service héματο-oncologie, en ambulatoire (service de consultations, chimiothérapie en hôpital de jour - capacité 30 chimio/jour en moyenne, et pansements 10 actes/jour) et en hospitalisation (chimiothérapies longues – hors cohorte, 6 lits). MSF subventionne l'ensemble de la masse salariale, et octroie une prime au personnel de la fonction publique, ce qui favorise l'intégration des équipes au sein d'un même service. MSF fournit les intrants de chimiothérapie et pansements pour les patientes atteintes de cancer sein/col. Les autres patients sont orientés vers la pharmacie de l'hôpital, puis reviennent dans le service pour les actes. MSF a mis en place l'aménagement, l'équipement et la gestion de la zone à déchets, permettant entre autres le traitement des déchets issus des activités du service héματο-oncologie et du laboratoire d'anatomopathologie (produits cytotoxiques).
- **CHU Point G et Gabriel Touré :** Financement des chirurgies et rachat de soins pour les patientes atteintes de cancer sein/col (fourniture de kits chirurgicaux, frais hospitalisation et intervention au bloc, intrants anesthésie).
Dans ces deux établissements, MSF travaille au maintien et/ou l'effectivité de RCP (rencontre de concertation pluridisciplinaire), condition sine qua non au démarrage d'une prise en charge. L'absence d'oncologue au CHU Gabriel Touré n'a pas permis d'avancée en 2022 sur ce CHU. Quant au CHU Point G, les grèves à répétition ont handicapé fortement la régularité des rencontres (avec des retards importants de prises en charge en conséquence).

Activités Soins de Support et Palliatifs pour les patients atteints de cancer

- **CHU Point G :** Support au service héματο-oncologie, en ambulatoire (consultations), en hospitalisation (soins palliatifs et effets secondaires – 9 lits). Il s'agit d'une seule et même équipe qui assure soins palliatifs et soins curatifs, sein/col et autres cancers. Théoriquement, MSF fournit les intrants (hors chimiothérapie) pour les patientes atteintes de cancer du sein/col uniquement. La polyvalence des médecins rend très difficile cet hermétisme pour les morphiniques.
- La réalisation des visites à domicile des patientes (sein/col) pour des soins de support et palliatifs (pansements, gestion de la douleur, support psychosocial), par une équipe 100% MSF (activités externes)

Activités de coordination et de soutien du parcours de soins : la cellule de liaison et de support

- Coordination du parcours et du circuit des soins (annonce des résultats d'anatomopathologie, orientation des patientes, délai de rendez-vous, recherche des patientes perdues de vue, etc.)

- Evaluation de vulnérabilité psychosociale (grille), avec différents paquets d'aides sociales (gradation du support)
- Visites à domicile – évaluation de vulnérabilité psychologique et accompagnement
- Consultations post annonce en collaboration avec l'équipe paramédicale de l'unité oncologie
- Coordination avec les associations de patientes (en visites à domicile, en hospitalisation, avec groupes de paroles de patientes).

■ Bilan 2022

En 4 ans, le projet a connu une forte croissance : 2022 a été une année de recentrage de l'engagement de MSF sur les cancers col/sein et de consolidation. Mis à part l'enjeu majeur de la radiothérapie, le périmètre d'intervention semble être stabilisé, avec bien entendu la nécessité de gagner rapidement en qualité de prise en charge.

Le centre de gravité du projet est au CHU Point G, où MSF a fortement investi en 2021-2022 (laboratoire d'anatomopathologie, zone a déchets et incinérateur à combustion pyrolytique, les locaux échographie, local et serveur pour dossier électronique).

En 2022, MSF a également travaillé sur ses partenariats, clarifiant les limites de l'engagement de MSF, les obligations de chaque partie (notamment en termes de gestion de l'information médicale / registres, et de partage de données / data) et les circuits de prescriptions impliquant un support ou financement MSF. Par ailleurs, après concertation entre le CHU Point G et MSF, les protocoles médicaux devraient être finalisés en 2023 et définir le cadre commun de prise en charge au sein du service hémato-oncologie du Point G. Les négociations avec le CHU Gabriel Touré (suspension MoU) et Hôpital du Mali (suspension discussions / décret novembre) n'ont certes pas abouti en 2022, mais les perspectives sont positives pour 2023.

Enfin, *Octobre rose* a été l'occasion d'afficher le partenariat de MSF avec le Ministère de la Santé et de poser les bases de collaboration avec l'ONASR (en charge de la stratégie nationale de dépistage cancer col/sein). Cela a également conduit à structurer la collaboration avec les associations de patientes (Les combattantes et ALMAC)

Activités médicales

	2020	2021	2022
Nouvelles femmes incluses dans la cohorte de prise en charge du cancer du sein/cancer du col de l'utérus	312	645	712
Nbre de femmes dépistées pour le cancer du sein et du col (CSCOM + CSREF + CHU + campagnes)	49 023	81 612	88 874
Nombre de nouvelles consultations Soins de support et palliatifs	379	525	472
Nombre total de consultations Soins de support et palliatifs (douleur/pansements/psy/visites à domicile)	6 832	5 799	5 325
Nombre d'actes de traitements spécifiques patientes cancer du sein/col de l'utérus (chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie)	909	2 135	2 427

PROJET : KOUTIALA

■ Historique du projet

En 2005, une crise nutritionnelle grave affecte très sévèrement l'ensemble des pays du Sahel. Depuis, on observe une certaine chronicité des pics de malnutrition dans la région. Après concertation avec le Ministère de la Santé, le District de Koutiala est identifié en 2009 comme étant prioritaire. Il semble en effet être le plus en difficultés dans la Région Sanitaire de Sikasso, qui enregistre des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile respectivement de 132/1000 et 237/1000 et des taux de malnutrition globale et sévère respectivement de 15,8% et 6,6%. Si les premières activités répondaient directement à la crise nutritionnelle avec l'ouverture d'un centre nutritionnel thérapeutique intensif au Centre de santé de référence de Koutiala et de centres ambulatoires dans 4 centres de santé communautaires du district sanitaire, apparaît rapidement la nécessité de mener une réponse médicale pédiatrique globale, pour faire face également à la période de très haute transmission du paludisme, longue et intense dans cette région, et particulièrement fatale pour les enfants de moins de 5 ans.

Le projet devient un site MSF privilégié en termes de recherche opérationnelle et de mise en œuvre d'innovations.

- De 2010 à 2014, une recherche opérationnelle en nutrition intégrée (RONI) démarre dans l'aire de Konséguéla, et s'étend ensuite sur 4 autres centres de santé communautaires du district (M'Péssoba, Molobala, Miéna, N'Togonasso)
- De 2012 à 2016, la chimio prévention du paludisme saisonnier chez l'enfant (CPSe) est conduite en programme pilote. S'ensuit une mise à l'échelle avec l'inscription de la CPSe au programme national de lutte contre le paludisme.
- Dès 2013, création d'un département de bactériologie au sein d'un nouveau laboratoire (livré en 2014), permettant un meilleur diagnostic et une meilleure prise en charge médicale grâce à l'introduction d'antibiogrammes.
- En 2021, lancement du pilote MSFeCARE-Ped, un système électronique d'aide à la décision (eDSS) pour les soins pédiatriques primaires des maladies aiguës. Cet outil apporte des connaissances médicales fondées sur des preuves aux agents de santé de première ligne, en se servant de la technologie mobile. Les informations saisies sur des tablettes électroniques servent à orienter les consultations, permettant aux agents de santé d'être guidés dans leur diagnostic et d'améliorer leur compréhension et conformité envers les recommandations des experts.
- En 2021, démarrage de l'étude Lecture et interprétation des antibiogrammes afin d'évaluer les performances de l'application AntibioGo, application hors-ligne pour smartphone destinée à assister les techniciens de laboratoire non experts, sur des terrains aux ressources limitées, pour la lecture et l'interprétation des antibiogrammes dans le cadre des activités de routine du laboratoire de microbiologie.
- En 2022, début de l'étude Stimnut, visant à évaluer la faisabilité et l'acceptabilité de l'intégration d'une version adaptée de l'intervention de stimulation psychosociale dans le programme d'alimentation thérapeutique de Koutiala pour les enfants âgés de 6 à 23 mois atteints de malnutrition aigue sévère.

En 2019, une unité de soins pédiatriques, d'une capacité de 185 lits, offrant des conditions d'hospitalisation et d'exercice de qualité, est inaugurée au sein du CsRef (après 3 ans de construction). En 2022, un programme ambitieux de formation continue *MSF Academy* est initié à destination du personnel paramédical. Malgré ces initiatives, le climat social reste tendu au sein du projet, avec un pic de tensions en début d'année : le maintien du dialogue et du respect du cadre de travail absorbe encore aujourd'hui beaucoup d'énergie aux équipes d'encadrement.

Le projet entre dans sa 14^{ème} année : les réflexions doivent être relancées, notamment celles sur son intégration à la pyramide sanitaire et les conditions nécessaires à sa transférabilité à terme au District / Région Sanitaire.

Par ailleurs, longtemps épargné par le conflit, le sud du Mali subit une contagion des affrontements depuis la région du centre. Le Cercle de Yorosso et les 4 aires de santé de l'est du District (Sougoumba, Molobala, Sanguela, Tiere), à la frontière du Burkina, ont connu une dégradation rapide sur les 2 dernières années. L'intensification de la présence d'hommes en armes a entraîné la suspension des mouvements de supervision sur cette zone depuis mars 2021.

■ Dispositif

Le projet est installé au sein du centre de santé de référence de Koutiala. Depuis l'ouverture, l'unité pédiatrique fonctionne en accordéon suivant la période de haute transmission du paludisme.

Nbre de lits/unité/période	Période Creuse	Pré-Pic	Pic (sept – nov)
Pédiatrie générale	23	47	107
Centre nutritionnel intensif (URENI)	23	45	59
Soins intensifs	9	15	25
Néonatalogie	10	10	10
Brûlés	5	5	5
Total	70	122	206

MSF soutient également le laboratoire de bactériologie et la banque de sang.

Concernant les activités en périphérie, en 2017, MSF a initié une stratégie de décentralisation, avec l'élargissement progressif du support de 5 à 36 centres de santé communautaires (sur les 42 que comptent le district). Il s'agissait d'étendre au maximum la prise en charge des moins de 5 ans pour réduire la gravité des pathologies dominantes et donc les admissions au centre de santé de référence. MSF intervient à travers :

- Un support technique grâce à des supervisions formatives : consultations curatives, URENAS (Unité de récupération et d'éducation nutritionnelle ambulatoire pour cas sévères), SPE-PEV.
- Une sécurisation de l'approvisionnement en intrants / médicaments essentiels
- Un appui financier pour compenser la gratuité de la prise en charge pour les moins de 5ans,
- Un renforcement des services communautaires avec des agents paludisme dans 38 centres de santé communautaires en période de pic
- En 2021 et 2022, une extension du périmètre aux 4 centres de santé communautaires urbains durant la période de haute transmission.

■ Bilan 2022

Indicateurs	2020	2021	2022
Nb de patients arrivés aux urgences	14 510	13 532	13 267
Nb admissions hospitalisation Nutrition inclus cas spéciaux	3 024	3 224	3 024
Nb admissions pédiatriques moins de 5 ans (y compris brûlés) hors néonatalogie	6 967	5 789	6 236
Nb admissions Néonatalogie	409	456	462
Nb admissions nutritionnelles en ambulatoire	3 128	3 815	2 784
Nb consultations moins de 5 ans dans les centres de santé communautaires	134 455	128 813	115 197
Nb patients traités par les agents paludisme	6 618	15 921	19 496
Nb nouvelle inclusion santé préventive de l'enfant	15 297	18 467	21 374
Mortalité hospitalière	5,40%	5,50%	3,36 %
Mortalité centre nutritionnel intensif (URENI)	5,98%	7,03%	7,76 %

PROJET : TENENKOU

■ Historique du projet

Ouvert en 2016, le projet a pour population cible les femmes en âge de procréer (11 à 45 ans) avec l'objectif de contribuer à réduire la morbidité et la mortalité en renforçant les soins de santé primaire et secondaire, en s'appuyant sur le centre de santé de référence de Ténenkou. Le contexte à l'époque est relativement calme, il s'agit de répondre avant tout à une problématique d'accès aux soins. En 2018, MSF développe la prise en charge communautaire du paludisme, durant les 7 mois de haute transmission, dans tout le district. En 2021, MSF étend la cible aux enfants de 0 à 5ans, leur prise en charge au sein du centre de santé de référence (soutenu en pédiatrie par IRC) semblant problématique. En 2022, pour compenser la suspension des activités de clinique mobile imposée par le contexte, MSF déploie des équipes de santé communautaire dans 33 villages (agent de santé communautaire et matrone en binôme), la stratégie prévoyant le déploiement de 20 sites supplémentaires en 2023. En 2019, après la réhabilitation du nouveau centre de santé de référence, le déménagement n'a pas pu être réalisé car conditionné par la construction de la digue (commencée en 2021, réalisée à 90% fin 2022, financement Banque mondiale). A cela se sont ajoutées des contraintes sécuritaires, les patients refusant de se rendre de ce côté du village. MSF réalise ainsi des travaux de réhabilitation dans la structure actuelle : le service des urgences, la médecine interne, un village des mamans, le service de consultations, l'élargissement du bloc opératoire et la réhabilitation de la zone à déchets. En 2023, un projet construction vise l'amélioration de conditions d'hospitalisation et de travail au centre de santé de référence. La situation sécuritaire du cercle de Ténenkou reste très fragile avec un nombre important d'incidents au début de l'année 2022 et un accès limité aux populations en termes d'assistance humanitaire. Ce contexte est marqué actuellement par une mobilité importante des groupes armés dans le cercle, mais également des FAMA et de leurs partenaires, engendrant parfois des mouvements de populations, exacerbant la vulnérabilité des communautés, amplifiant la pression sur les rares ressources disponibles. Par ailleurs, la (mauvaise) utilisation d'obus, ainsi que le recours accru aux explosifs, la multiplication des opérations de « ratissage » dans les villages, souvent avec un appui aérien, et des détentions et/ou contrôles irréguliers des civils et des agents d'ONG, sont autant de freins pour MSF à sa mobilité et à son accès direct aux populations.

■ Dispositif

Centre de santé de référence

- Service de consultations générales et spécialisées des femmes en âge de procréer (11- 45 ans)
- Service de néonatalogie avec 5 lits (avec une salle kangourou)
- Service de maternité avec 15 lits
- Bloc opératoire pour les urgences gynéco-obstétricales (césariennes, grossesses extra-utérines principalement)
- Laboratoire et banque de sang
- Service des urgences avec 5 lits de stabilisation
- Service de médecine interne et pédiatrie 12 lits
- Village des mamans avec 5 lits pour les femmes enceintes (grossesses à risque), habitant loin du centre

Activités externes

- Actuellement suspendues, activités de clinique mobile dans 10 aires de santé (consultations générales, santé de la reproduction et promotion de la santé).
- Activités de prise en charge communautaire du paludisme dans les 21 aires de santé (54 agents paludisme).
- Activités de santé communautaire dans 33 villages, avec une extension de 20 sites (diagnostic et traitement du paludisme, diarrhée, détection grossesses à risque, références) prévue en 2023. 3 sites ont un service amélioré (Kita) avec la prise en charge des infections respiratoires et des conjonctivites.

■ Bilan 2022

	2020	2021	2022
Admissions néonatalogie	354	321	299
Hospitalisations Médecine interne et pédiatrie	1 535	1 657	1 554
Admissions Maternité (Gynéco-obstétrique)	1 460	1 574	1665
Accouchements (Voie Basse et Césariennes)	1 133	1 139	1243
Nb patients traités par agents paludisme	24 544	33 042	33 326
Nb patients consultés aux clinique mobiles	25 149	23 206	16 513
Nombre de patients activités de santé communautaire	-	-	12 220
Nb femmes référées par les matrones	-	-	2 009
Consultations générales et spécialisées gynéco.	7 926	12 447	16 296
Consultations obstétriques (pré et post natales, planning familial)	7 937	9 669	11 116
Victimes de violences sexuelles			2

NIGER	
Contexte : Epidémie / Endémie	Personnel
Nombre de projets : 1	International : 26
Dépenses 2022 : 7 632 k€	National : 335
Financements institutionnels :	Autres centres opérationnels MSF :
aucun	OCBA, OCG, WACA

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

Le contexte sécuritaire au Sahel et au Nigéria ne cesse de se dégrader : le Niger est sous la menace constante de groupes armés basés dans les pays voisins. Les groupes djihadistes EIGS (*Etat Islamique au Grand Sahara*) et JNIM (*Groupe de soutien à l'islam et aux musulmans*, branche d'Al-Qaïda) sévissent à l'ouest, dans la zone des 3 frontières (Mali, Burkina-Faso, Niger). Les forces de sécurité et les représentants de l'état sont principalement pris pour cible mais les attaques contre des populations civiles sont de plus en plus nombreuses (massacre de paysans dans leurs champs) et le conflit tend à évoluer dans la partie sud du Tillabéry, se rapprochant par conséquent de Niamey. L'incident le plus marquant et le plus dramatique pour la communauté internationale a été l'assassinat en août 2020 de 7 membres d'Acted et d'un guide à Kouré (réserve à girafes) à 60 km de Niamey proche de l'axe routier Dosso – Niamey. A l'est dans la région de Diffa/Lac Tchad, frontière avec le Nigéria (états de Borno et Yobé) et le Tchad, des groupes djihadistes ISWAP (*Islamic State in West African Province*) et JAS (*Boko Haram*) mènent des attaques régulières contre les forces de sécurité et les populations (enlèvement, assassinats). Depuis mai 2021, ISWAP, la faction la plus puissante issue du mouvement djihadiste Boko Haram, a largement décimé la faction rivale dirigée par feu Abubakar Shekau, s'emparant de nouveaux territoires, et donnant lieu à une réorganisation interne de ces groupes. Cette situation est à suivre avec une attention particulière : le repositionnement d'ISWAP dans la région et dans ses zones d'influences peut potentiellement évoluer jusqu'au Nord-Ouest du Nigéria.

Les localités du sud de la région de Maradi, à la frontière avec le Nigéria, subissent régulièrement les attaques de groupes de bandits opérant de part et d'autre de la frontière nigérienne. Selon le HCR en janvier 2023, plus de 80 000 Nigériens sont réfugiés dans la région de Maradi (Guidan Roumdji et Madarounfa). En outre, les incursions répétées de bandits armés dans le territoire du Niger ont provoqué le déplacement interne d'environ 26 000 personnes. Si le banditisme n'est pas nouveau dans cette zone, son ampleur et la violence qu'il engendre contre les civils (les éleveurs, les agriculteurs et les commerçants) sont eux sans précédents. Longtemps considéré comme un problème nigérien, ce banditisme affecte de plus en plus le Niger : il nuit à son économie, qui repose largement sur les activités agropastorales et les échanges transfrontaliers avec le Nigéria, tous deux touchés par l'insécurité.

Sur le plan de la politique sécuritaire, le Niger bénéficie du soutien de plusieurs pays occidentaux, dont la France et les Etats-Unis qui ont des bases militaires à Niamey et dans la région d'Agadez. Avec le retrait de la force Française Barkhane et européenne Takuba au Mali, le nouveau gouvernement appelle les forces étrangères, et en particulier les forces françaises de Barkhane à se déployer en soutien à ses forces armées et affiche publiquement des ouvertures au dialogue avec les membres Nigériens des groupes armés. Les prises de positions du nouveau président sur certains sujets de société sensibles ont secoué l'opinion et les mesures prises pour maîtriser la cherté de la vie ont permis de contenir d'éventuels mécontentements populaires. Mais si la situation politique est stable depuis les dernières élections, elle n'en reste pas moins fragile.

Le contexte humanitaire a été marqué par trois éléments importants :

- 1) L’alerte donnée par nombre d’acteurs d’une très mauvaise année en termes d’insécurité alimentaire et nutritionnelle qui n’est pour l’instant pas confirmée (septembre 2022) mais qui a largement contribué à gonfler les montants de l’aide humanitaires distribués en 2022.
- 2) Une avancée notable des groupes armés au Sud de Niamey vers la zone de Torodi/Say créant des déplacements de populations alimentant toute la réflexion en cours (à l’instar de Diffa) sur la politique des retours.
- 3) Un conflit très marqué (courant 2021) par une forte violence à caractère ethnique dans certaines zones du pays, en particulier dans la région du nord Tahoua.

■ Contexte sanitaire

Dernier au classement de l’indice de développement humain (IDH), le Niger est confronté à des crises sanitaires et nutritionnelles récurrentes. Les épidémies de choléra, de rougeole et de méningite sont fréquentes. La pandémie de Covid-19, bien que limitée, a accentué la fragilité du système de santé et la vulnérabilité des populations. Le paludisme est la première cause de mortalité/morbidité pour les enfants de moins de 5 ans et sévit toute l’année avec des pics saisonniers. La politique de gratuité qui avait longtemps été considérée comme un des points forts du système de santé, ne permet pas une gestion fluide des structures de santé principalement à cause des problématiques de facturation. L’insécurité alimentaire chronique et la malnutrition sont des problèmes majeurs au Niger, les prévalences de malnutrition aiguë et chronique stagnent à des niveaux au-delà des seuils critiques depuis plus de 10 ans. 43,5% des enfants de moins de cinq ans souffrent de retard de croissance. La prévalence de malnutrition aiguë globale est de 15,4%, dont 3,6% sous la forme sévère. La même enquête donne un chiffre de mortalité des moins de 5 ans de 2,23 par jour pour 10 000 ce qui est au-delà du seuil d’alerte.

Les stratégies de prise en charge de la malnutrition aiguë au Niger sont en train d’évoluer. ECHO a, dès début 2021, diminué et réorienté certains financements. Les acteurs de la nutrition, bailleurs, agence des Nations unies, ONG et Ministère de la Santé ont entamé un cycle de consultations/réunions afin de mettre en œuvre de nouvelles approches pour les prochaines années. La transition s’annonce complexe et risquée.

Le pays affiche de surcroît un indice de fécondité de près de 6,2 enfants par femme en 2021 (contre 7,6 en 2012), ce qui représente l’un des taux de croissance démographique parmi les plus élevés au monde. L’âge légal du mariage est 13 ans, 70 % des adolescentes sont mariées avant 18 ans. 25 % de la mortalité maternelle concerne les adolescentes.

Sur le plan des politiques et protocoles de prise en charge qui concerne la pédiatrie/nutrition, il est intéressant de noter que 2022 est une année de révision du protocole de prise en charge de la malnutrition où la question des protocoles simplifiés est largement débattue par les autorités sanitaires et leurs partenaires. Le Ministère affiche également une volonté de mise à plat des relais communautaires, sans que cela ait pour l’instant aboutit à une orientation d’alignement effectif.

PRESENCE MSF

MSF est intervenu pour la première fois au Niger en 1985 et est présent de façon permanente depuis 2001.

Les autres entités de MSF présentes sont :

- MSF OCBA : projets dans les régions d’Agadez, de Tillabéri et de Diffa
- MSF OCG : projets dans la région de Zinder et Torodi
- MSF WACA : projets dans les régions de Maradi (Guidan Roumji) et Tahoua (Madaoua)
- Epicentre : centre de recherche à Maradi

PROJET : MADAROUNFA

■ Historique du projet

Le projet de Nutrition-Pédiatrie du District de Madarounfa a été ouvert le 1er avril 2014. Les passations ont été faites avec FORSANI, ONG Nigérienne soutenue par MSF à la suite de l'expulsion de MSF OCP du Niger en 2008.

En 2017, afin de réduire les hospitalisations à l'hôpital de district de Madarounfa, les activités externes ont été renforcées, notamment pour les périodes de pic de paludisme et de malnutrition avec l'ouverture de l'Unité Paludisme au Centre de Santé Intégré de Dan-Issa et la mise en place de relais communautaires. De plus, afin de faire face à la montée des admissions des cas pédiatriques et nutritionnels de 2021, une deuxième unité paludisme a été ouverte pour quatre mois, période où la transmission du paludisme est accrue.

L'année 2021 a été marquée par une augmentation précoce des cas de malnutrition et de paludisme dans la région de Maradi. Pour mieux y répondre, une intervention temporaire a été menée dans les districts d'Aguié et de Guidan Roumdji ainsi que dans l'hôpital de Maradi.

De la même façon, l'appui aux Centres de Santé Intégrés a été étendu à deux structures supplémentaires sur le volet Crenas (Centre de récupération nutritionnelle ambulatoire pour la malnutrition sévère) pour améliorer la prise en charge des enfants malnutris durant la période de soudure juillet-novembre.

Cette augmentation d'activité a renforcé l'analyse déjà faite les années précédentes sur la forte contribution des enfants venant du Nigéria dans les cohortes de patients que ce soit dans les Crenas, les Creni (Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle intensif) mais aussi la pédiatrie. Ils constituaient environ la moitié des hospitalisations de l'hôpital de Madarounfa. Dans les Crenas de Dan Issa et Nyelwa frontaliers, les enfants du Nigeria représentaient environ deux tiers des admissions. C'est ce constat qui a conduit à demander une intervention au Nigéria dans les territoires voisins afin de répondre à une situation qui semblait s'aggraver mais aussi de soulager le projet de Madarounfa. L'ouverture d'une mission à Katsina en août 2021 s'est effectivement traduite par une baisse d'activité en 2022 à Madarounfa. L'année 2022 a été pensée comme une année charnière de mise à plat et de réflexion autour du positionnement opérationnel d'OCP au Niger. Un certain nombre de nouvelles initiatives et innovations ont été mises en place : ajout de la prise en charge précoce de la malnutrition, redynamisation de l'activité au niveau communautaire, implication de MSF dans l'activité de prévention du paludisme, extension de capacité à Dan Issa à 90 lits en intégrant un Creni.

MSF contribue à l'amélioration des conditions d'accès à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement dans les localités de l'aire sanitaire de Nyelwa.

Les volets de partenariats, plaidoyer et communication ont aussi été développés.

■ Dispositif

MSF soutient le Ministère de la Santé Publique avec la prise en charge des enfants de moins de 5 ans pour :

- La malnutrition aigüe sévère et modérée avec ou sans complications en ambulatoire et en hospitalisation.
- Les soins pédiatriques en ambulatoire (consultations externes dans 5 aires de santé du district de Madarounfa y compris les enfants se présentant dans ces mêmes aires de santé provenant des états frontaliers du Nigéria.
- Les activités des relais communautaires : prise en charge des cas de paludisme et de diarrhée, dépistage nutritionnel dans la communauté et références vers les centres ambulatoires de prise en charge.
- La sensibilisation des familles, via l'équipe des relais communautaires et les promoteurs de santé.

- L'activité de prévention paludisme (chimio prophylaxie saisonnière), avec une focalisation sur le dépistage du paludisme et l'implication des relais communautaires

L'hôpital de Madarounfa est un établissement du Ministère de la Santé Publique (MSP) d'une capacité d'accueil totale de 155 lits au total hors pic (dont côté adulte : 19 lits de médecine, 12 de chirurgie, et 12 pour la maternité). Seule la partie pédiatrique (cas de malnutrition et pédiatrie de moins de 5ans) est appuyée par MSF, avec 120 lits en dehors de la période pic nutrition/paludisme. Pendant le pic, cette capacité d'accueil double habituellement. Pour 2022, la capacité totale a atteint 265 lits.

MSF couvre les activités suivantes :

- Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complications (Creni).
- Soins pédiatriques en hospitalisation
- Appui à la banque de sang (transfusion) et au laboratoire
- Prise en charge et suivi des pathologies chroniques chez les enfants de moins de 15 ans (drépanocytose notamment)
- Références et contre références.

Cinq centres de santé intégrés (CSI de Dan-Issa, Madarounfa, Safo, Gabi, N'Yelwa) sont appuyés à temps plein avec le paquet d'activités ci-dessous :

- Activité Crenas/Crenam et consultations externes pédiatriques.
- Deux unités de stabilisation de 105 lits répartis en 90 lits au CSI de Dan Issa intégrant la nutrition et 15 lits au CSI de Nyelwa.
- Appui au Programme Elargi de Vaccination (PEV) de routine.
- Promotion de la santé.
- Appui à l'activité de prévention paludisme (chimio prophylaxie saisonnière).
- Donation de médicaments et de matériels médicaux au CSI de Dan Abdallah et de Maraka lors des déplacements de population.

Au niveau communautaire :

- Prise en charge communautaire du paludisme : 54 agents communautaires/paludisme.
- Recherche des abandons : 1 agent recherche des abandons pour les enfants du Nigéria.
- Sensibilisation : 5 sensibilisateurs/promoteurs de santé mobiles couvrant les 5 CSI appuyés.
- Promotion de la santé (démonstration culinaires, sensibilisation sur les bonnes pratiques essentielles familiales et autres, etc).
- Mise en place d'un programme eau-hygiène-assainissement dans l'aire sanitaire de Nyelwa afin d'améliorer l'accès à l'eau potable et à la prévention des maladies hydriques.

Au niveau régional :

- Appui (RH et médicaments) apporté à la pédiatrie du Centre hospitalier régional (CHR) de Maradi pour la période de pic.
- Appui ponctuel au CHR lors de l'incendie de l'école AFN et du raid aérien de l'armée nigériane à Nachambé.

■ Bilan 2022

		2020	2021	2022
Agents Paludisme	Nb de consultations	52 504	40 418	40 541
CRENAM	Nb d'admissions	-	-	17 411
CRENAS	Nb d'admissions	21 635	27 167	18 542
CRENI	Nb d'hospitalisations	7 737	9 601	5 305
Pédiatrie	Nb de consultations	85 564	92 359	120 731
Pédiatrie	Nb d'hospitalisations	8 101	9 229	7 744
Urgences	Passages aux urgences	15 058	16 806	14 999
Soins Intensifs	Nb d'admissions	4 979	5 288	4 462

NIGERIA	
Contexte : Populations déplacées, Accès aux soins	Personnel
Nombre de projets : 3	International : 58
Dépenses 2022 : 30 385 k€	National : 979
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB, OCBA, OCG, WACA

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

Depuis plus d'une décennie, le pays est confronté à des problèmes de sécurité suite à l'émergence de Boko Haram dans le nord-est. Récemment, les activités d'insurrection et de banditisme se sont intensifiées dans tout le pays, avec des incidents violents presque quotidiens : attaques armées ciblées et embuscades contre les forces de sécurité gouvernementales et les hommes politiques, enlèvements contre rançon, explosions à des endroits stratégiques, barrages le long des routes et violences ethno-religieuses. En 2022, 4545 personnes ont été tuées et 4611 enlevées (Nigeria Security Incident Tracker).

Les opérations de Boko Haram/ISWAP ont dépassé leur bastion traditionnel du Nord-Est pour s'étendre au Nord-Ouest (attaque du train Abuja-Kaduna), au Centre-Nord (évasion de la prison de Kuje, attaques contre des gardes présidentiels et points de contrôle à la périphérie d'Abuja) et peut-être au Sud-Ouest (attentat meurtrier à l'explosif perpétré par des membres présumés du groupe dans une église). Malgré les offensives militaires en cours contre les groupes de djihadistes et de bandits dans le Nord, les agences de sécurité nigérianes sont débordées et incapables d'endiguer tous les problèmes. Cette situation a entraîné la création de milices d'autodéfense et l'appel à l'armement des citoyens.

Le ralentissement économique mondial a un impact négatif sur la croissance du Nigeria, suite à la guerre Russie-Ukraine en cours, avec une dépendance excessive aux exportations de pétrole brut et une inflation croissante, augmentant ainsi les niveaux de pauvreté et le taux de chômage des jeunes (33%). En mars 2023, le Nigeria a enregistré une inflation de 21,8 %, et cette tendance se confirme.

Bola Tinibu, du parti All Progressive Congress (APC), a remporté l'élection présidentielle et la majorité de tous les autres sièges. L'investiture présidentielle aura lieu en mai 2023. Mais la candidature de Peter Obi (Parti travailliste) à l'élection présidentielle a constitué un événement important dans le paysage politique nigérian. Sa candidature a été un signe d'espoir pour de nombreux Nigériens et a eu un impact significatif sur le vote des jeunes.

■ Contexte sanitaire

La situation sanitaire et nutritionnelle du Nigeria s'est détériorée. Les soins de santé primaires sont confrontés à des défis importants, en particulier dans le nord-est et le nord-ouest du pays, en raison de l'insuffisance des financements et de l'insécurité. Dans l'ensemble, le système de santé souffre de la fuite des cerveaux, avec un grand nombre de personnels qui partent chaque année au Royaume-Uni et aux États-Unis. Selon la Banque mondiale (2019), les dépenses de santé du Nigeria par rapport au PIB sont de 3,03 %, alors que la moyenne mondiale est de 9,83 %, ce qui représente le 15^e taux le plus bas au monde.

Les problèmes et défis sanitaires les plus importants sont le nombre croissant de cas de rougeole dans le nord-est et le nord-ouest, la malnutrition, les épidémies de variole du singe et la méningite. Le

choléra est endémique dans le pays et, pendant la saison des pluies, le risque d'épidémie est élevé. MSF collabore avec le NCDC (Nigeria Centre for Disease Control) et les ministères de la santé des États pour planifier correctement les réponses.

Le nord-est et le nord-ouest connaissent une crise nutritionnelle simultanée due à une combinaison de facteurs (problèmes chroniques, déni persistant de la réalité de la malnutrition dans le pays, dégradation de l'environnement, réponse inadéquate, récession économique, lassitude des donateurs et, bien sûr, insécurité). Dans le nord du pays, une grande partie de la population est soumise à une insécurité alimentaire et nutritionnelle chronique. Mais l'escalade de la violence et les difficultés d'accès aux champs en raison de l'insécurité ont conduit à une crise nutritionnelle majeure qui continue de s'aggraver. Le financement humanitaire reste très faible et très peu d'acteurs sont présents.

Le Nigeria est confronté depuis longtemps à des épidémies périodiques de méningite et, en 2022, de nombreux cas ont été signalés dans l'État de Jigawa.

Le Covid-19 n'est plus perçu comme un problème majeur au Nigeria ; il n'y a pas de surveillance active ni de dépistage régulier. Le Nigeria a administré 55 468 500 doses de vaccins Covid à ce jour. En considérant qu'il faut deux doses par personne, cela suffit pour vacciner environ 13,8 % de la population du pays (OMS, 2022).

PRESENCE MSF

OCP est présent dans le pays depuis 1996, avec actuellement 3 projets :

- Jahun – Etat de Jigawa : projet de santé maternelle et néonatale et de chirurgie de la fistule, ouvert en 2008.
- Maiduguri – État de Borno : hôpital pédiatrique avec une unité de soins intensifs, ouvert sur son site actuel en 2018.
- Katsina : projet de lutte contre la malnutrition, ouvert en 202.

En 2022, les 6 centres opérationnels de MSF sont présents dans 11 États et gèrent 15 projets à travers le pays : Borno, Cross River, Jigawa, Zamfara, Kano, Katsina, Kebbi, Sokoto, Benue, Bauchi et Ebonyi :

Etat	OC présent	Type d'activité
Borno state (Maiduguri LGA)	OCB/OCP	Centres nutritionnels, Hospitalisations pédiatriques
Kebbi state	OCB	Centres nutritionnels
Jigawa state (Jahun LGA)	OCP	Santé maternelle (CEmONC & BEmONCs)
Katsina	OCP	Réponse nutritionnelle d'urgence
Zamfara (Zurmi & Shinkafi)	OCBA	Soins pédiatriques, Santé maternelle, Nutrition, Réponses aux urgences (telles que choléra)
Zamfara (Anka LGA, Gumi)	OCA	Nutrition et soins pédiatriques
Benue	OCA	Soutien santé primaire
Kano and Cross River state	WACA	Nutrition, BEmONCs, Soutien santé primaire
Bauchi	OCG	Nutrition, Réponse choléra

PROJET : JAHUN

■ Historique du projet

Le projet Jahun est un projet à long terme qui a été lancé en 2008 pour améliorer la qualité des soins obstétricaux d'urgence à l'hôpital général de Jahun (JGH), réduisant ainsi la mortalité maternelle, la mortalité et le problème de la fistule dans la zone de gouvernement local (LGA) de Jahun et ses environs. L'intervention de MSF dans l'État de Jigawa a commencé par la mise en place d'un projet de fistule pour soutenir la maternité à l'hôpital général de Jahun. La principale raison pour laquelle ce projet a été lancé était d'améliorer la qualité des soins pour les patientes souffrant de fistule et d'offrir une approche plus globale en apportant une chirurgie de haute qualité, ainsi qu'un soutien mental et de physiothérapie aux patientes souffrant de fistule. Il s'agit du seul programme de lutte contre la fistule qu'OCP mène aujourd'hui au niveau mondial ; il a redonné espoir à plus de 5 000 patientes entre 2008 et 2022. En 2010, le projet a évolué vers des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets et la réparation des fistules obstétricaux (avec le soutien du ministère de la santé de l'État de Jigawa) au sein de l'hôpital.

En 2015, MSF a lancé une "stratégie de décongestion" consistant à établir des partenariats avec des centres de santé primaires afin de soutenir les accouchements sans complications et de réduire la charge de travail de l'hôpital Jahun. MSF a commencé à travailler dans les centres de santé primaires d'Aujara en mai 2016, de Miga en août 2016, de Jahun en avril 2018 et de Taura en novembre 2019. La composante de promotion de la santé a été incorporée par la suite. Le projet touche une population de 764 157 habitants, incluant Jahun (360 033 habitants), Miga (201 824 habitants) et Taura (202 300 habitants). La population cible, les femmes en âge de procréer dans la zone desservie, représente environ 22 % de la population.

■ Dispositif

À Jahun, le projet MSF apporte des soins de santé secondaires aux femmes enceintes et aux patientes souffrant de fistules vésico-vaginales, et soutient les services de planning familial et les activités de lutte contre la violence sexuelle. Les activités consistent en des soins complets obstétricaux et néonataux d'urgence (CEmONC) et sont menées dans l'hôpital de Jahun, qui dépend du ministère de la Santé de l'État de Jigawa. Les deux centres de référence tertiaires sont l'hôpital universitaire Aminu Kano (AKTH) à Kano et l'hôpital spécialisé Rasheed Shekoni (RSSH) à Dutse.

A l'hôpital de Jahun, la capacité d'hospitalisation est de 151 lits :

- Urgences obstétriques et gynécologiques : 56 lits, 15 lits en soins intensifs, 25 lits en néonatalogie et 10 lits avant l'accouchement.
- Service des fistules : 55 lits.

Le projet soutient également 4 centres BEmONCs (soins de base obstétricaux et néonataux d'urgence).

■ Bilan 2022

	2020	2021	2022
Hospitalisation gynéco-obstétrique	11 906	12 219	12 951
Admissions néonatalogie	2 165	2 197	1 912
Accouchements hors césariennes	5 433	5 356	5 985
Premières consultations prénatales (BEmONCs)	15 897	17 691	19 344
Total accouchements (BEmONCs)	9 664	8 757	9 557
Nb actes chirurgicaux	3 374	3 511	2 545
Nb chirurgies fistules	205	263	250
Mortalité maternité	1,27%	1,24%	<2%
Taux d'occupation des lits	102%	101%	<100%

PROJET : MAIDUGURI

■ Historique du projet

Les projets d'OCP à Maiduguri ont débuté fin 2014 suite à la montée de la violence dans l'État de Borno en 2013 et à l'afflux important de personnes déplacées dans la ville de Maiduguri. Jusqu'en 2016, différents projets ont été ouverts, y compris des activités à Maiduguri et dans les camps de déplacés, mais aussi dans les zones gouvernementales locales (LGA) de Bama, Monguno et Dikwa. Depuis la mi-2016, OCP a un projet qui apporte des soins de niveau secondaire à l'hôpital pédiatrique de Gwange III, situé dans le Conseil métropolitain de Maiduguri (MMC).

Gwange, avec une population de 464 529 habitants, est l'une des zones les plus peuplées de Maiduguri et accueillait le plus grand nombre de personnes déplacées au moment où OCP a commencé son activité hospitalière. Entre août et décembre 2020, MSF a également fourni des consultations générales de médecine ambulatoire et des références pour les cas pédiatriques graves dans quatre sites autour de Maiduguri (activités de proximité dans les camps de déplacés de Musari et d'Ahmed Grema, ainsi que dans les villages de Dusuman et de Khadamari).

■ Dispositif

L'objectif du projet est de fournir des services de soins de santé essentiels et secondaires aux enfants âgés de 1 mois à 15 ans. L'hôpital pédiatrique Gwange III est le seul centre de soins pédiatriques gratuit à Maiduguri. L'hôpital pédiatrique est géré par OCP et le service de consultations pour tous les groupes d'âge par le ministère de la santé. Pendant le pic de paludisme, MSF soutient également le service de consultations, pour les enfants uniquement. Entre janvier et juillet 2022, OCP a dispensé 8 628 consultations aux urgences et admis 4 597 patients.

En 2022, OCP a eu l'intention de travailler en dehors de l'hôpital pédiatrique Gwange III et en dehors de Maiduguri avec une équipe de proximité, mais en raison du changement du contexte sécuritaire, OCP continue à travailler uniquement à l'intérieur de Maiduguri.

Bien que le projet ait d'abord été lancé pour servir la population déplacée, avec l'évolution du contexte humanitaire, démographique et socio-économique à Maiduguri, le projet sert actuellement aussi la population "urbaine pauvre" et les personnes déplacées qui sont intégrées dans les communautés d'accueil, ce qui représente 84,3 % de tous les patients.

■ Bilan 2022

	2020	2021	2022
Consultations aux urgences	22 648	26 634	26 803
Consultations générales	N/A	19 361	34 663
Paludisme : Test et traitement (activité de proximité)	N/A	7 581	46 553
Admissions	10 943	15 556	14 452
Taux d'occupation des lits	72,5%	84%	<100%
Taux de mortalité	4,8%	6,2%	<5%

PROJET : KATSINA

■ Historique du projet

MSF OCP a une longue histoire avec l'État de Katsina, qui a commencé en 2005 lorsque 12 700 enfants malnutris ont été pris en charge entre le 30 juin et le 31 décembre. À la fin de l'année, le gouverneur n'a pas souhaité renouveler le protocole d'accord avec MSF dont le projet mettait en lumière la malnutrition.

La mission exploratoire menée au début de l'année 2021 (février et mars) a été déclenchée par trois éléments :

1. Le grand nombre de Nigériens admis dans le projet de nutrition au Niger (Madarounfa) : ils représentent une proportion importante du total depuis de nombreuses années et ont atteint près de 70% du total des admissions en 2021.
2. Le contexte 2020 avec la dégradation du conflit dans l'ouest de l'Etat : les affrontements fréquents entre les différents groupes armés et les forces nigérianes et les enlèvements contre rançon ont eu un impact sur les activités agricoles, les affaires et les déplacements sont plus difficiles. Le coût de la nourriture a donc augmenté, il y a eu des difficultés économiques liées au Covid. En outre, le nombre élevé de cas de rougeole dans l'État est préoccupant, la maladie étant liée à la malnutrition.
3. Les caractéristiques historiques de l'État : depuis l'intervention de MSF OCP en 2005, les mêmes éléments sont toujours présents et déterminants - taux élevé de mortalité des enfants de moins de 5 ans, grand nombre d'enfants par famille, accès difficile à une alimentation de qualité, forte densité de population, etc.

Les résultats nous ont amenés à démarrer les activités dans 4 centres de santé de la zone de Jibia au début du mois d'août après de longues discussions avec les autorités. En raison de l'insécurité à Jibia et de l'impossibilité d'y installer une équipe permanente pour mettre en place un centre nutritionnel intensif, ainsi qu'un 5^e centre ambulatoire (Kofar Marusa), le centre intensif (Kofar Sauri) a été ouvert dans la ville de Katsina le 20 septembre.

En novembre 2021, des missions exploratoires ont été menées dans 3 zones gouvernementales : Batagarawa (291 000 habitants), Mani (271 000) et Mashi (263 000). Un 6^e centre nutritionnel ambulatoire a été ouvert à Mashi en mars 2022.

Pour faire face au nombre d'admissions au centre intensif pour le pic de 2022, un second centre intensif a été ouvert à l'hôpital Turai Yar'Adua le 15 juillet 2022.

■ Dispositif

- Centres nutritionnels intensifs dans la ville de Katsina : Kofar Marusa (270 lits) et Turai Yar'Adua (295 lits).
- Centres nutritionnels ambulatoires :
 - LGA de Jibia : Riko, Daddara, Magama et Gurbin Magaria
 - LGA de Mashi : Mashi
 - LGA de Katsina : Kofar Marusa
- Des points de dépistage et de traitement du paludisme ont été mis en place dans tous les centres nutritionnels ambulatoires pendant les pics (juin à novembre). Des lits dédiés ont été mis en place pour les cas graves.
- Réponses aux épidémies : Suivi de l'épidémie de choléra et de rougeole. Une tente d'isolement a été installée dans les deux centres intensifs avec du personnel dédié pour répondre à l'épidémie de rougeole et du personnel identifié avec une expérience de la réponse au choléra, prêt à se détacher si nécessaire.

■ Bilan 2022

Cette année se caractérise par quatre éléments principaux :

- Un volume d'activité considérable qui a donné un sentiment de débordement notamment aux centres nutritionnels ambulatoires de Kofar Marusa et de Mashi où plus de 1000 enfants étaient attendus certains jours pour des consultations de suivi. Les efforts de toute l'équipe pour se préparer à un pic d'hospitalisations sont à saluer (recrutement de plusieurs centaines de personnes, formation, construction dans les délais et le budget impartis, plus de 550 lits, etc.)
- Une attention particulière à la sécurité qui nous a permis de développer et d'entretenir nos relations avec les principaux acteurs et d'adapter notre dispositif d'interventions tout au long de l'année (fréquence des déplacements, déprofilage et reprofilage).
- Une amélioration qualitative du projet avec le développement d'activités de promotion de la santé qui ont permis d'améliorer ou au moins de mieux comprendre l'adhésion au projet, les doubles enregistrements, et les abandons.
- La mise en œuvre d'une stratégie d'influence au niveau du projet, et au niveau national, régional et global avec les différents acteurs du Ministère de la Santé, du Gouvernorat, de l'ONU et des bailleurs de fonds afin de mobiliser plus d'acteurs et de fonds dans le Nord-Ouest. Cette stratégie a également permis une communication publique qui a abouti à l'inclusion prévue du Nord-Ouest dans le plan de réponse humanitaire 2023.

		2022
Centres nutritionnels ambulatoires	Nb admissions	97 318
	dont malnutrition sévère	80%
	Nb sorties	93 374
	% guéris	76%
Centre nutritionnel intensif	Nb d'admissions	13 490
	Durée Moyenne de séjour	5 jours
	Nb de sorties	13 473
	Mortalité	8%
Traitement saisonnier du paludisme	Nb de tests	97 541
	% positifs	38%
	Nb cas confirmés	37 037
	Cas compliqués hospitalisés	7%
Hospitalisation paludisme	Nb de lits	50
	Nb d'admissions	4 828
	Transfusions de sang	203
	Mortalité	2,7%
Rougeole	Nb cas suspects	5 503
	% cas référés	11%
	Cas compliqués isolement	636
	Mortalité	9%
	Vaccination	38 762

UGANDA	
Contexte : Epidémie/Endémie Populations réfugiées	Personnel International : 33 National : 250
Nombre de projets : 8	Autres centres opérationnels MSF :
Dépenses 2022 : 8 494 k€	OCB, OCG
Financements institutionnels : 648 k€ (Canada)	

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

Début 2023, la population de l'Ouganda est estimée à 44,21 millions d'habitants et un taux de croissance démographique annuel de 3,3 %, selon les données de l'ONU. 44,3% de la population ougandaise a moins de 15 ans et 4% est âgée de 60 ans ou plus. L'âge médian en Ouganda est de 16,7 ans.

L'Ouganda s'est transformé d'un pays au passé politiquement trouble en un pays relativement stable. Depuis son indépendance du Royaume Uni en 1962, le pays a subi un coup d'État militaire, suivi d'une dictature militaire brutale qui a pris fin en 1979. En 1980, des élections contestées ont été organisées, suivies d'une guérilla de cinq ans qui a amené le chef de l'armée rebelle, Yoweri Museveni, au pouvoir en 1986. Le président Museveni a été crédité d'avoir restauré une stabilité relative et la croissance économique de l'Ouganda après les années de guerre civile et de répression sous les anciens dirigeants Milton Obote et Idi Amin. Mais il est également critiqué par ses partenaires pour son rôle dans les conflits en RD Congo et au Sud Soudan. Le pays a également dû faire face à une brutale insurrection de 20 ans dans le nord, menée par la Lord's Resistance Army (LRA) de Joseph Kony et les Allied Democratic Forces (ADF) de Jamil Mukul, considérées comme des organisations terroristes par le gouvernement ougandais. Les deux groupes étaient à l'origine basés dans le nord et l'ouest de l'Ouganda mais ont transféré leurs actions dans les pays voisins, la République démocratique du Congo, le Soudan du Sud et la République centrafricaine. Récemment, le gouvernement a évoqué les "cellules dormantes" du groupe ADF comme principaux responsables de la série d'attentats-suicides et d'autres attaques à Kampala en octobre et novembre 2021. L'ISCAP (branche centrafricaine de l'Islamic State) a revendiqué la responsabilité de certaines de ces attentats en collaboration avec les ADF.

Le président Yoweri Museveni et son National Resistance Movement (NRM) dirigent l'Ouganda sans interruption depuis 1986. Déjà lors des élections de 2016, des violences ont éclaté notamment dans les districts de Kasese et Bundibudyo avec l'attaque du royaume de Rwenzururu et l'arrestation du roi à Kasese. En 2017, une nouvelle loi a été adoptée supprimant la limite d'âge de 75 ans pour les candidats à la présidence, ouvrant la voie à Museveni pour la prochaine élection en janvier 2021. Museveni et son parti NRM ont remporté les dernières élections et resteront au pouvoir pour un nouveau mandat de 5 ans (jusqu'en 2026). L'opposition et les observateurs indépendants se sont plaints de l'impartialité et de la transparence des dernières élections, mais celles-ci ont été étonnamment calmes et n'ont donné lieu à aucune manifestation post-électorale violente.

Les élections de janvier 2021 ont confirmé le jeune et populaire Robert Kyagulanyi Ssentamu, connu sous son nom de scène Bobi Wine (une popstar ougandaise), devenu homme politique avant les élections générales de 2016, et son nouveau parti politique, National Unity Platform (NUP), comme principal parti d'opposition du pays. Bobi Wine a subi plusieurs arrestations avant et après les élections, y compris l'arrestation du 18 novembre 2020, pour avoir enfreint le protocole Covid-19 pour les réunions politiques. L'arrestation de Bobi Wine avant les élections a soudainement déclenché un énorme tollé, des manifestations et des violences dans les rues de plusieurs villes d'Ouganda, entraînant la mort de 54 personnes et des centaines de blessés.

Au niveau régional, l'Ouganda reste une force politique et militaire majeure. L'engagement des Uganda Peoples' Defense Forces (UPDF) se poursuit dans le cadre de la mission de l'Union africaine en Somalie (AMISOM) soutenue par les Nations unies. Le rôle majeur de l'Ouganda dans la lutte contre l'insurrection

d'Al-Shabaab le rend théoriquement vulnérable aux opérations nationales du groupe, bien qu'il n'y ait eu aucune attaque sur le territoire ougandais depuis l'attentat à la bombe de juillet 2010 pendant la Coupe du monde de football, à Kampala.

L'Ouganda est entouré de pays instables : Le Soudan du Sud, qui connaît des combats réguliers entre les forces gouvernementales (SPLA-IG) et les forces d'opposition (SPLA-IO), obligeant les Sud-Soudanais à fuir en Ouganda. Le deuxième pays voisin instable est la RDC ; malgré l'élection du nouveau président Felix Tshisekedi et une passation de pouvoir pacifique pour la première fois, la violence n'a pas cessé dans la partie orientale du pays où opèrent environ 150 groupes armés combattus continuellement par des opérations militaires. En 2021, l'Ouganda a ouvertement proposé d'envoyer des troupes dans l'est de la RDC pour combattre les ADF dans les provinces congolaises limitrophes du Nord-Kivu et de l'Ituri. Cette offre a finalement été acceptée, après les attentats de Kampala fin 2021. Les forces armées ougandaises ont franchi la frontière - avec des frappes aériennes - pour chasser les ADF sur le territoire congolais. Après 6 mois, les troupes ougandaises ont été rappelées en mai 2022. Les troupes ougandaises sont retournées en RDC, après avoir intégré la force régionale de l'EAC pour la stabilisation du Nord-Kivu.

Les relations entre le Rwanda et l'Ouganda sont confuses et quelque peu tendues, suite à des accusations et contre-accusations d'espionnage et d'ingérence politique malgré la signature par les 2 présidents en 2019 d'un protocole d'accord visant à mettre fin aux tensions. En 2022, des informations internationales font état d'un soutien du Rwanda et de l'Ouganda à la grande insurrection en cours dans l'est du Congo (territoire de Rutshuru, Nord Kivu) du groupe armé M23.

Menaces sur les LGBTQ+ et les travailleurs du sexe : L'homosexualité est illégale en Ouganda et l'homophobie est élevée. Le pays a l'une des politiques les plus strictes à l'encontre de la communauté des lesbiennes, gays, bisexuels et transsexuels (LGBTQ+), alimentée en partie par des évangélistes et d'autres religieux qui exercent un pouvoir et une influence considérables. En mars 2023, le parlement ougandais a adopté une loi anti-gay radicale qui propose de nouvelles sanctions sévères pour les relations homosexuelles et criminalise toute personne s'identifiant comme LGBTQ. Le projet de loi propose par exemple de pénaliser les personnes ou les institutions qui soutiennent ou financent des activités ou des organisations de défense des droits des LGBTQ+, ou qui publient des médias pro-gay, de condamner à la prison à vie toute personne reconnue coupable d'avoir commis le délit d'homosexualité ou à la peine de mort pour ce qui est décrit comme une "homosexualité aggravée".

■ Contexte sanitaire

Après la levée du confinement du Covid-19 au début de 2022 (le plus long confinement au monde : 2 ans) et la réouverture complète de l'économie, le gouvernement ougandais a tenu compte de l'impact du CoVID-19. Un budget de 3,722 trillions de shillings ougandais aux prestations de santé, principalement axés sur la vaccination contre le Covid-19 et le renforcement des systèmes de santé.

VIH / Sida

L'Ouganda fait partie des 14 pays qui ont atteint les objectifs 90-90-90 de l'ONUSIDA en 2020. Dans le plan stratégique national 2020/21, le pays a adopté 95-95-95 comme nouveaux objectifs. En 2020/21, la performance du pays par rapport à l'objectif était de 94-98-91, attribuée au dépistage ciblé du VIH, à la stratégie Test-and-Treat, à l'optimisation de la thérapie antirétrovirale et à l'amélioration de la programmation de la lutte contre le VIH. Malgré cette étape importante, des efforts supplémentaires sont nécessaires dans la cascade du VIH pour les 10-19 ans, car le groupe d'âge des adolescents est en dessous des objectifs fixés, à 73-80-71 en 2020/21. Les nouvelles infections en 2020 s'élèvent à 38 000, dont 5 300 enfants, les filles et les jeunes femmes, populations clés et prioritaires, contribuant, selon les estimations, à 60 % des nouvelles infections. La violence sexuelle a été citée comme l'un des principaux facteurs à l'origine des nouvelles infections. La prévalence du VIH chez les travailleuses du sexe est de 31 %, chez leurs partenaires de 18 %, chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de 12,7 % et chez les hommes en uniforme de 18 %.

Entre 2010 et 2020, l'Ouganda a enregistré d'énormes progrès dans la lutte contre l'épidémie de VIH/sida. Cependant, la prévalence du VIH reste élevée chez les femmes (6,8 %) et chez les hommes (3,9 %). C'est à Kampala que la prévalence est la plus élevée (18 %) et à Nabilatuk qu'elle est la plus faible (0,2 %). Au

cours de la même période, le nombre de décès liés au VIH, de nouvelles infections et d'infections acquises résultant de la transmission de la mère à l'enfant a fortement diminué. L'impact du Covid-19 sur le VIH a entraîné une baisse de 41 % du dépistage du VIH et de 37 % de l'orientation et de l'initiation des soins (ONUSIDA, 2021). On estime que les populations concernées en Ouganda représentent environ 310 000 personnes, dont 130 000 travailleuses du sexe, 22 000 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 7 500 consommateurs de drogues injectables et plus de 150 000 personnes incarcérées. L'Ouganda a adopté la nouvelle stratégie de lutte contre le VIH proposée par ONUSIDA pour cibler les populations à haut risque. L'utilisation du TDF/FTC (combinaison ténofovir/emtricitabine) pour la prévention du VIH est approuvée. Le traitement Apretude de ViiV a également été approuvé (mi-novembre 2022).

Santé sexuelle et reproductive et santé adaptée aux adolescents

L'Ouganda dispose depuis 2012 d'une politique de santé adaptée aux adolescents qui vise à atténuer les problèmes de santé et les comportements à risque pour cette population. Cette politique comprend l'accès à des services de santé adaptés aux adolescents et l'éducation à la santé sexuelle et reproductive, et ses objectifs sont similaires à ceux des recommandations de l'OMS et de l'ONUSIDA sur la santé des adolescents. Bien que la politique ait été adoptée en 2012, il semble y avoir peu d'exemples de sa mise en œuvre en Ouganda.

La population ougandaise est jeune : 44,3% de la population a moins de 15 ans. Un Ougandais sur quatre (23,3 %) est un adolescent et un sur trois (37,4 %) est un jeune de moins de 24 ans. Les adolescents et les jeunes, en particulier les jeunes femmes (15-24 ans), sont plus susceptibles d'être infectés par le VIH. Les adolescents sont confrontés à de nombreux problèmes de santé, en particulier dans le domaine de la santé reproductive, notamment les grossesses précoces non désirées, les avortements non sécurisés, les infections sexuellement transmissibles, les mutilations génitales féminines et les problèmes psychosociaux tels que la toxicomanie et la délinquance, l'absentéisme scolaire, les abus sexuels, etc. Les adolescents sont moins susceptibles d'utiliser les services pour des problèmes de santé sexuelle et reproductive, et les services qui leur sont offerts restent fragmentés et incomplets en Ouganda.

L'Ouganda est le cinquième pays où l'on recense le plus grand nombre de cas de cancer du col de l'utérus dans le monde ; son taux d'incidence brut est de 30 cas pour 100 000 habitants. Au total, 12,3 millions de femmes âgées de plus de 15 ans sont exposées au risque de cancer du col de l'utérus. Chaque année, on estime à 6 700 le nombre de cas et à 4 600 le nombre de décès dus au cancer du col de l'utérus. En moyenne, 2,5 % des femmes âgées de 15 à 24 ans vivent avec le VIH et sont donc exposées à un risque accru de cancer du col de l'utérus. L'Ouganda a introduit la vaccination contre le papillomavirus en 2015 et est un bénéficiaire de GAVI. La couverture vaccinale contre le papillomavirus en 2020 était de 74 % pour la première dose et 74 % pour la dernière dose, contre 99 % et 64 % en 2019. La méconnaissance du vaccin est l'obstacle le plus fréquent et la mobilisation sociale est limitée. La disponibilité limitée du vaccin contre le papillomavirus semble être moins un problème aujourd'hui que le déploiement pratique de la vaccination.

Tuberculose

La tuberculose est l'un des principaux défis de santé publique en Ouganda. En 2019, près de 88 000 personnes ont été diagnostiquées avec la tuberculose, 15 600 personnes sont décédées. La même année, 65 897 cas de tuberculose ont été diagnostiqués et notifiés au NTLP (programme national de lutte contre la tuberculose), avec une hypothèse probable de 25 000 cas non diagnostiqués ou diagnostiqués et non notifiés. On estime à 1 500 le nombre de cas de tuberculose résistante.

En 2020, le nombre estimé de personnes atteintes de tuberculose a augmenté de 35 %. 12 000 étaient des enfants, une augmentation de 24 % du nombre de patients tuberculeux perdus de vue, une réduction de 16 % du nombre de personnes ayant développé une tuberculose en co-infection avec le VIH, une diminution de 28 % du nombre de personnes diagnostiquées à la fois pour la tuberculose et le VIH et une augmentation de 5 % du nombre de personnes décédées de la tuberculose (TB situation, 2020). En 2021, le pays a connu une recrudescence de la tuberculose et le ministère de la santé a déclaré la tuberculose comme une urgence en raison du nombre élevé de cas de tuberculose, du taux élevé de létalité et du faible taux d'achèvement des traitements.

Epidémies

- Paludisme** : L'Ouganda a progressé dans la lutte contre le paludisme. En 2020-2021, l'incidence du paludisme était de 321/1000 habitants, un chiffre élevé attribué aux fortes précipitations. En 2020, l'Ouganda a représenté 5,4 % du nombre de cas de paludisme dans le monde. La proportion de cas de paludisme était de 23,3 %, soit la plus élevée d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe. *P. Falciparum* représente 98% des cas de paludisme dans le pays. Le paludisme est responsable de 30 à 50 % des consultations externes, de 15 à 20 % des hospitalisations et de plus de 30 900 décès en 2020, les enfants de moins de cinq ans étant les plus touchés. Les régions du nord du pays ont connu les plus fortes incidences de paludisme dans le passé. En 2021, c'est la région orientale du pays qui a été la plus touchée par l'incidence élevée du paludisme.
- Fièvres virales hémorragiques**

Fièvre jaune : L'Ouganda se trouve dans la ceinture de la fièvre jaune, endémique, et fait partie des 32 pays à fort potentiel de transmission de la fièvre jaune. Le pays a connu plusieurs épidémies par le passé. L'Ouganda n'a pas introduit la vaccination contre la fièvre jaune dans le calendrier des vaccinations de routine.

Ebola : L'Ouganda a connu quatre épidémies d'Ebola soudanais en 2000, 2011 et 2012 (l'épidémie d'Ebola de Bundibugyo en 2007 et l'épidémie d'Ebola du Zaïre en 2019). Le 20 septembre 2022, le ministère de la santé ougandais a déclaré une épidémie d'Ebola au Soudan, dix ans après avoir connu une épidémie d'Ebola due au virus soudanais. Cette épidémie a été déclarée terminée en janvier 2023, avec 142 cas confirmés et 55 décès.

Réfugiés

Face à l'afflux continu de réfugiés, principalement en provenance de la RDC, le HCR manque de fonds. Cette situation a suscité des inquiétudes quant au sort des 1 521 424 réfugiés que l'Ouganda accueille. Les réfugiés sont originaires du Sud-Soudan (56,9 %), de la RDC (31,8 %), de la Somalie (4,4 %) et d'autres pays (Burundi, Rwanda, Érythrée, Soudan et Éthiopie).

Crise alimentaire et nutritionnelle

Les enquêtes indiquent une réduction marquée de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans, de 14 % à 3,2 % entre 2017 et 2020, et l'Ouganda dispose d'une production alimentaire fiable. Toutefois, les ressources limitées, l'augmentation du coût de la vie et le changement climatique entraînant des déficits pluviométriques ou des inondations menacent les récoltes et, par conséquent, restreignent l'accès à la nourriture. La sécheresse qui sévit actuellement dans la Corne de l'Afrique a affecté la sous-région Karamoja (qui est l'une des régions les plus pauvres de l'Ouganda). En juin 2022, Kaabong, Kotido, Moroto, Napak et Nabiluk dans la région de Karamoja ont connu une crise d'insécurité alimentaire aiguë. MSF (OCG) a effectué une mission exploratoire en août, à la fin de la période de soudure.

Changement climatique

L'Ouganda est vulnérable au changement climatique en raison de la diversité de ses paysages et de sa dépendance aux ressources naturelles et à l'agriculture. Les inondations représentent le risque le plus important ; selon l'OMS, 70 000 personnes devraient être exposées à un risque direct ou indirect d'inondations fluviales d'ici 2030, soit une augmentation par rapport aux 15 500 personnes recensées en 2010. Le changement climatique augmentera probablement la morbidité liée aux maladies à transmission vectorielle. L'OMS estime que d'ici 2070, 108 millions de personnes seront exposées au risque de paludisme et que le risque de dengue augmentera à mesure que les conditions deviendront plus favorables aux moustiques en Ouganda. La malnutrition est déjà un problème important, avec un indice de la faim (GHI) de 30,6 en 2019, ce qui place l'Ouganda dans la catégorie des pays où la situation est alarmante. Avec 98,8 % d'agriculture pluviale plutôt qu'irriguée, la population est de plus en plus vulnérable à la malnutrition à mesure que le changement climatique influence les précipitations, les vagues de chaleur, les parasites et les maladies animales.

PRESENCE MSF

MSF est présente en Ouganda depuis 1980, initialement pour répondre à une crise de malnutrition dans la région de Karamoja. En 1981, MSF a travaillé pour la première fois à l'hôpital d'Arua pour soigner les combattants blessés. Dans les années 80, les activités de MSF ont porté sur la réponse à une épidémie de méningite, l'assistance aux réfugiés rwandais dans la région du sud-ouest, aux réfugiés soudanais dans le nord, la vaccination, la chirurgie et la médecine préventive contre la maladie du sommeil. Dans les années 90, MSF a intensifié son aide aux réfugiés rwandais, puis s'est déplacée à la frontière de la RDC, poursuivant ses opérations pendant le génocide de 1994 au Rwanda. Parmi les autres activités, citons le VIH/SIDA en 1995, l'aide aux personnes déplacées, le choléra, la rougeole, la malnutrition en 1997 et une vaste épidémie de choléra dans tout le pays, Kala Azar à la frontière du Kenya et Ebola à Gulu en 1998, entre autres. À partir des années 2000, les activités menées dans différentes régions du pays ont également porté sur les déplacements de populations, les afflux massifs de blessés, les épidémies de paludisme, la violence sexuelle et la santé mentale parmi les personnes déplacées et les réfugiés, l'hépatite, etc.

En 2001, suite à l'émergence de l'épidémie de VIH et au manque de traitement dans le pays, MSF a ouvert un projet VIH/Tuberculose à Arua.

En 2010-2011, MSF a répondu à l'afflux de réfugiés congolais dans le district de Bundibudyo, puis en 2013-2015, à l'afflux de réfugiés sud-soudanais dans le district d'Adjumani, en fournissant des soins médicaux, de l'eau et de l'assainissement, entre autres activités.

En 2015, à la suite d'une évaluation réalisée dans l'ouest du pays, MSF a lancé un projet dans le district de Kasese, ciblant les communautés de pêcheurs dans les sites de débarquement sur les rives des lacs George et Edward (VIH/Tuberculose) et les adolescents de la municipalité de Kasese (santé sexuelle et reproductive et soins de santé pour les adolescents).

Depuis 2016, MSF travaille dans les camps de réfugiés sud-soudanais dans l'ancien district de Yumbe et dans les districts actuels d'Arua et de Terego. En 2017, MSF a également répondu à un afflux de réfugiés congolais dans le district de Hoima, suivi d'une épidémie de choléra. Par ailleurs, au fil des années, MSF a répondu à diverses épidémies récurrentes dans le pays (choléra, Marburg, Ebola, méningite, paludisme, Covid-19...).

OCP reste la seule section MSF opérationnelle en Ouganda. MSF OCG dispose d'une unité d'approvisionnement (SUKA - Supply Unit Kampala) qui soutient ses projets au Soudan et en RDC et qui est également chargée de l'approvisionnement local et de la gestion des stocks d'urgence pour OCP en Ouganda. Epicentre est basé à Mbarara et mène différentes études en collaboration avec l'Université de Mbarara.

OCG et OCB sont revenus en Ouganda pour l'épidémie d'Ebola fin 2022.

PROJETS : REPONSES AUX URGENCES

Intervention	Période	Réalisations
Kasese vaccination Covid	Janvier 2022	En collaboration avec les autorités sanitaires du district, MSF a mené une campagne de vaccination de masse dans le district de Kasese. Environ 270 000 adultes ont été vaccinés au cours de la campagne de 7 jours, atteignant une couverture d'environ 70% (administrative). Le deuxième cycle s'est achevé en janvier 2022, avec une couverture de la première dose de plus de 80% et de la deuxième dose d'environ 60%.
Kisoro Réfugiés	Mars-Août 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Centre de consultations ouvert 24/7 avec consultations prénatales, violences sexuelles, santé mentale. - 22 lits d'hospitalisation. - Système d'ambulance pour référer les patients. - Accouchements pour grossesses sans complications. - Gestion des déchets. - Construction de 20 abris pour réfugiés. - Construction de latrines. - Distribution d'articles de première nécessité
Ebola	Septembre 2022 à février 2023	<p>Réponse inter-OC coordonnées par OCP.</p> <p>Construction de centres de traitement Ebola – 159 lits :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mubende Regional Referral hospital – 36 lits - Madudu – 8 lits - Mubende – 39 lits - Kasanda – 40 lits - Kampala Mulago hospital – 32 lits - Beyongede – 4 lits <p>61 000 personnes atteintes par le programme de proximité et de sensibilisation dans les districts de Mubende, Kasanda et Kampala.</p> <p>437 personnes formées</p>

PROJET : KASESE – CLINIQUE POUR ADOLESCENTS

■ Historique du projet

Sur la base d'une évaluation de l'accès au dépistage et au traitement du VIH menée dans les districts de Kasese, Rubirizi et Kamwenge entre août 2014 et janvier 2015, MSF a commencé à travailler dans l'ouest de l'Ouganda en 2016, selon deux axes :

1. Communautés de pêcheurs

Autour des lacs George et Edward, l'accès au diagnostic, aux soins et au traitement du VIH était insuffisant pour répondre aux besoins des communautés de pêcheurs dont la prévalence et l'incidence du VIH étaient élevées.

En collaboration avec le ministère de la Santé, MSF a lancé un projet englobant 13 sites de débarquement dans les districts de Kasese, Kamwenge (devenu Kitagwenda) et Rubirizi et a mis en œuvre des interventions de santé publique dans le but de renforcer la cascade de soins du VIH ciblant les populations les plus à risque, notamment les pêcheurs, les travailleuses du sexe et les conducteurs de boda-boda. En 2017, MSF a commencé à améliorer l'adhérence aux traitements et la suppression de la charge virale pour les personnes vivant avec le VIH/sida en opérationnalisant les modèles de prestation de services différenciés pour le VIH (DSDM) sur la base des recommandations du ministère de la santé.

Le projet sur cinq ans a obtenu des résultats remarquables. En 2021, MSF a d'abord transféré les activités des sites d'atterrissage dans les districts de Rubirizi et de Kasese au ministère de la Santé et à ses partenaires, TASO et Baylor Uganda. Fin septembre 2022, MSF a terminé les activités des sites de débarquement dans le district de Kitagwenda et les a remises au ministère de la santé et à Baylor Uganda.

2. Adolescents

À Kasese, les adolescents (et les jeunes adultes) sont confrontés à des difficultés et à des problèmes de santé reproductive - comportements à risque, grossesses précoces, violences sexuelles, avortements non médicalisés - qui sont les conséquences de la pauvreté, de la stigmatisation des adolescents en général, de la défiance envers le monde des adultes et de la faible fréquentation des structures de santé. En réponse, MSF a ouvert une clinique accueillant les jeunes, connue sous le nom de Kasese Adolescent Centre (KAC), dans le but d'améliorer la santé sexuelle et reproductive, ainsi que la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH dans la municipalité.

■ Dispositif

Situé au Kasese Municipal Council Health Centre III (KMC HC III), le KAC offre gratuitement des soins de santé primaires complets et intégrés ainsi que des soins de santé secondaires pour les adolescents âgés de 10 à 19 ans dans la municipalité de Kasese et les zones environnantes. Les services sont les suivants :

- Consultations générales (OPD)
- Santé sexuelle et reproductive (SSR) : soins prénatals et postnatals, traitement des infections sexuellement transmissibles, planning familial, avortement médicalisé et vaccination contre le papillomavirus.
- Prise en charge des violences sexuelles pour toutes les tranches d'âge.
- Gestion des maladies chroniques, notamment traitement et soins du VIH, prise en charge de la drépanocytose et santé mentale.
- Activités récréatives.

- Des activités de promotion de la santé, de mobilisation communautaire et d'engagement sont également menées pour sensibiliser et diffuser des informations sur la santé. Le travail se fait avec un réseau d'acteurs clés tels que fonctionnaires, police, chefs religieux, administration scolaire, chefs communautaires et ONG, afin de promouvoir l'importance de la santé et du bien-être des adolescents.

L'une des caractéristiques du KAC ajoutée en 2022 mérite d'être mentionnée : l'implication des pairs. Ils jouent un rôle déterminant dans l'amélioration de l'accès et de l'orientation des adolescents vers les services du KAC et dans l'amélioration du soutien aux patients. Ils accueillent les adolescents, les guident vers les services dont ils ont besoin au KAC et leur font visiter les lieux, participent à des séances d'éducation à la santé dans les salles d'attente et de loisirs, et remplissent le questionnaire de satisfaction des patients. Ils sont également impliqués dans les activités communautaires au cours desquelles ils donnent des informations de santé, orientent les patients et apportent un soutien par les pairs avec l'appui du personnel de MSF.

■ Bilan 2022

Les objectifs des activités des sites de débarquement ont été atteints avec de bons taux de suppression de la charge virale (plus de 90%) grâce aux activités organisées par le CCLAD (délivrance d'antirétroviraux dans la communauté). Les activités à Kitagwenda ont été transférées avec succès au ministère de la santé et à Baylor Ouganda. Baylor Ouganda s'est également engagé à prendre en charge les soins et l'hospitalisation des cas de VIH avancés.

Les activités de promotion de la santé et d'engagement communautaire ont permis de faire connaître les services du KAC. Le KAC est désormais bien connu et bien perçu par la communauté, qui le considérait auparavant comme un lieu de soins pour les avortements sans risque.

L'acceptation de la vaccination contre le papillomavirus pour les filles âgées de 10 à 13 ans reste limité, entre autres raisons parce qu'elles arrivent avec une trop forte fièvre ou sans le consentement de leurs parents.

Les soins médicaux gratuits et de qualité fournis au KAC, ainsi que les activités de promotion de la santé et d'engagement communautaire, ont incité davantage d'adolescents à se faire soigner au KAC. Le nombre de consultations générales et de consultations prénatales a régulièrement augmenté, avec une proportion accrue de patients venant de l'extérieur de la municipalité de Kasese. Cela souligne le fait que le KAC est effectivement devenu un centre de référence pour la santé des adolescents dans le district et au-delà. Des efforts continus ont été déployés pour répondre à la demande croissante et améliorer la qualité des services offerts, mais la pression sur les ressources humaines a entraîné une diminution du ratio soins/patients et un allongement des temps d'attente.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Consultations (nouvelles et suivi)	24 379	23 400	17 803	12 796	12 911	20 423
Cas de violences sexuelles	19	43	99	40	82	131
% de cas de violences sexuelles pris en charge en moins de 72h	57,9%	60,5%	33,4%	57,0%	71,0%	64,0%
Avortements sécurisés	128	230	378	434	667	747
Consultations anté-natales	741	1 161	1 061	991	1 251	1 244
Femmes sous contraception	262	584	601	566	598	613

PROJET : ARUA – PRISE EN CHARGE DU VIH ET ASSISTANCE AUX REGUGIES

■ Historique du projet

MSF a commencé à travailler sur le VIH et la tuberculose à l'hôpital régional de référence d'Arua (ARRH) en 2001, en réponse à la forte prévalence du VIH en Ouganda, avec l'objectif de démontrer la faisabilité et améliorer l'accès au diagnostic précoce, au traitement du VIH et de la tuberculose (simple et résistante) et à la réduction de la transmission de la mère à l'enfant (PMTCT). De 2005 à 2010, MSF a soutenu la décentralisation de la prise en charge du VIH dans quatre sites (Koboko, Adjumani, Nebbi et Yumbe).

L'accès aux thérapies antirétrovirales s'étant amélioré grâce à de nouveaux financements et acteurs, MSF a décidé en 2012 de confier ses activités VIH au ministère de la Santé sur une période de transition de deux ans.

Au cours de l'année 2013, MSF a mis en place des outils de mesure de la charge virale sur le lieu de soins (avec un financement UNITAID). Il s'agit d'un diagnostic réalisé dans, ou à proximité de la structure de santé de prise en charge du patient qui a permis une action plus rapide et a conduit à de meilleurs résultats. Cette expérience nous a permis d'identifier les lacunes dans la cascade de la charge virale, comme la longueur du délai de confirmation et le changement de traitement pour les patients en échec. Au cours du processus de transfert, une forte suspicion d'échec de traitement chez les adolescents est apparue. En conséquence, au lieu de transférer l'ensemble des responsabilités au ministère de la santé, nous avons priorisé et réduit les activités en nous concentrant davantage sur l'amélioration de la situation des adolescents et des enfants séropositifs, des adultes ayant une charge virale élevée ou une suspicion d'échec thérapeutique, des adultes sous traitement de deuxième et troisième ligne ainsi que des personnes atteintes du VIH à un stade avancé. Tous les patients VIH stables sous traitement antirétroviral ont été remis au Ministère de la Santé.

En 2020, MSF a constaté une mauvaise prise en charge des victimes de violences sexuelles dans la ville d'Arua, limitée aux déclarations d'un formulaire de police, sans aucune prise en charge médicale. MSF a décidé d'améliorer la prise en charge médicale des victimes de violences sexuelles, de manière qualitative et rapide (dans les 72 heures suivant l'agression) au ARRH.

En 2021, en plus des activités en cours, MSF a inclus l'intervention contre la tuberculose comme nouvelle priorité dans le projet d'Arua, avec pour objectif de réduire la mortalité des patients atteints de tuberculose - y compris la tuberculose multirésistante - hospitalisés à l'ARRH. La région du West Nile en Ouganda est considérée comme une région à forte prévalence de tuberculose, avec une augmentation des cas de tuberculose multirésistante et une mortalité hospitalière élevée, en particulier à Arua.

En réponse à la pandémie Covid-19, en 2021, nous avons collaboré avec l'ARRH et la municipalité de la ville d'Arua pour améliorer la gestion des cas (triage, soins à domicile et soins hospitaliers à l'ARRH) et mettre en place des mesures de soins préventifs à Arua. Deux sites de vaccination Covid pour les patients vulnérables présentant des comorbidités ont été mis en place dans les locaux de l'ARRH.

■ Dispositif

Arua Regional Referral Hospital (ARRH) : Les activités couvrent la prise en charge du VIH, de la tuberculose, des violences sexuelles, de la santé sexuelle et reproductive avec planning familiale et avortement médicalisé.

Camps de réfugiés : Santé sexuelle et reproductive (violences sexuelles, planning familial et avortement médicalisé) et santé mentale dans les camps d'Omugo et Imvepi.

■ Bilan 2022

Arua Regional Referral Hospital

VIH	2018	2019	2020	2021	2022
Cohorte VIH sous 1 ^{ère} ligne (rapports ministère)	5 869	5 359	5 696	4 798	4 702
Patients sous 2 ^{ème} ligne (rapports ministère)	895	1 261	1 121	969	895
Patients sous 3 ^{ème} ligne (MSF)	49	67	74	88	82
Couverture mesure charge virale	80,2%	NA	75%	75%	75%
Taux de suppression charge virale 0-19 years	68,4%	NA	78,5%	86,0%	89,1%

Camps de réfugiés

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nouveaux cas de violences sexuelles	785	1 257	1 217	637	835	1 371
% de cas de violences sexuelles pris en charge en moins de 72 h	17%	13%	36%	57%	48,6%	49,9%
Avortements médicalisés		245	231	129	202	148
Nouveaux cas de santé mentale	3 089	5 482	1 053	458	993	547

PAKISTAN	
Contexte : Accès aux soins, Epidémie/Endémie	Personnel
Nombre de projets : 3	International : 20
Dépenses 2022 : 6 612 k€	National : 357
Financements institutionnels :	Autres centres opérationnels MSF :
aucun	OCA, OCB

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte général

La situation humanitaire au Pakistan est marquée par des conflits et des catastrophes naturelles. Des actes de terrorisme visant les civils et les forces de sécurité se sont poursuivis en 2020 dans les provinces du Khyber Pakhtunkhwa (KP) et du Baloutchistan. Le Baloutchistan est la province la moins urbanisée et la plus pauvre du Pakistan, et le regain d'activité des groupes séparatistes y a entraîné une augmentation des cas de violence et de répression à l'encontre des civils. Des groupes militants actifs, notamment les talibans (TTP) et les groupes affiliés à l'État islamique, contribuent à l'insécurité élevée dans la province du Khyber Pakhtunkhwa.

Les déplacements de population à l'intérieur du Pakistan sont souvent temporaires mais récurrents. Depuis 2009, l'insécurité a entraîné le déplacement de plus de 5 millions de personnes dans le KP. Les personnes déplacées sont principalement accueillies dans les zones urbaines, en particulier à Peshawar, Rawalpindi et Karachi. La plupart des personnes déplacées vivent dans des communautés d'accueil et n'ont pas accès à des moyens de subsistance, à des abris adéquats et à des installations d'eau, d'assainissement et d'hygiène. La situation humanitaire des personnes déplacées est aggravée par la présence de 1,4 million de réfugiés afghans dans le pays, ce qui accroît la pression sur les infrastructures publiques déjà mises à rude épreuve.

Le Pakistan est extrêmement exposé aux risques naturels, notamment aux inondations saisonnières, aux avalanches et aux tremblements de terre. Chaque année, au moins 3 millions de personnes sont touchées par les risques naturels dans le pays. La faiblesse des infrastructures, l'inefficacité des systèmes d'alerte et l'éloignement des lieux touchés aggravent les dégâts et limitent la réponse humanitaire.

En 2022, après un record de température au printemps, une mousson sans précédent a provoqué des inondations qui ont touché environ 33 millions de personnes, dont 45 % dans le Sindh et 30 % dans le Baloutchistan. Les inondations ont causé d'importants dégâts aux infrastructures, aux terres agricoles et au bétail. Elles ont endommagé environ 3,5 millions d'hectares de cultures (plus de 50 % dans le Sindh) et causé la mort d'environ un million de têtes de bétail (environ 50 % au Baloutchistan).

■ Contexte politique

En avril 2022, Imran Khan a été le premier Premier ministre à être renversé par un vote de défiance. Au-delà de l'échec de sa gouvernance et de l'économie, Khan a également perdu le soutien des militaires qui l'avaient aidé à accéder au pouvoir.

Le nouveau gouvernement est dirigé par la ligue musulmane du Pakistan – PML(N) – Shehbaz Sharif (frère de Nawaz Sharif qui a été trois fois premier ministre, puis condamné pour corruption). La stabilité politique est extrêmement précaire et le pays devra également faire face à des problèmes de sécurité posés par des groupes islamistes tels que le TTP, ainsi que par un mouvement séparatiste au Baloutchistan. Tout accord de trêve a peu de chances de durer.

Le 29 août, le Fonds monétaire international (FMI) a accepté de débloquer le dernier 1,1 milliard de dollars de fonds pour le Pakistan, qui n'est pas encore arrivé en raison de conditions qui doivent encore être acceptées (l'augmentation de la taxe sur les carburants est l'une d'entre elles). Il s'agit du 23^e programme du FMI dont bénéficie le Pakistan en 75 ans d'existence. Le dernier plan a été approuvé après l'exercice fiscal 2021-22 qui s'est clôturé avec un déficit six fois plus important qu'à la fin de l'exercice fiscal précédent. Les experts craignent que si l'accord avec le FMI n'est pas conclu avant le début de l'année 2023, le pays ne soit en grande difficulté en raison du niveau dangereusement bas de ses réserves. En juillet, la roupie a atteint son plus bas niveau historique par rapport au dollar américain, la monnaie pakistanaise perdant plus d'un tiers de sa valeur depuis le début de l'année. Les fonds du FMI, accompagnés de l'exigence d'un engagement en faveur de réformes économiques, ouvrent la voie à des financements provenant d'autres sources : la Banque asiatique de développement (BAD), les Émirats arabes unis ainsi que l'Arabie saoudite et le Qatar, par le biais de prêts ou d'investissements.

Les mesures d'austérité adoptées sous l'égide du FMI ont sapé la popularité de la PML(N). Si des élections anticipées devaient avoir lieu, la PML (N) perdrait le pouvoir. Toutefois, le retour potentiel du gouvernement national dirigé par le PTI (parti d'Imran Khan) pourrait entraîner le report indéfini d'une future tranche du programme du FMI, avec une faible possibilité d'annulation pure et simple, laissant le Pakistan dans une situation encore plus précaire, avec un scénario proche de celui du Sri Lanka.

La rhétorique politique de Khan augmente également le risque de troubles politiques. Khan a l'intention de porter son combat contre le nouveau gouvernement dans la rue, ce qui avait déjà commencé en novembre 2022 avec la marche qu'il avait organisée dans tout le pays en direction de la capitale et qui s'est poursuivie jusqu'à la fin de l'année, et avec les tirs dont il a été la cible en novembre. L'armée pakistanaise (y compris ses services de renseignement) a une longue tradition d'intervention politique et jouera un rôle actif en coulisses pour forger des alliances, en particulier en l'absence d'un parti politique dominant. Dans ce contexte, la nomination du nouveau chef de l'armée, qui a en fait été débauché par Imran Khan d'un autre poste de haut rang (chef des services de renseignement), crée de nouvelles possibilités de conflit avec le parti de Khan.

Le Pakistan s'est éloigné des États-Unis pour se rapprocher de la Chine. La politique chinoise à l'égard des ONG a eu pour effet de rendre hostiles les ONG internationales et la plupart des ONG financées par les États-Unis ont été empêchées de travailler au Pakistan ou ont dû faire face à des difficultés extrêmes pour conserver un statut légal dans le pays.

Par ailleurs, la Chine reste le premier partenaire économique et stratégique du Pakistan. Malgré les inquiétudes concernant la viabilité de la dette pakistanaise, les impératifs stratégiques liés à la rivalité entre l'Inde et la Chine feront en sorte que cette dernière continuera à fournir une certaine assistance au Pakistan, même si c'est à des conditions défavorables.

Au moment de la prise du pouvoir par les talibans afghans en 2021, le Pakistan a salué le retour des talibans, estimant apparemment que ce régime favoriserait les intérêts du Pakistan en matière de sécurité, mais depuis lors, les négociations de trêve ont été abandonnées et les attaques terroristes ont augmenté de 50 % depuis l'été 2022, y compris des attaques très médiatisées à Islamabad en décembre, à Peshawar en janvier et à Karachi en février, et les critiques d'Islamabad à l'égard de Kaboul pour avoir donné un refuge au TTP sont devenues plus virulentes. Le Pakistan continuera à dialoguer avec les talibans malgré la montée de l'activisme du TTP, car le pire scénario pour le Pakistan est que l'Afghanistan sombre à nouveau dans le chaos, hors du contrôle des talibans ; une telle crise pourrait avoir des conséquences désastreuses pour le Pakistan, par exemple un afflux massif d'Afghans désespérés à la recherche d'un emploi et d'un abri. Mais il est peu probable que les talibans interviennent dans les négociations entre les autorités pakistanaises et le TTP et ils ne resteront qu'un médiateur.

Il est peu probable que les relations entre le Pakistan et les États-Unis s'améliorent au cours des prochaines années, d'autant plus que les États-Unis s'orientent vers une interaction accrue avec l'Inde. L'éloignement des États-Unis et de leurs alliés a incité le Pakistan à entretenir de bonnes relations avec la Russie, et le Pakistan a refusé de condamner ce pays pour son invasion de l'Ukraine.

On ne s'attend pas non plus à une amélioration significative des relations entre l'Inde et le Pakistan dans un avenir proche, bien que le Pakistan puisse importer de la nourriture et du coton de l'Inde en raison de la dévastation causée par les inondations. Le conflit de souveraineté qui dure depuis des décennies au sujet du Cachemire (où le Pakistan et la Chine sont unis pour créer des infrastructures) et les préoccupations de l'Inde concernant le terrorisme transfrontalier maintiendront les liens tendus. Toutefois, les arsenaux nucléaires des deux parties auront un effet dissuasif sur un conflit militaire de grande ampleur.

En 2023, le Pakistan intensifiera sa demande d'aide financière bilatérale auprès de l'Arabie saoudite, de la Turquie et des Émirats arabes unis, même si ces pays ne lui apporteront qu'un soutien modéré.

■ Contexte sanitaire

L'accès aux soins reste limité malgré certaines améliorations et initiatives provinciales, en particulier pour les réfugiés et les personnes déplacées (plus de 1,4 million d'Afghans au Pakistan, dont 850 000 dans la province du KP). La faiblesse des infrastructures sanitaires et des systèmes de surveillance, les mauvaises pratiques d'hygiène à domicile ou dans les hôpitaux, ainsi que le scepticisme des communautés à l'égard des campagnes de santé publique ont contribué à l'apparition de maladies, notamment la dengue et la poliomyélite, et à l'augmentation des taux d'infection par le VIH.

Bien que l'accès aux soins de santé de la population s'améliore, les indicateurs de santé restent faibles pour diverses raisons : insuffisance d'investissement dans la santé, mauvaise gouvernance et performance des systèmes de santé, manque de formation, chômage, inégalité des sexes, exclusion sociale et urbanisation croissante.

Principales causes de mortalité

- Taux de mortalité maternelle : 140 pour 100 000 naissances vivantes. Les femmes et les enfants font partie du groupe le plus vulnérable, confronté à des difficultés d'accès aux soins et à la morbidité et la mortalité liées à la grossesse.
- Taux de mortalité néonatale le plus élevé au monde : 40/1000 naissances vivantes.
- Taux de mortalité des moins de 5 ans : 54/ 1000 naissances vivantes. Des taux élevés de malnutrition avec une faible couverture vaccinale ajoutent encore au problème.
- Poliomyélite : Le Pakistan et l'Afghanistan sont les deux seuls pays au monde où le poliovirus continue de menacer la santé des enfants.
- Prévalence de la tuberculose : 675/100 000 (classé 5^{ème} au monde pour le nombre de nouveaux cas par an : 565 000). Le Pakistan est également au 4^{ème} rang mondial pour le nombre de nouveaux cas annuels de tuberculose multirésistante. La détection des cas a chuté de manière drastique pendant la période Covid et le pays tente à présent de se relancer.
- Épidémies régulières : typhoïde, hépatite C, dengue, leishmaniose, choléra, fièvres hémorragiques.
- Dengue : Au cours des dix dernières années, la dengue s'est profondément enracinée dans le pays et a eu de graves répercussions sur la santé de la population. En 2022, avec les pires inondations de l'histoire du pays qui ont débuté à la mi-juin, le nombre de cas de dengue signalés a connu une hausse significative. La présence des 4 sérotypes dans tout le pays augmente le risque de dengue sévère.
- Catastrophes naturelles : tremblements de terre (2005 avec intervention de MSF) et inondations (2010 et 2022) justifiant une attention dans le domaine de la préparation à l'urgence.
- Covid-19 : La pandémie mondiale a frappé le Pakistan fin février 2020. Fin 2022, le pays comptait 1 578 358 millions de cas déclarés et 30 645 décès, et 334 609 666 personnes avaient été entièrement vaccinées, ce qui a permis de ralentir la transmission l'année dernière par rapport à l'année précédente.

Après les inondations et la crise de la dette extérieure, le système de santé du pays a été durement touché et il se bat pour obtenir des médicaments essentiels. La capacité du Pakistan à importer les médicaments nécessaires ou les ingrédients pharmaceutiques actifs utilisés dans la production

nationale s'est détériorée. Si la situation actuelle persiste, on peut s'attendre à de nombreuses pertes d'emplois dans les hôpitaux pakistanais, ce qui risque d'aggraver encore la situation.

PRESENCE MSF

MSF est arrivé au Pakistan dans les années 80 pour mener des projets dédiés aux réfugiés afghans. MSF OCP a commencé à y travailler lors de la réponse d'urgence au tremblement de terre de 2005, puis a soutenu un hôpital local à Darband en 2008, parallèlement à la réponse aux déplacements massifs de population dans le KPK en 2009 et aux inondations de 2010.

Dans les zones directement touchées par le conflit, MSF a géré des activités d'urgence et chirurgicales à Hangu (2010-2016) et des services pédiatriques dans deux hôpitaux de l'agence de Kurram (zones tribales FATA : Alizai et Sadda).

La maternité de Peshawar (CEmONC) a ouvert en 2011 pour offrir un accès aux soins maternels et néonataux aux femmes des FATA et du district de Peshawar. Elle a fermé en 2022.

En réponse à l'épidémie de leishmaniose cutanée (LC), MSF a ouvert un centre de traitement en 2018 dans un hôpital public de Peshawar. En 2020, le deuxième centre de traitement a ouvert à l'hôpital du district de Bannu, au sud du district de KP.

Prise en charge de la tuberculose multirésistante dans le district de Gujranwala, province du Punjab : après une évaluation en 2018, une proposition d'intervention a été soumise en 2019 au programme tuberculose du Punjab qui a donné son accord en 2021. Les locaux de l'hôpital de Gujranwala ont été réhabilités par MSF à partir de septembre 2021 pour une réhabilitation complète aux normes de la lutte contre la tuberculose multirésistante. Le site du Programmatic Management of Drug-resistant TB (PMDT) soutenu par MSF à Gujranwala est fonctionnel depuis fin 2021.

En 2022, MSF a offert des soins de santé primaires à une population de 200 000 personnes déplacées de retour dans la zone de Tirah Valley.

Deux autres centres opérationnels MSF sont présents dans le pays :

- MSF OCB dans le Sindh : hépatite C et intervention d'urgence sur les inondations.
- MSF OCA dans le Balouchistan : nutrition, urgences, santé maternelle et infantile, leishmaniose cutanée, ainsi qu'une intervention d'urgence sur les inondations en 2022.

PROJET : PESHAWAR – MATERNITE, SOINS NEONATAUX ET LEISHMANIOSE CUTANEE

■ Historique du projet

Le projet d'obstétrique et de néonatalogie a été lancé en 2011 pour répondre aux besoins de la population des FATA, de la population rurale du PK et des personnes déplacées vivant à Peshawar ainsi que des réfugiés afghans.

De 2011 à 2017, l'hôpital a fait partie d'un réseau de référence avec les hôpitaux de Hangu et de Kurram où nous avons eu des activités jusqu'à la fermeture prématurée de ces programmes.

Fin 2022, il a été décidé de fermer l'hôpital à la suite de contraintes administratives (expulsion de la zone résidentielle). En novembre 2022, nous avons vu les derniers patients de la maternité de Peshawar et le processus de fermeture s'est déroulé sans heurts.

Le moment est venu de réfléchir à ce projet et à sa pertinence dans le contexte actuel, ainsi qu'à notre approche et à notre collaboration avec le ministère de la santé.

Les activités de prise en charge de la leishmaniose cutanée ont été développées en accord avec des programmes similaires antérieurs comme à Darband (2008-2011) et Kurram (2009-2017). En janvier 2018, un protocole d'accord a été signé pour traiter 150 patients par mois au Naseerullah Babar memorial Hospital (NBMH) de Peshawar.

Mi-2019, après un pic saisonnier en début d'année et l'indisponibilité du Glucantime dans les structures du ministère de la santé au Pakistan, une demande d'extension du service a été exprimée par le secrétaire à la santé de la province du KP. Il a été décidé d'étendre le projet au sud du KP, dans le district de Bannu (à 5 heures de route de Peshawar).

Depuis 2021, nous avons développé une approche décentralisée avec deux cliniques satellites autour de Peshawar, à Badaber et Tele Band, afin d'assurer un accès de proximité aux patients et de réduire le nombre de mauvais payeurs.

En 2022, le PDMA (Provincial Disaster Management Authority) a demandé le soutien de MSF pour une population de rapatriés (200 000 personnes) dans la vallée de Tirah qui n'avait pas accès aux soins. MSF a ouvert un service de consultations externes en juin 2022.

■ Dispositif

- Projet Leishmaniose cutanée : 3 sites dans et autour de Peshawar et 1 site à Bannu.
- Un dispensaire dans la vallée de Tirah.
- Réponse d'urgence aux inondations : eau-hygiène-assainissement et distribution d'articles de première nécessité sont les principales composantes, avec un soutien aux structures de santé endommagées.

■ Bilan 2022

Maternité	2017	2018	2019	2020	2021	2022 (jan-nov)
Maternité (admissions)	4 188	6 012	7 908	6 671	8 969	6 801
Maternité (accouchements)	3 198	4 873	5 884	5 683	6 963	5 756
Accouchements compliqués					13,9%	17,4%
Passages au bloc opératoire	489	602	726	476	885	618
Néonatalogie (admissions)	559	603	745	840	623	556
Taux de mortalité en néonatalogie					5,4%	3,2%
Taux d'occupation des lits					98,1%	98%

Leishmaniose	2019	2020	2021	2022
Nb de patients dépistés	3 378	2 477	2 713	3 033
Nb patients mis sous traitement	2 098	1 586	1 771	2 010
Positifs au laboratoire (%)	48%	57%	53%	50%
Traitement intralésionnel (IL) / intramusculaire (IM)	IL 60% IM 40%	IL 57,8% IM 42,2%	IL 56% IM 44%	IL 56,2% IM 43,4%
Mis sous traitement	2 059	1 156	1 426	2 018
Guéris	92%	85%	81%	86%
Perdus de vue	6,1%	8,4%	10%	6,2%
Echecs	1,7%	2,8%	2,8%	3,1%

Tirah	2022 (mai-déc)
Consultations générales	14 085
Consultations femmes	7 244
Consultations moins de 5 ans	2 465
Consultations prénatales	580
Consultations post natales	162
Cas référés	104
Accouchements urgences	11

PROJET : TUBERCULOSE AU PUNJAB

■ Historique du projet

Le projet cible la population de Gujranwala et plus particulièrement les patients atteints de tuberculose résistante avec un site MSF / PMDT (Programmatic Management of Drug-resistant TB) pour traiter les patients atteints de tuberculose résistante avec les nouveaux traitements oraux, et soutenir le dépistage au sein de la cohorte de tuberculose sensible aux médicaments afin de diagnostiquer les cas de tuberculose résistante et d'initier le traitement.

Le projet a été développé et proposé en 2018. Une mise à jour mettant l'accent sur la tuberculose résistante a été effectuée au cours du premier trimestre de 2019. Au cours de 2020 et de la première moitié de 2021, l'équipe a travaillé à l'obtention des autorisations du ministère de l'Intérieur du gouvernement du Pendjab et a également négocié avec le programme de contrôle de la tuberculose du Pendjab. Les autorisations ont finalement été obtenues.

Un bureau a été établi à Gujranwala et les locaux pour l'établissement du site PMDT ont également été remis à MSF pour le lancement des travaux de génie civil. Le premier patient a été accueilli en décembre 2021.

■ Dispositif

Le dispositif est le suivant :

- Un site PMDT basé à Gujranwala géré par MSF pour traiter les patients atteints de tuberculose résistante.
- Une équipe MSF de proximité fait le lien avec les structures médicales environnantes ayant une capacité de détection (GeneXpert) et suivra les patients individuellement pour une bonne adhésion au traitement.

■ Bilan 2022

Bien que nous nous soyons attendus à une cohorte importante de patients à intégrer au début du programme, cela ne s'est pas produit, ce qui explique l'écart entre le nombre de 130 patients mis sous traitement en 2022 et l'objectif attendu initialement (360).

PROJET : INONDATIONS

■ Historique du projet

Le Pakistan a été frappé de plein fouet par une triple catastrophe climatique cette année. Les vagues de chaleur de mars et d'avril ont fait grimper les températures à plus de 49 °C, rendant les sols imperméables, tandis que la fonte des glaciers et les inondations ont presque tout emporté sur leur passage (250 000 km²), laissant des dizaines de millions de personnes dans le besoin.

Ce phénomène a été accéléré par l'Indus, qui traverse le Sindh et le Baloutchistan et est alimenté par des affluents montagneux dans le nord du pays, dont beaucoup sont sortis de leur lit à la suite de pluies record et de la fonte des glaciers.

Selon le gouvernement pakistanais, les inondations ont fait plus de 1 300 morts et plus de 12 700 blessés. Plus de 1,1 million de maisons ont été endommagées et quelque 560 000 détruites.

Province de Khyber Pakhtunkhwa : La population déplacée dans les districts gravement touchés s'élève à plus de 468 000 personnes, dont les structures sont très probablement endommagées ou détruites. Deux districts sont gravement touchés (D.I. Khan et Tank).

10 districts sont modérément touchés (Charsada, Nowshera, Swat, Upper Dir, Haripur, Marwat, Kohistan, Shangla, Peshawar). Les principaux problèmes de la population sont les produits de base, l'accès aux soins de santé, les principales morbidités étant les infections respiratoires, les diarrhées, le paludisme et la dengue, et l'accès à l'eau potable.

■ Dispositif

L'intervention de MSF, de septembre à novembre 2022, a consisté à apporter une assistance aux populations affectées dans les districts de Charsada et Nowshera dans la province de Khyber Pakhtunkhwa, avec accès aux soins de santé primaires, à l'eau potable et à la distribution ciblée d'articles non alimentaires.

Les activités sont les suivantes :

- Accès aux soins de santé primaires : consultations médicales grâce à 4 cliniques mobiles et 1 centre de santé fixe dans trois sites du district de Charsada et un site du district de Nowshera.
- Distributions de kits d'articles de première nécessité aux populations les plus vulnérables : kits d'hygiène, moustiquaires, produits anti-moustiques)

- Accès à une eau saine et de qualité : Nettoyage et désinfection de 500 puits, accès à de l'eau propre (système de filtration d'eau avec AQUAFORCE) pendant la durée des travaux de nettoyage.
- Préparation et réponse aux épidémies : Surveillance et dons de médicaments pour la gestion de la dengue et des diarrhées à l'hôpital du district de Nowshera.

■ Bilan 2022

Soins de santé primaires	
Nb de structures	1 centre de santé et 4 cliniques mobiles
Nb de consultations	9 000 (18% <5ans ; 54% femmes)
Principales morbidités	Infections respiratoires (30%), diarrhées aqueuses (11%), infections cutanées (10%), Gale (6,7%), maladies chroniques (2,2%), Paludisme et dengue (2%)
Consultations pré, post natales et planning familial	47
Sessions de promotions de la santé	899
Distribution d'articles de première nécessité	
Nb familles ayant reçu kits hygiène	5 693
Nb familles ayant reçu kits cuisine	5 693
Nb moustiquaires distribuées	14 107
Nb familles ayant reçu répulsif antimoustique	11 563
Eau hygiène assainissement	
Nb points d'eau réhabilités	500
Nb personnes ayant bénéficié de nettoyage de puits	7 000

PALESTINE	
Contexte : Conflit armé	Personnel
Nombre de projets : 2	International : 23
Dépenses 2022 : 10 643 k€	National : 228
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCB, OCBA

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

Occupées par Israël depuis juin 1967, la Cisjordanie - y compris Jérusalem-Est - et la bande de Gaza constituent désormais les territoires palestiniens occupés (TPO).

Dans les années 1990, dans le cadre d'un effort international visant à résoudre ce conflit de longue date, l'accord intérimaire a été signé entre Israël et la Palestine à Oslo. Par le biais des accords d'Oslo, Israël et les Palestiniens se sont mutuellement reconnus et Israël a cédé à l'Autorité palestinienne (AP) certaines fonctions gouvernementales en Cisjordanie et dans la bande de Gaza.

En 2007, après les élections du Conseil législatif palestinien de 2006, les TPO ont été divisés en deux parties de facto : le Hamas (créé en 1987), un parti islamiste qualifié d'organisation terroriste par la plupart des pays "occidentaux", dirige Gaza, et le Fatah dirige l'Autorité palestinienne (AP) en Cisjordanie avec Mahmoud Abbas comme président.

En raison de plus de cinq décennies d'occupation militaire israélienne et de cycles répétés de violence et de combats, la santé et le bien-être des Palestiniens ont été gravement affectés. La dépendance du système de santé à l'égard de l'aide est élevée et crée un état de stabilité fragile. En 2022, aucune solution politique n'est en vue, que ce soit pour le conflit israélo-palestinien ou pour la division interne de la Palestine.

Dans la bande de Gaza, un blocus de 15 ans imposé par Israël et l'Égypte et des conflits récurrents ont paralysé le système de santé, entravé l'accès aux services essentiels et augmenté la dépendance de la population à l'égard de l'aide humanitaire. En outre, le clivage politique intra-palestinien entre l'Autorité palestinienne (AP) et le Hamas a encore aggravé la crise humanitaire à Gaza. Malgré un accord de réconciliation signé en octobre 2017 entre le Fatah et le Hamas, la fracture interne n'est toujours pas résolue et continue d'avoir un impact sur l'accès de la population de Gaza aux services essentiels.

Le nombre de réfugiés palestiniens à Gaza dépendant de l'aide alimentaire de l'UNRWA est passé de moins de 80 000 en 2000 à plus d'un million 20 ans plus tard. À Gaza, 3 habitants sur 5 ont besoin d'une aide humanitaire.

Les problèmes de santé mentale augmentent. Après l'escalade des hostilités en mai 2021, près de 70 % de la population présente des symptômes correspondant au syndrome de stress post-traumatique (PTSD). 55 % des enfants, dont plus de 800 000 n'ont jamais connu de vie sans le blocus, seraient en détresse émotionnelle.

En Cisjordanie, l'oppression et la discrimination systématiques des autorités israéliennes à l'égard des Palestiniens se poursuivent, les blessures infligées par les forces israéliennes, les démolitions et expulsions régulières, les décès d'adultes et d'enfants palestiniens liés au conflit en Cisjordanie, y compris à Jérusalem-Est, et la violence des colons à l'égard des Palestiniens ont augmenté par rapport à la même période en 2021, comme le montrent les indicateurs sur la protection des civils documentés par OCHA et suivis ensuite par OHCHR (Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme). Jusqu'à présent, 2022 est l'année la plus meurtrière pour les Palestiniens de Cisjordanie depuis

qu'OCHA a commencé à enregistrer les décès en 2005, par rapport à la même période des 14 années précédentes.

La violence des colons et l'augmentation de l'utilisation de balles réelles dans les opérations militaires sont deux indicateurs préoccupants de la détérioration générale de la situation en Cisjordanie et pourraient déclencher une escalade plus importante de la violence et une augmentation des besoins humanitaires.

Après deux ans et demi de troubles politiques, Israël a accueilli le 13 juin 2021 un nouveau gouvernement dirigé par le premier ministre Naftali Bennett (chef du parti ultranationaliste Yamina), après qu'une nouvelle coalition a évincé l'ancien dirigeant Benjamin Netanyahu. Le 20 juin 2022, après plusieurs défaites législatives de la coalition gouvernementale à la Knesset, le premier ministre Naftali Bennett et son suppléant Yair Lapid ont annoncé l'introduction d'un projet de loi visant à dissoudre la Knesset, qui a été approuvé le 30 juin. Simultanément, conformément au principe d'alternance qui faisait partie de l'accord de coalition de 2021, Yair Lapid est devenu premier ministre et exerce une fonction intérimaire jusqu'aux élections du 1^{er} novembre 2022, qui ont vu le retour de Benjamin Netanyahu au poste de premier ministre avec la victoire de la coalition de droite à la Knesset. Depuis le report des élections palestiniennes de mai 2021, aucune élection du Conseil législatif palestinien n'est encore prévue pour les années à venir, ce qui accroît les tensions au sein de la population et des partis politiques.

Toutefois, la guerre à Gaza en mai 2021 a renforcé la popularité du Hamas.

Lors de la dernière escalade en août 2022, le groupe du Jihad islamiste palestinien (PIJ) est le seul à s'être engagé à la suite de l'assassinat de l'un de ses dirigeants par les forces israéliennes, ce qui a limité l'intensité du conflit.

Enfin, l'impact de l'occupation a été aggravé par la guerre en Ukraine, par la lenteur de la reprise après l'escalade des hostilités à Gaza en mai 2021 et par le Covid.

■ Contexte sanitaire

Le système de santé a été affaibli par des années de conflit, avec des pics récurrents, et par la pandémie de Covid. Les obstacles aux soins de santé sont multiples : manque de ressources humaines spécialisées, restrictions israéliennes à la circulation des biens et des personnes à Gaza et en Cisjordanie (points de contrôle, routes empruntées par les colons, mur...), ressources financières limitées.

Le secteur de la santé publique dépend fortement des donateurs. Même si environ 85 % de la population palestinienne des TPO est couverte par une assurance maladie, principalement par l'assurance maladie gouvernementale ou par l'UNRWA (United Nations Relief and Works Agency for Palestine, qui fournit une assurance maladie à 56 % des ménages de Gaza), les dépenses de santé à la charge de la population restent élevées. En outre, de nombreuses incertitudes pèsent sur l'avenir de l'UNRWA (déficit chronique de financement et fin du mandat actuel en juin 2023), ce qui pourrait compromettre les travaux du ministère de la santé et de l'OMS en vue de la mise en place d'une couverture sanitaire universelle.

Les principales morbidités en Palestine restent les maladies chroniques, les maladies cardiovasculaires étant la principale cause de décès chez les Palestiniens, représentant 27,2 % des décès enregistrés en 2021. Le Covid a été la deuxième cause de décès (24,6 %), suivi par le cancer (11,7 %). Le taux de mortalité maternelle a augmenté ces dernières années pour atteindre 47,7/100 000 naissances en 2021 (16,7 en 2018 et 28,5 en 2020). Les raisons ne sont pas encore claires mais pourraient être liées, en partie, aux difficultés accrues d'accès aux soins pendant la pandémie.

Par ailleurs, les Palestiniens sont particulièrement exposés aux troubles anxieux et au syndrome de stress post-traumatique en raison de l'exposition continue à la violence politique, des déplacements prolongés et d'autres limitations des possibilités professionnelles, éducatives et financières. Bien que

le ministère de la santé ait déclaré que la santé mentale était l'une de ses priorités, elle reste sous-financée et loin de pouvoir répondre aux besoins croissants.

En mars 2023, le nombre cumulé de cas de Covid confirmés depuis le début de la pandémie dans les TPO est de 703 228 et 5 708 décès. La couverture vaccinale est de 51,4 % des groupes ciblés, allant de 35,8 % dans la bande de Gaza à 62,9 % en Cisjordanie (vaccination complète). Il n'y a plus de surveillance active ni de restriction.

PRESENCE MSF

MSF OCP est présent à Jérusalem et en Cisjordanie depuis 1988 et dans la bande de Gaza depuis 1989, se concentrant principalement sur les soins de santé mentale dans le gouvernorat de Naplouse, et sur la chirurgie spécialisée et la réadaptation post-opératoire pour les brûlures et les traumatismes à Gaza. De 2019 à 2022, MSF a géré une unité de chirurgie reconstructive et un bloc opératoire spécialisé dans l'ostéomyélite à l'hôpital Nasser du ministère de la Santé, à l'intention des habitants de Gaza blessés lors de la Grande Marche du Retour.

OCB a commencé à travailler à Gaza en mai 2018, à la suite de la Grande Marche du Retour, avec un programme de chirurgie reconstructive des membres dans le gouvernorat du nord de Gaza, grâce à un partenariat avec l'Union of Health Worker Committee (UHC) à l'hôpital Al-Awda. Il comprend chirurgie, physiothérapie et promotion de la santé. Depuis 2020, un système de référence a été mis en place avec le ministère de la santé.

Depuis 1996, OCBA fournit une assistance médicale et psychologique à Hébron (Cisjordanie) aux personnes touchées par le conflit en cours. Depuis 2000, le projet se concentre sur un programme vertical de santé mentale et sur le soutien aux interventions d'urgence en cas de conflit violent. En 2020, le projet d'Hébron a commencé à apporter des soins de santé primaires par le biais de cliniques mobiles dans des zones reculées et avec une forte composante d'approche communautaire. Depuis 2018, OCBA est présent dans la bande de Gaza, d'abord avec une mission d'urgence, puis en se concentrant sur les activités de santé mentale et en élargissant le soutien aux soins d'urgence.

Présence de MSF en Cisjordanie :

MSF-OCP:

- 2002-2004 : Jenin
- 2004-2010 : Naplouse
- 2010-2020 : Naplouse et Qalqilya
- 2020 : Naplouse, Qalqilya et Tubas
- 2020-juin 2022 : Naplouse et Qalqilya
- Depuis juin 2022 : Naplouse, Qalqilya et Tubas

MSF-OCBA:

- 1997-2016 : Hebron
- 2016-2017 : Hebron et Bethlehem
- 2018-2021 : Hebron
- Depuis 2021 : Hebron et Masafer Yatta

PROJET : GAZA

■ Historique du projet

MSF OCP a commencé ses opérations à Gaza en 1989. Le projet a été lancé sur la volonté d'être présent dans cette zone très sensible, confrontée à des pics de violence réguliers, et de travailler sur des sujets spécialisés : santé mentale, gestion des brûlures, gestion de la douleur, des domaines où le personnel est suffisamment compétent pour développer certains projets créatifs qui peuvent également développer l'expérience de MSF.

Avant 2007, nos activités étaient uniquement axées sur les soins de santé mentale. Elles ont été arrêtées en 2011 sur décision du ministère de la santé.

Outre cette évolution de l'activité, nous voulions également être en mesure de répondre aux urgences en cas d'escalade aiguë et majeure du conflit - comme en 2009, 2012 et 2014, la grande marche du retour 2018, 2021 et la dernière escalade du conflit en août 2022.

Fin 2017, en raison du manque de capacité du Ministère de la Santé et de l'UNRWA, nous sommes devenus l'acteur le plus important en termes de gestion des conséquences des brûlures (soins post-opératoires, suivi chirurgical).

Le dispositif général du projet consistait en 3 cliniques post-opératoires, fonctionnant selon une stratégie ambulatoire (OPD), offrant des consultations médicales, de la physiothérapie, des séances de pansement et un soutien psychosocial en matière de santé mentale. En outre, l'activité de chirurgie plastique a été mise en œuvre par le biais d'une tournée sessions 3 à 4 fois par an pour offrir un traitement chirurgical aux patients brûlés de l'hôpital Shifa.

Depuis 2018, les conséquences des manifestations de la Grande Marche du Retour (GMR) ont modifié la configuration du projet pour inclure ces nouveaux patients. Les activités relatives à l'ostéomyélite ont été entièrement mises en œuvre en 2019 avec une approche multidisciplinaire et centrée sur le patient. Les manifestations de la GMR ont pris fin en novembre de cette année-là.

L'escalade de mai 2021 et ses conséquences, en plus des éléments structurels, ont affecté l'activité générale du projet : il n'y a pas eu d'activités pendant l'escalade, l'ouverture des critères pour les patients victimes de traumatisme jusqu'à la fin juillet a augmenté la charge de travail, la clinique de Gaza a subi des dommages structurels.

En 2022, suite à la diminution de la cohorte d'ostéomyélite et des cas de traumatismes mineurs, la décision a été prise de fermer le service d'hospitalisation de l'hôpital Nasser. L'activité a été transférée au ministère de la santé et seul le suivi ambulatoire des patients existants se poursuit dans les 4 cliniques.

Cette même année, l'activité brûlures a augmenté avec la signature d'un accord entre le Ministère de la Santé et MSF pour le soutien des 2 unités de brûlés dans les hôpitaux de Shifa et de Nasser.

Pendant l'escalade du conflit début août 2022 (3 jours) à Gaza, le projet a fait don de médicaments et de consommables à la Central Drug Store (CDS) du ministère de la santé et d'équipements à l'Hôpital général européen.

■ Dispositif

La configuration actuelle consiste en 4 projets, auxquels s'ajoute le transfert externe de transfert Gaza à l'hôpital d'Amman.

Programme post-opératoire

- 4 structures réparties dans la bande de Gaza : Beit Lahiya (nord), ville de Gaza, Nusseirat (zone centrale), Masqat (Khan Yunis). Toutes sont des structures du ministère de la santé, à l'exception de la clinique de Gaza qui est une structure 100% MSF

- Stratégie ambulatoire : centre de consultations ouvert de jour 5 jours/semaine, sur rendez-vous, avec une aide au transport.
- Approche globale offrant différentes activités médicales pour la prise en charge de chaque patient : consultations médicales et chirurgicales, pansement, physiothérapie, ergothérapie, consultation pour la gestion de la douleur, conseil, promotion de la santé et services sociaux

Les activités sont ciblées sur les brûlés et les traumatisés. Les brûlés souffrent en quasi-majorité de blessures domestiques (principalement dues aux conséquences du blocus), tandis que les traumatismes sont liés à la violence armée (GMR). Les admissions en traumatologie ont été suspendues de mars à août 2022, le temps de redéfinir les critères d'admission pour se concentrer sur les traumatismes récents, d'assainir la cohorte actuelle et de réorganiser le flux de patients.

Ostéomyélite et chirurgie reconstructive (hospitalisation et bloc opératoire)

Début 2019, suite au nombre élevé de blessures complexes aux membres liées à la Grande Marche du Retour, MSF a ouvert un programme de chirurgie reconstructive et de prise en charge de l'ostéomyélite.

MSF a d'abord démarré l'activité à l'hôpital de Dar Es Salam puis, à partir d'août 2020 et après réhabilitation, à l'hôpital Nasser, avec 21 lits, dont 15 lits d'isolement, 2 blocs opératoires, une unité de stérilisation. Fin avril 2022, la plupart des cas de la GMR faisaient l'objet d'un suivi nécessitant pas d'intervention chirurgicale supplémentaire. Il a été décidé de fermer l'hospitalisation et la chirurgie. Les deux activités ont été transférées au ministère de la santé en juillet 2022. Il est prévu que le ministère de la Santé transfère son unité de reconstruction des membres dans la structure. MSF soutiendra l'unité de reconstruction des membres avec un programme de gestion des antibiotiques (soutien à la prescription d'antibiotiques, formation, dons d'antibiotiques), la microbiologie et le soutien par un chirurgien et un anesthésiste en cas de besoin.

L'activité relative à l'ostéomyélite a été fermée à la fin du mois d'octobre 2022. Sur les 140 patients admis dans la cohorte, 53 ont été orientés vers l'unité de reconstruction des membres, dont 49 présumés guéris et effectuant actuellement un suivi de 2 ans après la fin de la cure d'antibiotiques.

Support à l'unité de brûlés du ministère de la santé

A l'hôpital Shifa, l'équipe de bloc de MSF a soutenu les chirurgiens du ministère de la Santé pour les patients en phase aiguë/semi-aiguë qui doivent être excisés, greffés et suturés dans les 10 jours suivant la brûlure, afin d'éviter des pansements prolongés et des résultats médiocres.

L'activité de l'unité de brûlés de l'hôpital Nasser a officiellement débuté le 28 août 2022.

À partir de septembre 2022, l'appui de MSF est étendu aux unités de traitement des brûlés en intervenant dans les unités de soins intensifs, la chirurgie et l'hospitalisation, y compris la physiothérapie. Un programme de formation structuré sera proposé aux infirmiers et aux physiothérapeutes ainsi qu'un programme de formation et de certification des chirurgiens plasticiens. Un plan d'amélioration de la qualité sera proposé, visant à apporter des soins plus complets et centrés sur le patient.

Références

MSF facilite la référence des patients palestiniens de la bande de Gaza vers le projet de chirurgie reconstructive de MSF Amman afin qu'ils bénéficient d'une chirurgie reconstructive qui ne peut pas être effectuée à Gaza.

■ Bilan 2022

	2019	2020	2021	2022
Nb nouvelles admissions	6 741	4 898	6 113	6 716
<i>Nb patients brûlés</i>	5 572	4 611	5 540	6 631
<i>Nb patient traumato</i>	1 169	287	555	85
<i>Nb nouveaux patients ostéomyélite</i>	36	47	31	1
Nb sessions de pansements	87 646	36 118	43 450	33 392
Nb sessions kinésithérapie	64 689	24 340	40 470	39 007
Nb patients opérés	467	463	664	506
<i>Nb patients brûlés opérés</i>	161	364	449	469
<i>Nb patients traumato opérés</i>	306	99	215	37

	2018	2019	2020	2021	2022
Patients transférés au programme de chirurgie reconstructive d'Amman	1	37	8	17	35

En 2022, 35 cas ont été référés au programme de chirurgie reconstructive d'Amman :

- Cas orthopédiques : 24
- Cas maxillo-faciaux : 6
- Cas de plastique : 4
- Cas d'ortho-plastie : 1

PROJET : NAPLOUSE

■ Historique du projet

La première mission exploratoire de MSF en Palestine a eu lieu en 1987. Notre premier programme de santé mentale en Cisjordanie a ouvert en 1994 pour les personnes atteintes de troubles psychologiques après la première Intifada. Depuis, MSF France et Espagne se sont impliquées sans interruption dans la santé mentale à Jénine, Hébron et Gaza.

En 2004, les Palestiniens étaient fortement exposés à la violence et au harcèlement des forces militaires, aux incursions, aux destructions, à la multiplication des checkpoints. Les colonies s'étendaient, le mur était en construction et la réduction de la capacité de mouvement empêchait les villageois d'accéder aux structures communautaires de santé mentale.

La situation socio-économique dégradée liée au contexte politique augmente également la vulnérabilité de la population (chômage, criminalité, violence familiale) avec des risques d'affrontements internes et de combats de rue.

Dans ce contexte et compte tenu du fait que de nombreux acteurs travaillaient sur des projets psychosociaux mais la plupart au premier niveau, MSF France a décidé d'ouvrir le projet de santé mentale de Naplouse en 2004. MSF est l'un des rares acteurs à fournir des soins spécialisés pour les cas modérés et sévères, principalement en raison du manque de personnel qualifié en psychologie clinique.

■ Dispositif

Le projet de Naplouse est un projet vertical de santé mentale qui propose des psychothérapies, un suivi des cas et des soins psychiatriques aux personnes souffrant de maladies mentales modérées à graves. La clinique principale et le bureau sont basés à Naplouse (6 salles de consultation). Le projet dispose également de deux salles de consultation à Qalqilya depuis 2015. MSF a commencé à apporter son soutien à Tubas au début de l'année 2020 dans une salle de consultation au sein du Croissant-Rouge palestinien (PRCS), puis s'est arrêtée en raison de la pandémie. Des sessions de sensibilisation communautaire ont repris à Tubas en juin 2022 et des réunions ont été organisées avec le ministère du Développement social (MoSD) afin de bâtir une relation de travail et de faciliter les références à MSF. Une salle est disponible gratuitement au sein du MoSD si MSF choisit d'y effectuer des consultations.

L'équipe de santé mentale se compose d'un gestionnaire des activités de santé mentale, d'un superviseur, de cinq psychologues (3 nationaux et 2 expatriés), de trois travailleurs sociaux, d'un médecin et d'une sage-femme qui apporte des soins aux victimes de violences sexuelles.

■ Bilan 2022

	2019	2020	2021	2022
Total nouveaux patients	256	133	178	160
Total sessions (psychologue)	3 272	2 720	2 783	2 387
Activités / Consultations travailleurs sociaux		1 085	1 156	2 180
Total consultations (psychiatre)	510	581	862	651
Consultations victimes de violences sexuelles				21

PEROU	
Contexte : Migration	Personnel
Nombre de projets : 2	International : 7
Dépenses 2022 : 1 948 k€	National : 19
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : aucun

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte général

- Population : 33 359 000 people
- Densité : 25,96 habitants par km²
- Espérance de vie : 74,3 ans pour les hommes, 79,7 ans pour les femmes
- Taux de natalité : 17,5 ‰
- Taux de mortalité : 5,7 ‰

La zone côtière abrite 60% de la population. Après de longues années de néolibéralisme marquées par des scandales de corruption impliquant les six présidents qui se sont succédé, l'élection en juillet 2021 de l'actuel président de gauche Pedro Castillo, avait fait naître l'espoir d'une possible transformation du pays, mais cet espoir a été remplacé par une instabilité politique marquée par une série de remaniements ministériels (50 ministres de juillet 2021 à juillet 2022). La deuxième année du mandat devrait être marquée par des tensions politiques entre le congrès et le gouvernement, qui ne pourra pas voter les réformes importantes : nouvelle constitution, réformes électorales, économiques et sociales.

Comme de nombreux pays dans le monde, le Pérou n'a pas été épargné par la crise économique et sociale provoquée par la pandémie de Covid-19. La classe moyenne qui a émergé au cours des deux dernières décennies, aidée par une forte croissance, a mal résisté à deux ans et demi de crises sanitaires. La pandémie a également creusé les inégalités sociales dans l'une des régions les plus inégalitaires du monde. Selon la CEPAL, les personnes vivant sous le seuil de pauvreté représentent 30 % de la population, soit plus de 9 millions de personnes, tandis que l'extrême pauvreté a doublé pour atteindre environ 10 %, soit plus de 3 millions de personnes.

Le Pérou connaît une pression migratoire importante, avec plus de 1,2 million de Vénézuéliens, qui en fait le deuxième pays d'accueil après la Colombie. Il y a peu ou pas de possibilité de régularisation des réfugiés et le secteur économique en déclin n'a pas la possibilité de leur proposer suffisamment d'emplois, les renvoyant à des emplois précaires et mal payés. Le flux important de migrants déstabilise la structure de la société générant des tensions sociales, des actes de xénophobie et une stigmatisation que stimulent les partis d'extrême droite, bien placés pour remporter de nombreuses villes lors des prochaines élections locales en octobre 2022.

■ Contexte sanitaire

Au cours des 30 dernières années, le Pérou a connu plusieurs épidémies préoccupantes pour la santé publique. Des épidémies de dengue ont été signalées chaque année depuis 1990. En 1991, il y a eu environ 500 000 cas de choléra. Le pays connaît également des épidémies récurrentes de Chikungunya (2014) et Zika (2016). La pandémie de Covid-19 a mis en évidence les défaillances structurelles et les limites du système de santé.

Le système de santé est saturé et fonctionne à ses limites depuis des décennies et n'a pas la capacité d'assumer de charge supplémentaire. Le Pérou a l'un des taux d'investissement les plus faibles dans la santé par rapport aux autres pays de la région. En témoigne le faible nombre de lits dans les unités de soins intensifs (5/100 000 habitants) par rapport à la Colombie (7/100 000) et à l'Argentine (26/100 000), 80 % de ces lits étant situés à Lima.

Actuellement, le Covid est sous contrôle : 90% de la population a reçu au moins deux doses de vaccin, 74% ont reçu la troisième dose et les campagnes de vaccination de quatrième dose et bivalente sont en cours pour toute la population.

L'épidémie de variole du singe est également sous contrôle, le Pérou présente une diminution progressive du nombre de cas confirmés de variole du singe, observant la même tendance que d'autres pays dans le monde.

Le gouvernement péruvien a prolongé jusqu'au 31 décembre 2023 l'état d'urgence sanitaire lié à la grippe aviaire hautement pathogène, qui a été signalée dans 11 régions du pays et a infecté un nombre croissant d'oiseaux domestiques et d'espèces sauvages. Selon les données officielles, au moins 585 otaries et près de 55 000 oiseaux sont morts ces dernières semaines dans les zones naturelles protégées de la côte péruvienne à cause de la grippe aviaire H5N1. La vaccination contre le sous-type H5 de l'influenza de type A a également été approuvée, conformément aux dispositions et procédures approuvées par l'autorité sanitaire agricole nationale.

Le 23 février 2023, le gouvernement a déclaré une urgence sanitaire pour une période de 90 jours en raison d'une épidémie de dengue dans 59 districts de 13 régions du pays.

PRESENCE MSF

MSF OCP est arrivé au Pérou au début de l'année 2021 pour soutenir OCBA dans sa réponse à la crise du Covid et a ensuite apporté son soutien à la vaccination. Le Pérou étant confronté à un afflux massif de migrants vénézuéliens, la mission a commencé à se concentrer sur cette population vulnérable après la diminution de l'épidémie de Covid. Ce flux migratoire représente la plus grande mobilisation humaine de l'histoire contemporaine de l'Amérique latine. MSF OCP est la seule section opérationnelle présente dans le pays en 2022.

PROJET : TUMBES

■ Historique du projet

Le Pérou est le deuxième pays d'accueil des réfugiés et des migrants du Venezuela dans le monde. Actuellement, on estime à 1,4 million le nombre de Vénézuéliens au Pérou (environ 530 000 demandeurs d'asile) et à environ 120 000 le nombre de personnes en cours de déplacement. La frontière entre l'Équateur et le Pérou a été fermée en 2019, ainsi que le Centro de Atención Binacional de Fronteriza (CEBAF), la frontière officielle où le statut migratoire d'une personne peut être régularisé. Depuis lors, l'Office des migrations n'accepte plus les demandes d'asile. La quasi-totalité de la migration irrégulière passe par le poste frontière informel d'Agua Verde, où se trouve MSF. Selon des chiffres non publiés de l'OIM, sur les quelque 1 300 à 1 400 migrants qui traversent la frontière à Agua Verde chaque jour (septembre 2022), on estime que 400 à 500 quittent le Pérou. Cette tendance devrait se poursuivre en 2023.

Les migrants en situation irrégulière, en déplacement et résidents, n'ont pas accès aux services de santé gratuits, sauf dans des situations très spécifiques telles que les urgences médicales, les grossesses, les enfants de plus de 5 ans et les personnes atteintes de tuberculose/VIH, via une assurance maladie (Seguro Integral de Salud - SIS), mais ils font l'objet de discriminations.

Lorsque MSF est arrivé à Tumbes en septembre 2021, le seul acteur proposant des soins gratuits en dehors du SIS était la Croix-Rouge péruvienne, qui gérait une clinique mobile deux fois par semaine à Aguas Verdes, mais aucun acteur n'était présent à la frontière (principalement pour des raisons de sécurité). Lorsque d'autres acteurs humanitaires ont vu que MSF parvenait à opérer dans le terminal de transport à la frontière, ils ont décidé de lancer également des opérations, principalement un point d'information et la distribution de kits d'hygiène et de nourriture.

■ Dispositif

2 postes médicaux, Paso Frontiero et Gasolinera, avec les services suivants :

- Soins de santé primaires (y compris la vaccination)
- Protection et références
- Package pour répondre aux besoins de base : espace sécurisé, nourriture et informations
- Soutien au ministère de la santé (principalement en matière de ressources humaines, d'équipement et de logistique)
- Plaidoyer, coordination et communication (en lien avec la dynamique régionale de MSF)

■ Bilan 2022

La DIRESA (représentation du ministère de la Santé au niveau du district) co-anime un groupe de travail sur la santé et la nutrition avec l'UNICEF, les ONG, des services du gouvernement et des agences des Nations Unies. Cela dit, MSF est le seul acteur à proposer des soins médicaux directs à tous les migrants et citoyens péruviens à Tumbes, juste à la frontière. En Équateur, les soins de santé sont gratuits, mais pour de multiples raisons, de nombreux obstacles empêchent les migrants d'y accéder (uniquement sur rendez-vous, manque de ressources humaines, xénophobie, gardiens de sécurité aux portes, etc). Au Venezuela, le système de santé s'est effondré et coûte cher. Après plusieurs semaines de voyage dans des conditions précaires, que ce soit depuis le Chili, Lima, la Bolivie, le Venezuela ou la Colombie, les migrants ont des besoins de santé immédiats.

Les principales morbidités constatées chez les migrants qui arrivent dans les points de santé MSF sont liées aux changements climatiques au cours de leur parcours, à des blessures causées par le port de bagages, à des blessures des pieds, à des chutes ou à des accidents de la route, à des ecchymoses ou des fractures. Les infections cutanées sont souvent liées au manque d'hygiène et aux piqûres d'insectes, entre autres.

La santé mentale reste un besoin majeur qui n'est actuellement pas couvert. Un recrutement de psychologues débutera au mois de mars 2023.

	2022
Medical consultations	18 875
Consultations santé sexuelle et reproductive	292
Références travail social	693

PROJET : LIMA

■ Historique du projet

Le 15 novembre 2021, une mission exploratoire a débuté à Lima Metropolitana, afin d'identifier les besoins médicaux humanitaires de la population migrante, en particulier de la population vénézuélienne. Une unité mobile a été adaptée pour fournir des consultations médicales et un soutien psychosocial.

Trois districts différents ont été identifiés pour l'intervention, où vivent un grand nombre de Vénézuéliens. Une clinique mobile a tourné à proximité des centres de santé, en rotation entre les trois districts. Au bout de deux mois, on a constaté que la demande était faible.

Une mission exploratoire a été menée sur la route de Huacho à Lima. Elle a permis de constater que la grande majorité des migrants nouvellement arrivés séjournent à Plaza Norte, dans le district de San Martín de Porres, car il s'agit d'une zone commerciale, avec la présence de terminaux de transport formels et informels.

En février, le site a été déplacé sur l'Avenida Marco Polo, ancien Terminal Terrestre Flores, où la population migrante est constituée de nouveaux arrivants du nord et de migrants sédentaires de quatre districts. La grande majorité des migrants n'ont pas obtenu leur carte d'immigration et ne peuvent donc pas accéder aux services de santé. Une augmentation considérable du nombre de patients a été constatée – 102 patients en janvier et 411 en février – et en mars, il a été décidé de concentrer les services de MSF à Plaza Norte qui est plus accessible à la population vulnérable au travers de l'équipe de promotion de la santé.

Les travailleuses du sexe situées à proximité fréquentent aussi les consultations de MSF.

Depuis le 24 août, et pour des raisons administratives, la clinique MSF s'est déplacée un peu plus loin sans que cela n'ait d'impact sur la fréquentation.

■ Dispositif

Actuellement, la clinique de soins de santé primaires offre ses services à la population migrante étrangère (Vénézuéliens, Colombiens, Équatoriens, etc.) et à la population péruvienne qui n'a pas accès à l'assurance maladie (SIS).

Le bus mis en place au début du projet en décembre 2021 a été adapté avec des salles de consultations médicales et psychologiques et avec un petit entrepôt. À l'extérieur du bus, un espace recouvert d'une bâche en plastique abrite le triage, l'admission, l'espace des travailleurs sociaux, la pharmacie, la salle de repos, l'espace de promotion de la santé et un espace pour la distribution de nourriture, d'eau et de kits d'hygiène (pour les adultes, les bébés et des produits spécifiques pour les femmes). Les toilettes et les douches sont fournies par un prestataire extérieur dont MSF en assume les coûts.

Les personnes qui ont besoin d'un autre niveau de soins sont référées vers des établissements de santé proches de leur lieu de résidence.

Les références sont également coordonnées avec des agences internationales telles que le HCR, OIM, des ONG comme Care, AHF (AIDS Healthcare Foundation), HIAS, Action contre la faim. Les différents acteurs apportent un soutien social : hébergement, allocation d'argent, conseils juridiques, régularisation de permis, paiement de soins, hospitalisation et protection.

■ Bilan 2022

L'objectif du projet est d'améliorer les conditions des migrants par l'accès aux soins, la protection et le plaidoyer

	2022
Consultations médicales	5 826
Consultations santé mentale	1 134
References soutien social	2 239

PHILIPPINES	
Contexte : Accès aux soins	Personnel
Nombre de projets : 1	International : 11
Dépenses 2022 : 2 071 k€	National : 79
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCBA

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

En mai 2022, Ferdinand Marcos Jr, fils de l'ancien président Ferdinand Marcos, a obtenu près de 59 % des voix et a remporté l'élection présidentielle. Sa candidate à la vice-présidence était Sara Duterte, fille de l'ancien président Rodrigo Duterte.

Ce qui peut ou va changer avec Marcos :

- Le gouvernement n'imposera plus le confinement, selon le premier discours de Marcos sur l'état de la nation.
- La politique sera plus favorable aux États-Unis, les tensions pourraient s'accroître avec la Chine, notamment en ce qui concerne les différends maritimes en mer de Chine méridionale.
- La guerre contre la drogue pourrait être moins brutale (entre 6 000 et 27 000 exécutions extrajudiciaires sous l'ère Duterte, selon les sources) et se concentrer davantage sur la prévention et la réhabilitation.

Ce qui peut ou va rester inchangé :

- La stagnation de la vaccination contre le Covid.
- Le mauvais bilan en matière de droits de l'homme et de liberté de la presse
- L'influence du Duterte pour éviter l'enquête de la Cour pénale internationale.
- Un programme favorable aux entreprises avec un faible taux d'imposition des sociétés
- Le niveau de bureaucratie et la fragmentation des services publics

Au cours de la pandémie de covid19, les Philippines ont mis en place les plus longs confinements du monde. L'impact économique sur les plus pauvres et les entreprises a été énorme. On s'attend à ce que l'économie redémarre vigoureusement, car il est peu probable qu'il y ait d'autres mesures de confinement à l'avenir.

Après le plébiscite relativement pacifique sur la loi fondamentale Bangsamoro qui s'est tenu en janvier 2019, les régions autonomes Bangsamoro du Mindanao musulman (BARMM) sont toujours confrontées à des difficultés institutionnelles. En septembre 2021, le Sénat a ratifié le projet de loi visant à reprogrammer les premières élections régulières des BARMM entre 2022 et 2025, ce qui laissera au gouvernement intérimaire Bangsamoro de mettre en place les projets prioritaires. Les groupes armés islamistes violents exclus du dernier processus de paix - dont certains sont affiliés à l'État islamique - et le groupe d'insurrection communiste New People Army sont toujours des groupes armés actifs dans la région.

Les habitants de Marawi qui ont été déplacés depuis le siège de 2017 attendent toujours d'être indemnisés par l'État. Cette situation provoque des tensions entre les personnes déplacées et la population de Marawi.

La loi antiterroriste de 2020, promulguée le 18 juillet 2020 en tant qu'engagement du gouvernement philippin à renforcer de manière significative la lutte contre le terrorisme, a joué un rôle déterminant dans la campagne de contre-insurrection appelée "red-tagging" (marquage rouge) impliquant les

forces de sécurité dans l'assassinat de militants (défenseurs des droits, leaders autochtones, journalistes, syndicalistes et écologistes) soupçonnés de soutenir l'insurrection communiste.

■ Contexte sanitaire

Le système de santé philippin est décentralisé en 17 zones régionales placées sous la responsabilité du ministère de la santé. Les 81 provinces et unités de gouvernement local sont largement autonomes. Le ministère de la santé définit les politiques et les normes, mais c'est à l'unité gouvernementale locale qu'il revient de décider si elles sont mises en œuvre et de quelle manière. Il existe un niveau élevé de bureaucratie qui complique un système de santé déjà fragmenté. Le secteur privé fournit une grande partie des services de santé, avec très peu de réglementations, ce qui fait que 50% des coûts restent à la charge des patients. Il existe une assurance maladie, appelée PhilHealth, qui dispose de sa propre dotation budgétaire mais n'est pas soumise à un mécanisme efficace de régulation des coûts et de la qualité des services.

En dehors des habituelles agences des Nations unies, le Croissant-Rouge philippin dispose d'une capacité et d'une influence locales importantes. Un large éventail d'ONG est présent mais n'a que peu d'influence au niveau national. Le gouvernement améliore sans aucun doute ses capacités dans le domaine de la santé et des interventions d'urgence et, par conséquent, affirme son autorité. Cela a un impact sur l'environnement opérationnel dans lequel MSF travaille - par exemple, les autorisations d'importation, la capacité d'évaluation et de réponse aux urgences, etc.

Les indicateurs de santé sont les plus élevés dans les îles du Nord et se dégradent progressivement à mesure que l'on descend vers le sud. Mindanao, et plus particulièrement la province de BARMM, affichent les pires résultats. L'espérance de vie est de 69,1 ans et la population est confrontée à plusieurs facteurs de morbidité :

- L'impact du changement climatique et de la mondialisation sur la santé. Le pays est le troisième au monde en termes d'exposition aux catastrophes naturelles.
- Augmentation des facteurs de risque de maladies chroniques en raison d'un changement de mode de vie. Il convient de noter que la santé mentale et la consommation de drogues sont également prises en compte comme facteurs de morbidité.
- La prévalence persistante de la tuberculose et du VIH.

La prévalence de la tuberculose était déjà l'une des plus élevées au monde en 2016 (1 %), avant que le confinement du Covid n'entraîne un effondrement des services de santé (et des notifications de tuberculose) et une augmentation de la transmission et de la prévalence, en particulier dans les zones densément peuplées.

Bien que la prévalence générale du VIH soit encore faible (0,2 %), elle est très élevée dans les populations à risque (consommateurs de drogues injectables, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes), et l'épidémie connaît une courbe d'accélération, les nouvelles infections ayant été multipliées par quatre depuis 2010.

Le ministère de la santé a récemment mis la priorité sur la santé mentale, mais le nombre de personnels de santé, de cliniciens et de psychologues formés à la santé mentale reste faible, et les services de santé mentale n'atteignent pas les zones rurales et à faible revenu comme la région de BARMM. La prévalence de la consommation de drogues est de 2,05 %, soit l'équivalent de 1,7 million de Philippins selon l'Office philippin des drogues dangereuses.

Depuis le début de l'épidémie de Covid-19 aux Philippines, 4 077 904 cas confirmés et 66 210 décès ont été signalés (DOH, 13 mars 2023). Après la vague Omicron de janvier 2022, le niveau de Covid dans le pays est resté faible. À la fin du mois de juin 2022, 77,8 % de la population était entièrement vaccinée, l'accent étant désormais mis sur les personnes vivant dans les zones les plus isolées géographiquement et les plus défavorisées afin d'atteindre l'objectif de 80 % de la population vaccinée.

La loi sur les soins de santé universels a été adoptée en 2019, mais son application a été retardée et de nombreuses dispositions de la loi doivent encore être mises en œuvre ou rendues opérationnelles à la fin de 2022. Des efforts sont déployés pour inscrire l'ensemble de la population à Philhealth, bien que la couverture des frais hospitaliers soit limitée.

PRESENCE MSF

MSF est présente aux Philippines depuis 1984. Les interventions ont été principalement des réponses aux catastrophes naturelles comme les typhons, les conflits armés, principalement à BARMM, les projets de tuberculose, le projet des enfants des rues (1992-2005) à Manille. Après l'intervention 2013/2014 en réponse au typhon Haiyan/Yolanda, MSF OCP a mis en place une mission régulière en 2015. Cela permet au mouvement MSF d'ouvrir des projets réguliers ou de répondre à des urgences sous l'enregistrement de la branche MSF Philippines.

Situation en octobre 2022 :

- MSF OCP met en œuvre un projet communautaire de lutte contre la tuberculose parmi les populations vulnérables (bidonvilles) de Tondo/Manille, en mettant l'accent sur le dépistage et sur la mise en œuvre de la prévention parmi les cas contacts.
- Le projet Marawi (soins de santé pour les populations déplacées, y compris pour maladies chroniques et santé mentale, et renforcement des capacités des agents de santé communautaires), qui a été ouvert après le siège de la ville en 2017, ferme fin 2022.
- Une proposition de projet de santé mentale à Maguindanao Del Sur en 2023, qui est actuellement la zone la plus conflictuelle des Philippines, n'a pas vu le jour en raison de la présence de CICR.
- OCBA est intervenu en réponse au typhon Odette et explore le nord-est de Mindanao, le contexte d'une insurrection communiste la plus longue au monde.

MSF Hong Kong mène des activités de recrutement et de communication aux Philippines. À plus long terme, les Philippines pourraient également avoir des activités de collecte de fonds dans le cadre de l'initiative SEEAP.

PROJET : TONDO

■ Historique du projet

Le projet a été lancé pour répondre aux besoins suivants

- La forte prévalence de la tuberculose aux Philippines, en particulier dans les zones urbaines pauvres comme Tondo
- Faire avancer le programme de lutte contre la tuberculose dans les domaines innovants : recherche active de cas de tuberculose (ACF) à grande échelle dans les zones urbaines, utilisation du diagnostic assisté par ordinateur (CAD) pour la lecture des radiographies du thorax, modèles communautaires pour la recherche de contacts et la prévention.

Janvier - juin 2021 : Partage de la proposition avec les autorités de santé aux différents niveaux.

Août - novembre 2021 : Mise en œuvre des premières activités de recherche des contacts, recherche active de cas conjointe avec les partenaires, suivi des personnes atteintes de tuberculose et de leurs contacts.

Septembre 2021 : Signature du protocole d'accord entre le Département de la Santé de Manille et MSF.

Février 2022 : réception de l'appareil mobile de radiologie avec sa licence d'exploitation et préparation de la recherche active de cas.

Mai - juin 2022 : Recherche active de cas pilote dans quatre sites/centres de santé pour prendre en charge les contacts familiaux tracés par l'équipe.

Juillet 2022 : Début des activités systématiques de recherche active de cas pour la population adulte (plus de 15 ans) dans le Barangay 128, Smokey Mountain.

L'objectif global est de dépister la tuberculose parmi 87 700 personnes à Tondo (17% de la population adulte) d'ici fin 2025.

■ Dispositif

Le projet MSF tuberculose de Tondo dispose de son propre bureau depuis juillet 2021 et assure la liaison avec les différents niveaux :

- 10 centres de santé du district 1 de Tondo.
- Les communautés où sont enregistrés les patients atteints de tuberculose et leurs contacts dans le Barangay (unité administrative).
- Le bureau de la tuberculose du département de la santé de Manille dans le district 2 de Tondo.
- Le département de la santé de Manille, Hôtel de ville de Manille.

En 2022, les activités suivantes ont été mises en œuvre dans les zones de couverture de 4 centres de santé.

La recherche active de cas de tuberculose (ACF) est réalisée grâce aux efforts combinés de deux équipes, l'équipe ACF (13 personnes) et l'équipe de support aux patients (PS) (6 personnes).

Les participants sont soumis à un dépistage des symptômes de la tuberculose et des résultats de radiographie pulmonaire anormale. En cas de dépistage positif, les expectorations sont recueillies et testées par Genexpert.

En mai-juin 2022, tous les contacts familiaux identifiés par l'équipe de février à mai 2022 ont été dépistés. En juillet 2022, a commencé le dépistage systématique de masse des communautés vulnérables à haut risque (sites à forte densité, forte incidence de la tuberculose, bidonvilles) à Tondo, tout en continuant le dépistage des contacts familiaux identifiés. L'équipe de recherche de cas assure également le lien avec les soins afin que les cas de tuberculose diagnostiqués par l'ACF soient mis sous traitement en temps voulu.

Les agents communautaires informent les communautés sur l'activité ACF et organisent des sessions de sensibilisation à la tuberculose, par le biais de conférences, d'informations en porte-à-porte et de distribution de dépliants.

■ Bilan 2022

En 2022, la variante omicron du Covid-19 a retardé les activités jusqu'à la fin février. La camionnette de radiologie a également connu ses propres retards avant d'être remise à MSF le même mois. MSF a pu mettre en place un médecin spécialiste de la tuberculose et nous pouvons désormais évaluer cliniquement les patients nécessitant un traitement et un diagnostic dans le cadre de nos activités ACF. Cela nous donne l'opportunité de participer à la gestion clinique des services de lutte contre la tuberculose, du moins dans nos sites de travail actuels (4 des 10 centres de santé).

	2021	2022
Nb de personnes dépistées (ACF)	0	3 282
Nb de cas en provenance de l'ASCf mis sous traitement	0	187
Nb de contacts familiaux identifiés	0*	1 238
Nb de 0-4 ans mis sous traitement préventif	0	43

PAPOUASIE NOUVELLE GUINEE	
Contexte : Epidémie/Endémie	Personnel
Nombre de projets : 1	International : 15
Dépenses 2022 : 3 197 k€	National : 91
Financements institutionnels :	Autres centres opérationnels MSF :
aucun	aucun

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

L'État indépendant de Papouasie-Nouvelle-Guinée (PNG) a obtenu son indépendance de l'Australie en 1975. C'est l'un des pays les plus diversifiés au monde - géographiquement, linguistiquement, biologiquement et culturellement. Sa population de 9,1 millions d'habitants parle plus de 800 langues et occupe une superficie de 462 840 km² comprenant plus de 600 îles. La PNG est très vulnérable aux catastrophes naturelles, en particulier aux tremblements de terre, aux éruptions volcaniques et aux tsunamis. Le changement climatique affecte également la population avec l'élévation du niveau de la mer et les graves sécheresses observées ces dernières années.

La PNG est dotée d'un gouvernement parlementaire dirigé par un premier ministre. Le chef de l'État est le roi Charles III, représenté par le gouverneur général, qui n'exerce que des fonctions cérémonielles. La politique nationale est marquée par des changements d'alliances politiques, des gouvernements de coalition et des motions de défiance à l'égard des dirigeants. Le système est corrompu et les citoyens ne peuvent pas participer pleinement aux affaires sociopolitiques. L'État n'est pas en mesure d'assurer la sécurité de sa population face aux violences intercommunautaires qui se traduisent par des violences interpersonnelles, en particulier des violences sexistes, sexuelles et familiales.

Les récentes élections nationales qui se sont déroulées de mai à juillet 2022 ont été marquées par des fraudes électorales, des destructions d'urnes et la prise de contrôle de bureaux de vote par des candidats. Cette élection a été assombrie par des flambées de violence, comme les meurtres de plusieurs personnes dans la région des Highlands, ainsi que des rapports de viols et d'enlèvements. Plus de 90 000 personnes ont été déplacées à l'intérieur du pays dans les provinces de Hela, des Southern Highlands et d'Enga. À la suite des violences électorales, des affrontements ont refait surface dans de nombreux endroits, sur la base de conflits fonciers, de représailles et de différends non réglés entre clans. Début août, James Marape a été réélu premier ministre.

Bien que la PNG dispose de ressources naturelles considérables, la plupart de ses habitants restent vulnérables. Les retombées du développement de Port Moresby ne se sont pas répercutés dans les zones rurales, où résident plus de 80 % de la population. L'inégalité des richesses est importante et 38 % de la population vit dans l'extrême pauvreté. Le secteur des minéraux et de l'énergie représente la majeure partie des recettes d'exportation et du PIB. En raison des restrictions liées à la pandémie de Covid et d'une baisse de la demande, on estime que le PIB s'est contracté de 3,8 % en 2020. En mars 2021, la Banque mondiale a prévu un rebond de la croissance économique qui atteindrait 3,5 % en 2021-22, mais en 2023 la croissance de l'économie sera de 9 points inférieure aux prévisions de la Banque mondiale d'avant la pandémie.

La corruption est endémique, systémique, de plus en plus sophistiquée et enracinée à tous les niveaux du gouvernement. En ce qui concerne les relations internationales, la Chine joue un rôle actif dans le Pacifique et continuera probablement à le faire dans les années à venir.

■ Contexte sanitaire

Les défis du système de santé en PNG sont considérables, en raison du faible niveau de développement économique et d'infrastructure, et des difficultés d'accès pour une population en majorité rurale et isolée sur des terrains géographiques à l'accessibilité limitée. Le contexte budgétaire serré et la perspective d'une diminution de l'aide des partenaires de développement posent des défis financiers considérables et exigeront des niveaux d'efficacité plus élevés pour soutenir une couverture sanitaire universelle équitable. Environ 79 % des dépenses de santé sont financées par le gouvernement, le reste provenant des fonds des donateurs et de la contribution des patients. Les services de santé primaire sont censés être gratuits pour les patients, mais la plupart des provinces imposent un ticket modérateur pour les consultations externes, bien que cela ne soit pas autorisé par leur législation. Cette taxe permet de combler les lacunes dans le financement des services de première ligne. Les possibilités d'accès à l'enseignement supérieur sont minimales, et les possibilités d'emploi pour des travailleurs non formés sont encore plus limitées. Le chômage se fait sentir, non seulement chez les jeunes, mais aussi dans l'ensemble de la population. Le nombre et la répartition des travailleurs de santé sont très insuffisants, en particulier au niveau des soins de santé primaires. L'entretien et la mise à jour des infrastructures de santé font défaut, ce qui entrave encore davantage la fourniture de soins de santé adéquats.

La PNG est en phase de transition épidémiologique, confrontée à une double morbidité de maladies chroniques en forte croissance et une prévalence toujours élevée des maladies transmissibles. Les taux de mortalité diminuent depuis 25 ans, tant pour les hommes que pour les femmes, mais pas aussi rapidement que dans les pays voisins. La mortalité infantile et des enfants de moins de 5 ans a également diminué depuis 1990, bien qu'elle n'ait pas atteint les objectifs du Millénaire pour le développement. Le taux de mortalité maternelle est de 775 pour 100 000 naissances vivantes, à égalité avec l'Afghanistan.

La tuberculose est un problème majeur de santé publique en PNG, avec une incidence de 441/100 000 habitants pour la tuberculose simple et de 23/100 000 habitants pour la tuberculose résistante en 2021. La tuberculose ultra résistante est également très répandue et une transmission primaire a été signalée. Le taux d'incidence est l'un des plus élevés de la région du Pacifique occidental et le dixième au niveau mondial. L'incidence estimée de la tuberculose chez les enfants est élevée, soit environ 25 % de l'ensemble des enfants. L'OMS a inclus la PNG, parmi les 30 pays à plus forte morbidité, avec une proportion élevée de tuberculose résistante.

La PNG a l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés du Pacifique. Deux femmes sur trois en PNG n'ont pas accès aux contraceptifs en raison d'obstacles géographiques, culturels et économiques. Plus de 1,5 million de personnes sont confrontées chaque année à la violence sexiste dans le pays. Près de 60 % des femmes et des filles âgées de 15 à 49 ans en Papouasie-Nouvelle-Guinée ont subi une forme ou une autre de violence physique et sexuelle, soit près du double de la moyenne mondiale.

Le pays affiche un taux de vaccination extrêmement faible, avec environ six pour cent de la population de près de neuf millions d'habitants entièrement vaccinés à ce jour (310 717 personnes âgées de plus de 18 ans).

PRESENCE MSF

Pendant le conflit à Bougainville en 1992, MSF a apporté une assistance médicale à la population affectée. Avec le taux d'incidence de la tuberculose le plus élevé de la région du Pacifique occidental, et le 10^e au niveau mondial, un projet a été ouvert en 2014, en appui à deux centres de santé et à l'hôpital de Kerema dans la province du Golfe, où l'accès aux zones reculées est difficile et où il n'y a pas de système de suivi efficace. Ce projet s'est achevé en 2021. Un autre projet tuberculose a été ouvert en 2015 à l'hôpital de Gerehu (NCD - National Capital district), en collaboration avec le NTP (National tuberculosis control program), pour renforcer les capacités de dépistage, de diagnostic et

d'initiation du traitement. En avril 2022, le projet a étendu son soutien au BMU (basic management unit) de Six Mile pour la tuberculose résistante à Moresby North East. La reconnaissance de MSF en tant qu'acteur pertinent en PNG s'est fortement améliorée grâce à une implication constante et solide dans la gestion des programmes de lutte contre la tuberculose avec le NTP, le NDOH (National department of health) et d'autres acteurs.

Des évaluations ont été réalisées en 2020 et 2021 sur la prise en charge des patients atteints de cancer, y compris les soins palliatifs, dans la province de Morobe. Elles seront finalisées et discutées à la fin de l'année. De 2007 à 2016, OCA a mené un projet à l'hôpital de Tari pour traiter les victimes de violences sexuelles et domestiques et a répondu à l'épidémie de choléra en 2009.

PROJET : TUBERCULOSE DANS LE NATIONAL CAPITAL DISTRICT

■ Historique du projet

En juillet 2015, MSF a commencé à soutenir l'Autorité de santé publique du NCD (NCD PHA). MSF s'est concentrée sur la gestion ambulatoire des patients tuberculeux et sur les services de laboratoire (microscopie et GenXpert). En 2016, l'accent a été mis sur la tuberculose sensible aux médicaments dans la zone du Basic management unit de Gerehu et sur le soutien à l'hôpital général de Port Moresby avec des équipes mobiles apportant des soins à domicile pour la cohorte de patients atteints de tuberculose résistante.

En 2017, MSF a commencé à apporter des soins directs aux patients diagnostiqués avec une tuberculose résistante dans le district de New Port Moresby North West, ainsi qu'à assurer éducation et conseil pour les patients et à améliorer la gestion des données. Les activités de proximité se sont transformées en soutien à la cohorte de la clinique MSF de Gerehu.

En 2018, de nouveaux acteurs dans le domaine de la tuberculose ont commencé à fournir des traitements DOTs avec un financement de la Banque mondiale à Child Fund d'abord, puis à World Vision dans le district du Nord-Ouest. Jusqu'en 2021, MSF s'est concentrée sur l'amélioration de la qualité des soins, y compris la prise en charge des patients co-infectés par le VIH. En avril 2022, MSF a commencé à prendre directement en charge les patients diagnostiqués avec une tuberculose résistante dans le BMU de Six Mile, dans le district de Moresby North East. Parallèlement, MSF renforce le traitement préventif de la tuberculose (TPT) et le traitement centré sur le patient (SAT/FM - Self Administered Treatment/Family Member observed treatment).

Après 8 années consacrées à l'amélioration de la qualité des soins, MSF a prouvé qu'il est possible d'obtenir de bons résultats en matière de gestion des cas de maladies chroniques, mais notre système n'est actuellement pas viable. En 2023, le projet sera remis au ministère de la santé ou à tout autre acteur intéressé.

Population atteinte de maladies chroniques : plus de 800 000 personnes.

■ Dispositif

Le programme continue d'assurer la prévention, le dépistage, le diagnostic, l'éducation, l'initiation et le suivi des patients atteints de tuberculose sensible et résistante aux médicaments, avec un plan de fermeture approprié pour 2023. La clinique de tuberculose de Gerehu, située dans l'enceinte de l'hôpital général de Gerehu, fournit des soins aux patients atteints de tuberculose. L'équipe de proximité assure l'évaluation et l'exploration du domicile, la recherche des patients ayant manqué leur rendez-vous, la recherche active des cas, le dépistage et le traitement préventif de la tuberculose pour les cas contacts de tuberculose simple. Les services d'imagerie et de laboratoire sont principalement

confiés à des prestataires privés. Les soins intensifs pour les personnes atteintes de tuberculose sont dispensés au PMGH, où MSF participe à une tournée hebdomadaire des services.

■ Bilan 2022

En 2022, le projet visait à :

- Maintenir le niveau des résultats du projet
- Étendre les activités à la tuberculose résistante à Port Moresby Nord-Est avec l'ouverture de la clinique de Six Mile.
- Développer le traitement préventif de la tuberculose et le traitement à domicile (SAT/FM)
- Plaider en faveur de nouveaux outils de dépistage - comme un échantillon de selles.
- Débuter l'étude échographie

	2018	2019	2020	2021	2022
Nb consultations	10 971	12 062	11 101	12 023	12 941
Nb dépistés	3 593	3 886	4 431	4 280	6 650
Nb mises sous traitement	1 375	950	753	788	1 088
Cas de tuberculose simple	1 321	909	706	749	1 007
Cas de tuberculose résistante	54	41	47	39	73
Nb de traitements préventifs					170
M+	26%	36%	32%	39%	30%
Tuberculose extra pulmonaire	39%	51%	40%	38%	34%
Cas pédiatriques	16%	13%	14%	13%	12%
Dépistages VIH	86%	98%	93%	96%	88%
% succès	83%	84%	92%	NA	94%
% perdus de vue	27%	10%	2,7%	NA	2%

REPUBLICQUE CENTRAFRICAINE	
Contexte : Conflit armé	Personnel
Nombre de projets : 3	International : 62
Dépenses 2022 : 15 938 k€	National : 805
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB, OCBA

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

Les épisodes de violence et de ravivement de la guerre civile nés de la crise électorale de décembre 2020 à février 2021 n'ont fait que fragiliser davantage la situation du pays. En réaction à la mise à l'écart de la candidature présidentielle de Bozizé, une nouvelle Coalition des Patriotes pour le Changement (CPC) s'est créée fin 2020, rassemblant les principaux groupes armés issus de la dissolution de la Seleka (UPC, 3R, MPC et partiellement FPRC) et deux branches d'Anti-Balaka, tous signataires de l'APPR de 2019 (accords de paix de Khartoum). L'attaque sur Bangui menée début janvier 2021 par la CPC a été repoussée par les Forces Armées Centrafricaines (FACA), fortement appuyées par leurs alliés bilatéraux, principalement russes. L'état d'urgence fut décrété pour 6 mois, puis reconduit.

Une fois la sécurisation de Bangui acquise, ces forces pro-gouvernementales ont continué tout au long de 2021 à reprendre le contrôle de nombreuses villes et axes principaux. Dans la plupart des cas, l'arrivée des troupes russes et centrafricaines a provoqué le départ volontaire des groupes armés (GA) en brousse et peu de combats en ville ont été relevés, mais ces départs sur les axes secondaires et en brousse ont provoqué la perte de sources de revenu pour les GA, qui se sont appuyés sur l'exploitation de mines artisanales, le racket de villages et aux barrières, des activités de type criminel telles que braquages et kidnappings. A l'été 2021, ce qui est toujours appelé la CPC semble en perte de vitesse, avec la fuite de nombreux leaders au Tchad et au Soudan, puis le ralliement de certaines factions anti-balaka aux forces bilatérales. A partir de la fin de l'été 2021 cependant, les ripostes CPC sur des positions FACA, et parfois russes, se sont multipliées, parfois avec succès, dans une bonne partie du pays. Depuis lors, s'est développée une dynamique ressemblant à un jeu du chat et de la souris, le contrôle de nombreuses localités secondaires changeant régulièrement de bord. La population prise en étau subit les exactions des uns comme des autres à chaque changement de bord, certains affrontements menant à des massacres de civils, du racket, des pillages, des arrestations arbitraires, des pratiques de viols étendues, et parfois à des déplacements.

Dernièrement, avec le changement à la tête de la Minusca, celle-ci semble reprendre un rôle plus actif dans la sécurisation de certaines localisations. Par exemple, à Nzako (Basse Kotto) comme dans le triangle Oundja-Djalle, Sam Ouandja et Ouadda (Haute Kotto), la Minusca négocie avec les GA en présence afin de faire respecter l'absence d'armes dans les centres urbains.

Les forces bilatérales, tout en gardant leur présence et bases-arrières dans les localisations principales, semblent concentrer leurs attaques sur les zones minières, où la présence de la CPC est connue (notamment Aigbandou/Sans Souci dans le nord de Bria).

A la fin de l'été 2022, des déclarations de leaders de GA, ainsi que quelques ripostes, essaient de montrer que leur puissance se reconstitue, ce qui n'est pas confirmé sur le terrain. Il est certain cependant que les GA gardent un certain pouvoir de nuisance.

Cette réalité complique le travail des humanitaires rendant difficile l'accès aux services sociaux et notamment aux soins de santé.

Selon OCHA (04/2022), la RCA reste une crise majeure de déplacements de populations avec près d'une personne sur quatre déplacée, représentant au total 658 000 personnes à l'intérieur du pays et 738 000 réfugiés centrafricains vivant dans les pays voisins, principalement au Cameroun, en RDC et en plus petit nombre au Soudan et au Soudan du Sud. La plupart du temps cependant, il s'agit soit de déplacements installés depuis plusieurs années, soit de déplacements temporaires (quelques jours à semaines).

Au niveau politique, le dialogue républicain pour la paix et la réconciliation a été organisé sans la participation de l'opposition démocratique (qui a boycotté) et sans les leaders des GA. Près de 600 recommandations ont été retenues et rien n'est dit sur leurs mises en œuvre. L'annonce d'une réforme constitutionnelle (qui permettrait un 3^e mandat du Président) s'ajoute aux tensions avec des groupes de la société civile. Les réactions gouvernementales ont été plutôt modérées suite à l'annulation par la Cour Constitutionnelle des procédures déjà entamées par le gouvernement (notamment l'installation d'un comité de révision de la Constitution).

Les élections municipales, initialement prévues en septembre 2022, sont reportées pour 2023, et seront financées par les Nations unies.

Sur le plan économique, le gouvernement centrafricain fait face à une tension de trésorerie grave. Les ressources financières mobilisées ne permettent pas à l'Etat de couvrir l'ensemble de ses charges régaliennes. Le décaissement des fonds institutionnels internationaux prévus est toujours suspendu à plus de transparence dans les dépenses de l'Etat, surtout dans le domaine de la défense. Cependant, le gouvernement a pu recevoir de l'aide urgente internationale afin de continuer à payer les fonctionnaires jusqu'à la fin 2022. Le budget national a été revu à la baisse pour l'exercice 2022 de 14,35%. Il faut donc s'attendre à une forte répercussion sur l'accès aux services sociaux de base et sur le fonctionnement normal de l'Etat, tous les ministères ayant comme priorités de trouver des ressources financières.

A cette situation, s'ajoute la pénurie de carburant/jetA1 qui persiste encore et qui a un impact sur le coût de la vie. Il est à redouter que la pénurie soit pire en 2023, notamment dès que les barges ne pourront plus passer sur le fleuve alors même que les stocks dans le pays seront déjà quasi vides.

Ainsi, malgré une amélioration relative de la situation sécuritaire dans certaines parties du pays, les perspectives laissent entrevoir un possible ravivement de la crise à cause du climat politique et économique.

Au niveau régional, depuis le décès au Tchad du Président Deby en avril 2021, les acteurs politiques et sécuritaires tchadiens sont focalisés sur la crise interne. En dehors d'accueillir en asile les leaders et membres des GA (sous condition de ne pas être armés), il semble ne pas y avoir d'ingérence dans le contexte centrafricain.

Il en est de même pour le Soudan où l'Etat fait face à des contestations, ainsi que des affrontements au Darfour.

Le fait que la Libye cherche à évacuer les mercenaires étrangers de son sol, dont 12 000 combattants Tchadiens ou Soudanais, risque d'amplifier la présence d'hommes en armes dans la région.

La RCA reste l'un des pays les plus dangereux au monde pour les acteurs humanitaires (de janvier à septembre 2021 selon INSO : 274 incidents, 12 décès, 11 blessés, et une recrudescence des détentions).

■ Contexte sanitaire

La situation humanitaire se dégrade et les suspensions de financement deviennent de plus en plus importantes, avec la baisse du budget de l'Etat et le retrait des bailleurs. A titre d'exemple, le financement de la santé a été réduit à environ 17 millions d'euros contre 23 millions de budget initial en 2021. Or, le système sanitaire de la RCA dépend à plus de 80% de l'aide extérieure

Quant aux indicateurs nationaux de santé, ils demeurent catastrophiques et se caractérisent par :

- Une faible densité des formations sanitaires (1,6/10 000 habitants) avec faible capacité en lits d'hospitalisation (13/10 000 ; 7/1000 femmes enceintes).
- Des difficultés d'approvisionnement et une rupture régulière des médicaments et intrants dans les formations sanitaires.
- Un taux élevé (un des plus élevé au monde) de mortalité maternelle et infantile. Respectivement il est de 882/100 000 naissances vivantes et 116/1000 enfants de moins de 5 ans (UNICEF, 2020).
- Un faible ratio de personnel de santé et leur faible qualification (7,3/10 000 habitants ; 8 chirurgiens, ...). Cependant, les filières de formation reprennent peu à peu.
- Une couverture vaccinale très basse. En janvier 2020, le ministère de la Santé a déclaré une épidémie de rougeole de portée nationale.
- Une baisse financement du secteur de la santé et le retrait de plusieurs partenaires financiers.

Le ministère de la Santé publique montre toutefois une réelle volonté de transformation, avec une reconstitution lente de l'appareil ministériel (affectation de cadres plus outillés et motivés). Il faut noter aussi que le pays s'est doté en 2022 d'un plan national de développement sanitaire quadriennal. Le Financement Basé sur la Performance (PBF) est mis en œuvre dans 28 districts du pays avec l'appui de la Banque Mondiale et de l'Union Européenne.

PRESENCE MSF

OCA, OCB, OCBA et OCP sont présents en RCA avec 11 projets pour environ 53 millions d'euros sur des typologies d'intervention assez identiques : soins primaires et hospitaliers, pédiatriques et maternels, paludisme et vaccination, et généralement soutien à la chirurgie, prise en charge des violences sexuelles, des interruptions de grossesse, de la tuberculose et du VIH.

PROJET : BRIA

■ Historique du projet

En juillet 2013, le projet ouvre à l'hôpital de Bria pour offrir des soins primaires et secondaires (pédiatrie) à la population de la Haute-Kotto (114 000 dont 87 000 en sous-préfecture de Bria). A partir de 2016, des flambées de violences successives entre les groupes armés, provoquent une partition de la ville de Bria.

Depuis le 19 avril 2021, les forces bilatérales russes et les forces armées centrafricaines sont présentes de manière permanente et contrôlent la ville, qui sert de base pour le déploiement d'opérations dans la région.

■ Dispositif

Le projet MSF à Bria offre des soins de santé primaires pour les moins de 15 ans (jusqu'à 18 ans pour la prise en charge des violences sexuelles) dans les dispensaires du camp de déplacés PK3 et de l'hôpital de Bria, lors des cliniques mobiles sur les axes et dans les postes de santé soutenus. Le projet soutient également l'offre de service de soins secondaires à l'hôpital régional universitaire de Bria (HRUB) : services pédiatriques avec une hospitalisation générale de 38 lits et 9 lits de néonatalogie. Une clinique

de suivi des maladies chroniques non-transmissibles a également été mise en place en juillet 2021, pour les enfants de moins de 15 ans.

■ Bilan 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de consultations pédiatriques (unités de consultations, PK3)	54 345	63 286	63 572	60 548	69 363
Nb de consultations générales (axes)	16 584	18 394	26 296	25 349	31 895
Nombre de passages aux Urgences chirurgicales (> 15 ans)	1 171	3 112	3 826	220	5 601
Nombre d'admissions en Pédiatrie	3 046	3 372	3 268	3 551	3 890
<i>dont en centre nutritionnel hospitalier</i>	<i>276</i>	<i>310</i>	<i>301</i>	<i>230</i>	<i>186</i>
Nombre d'admissions en néonatalogie	474	545	354	427	472
Nombre de consultations pour violences sexuelles	97	226	223	182	243
Cohorte maladies chroniques (< 15 ans)	-	-	-	48	203

PROJET : HOPITAL SICA

■ Historique du projet

À la suite des événements violents de décembre 2013, MSF ouvre un projet chirurgical à l'hôpital communautaire de Bangui, transféré par la suite au Centre national hospitalier universitaire de Bangui (CNHUB). La prise en charge des victimes de violences sexuelles est intégrée au projet en juillet 2014. En novembre 2015, le Ministère de la Santé demande à MSF de quitter les locaux du CNHUB. En juin 2017, les activités sont transférées vers le site de SICA, dans un espace provisoire et plus réduit. La structure est privée ; les démarches pour obtenir l'autorisation ministérielle de structure sanitaire (projet d'établissement) sont toujours en cours. En 2018, le service ambulatoire est mis en place et la construction d'un laboratoire de microbiologie commence (mis en service en avril 2019). La même année, une augmentation conséquente du nombre de patients porteurs de bactéries multi-résistantes (BMR) nécessite d'aménager très rapidement une structure (non-adaptée) pour l'isolement de ces patients. En 2019, à la suite d'un audit complet de l'ensemble de cette structure hospitalière, un programme de réhabilitation conséquent est initié, qui s'achèvera fin 2020. En avril 2020, un pré-triage devient opérationnel afin de réorienter des cas simples vers les structures périphériques. En mai 2020, le programme de prise en charge des violences sexuelles est transféré à OCBA. En octobre 2020, face à la pandémie de Covid-19, les critères d'admission sont révisés et excluent la prise en charge des brûlures, dans le but d'améliorer les conditions de prévention et contrôle des infections par une réduction du nombre de lits de 81 à 65 lits. En août 2021, le service de santé mentale est mis en place pour apporter une prise en charge psycho-sociale aux patients de l'hôpital.

■ Dispositif

SICA reste la seule structure de prise en charge gratuite des urgences chirurgicales pour les plus de 15 ans, devenue structure de référence à l'échelle du pays. L'hôpital comprend 65 lits, avec une capacité d'augmentation jusqu'à 90 lits en cas d'un afflux massif de blessés. L'hôpital contient un bloc opératoire de deux salles, cinq services d'hospitalisation (orthopédie, viscérale, soins intensifs, isolement BMR et soins de suite et de réadaptation (SSR)), un service de consultation ambulatoire, un service de kinésithérapie (ambulatoire et en hospitalisation), un service de santé mentale, un service de radiologie, un laboratoire général et un laboratoire de microbiologie.

■ Bilan 2022

	2019	2020	2021	2022
Nombre de passages au pré-triage (mise en place en août 2020)		5 567	5 982	8 487
Total Présentations - Service des Urgences	9 809	3 613	2 639	2 900
Admis dans la structure en % - Service des Urgences	12,4	23,9	36,7	33%
Total Admissions - Service d'Hospitalisation Chirurgicale	1 339	1 004	1 060	1 003
Durée moyenne de séjour (jours) - Service d'Hospitalisation Chirurgicale	13,7	12,3	13,7	14,6
Taux d'occupation des lits en % – Tous services	73	74,9	72	76,5
Taux de Mortalité en Services d'Hospitalisation - Tous Services (%)	1,4	1,3	1,6	2,4
Total Interventions - Bloc Opératoire	4 711	3 262	3 332	3 875
Total Admissions - Unité de Soins Intensifs	378	293	176	198
Durée moyenne de séjour (jours) - Unité de Soins Intensifs	3,6	3,3	3,5	3,8
Total Consultations - POAC Workload (= CASC)	98 777	11 004	11 725	11 685
Total Séances de Kinésithérapie	12 675	13 326	15 472	15 137
Total consultations santé mentale (ouverture en août 2021)			461	1 814

Mécanisme de la Blessure - Service des Urgences	2019	2020	2021	2022
% Mécanisme de blessure Violent - Service des Urgences	18%	24%	28%	24%
% Accident de la Circulation - Service des Urgences	57%	52%	48%	44,7%
% Blessure par Balle - Service des Urgences	3,20%	5,10%	8%	6%

PROJET : CARNOT

■ Historique du projet

Principales dates du projet MSF OCP :

- **2009** : ouverture du projet Carnot dans un contexte de crise nutritionnelle (intervention équipe d'urgence).
- **2011** : ouverture d'un projet vertical, en collaboration avec le ministère de la santé (primes et formations). avec prise en charge des patients VIH et tuberculose au niveau de l'hôpital de Carnot (HDC) et support de MSF à 3 centres de santé (Ndinguri, Bouli et Mboula).
- **2012** : prise en charge des hospitalisations et consultations pédiatriques par MSF au niveau de l'HDC.
- **2014** : support de MSF à la médecine interne de l'HDC et à la vaccination au niveau du district sanitaire.
- **2015** : support au centre de santé de Charpente afin de transférer les consultations pédiatriques de l'HDC vers ce centre de santé. Arrêt du support au centre de santé de Bouli (consultations insuffisantes) et support au centre de santé de Mbelou.
- **2016** : début de la décentralisation des activités VIH au niveau des centres de santé appuyés par MSF.
- **2018** : passation du support MSF au centre de santé de Charpente à la Croix Rouge Française et début de la prise en charge des maladies non-transmissibles (diabète, asthme, hypertension, épilepsie, et drépanocytose). La clinique VIH de l'HDC devient ainsi la Clinique de Suivi en 2019.
- **2021** : lancement des activités de prise en charge des violences sexuelles.
- **2022** : lancement du mini-laboratoire (microbiologie) au niveau de l'HDC.

■ Dispositif

A l'HDC, MSF soutient :

- les services pédiatriques : urgences et hospitalisations pédiatriques de 78 lits dont 10 lits pour la néonatalogie, 10 lits en soins intensifs, 40 lits pour les unités A, B et soins continus et 18 lits pour le centre nutritionnel.
- la médecine interne adulte et tuberculose (28 lits dont 10 lits de médecine interne pour femmes, 10 de médecine interne pour hommes et 8 lits isolement tuberculose).
- la Clinique de Suivi : VIH, maladies non-transmissible, violences sexuelles.

MSF appuie également au sein de l'HDC :

- La gestion et à la destruction des déchets de l'hôpital.
- La gestion et suivi en approvisionnement et distribution en eau et en électricité de l'hôpital.
- La maintenance générale (mobilier et équipement) et l'hygiène de l'hôpital.
- La donation de rations sèches (pour patient hospitalisé et 1 accompagnant)

■ Bilan 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de consultations centres de santé	66 093	60 678	14 220	29 365	36 079
Nombre de passage urgences pédiatriques	7 716	9 146	15 510	18 347	8 220
Nombre d'admissions en pédiatrie	4 272	4 008	4 553	3 552	3 432
Nombre d'admissions en néonatalogie	467	427	449	424	338
Nombre d'admissions au centre nutritionnel	668	839	740	988	776
Hospitalisations médecine interne	944	947	891	890	920
Taux d'occupation des lits (<i>moyenne sur l'année</i>)	N/C	76%	74%	73%	78%
Mortalité hospitalière	6,9%	6%	5,3%	6,5%	8%
Nouveaux cas violences sexuelles / % prise en charge en moins de 72 h	12 N/C	17 18%	12 16%	70 24%	70 24%
Consultations maladies non-transmissibles dont inclusions	N/C	N/C	N/C	3 863 307	3 787 422
Consultations tuberculose dont nouveaux-cas	N/C	N/C	N/C	3 338 764	2 746 529
Total consultations VIH (inclusion et suivi)	N/C	N/C	N/C	7 351	6 581
Hospitalisation patients VIH	N/C	N/C	N/C	236	302
Total patients VIH suivis (actifs) dont Total initiés aux ARV	N/C	N/C	N/C	2 129 265	2 079 317
MINI-LAB : Total Hémocultures examinés dont BMR	N/C	N/C	N/C	N/C	2 927 72

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO	
<p>Contexte : Conflit armé, Epidémie / Endémie</p> <p>Nombre de projets : 4</p> <p>Dépenses 2022 : 21 146 k€</p> <p>Financements institutionnels : aucun</p>	<p>Personnel</p> <p>International : 61</p> <p>National : 424</p> <p>Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB, OCBA, OCG, WACA</p>

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

La République Démocratique du Congo (RDC) est l'un de plus vaste pays de l'Afrique subsaharienne. Il a une superficie de 2 345 409 km² avec une population estimée à plus de 94,5 millions d'habitants et un taux de croissance démographique estimé à 3,3%. La population de la RDC est majoritairement jeune (48% de moins de 15 ans, 48% de 15-59 ans et 4% de 60 ans et plus). Les femmes représentent 50,3% de la population. Forte de sa démographie, ses immenses terres arables avec un sous-sol très riche, la population de la RDC fait face à une précarité socio-économique qui réduit son accès aux besoins basiques. 27 millions de personnes souffrent de malnutrition.

La RDC a connu des fortes périodes d'instabilité politique et sécuritaire depuis son accession à l'indépendance en 1960. Après le premier coup d'état militaire (1965) qui a été suivi d'une longue période de régime totalitaire (1965-1997), un autre coup d'état militaire (1997) vient conduire progressivement le pays vers l'ère de la démocratie. Des premières élections « démocratiques » présidentielles et législatives ont eu lieu (2006, 2011 et 2018). En 2018, le pays a eu une première alternance politique « pacifique » entre le président sortant Joseph Kabila et l'entrant Felix Tshisekedi. Dès la première année de l'exercice de ses fonctions, le nouveau président a lancé des opérations militaires dans la partie Est du Pays. Un état de siège a été décrété en mai 2021 dans les provinces du Nord Kivu et de l'Ituri pour endiguer le cycle de violence dans cette partie du pays où sévissent plus de 120 groupes armés répertoriés. Deux des groupes armés les plus actifs, les Forces Démocratiques Alliées (ADF) et les M23 (Mouvement du 23 mars) sont déclarés organisations terroristes respectivement en mars 2021 et en mai 2022. Selon la communauté internationale, le M23 est fortement soutenu par le Rwanda, conduisant à nouveau cette crise à un niveau régional. Depuis la reprise de la gestion du pouvoir par les autorités militaires dans l'Ituri et le Nord Kivu, le pays assiste à une recrudescence des violences et des manifestations populaires contre les effets pervers de l'état de siège. Une stratégie qui n'a jamais marché au Congo.

En mars 2022, les M23 inactifs depuis 2017, reprennent les offensives et occupent une partie de la province de Nord Kivu, incluant une grande partie du territoire de Rutshuru. Cette reprise de conflit vient déstabiliser un système de santé déjà affaibli qui peine à fournir des soins de santé de qualité à sa population. Au 31 janvier 2023, les acteurs humanitaires et étatiques estiment qu'au moins 602 000 personnes sont en situation de déplacement dans les territoires de Rutshuru, Nyiragongo, Masisi, Walikale, Lubero et la ville de Goma, à la suite des affrontements armés depuis mars 2022. Encore environ 150 000 réfugiés sont arrivés dans les pays voisins, notamment en Ouganda : 98 000, en 2022-2023.

Après l'adoption par les chefs d'état de l'EAC (East African Community) en juin 2022 de la mise en place d'une « Force militaire régionale » opérationnelle à l'Est du Congo, la population frustrée par le manque de résultats concrets sur les terrains, demande le départ sans condition de la Monusco ainsi que de cette force régionale de l'EAC, jugées inefficaces.

Au vu de tous ces agissements, des violences post-électorales sont à craindre pour les élections présidentielles prévues fin 2023 et dont les préparatifs sont en cours. Les problèmes de financement

et l'insécurité dans deux régions du pays risquent de ralentir le processus. Le rapport des experts de l'ONU doute fort de la tenue de ces élections.

■ Contexte sanitaire

Le secteur de la santé en RDC souffre de plusieurs maux : le système de recouvrement des coûts ; une faible allocation budgétaire par rapport à des dépenses des ménages trop élevées ; une dépendance vis-à-vis des financements extérieurs ; des ressources disponibles mal dépensées ; une mauvaise exécution du budget ; des problèmes de gouvernance ; et un processus de décentralisation en partie théorique. Tous ces défis sont identifiés comme obstacles pour la mise en œuvre du plan de couverture sanitaire universelle (CSU) toujours pas finalisé en 2022.

Les causes majeures de la mortalité au Congo varient selon la tranche d'âge. Pour la population pédiatrique des moins de 14 ans, il s'agit toujours de paludisme, pneumonie et diarrhée. Pour les adultes de 15-49 ans, les causes majeures sont les accidents de voiture, la tuberculose (TB) et le VIH. Pour les femmes, la mortalité maternelle reste la cause principale de mortalité avec 843 décès par 100,000 naissances vivantes.

La tuberculose et le VIH restent encore des problèmes importants de santé publique avec des difficultés d'accès aux soins et accès au laboratoire/charge virale pour la cohorte pédiatrique, surtout dans l'est du pays. L'incidence de la tuberculose dans le pays est de 319 cas par 100 000 habitants, avec un taux de succès de 92% et de lacunes de diagnostic et traitement pour la cohorte pédiatrique. La couverture rougeole estimée reste très faible à 55% pour les enfants d'entre 12 et 23 mois, la plus basse depuis 2010. Depuis la plus grande épidémie de 2018-2019 (2019 : 311 471 cas ; 6045 décès/1,9% létalité, selon les chiffres officiels avec très probablement une sous notification importante), le pays a de nouveau souffert d'une flambée de cas de rougeoles dans 225 des zones de santé (ZS) en 2022 avec 148 638 cas et 1 875 décès (létalité 1,3%) avec plusieurs ripostes vaccinales et prise en charge de cas, menées par MSF et le ministère de la santé, qui ont épuisé le stock d'urgence de vaccins du ministère. Le problème de la gratuité des soins reste un défi. L'introduction de la deuxième dose de vaccin rougeole en routine reste toujours en cours de préparation avec les dates de lancement inconnues.

En 2022, le pays a connu deux épidémies d'Ebola, la première dans l'Equateur (5 cas, 5 décès) et la deuxième dans la zone de Sante de Beni (1 cas confirmé, 1 décès).

Pour les autres maladies à potentiel épidémique comme le choléra, la fièvre jaune, le Covid-19, la variole du singe, le pays continue à souffrir d'un système de surveillance faible, avec une sous notification de cas, un manque d'accès rapide au laboratoire, et une faible capacité de réponse aux urgences.

PRESENCE MSF

MSF est présente en RDC depuis 1981 avec un projet de prise en charge des réfugiés ougandais lors de la guerre de Luwero (Ugandan Bush War).

MSF OCP intervient principalement dans cinq provinces : le Nord Kivu et les quatre provinces du grand Katanga :

Au Nord Kivu :

De 1994 à 2021, MSF OCP a ouvert et fermé des projets dans plusieurs localités dont : Goma (1994-2005) ; Beni (1996-2005) ; Kayna, Lubero, Kanyabayonga (2004-2010) ; Rutshuru, Nyanzale, Kabizo, Barambizo, et Kibirizi (2007-2012).

De 2017 à nos jours OCP est présent à : Rutshuru (depuis 2017) ; Goma (depuis 2015) ; Binza (depuis 2018) ; Kibrizi et Bambo (depuis 2017). Ces deux dernières localités font partie du projet KIBA.

Ces projets ont en commun leurs typologies : la réponse aux conséquences directes ou indirectes des conflits armés et la réponse aux épidémies. A l'exception du projet Goma qui est centré sur l'amélioration de la prise en charge du VIH/SIDA et les soins médicaux aux populations marginalisées (enfants des rues et professionnel(le)s du sexe).

Dans les quatre provinces de Katanga :

MSF OCP est au Katanga depuis 1996 en réponse aux conséquences du conflit armé et en réponse aux épidémies récurrentes de rougeole, choléra et paludisme :

De 2001 à 2017, MSF a ouvert et a fermé deux projets : Projet d'assistance aux population déplacées victimes de guerre (intervention dans plusieurs localités 2001-2007) et un projet multisectoriel de prévention et contrôle de choléra à Kalemie (2010-2017).

De 2018 à nos jours MSF OCP à un projet en réponse aux épidémies récurrentes de rougeole avec développement des activités de surveillance et laboratoire ainsi que des activités à la fois préventives (pour éviter les épidémies) et réactives (réponse rapide, efficace et efficiente). Ces activités font partie du projet URGEPI.

La précarité des services de santé, la recrudescence des épidémies et l'exposition des populations à des conséquences directes et indirectes de conflit sont les raisons qui sous-tendent les actions d'OCP en RDC.

Depuis 2022, une équipe d'urgence constituée de trois personnes (un logisticien, un médecin et un administrateur) a été créé pour une réponse plus efficace aux multiples urgences récurrentes dans le pays.

Tous les centres opérationnels sont présents en RDC :

OCB : ville de Kinshasa (Projet VIH/SIDA et équipe de pool d'urgence) ; province de Kasai central (Kananga), province du Nord Kivu (Masisi).

OCBA : Sud Kivu à Bunyakiri (Kahele) ; Mulungu, Salamanbila (Maniema) ; et un pool d'urgence couvrant 17 provinces.

OCA : Nord Kivu à Mweso et Walikale et au Sud Kivu à Tha, Kimbi-Lulenge et un pool d'urgence (basé à Skeru).

OCG : province de Kéré, Bunia et projets d'urgence en réponse à des épidémies.

WACA : ouverture d'un projet aux alentours de Kinshasa (personnes handicapées) en septembre 2022.

PROJET : RUTSHURU

■ Historique du projet

MSF est présent dans le territoire de Rutshuru depuis octobre 2005 avec des activités de prise en charge des urgences médicales et chirurgicales. Progressivement, MSF investit tous les services de l'HGR (Hôpital Général de Référence) avant de se désengager à partir de 2015. Moins d'une année après son départ, MSF décide de revenir dans cet hôpital pour répondre à une dégradation de l'état sécuritaire dans la zone.

L'approche de MSF dans l'hôpital est depuis différente en se basant sur une cogestion : d'un côté MSF avec l'HGR et de l'autre l'Union Européenne avec l'HGR via un programme de développement. Aujourd'hui, MSF collabore (personnels salariés et primés, intrants, logistique et gestion) dans les « pôles chauds » de l'hôpital (urgences, soins intensifs, chirurgie), l'UNTI (Unité de Nutrition Thérapeutique Intensive), le service VVS (Victimes de Violence Sexuelle) et certains services transversaux ayant un impact sur les activités (laboratoire, kinésithérapie, buanderie, stérilisation, promotion de la santé). MSF collabore également dans quatre centres de santé à la prise en charge gratuite des enfants malnutris en les approvisionnant en intrants nutritionnels et en apportant un

support technique dans les UNTA (Unité de Nutrition Thérapeutique Ambulatoire). Aujourd’hui, il n’y a pas de volonté de désengagement.

En 2018, les projets satellites de Bambo et Kibirizi ont été ouverts. En 2020, un nouveau projet satellite a été créé puis autonomisé à Binza lors de la période 2021-2022. Bambo et Kibirizi ont été inclus en 2022 dans le projet KIBA.

A la fin mars 2022, le M23 pénètre une nouvelle fois dans le territoire congolais et prend contrôle d’un secteur s’étendant sur les zones de santé de Rwanguba et Rutshuru. Les affrontements entre la coalition FARDC/groupes armés et M23 s’enlisent provoquant le déplacement de 166 000 déplacés vers une zone habitée par 300 000 personnes. En réponse à cette crise humanitaire, un projet d’urgence est déployé dans la zone. Au fur et mesure des prises de nouvelles zones par les M23, ces déplacés se relocalisent autour de Goma avec encore des « poches » dans les zones autour de Kibirizi, Bambo et Binza.

■ Dispositif

Hôpital général de référence de Rutshuru

Capacité : 126 lits dans les services appuyés : 80 en chirurgie, 10 en soins intensifs, 6 en service brûlures, 30 en UNTI (capacité totale de 311 lits + 27 d’isolement)

Activités :

- Prise en charge gratuite des patients dans les services des urgences, soins intensifs, chirurgie/bloc opératoire, et pédiatrie (service de prise en charge de la malnutrition - UNTI).
- Prise en charges gratuite des victimes de violences sexuelles
- Santé sexuelle et reproductive : accès à l’avortement sécurisé et volontaires et à la contraception.
- Prise en charge gratuite au niveau de l’isolement (Covid-19 et autres maladies à potentiel épidémique).
- Collaboration aux services médicotéchniques et généraux via principalement du personnel primé et parfois des intrants : radiologie, laboratoire, stérilisation, kinésithérapie, buanderie, zone à déchets, maintenance et gestion générale.
- Promotion de la santé et prévention et contrôle des infections.
- Prise en charge des urgences médico-chirurgicales référées des autres projets MSF de Kibirizi, Bambo et Binza.
- Prise en charge gratuite et le suivi post-opératoire y compris les post césariennes.
- Soutien aux collectes et approvisionnement en sang des projets satellites.
- Support aux équipes du ministère de la santé lors des complications des urgences obstétricales.
- Prise en charge gratuite des enfants malnutris dans les centres de santé de Mapendo, Murambi, Rubare, Kalengera : intrants nutritionnels et appui technique.
- Amélioration de la couverture vaccinale (vaccination de routine).

■ **Bilan 2022**

	2020	2021	2022
Passages aux urgences	8 238	9 384	12 491
Actes chirurgicaux	4 995	5 872	7 454
Admissions en chirurgie	1 779	2 231	2 715
Admissions nutrition UNTA	1 641	1 997	2 506
Admissions nutrition UNTI	961	1 112	1 359
Cas de violences sexuelles	1 176	449	328
Passage en soins intensifs	958	1 064	1 118
Kinésithérapie		1 386	1 706
Covid-19			24

En mai 2022, une réponse a été organisée auprès de populations déplacées avec 56 722 consultations.

PROJET : KIBA – KIBIRIZI ET BAMBO

■ **Historique du projet**

Des conflits intercommunautaires (Nandé et Hutu) ont éclaté en début 2017 dans le nord-ouest du territoire de Rutshuru et le sud du territoire de Lubero entraînant des mouvements de populations avec regroupements communautaires (les Hutu à Bambo et les Nandé à Kibirizi) et poussant MSF à soutenir ces communautés dans deux zones de santé distinctes.

Vu le contexte sécuritaire, socioéconomique, et les déplacements des populations dans le nord Kivu en général, particulièrement dans les zones de santé de Bambo et Kibirizi, MSF a décidé d’apporter son appui avec des soins de santé primaires et secondaires à la population des deux zones à travers l’ouverture du projet KIBA en 2018.

A la suite de la dégradation de la situation sécuritaire, MSF a été contraint de gérer (suivi et supervision, parfois sur place) le projet KIBA à distance depuis Rutshuru pendant la période 2019-2022.

Début 2022, une décision de gestion de proximité du projet a été prise en étroite collaboration entre MSF et les populations desdites zones de santé. Une première équipe a été déployée en mars 2022.

■ **Dispositif actuel**

Zones de Santé de Bambo et Kibirizi :

Hôpitaux généraux de référence (HGR) de Bambo et Kibirizi avec salles d’urgence :

- Bambo : 31 lits dont 17 en pédiatrie et 14 en malnutrition-UNTI (avec possibilité d’extension à 12 en pédiatrie, 10 UNTI et 14 pour épidémie de rougeole), sur les 71 lits officiels de l’hôpital de Bambo.
- Kibirizi : 35 lits dont 25 en pédiatrie et 10 UNTI (avec possibilité d’extension à 12 pédiatrie/UNTI et 8 pour épidémie de rougeole), sur les 73 lits officiels de l’hôpital.

Activités :

- Prise en charge gratuite des urgences médico-chirurgicales (stabilisation) et référence vers Rutshuru (avec des ambulances médicalisées).
- Prise en charge gratuite des enfants hospitalisés dans les services de pédiatrie (0-14ans) et prise en charge de la malnutrition.

- Amélioration de l'hygiène, précautions universelles au niveau de toute les structures (réhabilitation des structures).
- Prise en charge gratuite des victimes de violences sexuelles
- Santé sexuelle et reproductive avec accès aux soins d'avortements sécurisés, ainsi que la contraception dans les deux hôpitaux (et dans les 5 centres de santé).
- Mise en place du triage et prise en charge des cas maladies à déclaration obligatoire dans le service d'isolement.
- Accompagnement du ministère de la santé dans la surveillance épidémiologique des maladies à potentiel épidémique.
- En collaboration avec les BCZs (Bureaux Centraux des deux Zone), MSF mène des activités au niveau de 3 centres de santé à Bambo (Mushababwe, Faraja, Kishishe) et 2 centres de santé à Kibirizi (Kashalira, Kalonge) : consultations curatives externes gratuites pour tous les âges, dépistage et prise en charge gratuite des cas de malnutrition aiguë en ambulatoire, prise en charge gratuite des victimes de violences sexuelles, prise en charge des références vers les hôpitaux, amélioration de la couverture vaccinale (PEV de routine).

■ Bilan 2022

PROJET KIBA	2020			2021			2022		
	Bambo	Kibirizi	Total	Bambo	Kibirizi	Total	Bambo	Kibirizi	Total
Description indicateurs									
Nb passages aux urgences	4 037	4 899	8 936	3 669	7 187	10 856	5 377	6 892	12 269
Consultations curatives	33 757	26 668	60 425	40 099	43 681	83 780	54 952	53 329	108 281
Nb admissions pédiatrie	2 297	3 241	5 538	1 869	5 301	7 170	1 338	726	2 064
Admissions Programme nutrition UNTA	1 955	768	2 723	1 575	1 052	2 627	701	291	992
Admissions Programme nutrition UNTI	669	376	1045	566	368	934	351	261	612
Cas VVS	160	39	199	143	86	229	44	47	91

PROJET : BINZA

■ Historique du projet

Le projet Binza est initialement pensé comme une annexe opérationnelle du projet Rutshuru. Une mission exploratoire conduite au dernier trimestre 2020 conclu à la pertinence d'y déployer une équipe médicale sur une durée initiale de 6 mois, pour apporter un appui technique au personnel du ministère de la santé à l'hôpital (HGR) de Nyamilima et dans les centres de santé de Camp5h et Kiseguru, puis un suivi à distance de pair avec le projet KIBA. Un déploiement est effectué en janvier 2021, mais la situation sanitaire et les besoins techniques et financiers constatés conduisent à la

décision d'autonomiser le projet et d'y installer une équipe permanente après le second semestre 2021.

Les objectifs du projet sont alors recentrés sur la prise en charge gratuite des soins pour les enfants de moins de quinze ans (pédiatrie et UNTI), les victimes de violences sexuelles et les urgences via la mise en place d'un système de références au sein de la zone de santé et avec l'HGR de Rutshuru. Le soutien technique aux équipes des services appuyés demeure en 2022 un axe prépondérant du projet.

■ Dispositif

Collaboration avec l'Hôpital Général de Référence de Nyamilima :

- Appuie en direct par MSF : 17 lits en pédiatrie, 12 lits en soins intensifs et 10 lits UNTI, avec capacité d'extension de 10 lits pédiatrie, 12 soins intensifs, 10 épidémie de rougeole sur la capacité de l'hôpital de 90 lits.
- Urgences : 1 lit d'examen, 5 lits de stabilisations et une table de réanimation.
- Pédiatrie : 1 table de réanimation pour les enfants de 1 mois à 14 ans inclus.
- Approvisionnement en médicaments, aliments nutritionnels thérapeutiques et prêt de matériels biomédicaux pour tous les services appuyés, support à la banque de sang de l'HGR
- Prise en charges gratuite des victimes de violences sexuelles et avortement sécurisé (prise en charge médicale, psychologique et don de kits de dignité).

Collaboration avec le centre de sante de Nyamilima (paroisse) :

- Plan de contingence lors du pic de paludisme.
- Maternité et salle d'observation disponible.

Collaboration avec les centres de santé de Camp5h (communautaire) et Kiséguru (paroisse) :

- Prise en charge gratuite des consultations pédiatriques curatives externes de 1 mois à 14 ans inclus et références à l'HGR
- Dépistage et prise en charge gratuite de la malnutrition aiguë sévère en ambulatoire dans les et références des cas avec complications vers l'HGR de Nyamilima.
- Prise en charge gratuite des victimes de violences sexuelles (prise en charge médicale, kits de dignité, références) et avortement sécurisé.
- Pris en charge de la planification familiale/contraception et de l'avortement sécurisé.
- Approvisionnement en médicaments, aliments nutritionnels thérapeutiques et prêt de matériels biomédicaux pour tous les services appuyés.

Activités communautaires victimes de violences sexuelles :

- Prise en charge précoce de cas violences sexuelles (prophylaxie post-exposition et contraception < 12 h) au niveau de la communauté et approcher les soins à la communauté.
- Prise en charge décentralisée à travers la mise en place de maisons d'écoute.

■ Bilan 2022

	2020	2021	2022
Consultations curatives Centres de santé	41 137	39 561	70 327
Admissions UNTA	0	436	2 203
Présentations Urgences HGR	1 254	5 008	5 291
Admissions UNTI	227	338	583
Admissions Pédiatrie	749	3 603	4 257
Admissions Victimes de violences sexuelles	51	270	462
Nombre d'avortements	0	0	459

PROJET : GOMA

■ Historique du projet

Le projet VIH de MSF à Goma a été ouvert en août 2015. La volonté d'ouvrir un projet VIH répondait aux objectifs médico-opérationnels et de plaidoyer de MSF ciblant les pays à faible prévalence mais avec couverture et accès aux soins VIH limités.

En RDC, plusieurs lacunes avaient été identifiées telles que la faible couverture des services de dépistage, de la thérapie antirétroviraux avec une proportion importante des patients VIH gravement malades et une forte mortalité liée au VIH. Il a aussi été noté l'existence de multiples barrières pour les personnes vivant avec le VIH à accéder aux soins : une forte stigmatisation, des coûts élevés des soins et des ruptures fréquentes des stocks de traitements. De plus, la RDC n'a pas mis en place des approches ou des modèles de service adaptés à la situation du pays.

Le projet VIH dans la ville de Goma est un projet de collaboration avec le ministère de la Santé pour améliorer la prise en charge des personnes vivant avec le VIH en proposant des modèles différenciés adaptés au contexte local (décentralisation de la prise en charge).

Entre 2015 et 2018, le projet s'est focalisé sur l'amélioration de l'accès au diagnostic et aux soins en collaboration avec 5 structures de Goma, l'instauration de la gratuité des soins et le rachat par MSF des consultations.

En 2018, une évaluation a été faite avec réorientation des activités (2018-2020) sur le dépistage des populations à risque, l'amélioration du suivi de personnes sous traitement antirétroviraux, l'amélioration du diagnostic et de la prise en charge des patients au stade avancé et des patients identifiés en échec de traitement,

En 2019-2021, quatre nouvelles activités ont été ajoutées : l'accès à la prise en charge des victimes de violences sexuelles, la prise en charge médicale des personnes marginalisées, la surveillance choléra, la prise en charge du Covid-19, l'accès à la santé reproductive tel que l'avortement sécurisé et volontaire et la contraception.

En 2021, 2 nouvelles structures ont aussi été ajoutées au projet pour accroître l'offre des soins aux personnes vivant avec le VIH. Jusqu'aujourd'hui MSF appuie 7 structures.

En 2022, certaines activités du projet ont été restructurées et de nouvelles approches ont été intégrées : fin du rachat des services pour la population marginalisée, mise en place d'une équipe d'accompagnement psycho-social (3 personnes), positionnement de superviseurs MSF dans les structures, intégration de l'accès à l'avortement sécurisé et volontaire au centre de santé de Murara et amélioration de l'analyse des données VIH.

■ Dispositif actuel

Le projet couvre 7 structures (60% de la cohorte VIH de la ville de Goma) :

- Hôpital HGR de Virunga : prise en charge VIH en ambulatoire, prise en charge des cas sévères VIH en hospitalisation, prise en charge du sarcome de Kaposi, triage et prise en charge des cas de Covid-19, laboratoire pour les charges virales et autres examens biologiques.
- Hôpital Militaire : prise en charge du VIH en ambulatoire.
- Centre de santé de référence de Kahembé : prise en charge du VIH en ambulatoire, des victimes de violences sexuelles et des populations marginalisées.
- Centre de santé de Murara : prise en charge du VIH en ambulatoire, des victimes de violences sexuelles, santé reproductive dont avortement sécurisé et volontaire.
- Hôpital Heal Africa : prise en charge du VIH en ambulatoire, la plus grosse cohorte pédiatrique de la ville.
- Centre de Santé CCLK : prise en charge du VIH, des victimes de violences sexuelles et personnes marginalisées.

- Centre de santé de Carmel : prise en charge du VIH en ambulatoire
- Covid-19 : renforcement du service de triage, de la surveillance, de la sensibilisation et de la prise en charge des cas dans l'isolement à l'hôpital HGR de Virunga.
- Choléra : surveillance clinique des cas dans les unités de traitement du choléra (8), suivi à domicile des patients et enquête de séroprévalence, avec Epicentre.

■ Bilan 2022

	2020	2021	2022
File active	3 412	4 205	4 062
Moins 20 ans	608	611	597
File active 2 ^e ligne	269	293	ND
Taux de suppression virale	87%	85%	ND
Hospitalisations	419	470	460
Rétention à 12 mois	75%	71%	ND
Cas violences sexuelles	580	267	709
Consultations populations marginalisées	1109	5919	6279
Charges virales	3 174	2 745	3 773
Nbre groupes communautaires	60	765	1 013
Nb tests rapides Covid-19		1167	612
Nb cas positifs Covid-19		361	63
Cas hospitalisés Covid-19		41	8

PROJET : URGEPI KATANGA

■ Historique du projet

Les provinces de l'ex-Katanga connaissent des épidémies de rougeole récurrentes et cycliques et cela malgré les bonnes couvertures vaccinales administratives annoncées par les différentes zones de santé (> 95%).

Les raisons des survenues épidémiques sont multifactorielles :

- Faible couverture des services et accès aux soins (payants pour le malade).
- Inadéquation entre la couverture vaccinale administrative et les résultats des enquêtes (problème de dénominateur ou sur-évaluation ?).
- Faible couverture en chaîne de froid impactant la qualité de la vaccination.
- Difficultés et/ou défaillance de la vaccination dues à des interruptions fréquentes à cause de l'insécurité, des zones difficiles d'accès (routes, saison de pluie, etc), la mobilité de la population et un taux de croissance important de celle-ci (> 3%).
- Non-respect par le gouvernement des engagements de co-financement des activités de vaccination supplémentaire (AVS) entraînant des retards et/ou une annulation de ses activités (les prochaines AVS sont prévues en 2023 malgré le risque épidémique en 2022).
- Système de surveillance défaillant (problèmes de complétude, promptitude et exactitude des données).
- Surveillance biologique insuffisante ne permettant pas de détecter à temps les épidémies de rougeole (peu de cas confirmés par le laboratoire) : problème de transport et de qualité des

échantillons, deux laboratoires pour tout le pays (Kinshasa et Lubumbashi). Rupture fréquente des réactifs au niveau du laboratoire national, longs délais de réception des résultats (en moyenne 35 jours). Le deuxième laboratoire est celui mis en place par MSF qui vient juste d'être homologué par l'OMS en 2021.

- Long délai de déclaration d'épidémie et de mise en œuvre de la réponse favorisant une forte mortalité (>10%) et une diffusion de l'épidémie.
- Pandémie de la CoViD-19 ayant entraîné de fortes perturbations des activités de vaccination de routine surtout dans les zones rurales (approvisionnement).

MSF est intervenue à plusieurs reprises en réponse aux épidémies de rougeole dans la province de l'ex-Katanga et les défis sont restés les mêmes :

- Réponses tardives : confirmation, déclaration tardive et activités de prise en charge et de vaccination (vaccination organisée en moyenne 12 semaines après la confirmation laboratoire).
- Pressions et discussions difficiles avec les autorités sanitaires concernant les stratégies vaccinales.
- Stratégies d'intervention controversées et souvent inadaptées au contexte épidémiologique local : inclusion des autres pathologies associées (paludisme, malnutrition) et prise en charge pédiatrique, stratégies différenciées.
- Lourdeur logistique (surtout en zones rurales).
- Difficultés d'accès aux vaccins et ou d'importation des vaccins.
- Questionnements réguliers sur la plus-value de la vaccination lors des épidémies (surtout en cas de réponse tardive).

Au regard de tous ces défis, MSF OCP a ouvert le projet réponse aux épidémies (Urgepi) dans l'ex-Katanga avec pour objectif de proposer et expérimenter des stratégies pouvant nous permettre d'agir en amont afin de diminuer la fréquence des épidémies de rougeole dans les provinces de l'ex-Katanga. Un deuxième objectif est celui d'amélioration de nos réponses aux épidémies en expérimentant différentes stratégies opérationnelles qui seront négociées et acceptées en amont par le ministère de la Santé et les autres partenaires impliqués dans la lutte contre la rougeole. La collaboration avec le ministère de la santé et MSF est fondamentale pour la réussite du projet Urgepi.

Historique

2018 : Priorisation par Epicentre des zones de santé à risque, avec une surveillance renforcée par des sites sentinelles. 1^{er} atelier Rougeole à Lubumbashi.

2018-2019 : Ripostes rougeole dans 8 zones de santé et riposte choléra dans 5 zones de santé.

2019 : Ouverture du département Rougeole/Rubéole au Grand Laboratoire Médical (GLM) de Lubumbashi en vue de la décentralisation de l'analyse des échantillons Rougeole-Rubéole en collaboration avec l'Institut National de Recherche Biomédicale (INRB).

Identification de Kasenga comme zone de santé pilote pour réaliser une enquête de couverture vaccinale, une étude de séroprévalence, et une évaluation des activités de vaccination routine en vue de proposer des stratégies différenciées d'amélioration. 2^e atelier Rougeole à Lubumbashi.

2020 : Riposte Rougeole dans 1 zone de santé, riposte Choléra à Lubumbashi, support à la prise en charge des cas de Covid-19.

2021 : Nouvelle stratégie de surveillance renforcée avec identification par Epicentre de 20 zones de santé prioritaires à haut risque en remplacement des sites sentinelles. Signature du protocole d'accord avec les Division Provinciales de la Santé (DPS) du Haut Lomami, Haut Katanga et Lualaba définissant les grandes lignes de notre stratégie d'intervention en cas de riposte (vaccination et prise en charge). Campagnes de vaccination préventives en collaboration avec le ministère de la santé dans 8 zones de santé prioritaires. Nouvelle épidémie de rougeole en RDC. Ripostes Rougeole dans 6 zones de santé. Accréditation du GLM par l'OMS. Support à la prise en charge des cas de Covid-19 à Lubumbashi.

■ **Dispositif**

Le dispositif opérationnel du projet s’articule autour des différentes composantes :

- **Surveillance/investigation** : surveillance renforcée et investigation rapide des alertes dans 20 zones de santé prioritaires pour la première partie de l’année ; puis 9 pour le second semestre et définition d’un seuil pour les autres zones de santé (suivi sur les données et système de notification du ministère).
- **Laboratoire** : amélioration de la collecte, du transport des échantillons, d’analyse et de rendu des résultats.
- **Prévention** : organisation de campagnes de vaccination supplémentaires (AVS) dans des zones de santé prioritaires.

Face à l’ampleur de l’épidémie de rougeole, début avril 2022, le projet Urgepi devient une sous-coordination pour soutenir 3 projets de riposte rougeole en simultané.

■ **Bilan 2022**

	2019	2020	2021	2022
Nb de cas de rougeole traités	6 061	2 169	5 164	11 021
Nb d’enfants vaccinés (Riposte)	37 839	0	265 068	733 455
Nb d’enfants vaccinés (Multi antigènes)	-	-	-	52 155
Nb d’enfants vaccinés (AVS)	-	-	258 828	250 000
Nb d’échantillons analysés (laboratoire de Lubumbashi)	140	528	1 104	1 037
Nb cas choléra pris en charge	3 535	1 070	1 892	500
Nb de cas pédiatriques pris en charge		105	435	2440
Covid-19 Nb de cas testés		40	630	-
Covid-19 Nb de cas positifs			144	-
Covid-19 Nb de cas référés			21	-
Covid-19 Nb cas suivis en ambulatoire			123	-

SOMALILAND	
Contexte : Epidémie / Endémie	Personnel
Nombre de projets :	International : 13
Dépenses 2022 : 947 k€	National : 29
Financements institutionnels :	Autres centres opérationnels MSF :
aucun	OCA

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

La République indépendante autoproclamée du Somaliland est géographiquement bordée par l'Éthiopie au sud et à l'ouest, par Djibouti au nord-ouest, par le golfe d'Aden au nord et par la Somalie à l'est. La population est de 4,2 millions d'habitants (52% en milieu urbain, 9% en milieu rural, 31% de nomades et 8% de personnes déplacées). Le Somaliland possède sa propre monnaie (le shilling somalilandais), une bureaucratie relativement efficace, ainsi que sa propre armée et sa propre police. La région séparatiste a conservé une relative stabilité politique et sécuritaire depuis l'effondrement du gouvernement somalien en 1992. Le dernier incident de grande ampleur s'est produit en 2008 à Hargeisa et dans le port du Puntland de Bossaso, lors d'une attaque terroriste coordonnée.

Le Somaliland a organisé des élections à la chambre basse et au Local Council le 31 mai 2021, à l'issue desquelles WADANI et UCID ont formé des coalitions parlementaires et municipales. Les élections présidentielles du Somaliland devaient avoir lieu en novembre 2022. Comme prévu, la Chambre des Elders a prolongé à l'unanimité le mandat du président pour deux ans, ce qui pourrait créer une crise politique.

L'économie du Somaliland repose sur les ventes de bétail qui représentent la majorité de ses exportations, sur les envois de fonds de la diaspora et sur les activités du port de Berbera qui permet au Somaliland de servir de plateforme de redistribution, légale et illégale, pour les produits manufacturés arrivant en franchise de droits des Émirats arabes unis et destinés à être distribués dans toute la région. Les fonds provenant de la diaspora, une importante source de financement, ont également diminué. Le budget approuvé par le parlement pour l'année fiscale 2023 s'élevait à 420 millions USD.

Le Somaliland n'a pas encore reçu la reconnaissance internationale en tant qu'État. Le gouvernement refuse d'utiliser les fonds acheminés par les institutions financières somaliennes, quel que soit le coût que cela représente pour le développement. Des retards ont été observés dans le déblocage des fonds des Nations unies et des subventions du Fonds mondial. Le Somaliland peut accéder à une aide limitée directement par l'intermédiaire d'organisations non gouvernementales et de programmes d'agences des Nations unies. La stabilité relative du pays par rapport à la Somalie centrale et méridionale et à la région de l'Ogaden en Éthiopie a encouragé la communauté internationale à soutenir le Somaliland. Les organisations internationales peuvent opérer avec une relative facilité dans le pays, notamment grâce à la présence permanente de personnel international à Hargeisa, la capitale. En juin dernier, l'OMS a été suspendue par le ministre du développement de la santé en raison de "l'absence d'accord stratégique et de dynamique de partenariat".

En termes de sécurité, bien que la partie occidentale du Somaliland soit relativement stable et sûre, avec la prolongation du mandat présidentiel pour deux ans, les affrontements entre les manifestants et les forces de sécurité vont probablement se poursuivre. Cela ne fera qu'aggraver les tensions et les troubles civils. Les déplacements entre les villes sont possibles, mais les autorités ont exigé que les organisations internationales soient escortées par des gardes armés de l'unité spéciale de police (SPU) lorsqu'il y a au moins un passager international dans le véhicule.

La situation est plus volatile dans l'est du Somaliland, avec des conflits récurrents entre sous-clans et des assassinats de fonctionnaires (région de Sool). Al Shabaab tente également d'établir des liens avec les clans qui se disent victimes de discrimination de la part du gouvernement.

Il n'y a pas eu d'attaques contre des étrangers ni d'enlèvements au cours des dernières années. Les derniers incidents de grande ampleur remontent à 2008.

La principale menace pour la sécurité du Somaliland est le conflit avec le Puntland concernant les régions de Sanaag et de Sool. Le Puntland tente d'accroître son influence dans l'est du Sanaag par des moyens politiques et militaires. L'avenir nous dira si le Somaliland sera en mesure d'éloigner les groupes djihadistes de ce territoire. L'accès humanitaire n'a pas été entravé, mais les ONG doivent se conformer aux exigences des deux administrations concurrentes.

La frontière entre le Somaliland et l'Éthiopie, au sud, est assez fluide. Les personnes d'origine somalienne de l'Ogaden ou de la région somalienne de l'Éthiopie se déplacent fréquemment vers le Somaliland, à la recherche de pâturages pour le bétail ou de services tels que les soins de santé, ou pour fuir les conflits.

■ Contexte sanitaire

D'après les informations fournies par le ministère de la santé et du développement, le secteur de la santé du Somaliland continue de s'améliorer en termes d'accès aux soins, de gouvernance, de personnel de santé, d'informations de santé et d'accès à des médicaments de qualité. Des progrès significatifs ont été réalisés en termes de services de soins de santé primaires grâce à l'amélioration des infrastructures de santé publique, comme l'introduction de nouvelles unités de santé primaire, de centres de santé de base et d'hôpitaux dans de nombreux districts. L'introduction de l'ensemble des services de santé essentiels (Essential Package of Health Services - EPHS) a modifié la qualité de la prestation de services dans neuf districts depuis son lancement. Parmi les autres domaines de prestation de services, l'implication de la communauté dans le développement de la santé, en particulier dans les zones EPHS, a été significative en termes de gestion et d'utilisation. En outre, le personnel de santé a considérablement augmenté dans les zones urbaines grâce à des efforts de formation. Toutefois, des pénuries persistent dans les zones urbaines et rurales. Les initiatives de développement des compétences et de renforcement des capacités se sont modérément améliorées, en particulier dans les districts EPHS. La gestion décentralisée des services de santé au niveau régional dans le cadre de l'amélioration des fonctions de gouvernance et le système d'information santé ont apparemment beaucoup progressé en termes de cohérence des données et des informations régionales. Néanmoins, il demeure des pénuries de personnel de santé qualifié dans les districts éloignés et des capacités institutionnelles du ministère de la santé faibles dans certaines régions.

Une grande partie du système de santé publique est soutenue par des fonds humanitaires pour la santé, principalement financés par trois agences clés des Nations unies (UNICEF, OMS et UNFPA) ou par des organisations internationales.

Données de santé 2021	
Population (millions)	4,2
Incidence de la tuberculose pour 100 000 personnes par an	265
Prévalence du VIH/Sida	0,6%
Prévalence du paludisme	<1%
Enfants en sous-poids	13%
Accouchements par personnel qualifié	40%
Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	396
Mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	50,1
Mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	70
Mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	35
Nb de travailleurs de santé pour 10 000 habitants	9

Les principales causes de morbidité sont liées aux maladies transmissibles : diarrhées, typhoïde, infections respiratoires aiguës (bronchite chronique, infections de l'oreille), tuberculose et paludisme. Chez les adultes, la tuberculose et le VIH/SIDA sont les maladies transmissibles les plus meurtrières, avec le Covid-19.

Le Somaliland présente des taux élevés de mutilations génitales féminines, de maladies liées au tabagisme et à la mastication du khat, de violence et de violence sexuelle, ainsi que de mortalité maternelle et de retard de croissance chez les enfants.

Le Covid-19 constitue toujours une menace pour le Somaliland. La quatrième vague de 2021 s'est achevée en janvier 2022. Depuis février, les centres de traitement sont fermés. Au 31 septembre 2022, le Somaliland a rapporté 2 136 cas confirmés et 20 décès.

Le ministère de la santé a déclaré une épidémie de rougeole en mars 2022. OCP a réagi en soutenant les hôpitaux de Hargeisa et Burao. 1 273 cas ont été recensés, dont 68,26% étaient âgés de moins de 5 ans.

En coopération avec le ministère, OCP a lancé une campagne de vaccination contre la rougeole dans les districts de Burao et d'Odweyne en juillet 2022. OCA a soutenu l'hôpital général de Las Anod dans la gestion des cas de rougeole.

Bien qu'elle n'ait pas été officiellement reconnue par le gouvernement pour des raisons politiques, une épidémie de dengue s'est déclarée le 12 octobre 2022. OCP a soutenu les hôpitaux de Hargeisa et Burao dans la gestion des cas d'octobre 2022 à janvier 2023.

La Corne de l'Afrique connaît l'une des plus graves sécheresses de ces 40 dernières années. Bien que le Somaliland soit moins touché que les pays voisins, les précipitations sont insuffisantes. Les Nations unies prévoient une détérioration de la situation dans les mois à venir.

Le dépistage nutritionnel mené par MSF à Togdheer, en juillet, a révélé de faibles niveaux de malnutrition sévère, mais un grand nombre d'enfants à risque souffrant de malnutrition aiguë modérée. Le ministère de la santé, le PAM et l'UNICEF ont été sensibilisés à la nécessité de mettre en place des programmes d'alimentation complémentaire dans les zones touchées.

Les organisations humanitaires ont accès à l'ensemble du Somaliland, mais sous le contrôle étroit du gouvernement. L'est et le sud de Burao sont les plus vulnérables.

Actuellement, au Somaliland, 700 000 personnes sont touchées par la sécheresse et on estime que ce nombre va augmenter jusqu'à 1,2 million. On s'attend à ce que 50 % de la population soit touchée par la sécheresse d'ici le début de l'année 2023.

PRESENCE MSF

MSF a été présente au Somaliland avec OCA à Erigavo (jusqu'en 2012) et OCB à Burao (jusqu'en 2013). Ils ont tous deux quitté le pays lors de la décision de retrait généralisé de la Somalie en 2013, bien qu'il y ait eu des désaccords au sein du mouvement MSF sur la question de savoir s'il fallait considérer le Somaliland comme faisant partie de la Somalie ou non.

Actuellement, deux centres opérationnels MSF sont présents au Somaliland :

- En 2018, OCP a ouvert un projet de prise en charge de la tuberculose multirésistante couvrant uniquement la partie stabilisée du Somaliland (Somaliland occidental), une zone où il est possible d'avoir du personnel international en permanence sur le terrain (contrairement au Somaliland oriental, ou à la Somalie du Sud et du Centre).
- En 2019, OCA a ouvert un projet à Las Anod (nutrition, pédiatrie, santé maternelle et urgences), situé dans la région de Sool (Somaliland oriental), une zone de conflit (conflit clanique, tension entre Somaliland et Puntland) n'autorisant qu'une présence limitée d'expatriés.

PROJET : TUBERCULOSE MULTIRÉSISTANTE

■ Historique du projet

En 2018, MSF OCP a décidé d'envoyer une mission exploratoire au Somaliland sur la base de l'exposition du pays aux urgences (épidémies, déplacés de Somalie, réfugiés d'Éthiopie ou du Yémen) et pour développer une présence dans la Corne de l'Afrique par le biais d'un projet d'ancrage. Les besoins aigus évalués en matière de tuberculose au Somaliland, le fait que le système de soins pour la tuberculose présente de nombreuses déficiences dans la prise en charge de la tuberculose résistante, ont orienté la définition d'un projet de soins pour la tuberculose résistante.

L'approche de ce projet consiste à tirer parti du système existant soutenu par les initiatives du Fonds mondial, en travaillant en collaboration avec ses différents acteurs (Ministère de la santé, OMS, World Vision International) avec l'ambition d'améliorer la coordination de leur soutien au ministère (MoHD) et au programme national contre la tuberculose (NTP) par un plaidoyer constant. MSF fournit également un soutien supplémentaire en termes d'expertise technique (supervision, formation, protocole de soins) et de matériel. L'objectif est d'améliorer ainsi la qualité de la prestation des services de lutte contre la tuberculose et d'augmenter la détection de patients atteints de tuberculose résistante.

Le projet a été lancé en janvier 2019 avec un plan à trois ans d'extension des services de lutte contre la tuberculose. L'objectif 2019-2020 était de renforcer la capacité de gestion des patients atteints de tuberculose résistante à l'hôpital central tuberculose d'Hargeisa et d'apporter un soutien technique médical spécifique pour améliorer la détection des cas de tuberculose résistante dans les trois hôpitaux régionaux de lutte contre la tuberculose. Le projet a ensuite été gravement touché par la pandémie de Covid-19.

En 2021, les activités ont été étendu à quatre sites tuberculose soutenus par MSF.

■ Dispositif

OCP soutient le ministère de la santé dans toutes les composantes des soins de la tuberculose résistante dans quatre centres régionaux du Somaliland occidental : l'hôpital tuberculose de Hargeisa (30 lits d'hospitalisation, consultations, laboratoire), et les centres tuberculose situés dans les hôpitaux de Berbera, Boroma et Burao.

■ Bilan 2022

Tuberculose	2019	2020	2021	2022
Nb nouveaux patients	59	39	40	44
Nb patients dans la cohorte	71	51	65	66
% guéris	92%	90%	-	84%
% échecs	0%	0%	-	0%
% décès	3,3%	3,3%	0%	4,5%
% perdus de vue	1,7%	1,6%	0%	< 2,2%

SOUDAN	
Contexte : Accès aux soins	Personnel
Nombre de projets : 3	International : 25
Dépenses 2022 : 6 940 k€	National : 81
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB, OCBA, OCG

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

Le Soudan est confronté à une crise politique depuis l'éviction de l'ancien président Omar el-Béchir en avril 2019. Un an s'est écoulé depuis le coup d'État militaire d'octobre 2021, et la situation politique reste bloquée suite à la démission du Premier ministre, Abdalla Hamdok. L'état d'urgence imposé à la suite du coup d'État a été levé le 29 mai. La transition promise vers un régime civil et démocratique est mise à mal et les parties prenantes ont de moins en moins d'occasions de résoudre la crise politique. Dans ce contexte, les efforts nationaux et internationaux se sont intensifiés. Les comités de résistance de quartier continuent d'organiser des manifestations régulières dans tout le pays, bien qu'à moindre échelle.

En plus de la crise politique actuelle, le pays connaît une augmentation de l'insécurité à l'échelle nationale, notamment sous la forme d'affrontements intercommunautaires, de conflits armés et de criminalité, ce qui représente un défi important pour les autorités et les acteurs de l'aide humanitaire. L'échelle et l'intensité de la violence ont été plus importantes dans les régions du Darfour, du Nil Bleu et du Kordofan, de la mer Rouge, où la situation est devenue de plus en plus volatiles, entraînant un nombre croissant de décès et de déplacements forcés. Les affrontements intercommunautaires sont en grande partie déclenchés par des différends concernant l'accès aux ressources naturelles.

Par ailleurs, depuis la révolution, une longue liste de problèmes socio-économiques urgents persiste. En 2022, l'inflation persistante, la pandémie de Covid-19, la suspension des financements internationaux depuis le coup d'État et la crise ukrainienne ont plongé l'économie dans l'une des pires récessions qu'elle ait connues. L'inflation élevée, la forte augmentation des prix et l'un des taux de chômage les plus élevés au monde (17,1% en 2022) continuent d'infliger des difficultés à une grande partie de la population soudanaise.

Les besoins humanitaires continuent de croître dans tout le pays dans un contexte de réduction du financement de l'aide humanitaire. On estime qu'environ 14,6 millions de personnes, soit environ 30 % de la population, ont besoin d'une assistance et d'une protection humanitaires. Ces besoins sont liés à une crise économique, exacerbée par les conditions climatiques et socioculturelles, l'augmentation de l'insécurité et de la violence, ainsi qu'à une insécurité alimentaire alarmante. Plus de 1,2 million de réfugiés et de demandeurs d'asile des pays voisins sont accueillis par le Soudan.

■ Contexte sanitaire

La crise politique et socio-économique au Soudan a aggravé le système de santé déjà fragile du pays. Les Nations unies estiment que 14 millions de personnes, y compris les déplacés et les réfugiés, seront confrontées à de graves pénuries alimentaires en 2022. Les indicateurs de santé du Soudan sont médiocres et les taux de mortalité infantile et maternelle restent élevés. Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (68 décès pour 1 000 naissances vivantes) est nettement supérieur à la cible des OMD (Objectifs du millénaire pour le développement - 41 décès pour 1 000 naissances vivantes en

2015) et à celle des ODD (Objectifs du développement durable - 25 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2030). En 2020, le taux de mortalité maternelle était de 295 pour 100 000 naissances vivantes, alors que la cible des OMD pour 2015 est de 134 et celle des ODD pour 2030 de 70. Le taux de mortalité infantile du Soudan, qui s'élève à 52 pour 1000 naissances vivantes, est supérieur à la cible des OMD pour 2030, qui est de 12 pour 1 000 naissances vivantes.

Bien que le Soudan se soit engagé à allouer au moins 17 % de son budget fédéral annuel aux soins de santé, il n'en a alloué que 4 % en 2022. Le financement des soins de santé, notamment pour la réponse aux urgences, reste un problème. Les derniers chiffres (2020) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) indiquent que le Soudan compte 0,28 médecin pour 1 000 habitants, alors que le minimum de l'OMS est de 4,45, et 7,4 lits d'hôpitaux pour 10000 habitants, alors que le minimum de l'OMS est de 18 lits pour 10000 habitants. Bien qu'il y ait 1,5 centre de santé primaire pour 10 000 habitants, une récente évaluation des besoins par l'OMS (septembre 2022) a révélé que seuls 45 % d'entre eux sont fonctionnels, dont 30 % seulement disposent de médicaments essentiels et 23 % de médicaments d'urgence.

La situation est amplifiée par de fréquentes grèves du personnel médical et une émigration annuelle de milliers de médecins, d'infirmières et de sage-femmes vers les pays du Golfe. En outre, la priorité accordée aux établissements de soins tertiaires, parfois pour des raisons politiques, au détriment des services de soins de santé primaires, et la répartition inéquitable des travailleurs de santé entre les zones urbaines et rurales ont encore perturbé l'accès aux services de santé et leur approvisionnement. Depuis septembre 2022, le pays est également confronté à une augmentation du nombre de cas de dengue, de rougeole et de variole du singe, auxquels s'ajoutent des cas de diarrhée aqueuse. Seulement 68 % de la population soudanaise a accès à de l'eau potable et à des installations sanitaires améliorées.

Les attaques contre les établissements et le personnel de santé, la forte rotation des coordinateurs de santé du ministère, la bureaucratie et la mauvaise coordination des activités humanitaires, le manque de transparence et l'utilisation des indicateurs de santé à des fins politiques ont également un impact négatif sur l'accès aux soins de la population.

Selon le bilan humanitaire 2022, le Soudan compte 38,2 % de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans, contre 45,9 % au Nord Darfour, et 16,3 % de malnutrition aiguë globale chez les enfants de moins de 5 ans. 43 % de la population du Nord Darfour nécessite une action immédiate, selon la classification de la sécurité alimentaire 2022. Le West Darfour (42 % de la population) et le Darfour central (35 % de la population) sont également classés dans la catégorie des crises alimentaires d'urgence. Le Soudan n'a reçu que 31 % des fonds humanitaires au 15 septembre 2022.

PRESENCE MSF

OCP est revenu dans le pays en 2019 après avoir été expulsé en 2009. La mission gère actuellement 3 projets :

- L'orphelinat de Mygoma/État de Khartoum : projet pédiatrique, ouvert en 2021, transféré au Ministère du développement social et au Ministère de la santé le 31 décembre 2022.
- Urgences/état de Khartoum : centre de soins de santé primaires et ambulances pour les références de blessés, ouvert en novembre 2021.
- Nord Darfour : La structure de soins de santé primaires dans le camp de Zamzam a démarré en août 2022, la réponse au paludisme saisonnier a démarré en septembre 2022 et la maternité est prévues pour février 2023.

Tous les centres opérationnels de MSF sont présents au Soudan, à l'exception de WaCa :

- MSF OCA au Sud Darfour (soins de santé primaires), à Gedaref (soins de santé primaires et activités nutritionnelles pour les réfugiés éthiopiens et la communauté d'accueil) et à Kassala (soins de santé primaires).

- MSF OCB dans le Nil Bleu (programme de nutrition).
- MSF OCBA au West Darfour (soins de santé primaires) et au Darfour central (soins de santé primaires). MSF OCG au Darfour occidental (programme de nutrition), à Khartoum (soins de santé primaires) et à Gedaref (soins de santé primaires et activités de nutrition pour les réfugiés éthiopiens et la communauté d'accueil).

PROJET : ORPHELINAT DE MYGOMA

■ Historique du projet

L'orphelinat de Mygoma est une institution publique créée en 1961 pour prendre en charge les enfants abandonnés jusqu'à l'âge de 4 ans. L'institution est sous la responsabilité du ministère du développement social de l'État de Khartoum ; toutefois, le ministère de la santé (État de Khartoum) soutient le centre de soins de santé primaires et ses installations (pharmacie, laboratoire et physiothérapie). La plupart des enfants qui arrivent à Mygoma sont âgés de 1 jour à 3 semaines. Les raisons de l'abandon sont variées, mais la raison la plus citée est que le nourrisson est issu d'une relation hors mariage.

Après que MSF eut reçu des informations alarmantes sur la mortalité dans l'orphelinat de Mygoma, une évaluation a été réalisée en novembre-décembre 2019 dans cette structure quittée quinze ans auparavant. Il en est ressorti des niveaux anormalement élevés de mortalité, un manque de ressources (biberons, médicaments, lait maternisé, etc.) avec de multiples histoires de détournements massifs par certains membres du personnel, des problèmes majeurs d'hygiène (couches et vêtements pas lavés ni changés), ainsi qu'une situation très difficile en matière de ressources humaines, avec un organigramme pas clair, des salaires faibles, une absence de supervision et un niveau de compétences limité.

Sur la base de ces résultats, l'équipe a présenté une proposition d'intervention immédiate qui a servi de point d'entrée à OCP pour travailler à nouveau au Soudan. Les négociations ont été temporairement bloquées par le début de l'épidémie de Covid, une équipe a été renvoyée en octobre 2020 et a relancé les négociations, à la suite de quoi un accord technique a été signé.

La capacité d'accueil de l'orphelinat de Mygoma est généralement supérieure à 300 enfants par mois, dont 70 à 80 enfants de plus de 4 ans. Beaucoup d'enfants plus âgés ont des besoins particuliers et n'ont pas la possibilité d'être référés vers des services spécialisés.

En avril 2022, des discussions sur la fermeture potentielle du projet Mygoma ont été initiées. La fermeture a été annoncée en septembre 2022.

Les raisons de ce désengagement ont été de trois ordres :

- Le lancement d'un projet dans l'orphelinat de Mygoma était un point d'entrée au Soudan pour OCP, et il n'était donc pas nécessairement prévu d'y rester à long terme.
- MSF s'est trouvée confrontée à des situations d'abus sur les enfants sur lesquelles elle n'avait pas de possibilité d'action..
- MSF doit redéfinir ses priorités et se concentrer sur les urgences dans le pays ainsi que sur le projet en cours au Darfour.

■ Dispositif

MSF gère une unité médicale de 15 lits (souvent étendue à 24 lits en fonction des besoins), en collaboration avec les médecins et les infirmières du ministère de la santé qui sont affectés à l'établissement. La plupart du personnel de Mygoma dépend du ministère du Développement social. Grâce à la forte présence du personnel national de MSF et de l'équipe médicale expatriée, les soins prodigués sont très bons et le taux de mortalité a été réduit de moitié entre 2021 et 2022. Pour les

soins de niveau tertiaire, les enfants sont référés à des hôpitaux privés sélectionnés, car la qualité des soins dans les hôpitaux du ministère de la santé initialement utilisés était très médiocre, avec un taux de mortalité élevé.

MSF a apporté un soutien logistique : réhabilitation des chambres, réhabilitation électrique complète (y compris la sécurisation de panneaux solaires afin que la clinique soit toujours alimentée en électricité, même en cas de panne), augmentation de la capacité du réservoir d'eau, amélioration de la qualité de l'eau et du système d'évacuation.

MSF est directement impliquée dans deux sites avec des travailleurs sociaux et des psychologues qui soutiennent les services d'adoption et de placement familial, et apporte un soutien financier mensuel à l'organisation Al-Wedad pour ses activités de communication sur la sensibilisation à l'adoption.

■ Bilan 2022

Les objectifs du projet sont de :

- Réduire la mortalité et la morbidité en améliorant la qualité des soins.
- Améliorer le développement psychomoteur et psychosocial des enfants.
- Soutenir les efforts visant à éviter la surpopulation de l'orphelinat Mygoma.

Réalisations :

- Réduction de la mortalité de 147 décès en 2021 à 67 en 2022 (soit une diminution de 54,4 %).
- Amélioration des services de référence. En 2021, 106 cas ont été référés à des hôpitaux avec un taux de mortalité de 31% alors qu'en 2022, 296 cas ont été référés avec un taux de mortalité de 10%.
- Début des soins de physiothérapie avec 7 880 séances réalisées pour plus de 100 enfants souffrant de divers troubles du développement.
- 437 sorties via Kefaya, famille d'accueil, Future for girls, et Hemaya for males, ainsi que réunion des familles et adoption. Cela représente une augmentation de 36% par rapport à 2021.
- Améliorations logistiques et d'hygiène dans les zones résidentielles qui ont réduit de manière significative les morbidités liées à l'eau et à l'assainissement par rapport à 2021.

PROJET : URGENCES KHARTOUM

■ Stratégie générale

Le Soudan traverse une période de grands changements et de troubles dans différentes régions. Tous les principaux acteurs, y compris les factions politiques, l'armée, les groupes rebelles membres du Juba Peace Agreement et des Rapid Support Forces, maintiennent leur présence à Khartoum, ce qui rend la situation très tendue avec différents scénarios possibles. MSF souhaite se prépositionner dans la capitale pour réagir à toute urgence possible et construire une capacité nationale de réponse aux urgences dans tout le pays, ce qui inclut le personnel national de MSF et/ou le personnel d'autres instituts, principalement du ministère de la santé et, dans une certaine mesure, les expatriés affectés au projet. MSF devra s'engager avec différents acteurs au niveau central pour garantir un accès facile en cas d'urgence.

Les activités de ce projet peuvent être divisées en deux parties :

- Projet d'ancrage visant à former et à renforcer les capacités d'une équipe d'urgence pour répondre à tous les besoins d'urgence dans le pays, dans la limite des capacités de MSF, et à disposer d'une équipe expatriée déployable en cas de besoin.
- Plan d'urgence avec différents scénarios, modalités d'interventions, ressources humaines, besoins logistiques, etc.

■ Centre de soins de santé primaires d'El Rasheed

Historique du projet

La localité de Jabal Aulia est située à environ 40 km au sud de Khartoum, près du Nil blanc, sur la route principale menant à l'État du Nil blanc. Elle compte une population estimée à 1,6 million d'habitants, composée de résidents et de réfugiés vivant dans quatre camps. La localité est composée de 4 unités administratives. Al Rasheed fait partie de la localité administrative d'Al Nasr. Après une réunion avec le ministère de la Santé sur les éventuels besoins de réponse dans la capitale qui pourraient bénéficier du soutien de MSF, il s'est avéré que cette localité est sujette à des épidémies récurrentes et à des inondations. Une évaluation a été réalisée début mars 2022, confirmant les risques d'épidémies liées à l'eau. Les activités ont commencé au centre d'El Rasheed au début du mois de juillet 2022 en collaboration avec le ministère de la santé. L'accord actuel court jusqu'en décembre 2022 et devrait être renouvelé si la communauté et MSF estiment que les activités sont utiles et nécessaires.

Objectifs

- Améliorer l'accès aux soins de santé primaires pour la population du quartier d'Al Rasheed.
- Renforcer la capacité du personnel national à répondre aux situations d'urgence.

Objectifs spécifiques :

- Réduire la morbidité et la mortalité de la population en apportant des soins gratuits à tous les groupes d'âge.
- Renforcer les capacités du centre et du personnel de MSF en matière de détection précoce et de réponse d'urgence.
- Réduire la prévalence des diarrhées aqueuses en améliorant la qualité de l'eau pour la population autour du centre.
- Soutenir la référence des cas graves vers des soins hospitaliers ou des consultations spécialisées.

Dispositif

Le centre de soins de santé primaires d'El Rasheed se trouve dans un nouveau bâtiment qui a été construit il y a 3 ans et qui n'a commencé à être utilisé qu'en juillet 2022. La structure comprend deux salles de consultation, une pharmacie, un laboratoire, une salle de soins pré-natals, une salle de nutrition, une petite zone de stockage, une salle de pansement et observation et une salle de vaccination. Le soutien de MSF comprend des consultations médicales et de santé mentale, des fournitures médicales (médicaments et tests de laboratoire rapides) et logistiques, des ressources humaines (personnel national de MSF), des incitations financières pour le personnel du ministère de la santé, l'orientation des patients, un soutien technique et la supervision des activités médicales.

Les activités du centre comprennent consultations, soins prénatals et postnatals, centre nutritionnel ambulatoire, vaccinations, pansements et référence des cas compliqués. La prise en charge des patients souffrant de malnutrition est assurée par Al Manar, une ONG locale qui opère trois fois par semaine et gère une clinique mobile dans les camps de réfugiés voisins. Les soins prénatals sont gérés par le ministère de la santé et les cas de soins postnatals sont référés par les sage-femmes du ministère de la santé pour une meilleure prise en charge. La vaccination est effectuée par le ministère de la santé et suit le calendrier national de vaccination. Les tests de laboratoire ne concernent actuellement que les tests de diagnostic rapide et couvrent le paludisme, l'analyse d'urine, la glycémie et l'hémoglobine. Pour les références, Al Manar fournit une ambulance avec une infirmière pour accompagner le patient et a demandé à MSF de fournir du carburant pour chaque patient référé, processus qui est actuellement en cours d'harmonisation. En outre, MSF étant tenue par la loi de travailler avec une ONG locale, Al Manar est l'ONG locale qui travaille en collaboration avec MSF dans le cadre d'un protocole d'accord spécifique.

Bilan 2022

L'activité a démarré en juillet 2022 et est supposée croître :

	2022 (juillet-décembre)
Consultations générales	14 052
Consultations pré et post natales	1 122
Références	27

L'une des principales activités du projet consiste à former et à renforcer la capacité du personnel national à détecter et à répondre aux situations d'urgence dans le pays.

PROJET : NORD DARFOUR**■ Historique du projet**

Suite à son retour Soudan en avril 2019, MSF-OCP a entrepris deux cycles d'évaluation en février 2022 et avril 2022 dans l'État du Nord Darfour.

Les évaluations ont identifié 19 camps de déplacés vulnérables avec 933 000 déplacés, le plus grand étant le camp de déplacés de Zamzam (120 000 habitants) avec très peu d'acteurs humanitaires internationaux. Tous les camps de déplacés ont été créés en 2003/2004 à la suite d'un conflit armé de 18 ans entre le gouvernement central et les groupes rebelles. Néanmoins, les mouvements de population se poursuivent à l'intérieur de l'État. De temps à autre, des luttes intercommunautaires sporadiques opposent Arabes et non-Arabes au sujet de la propriété des terres, ce qui a confiné la plupart des non-Arabes dans des camps.

Dans la ville d'Al Fasher, la capitale de l'État, l'enquête a révélé des lacunes dans les services de santé aux communautés d'accueil, principalement en pédiatrie pendant les épidémies saisonnières de paludisme et en soins maternels et infantiles.

Le projet MSF au Darfour a été lancé pour réduire la morbidité et la mortalité parmi les populations vulnérables du camp de déplacés de Zamzam, pour améliorer la santé materno-infantile parmi les populations et pour soutenir les structures sanitaires d'Al Fasher lors des épidémies saisonnières de paludisme et d'autres épidémies.

Une première partie de l'équipe de mise en œuvre du projet de MSF est arrivée en mai 2022 et a commencé à travailler sur les bases du projet. Cela a donné lieu à la signature du premier accord technique avec les autorités de santé et la commission à l'aide humanitaire fin juillet 2022 pour mettre en œuvre les première et deuxième phases du projet : le centre de santé primaire du camp de déplacés de Zamzam avec la composante santé sexuelle et reproductive et l'intervention lors du pic de paludisme à l'hôpital pédiatrique d'Al Fasher. L'accord est renouvelable chaque année.

La deuxième partie de l'équipe, composée principalement d'expatriés, a commencé à arriver sur le terrain le 25 août 2022. Les travaux préparatoires pour la troisième phase du projet, le programme de maternité, ont été initiés pour signer l'accord technique en novembre 2022 et démarrer les activités de maternité dans la foulée.

■ Dispositif

Phase 1 : Centre de soins de santé primaires dans le camp de déplacés de Zamzam - ouvert le 8 août 2022

Objectif : Apporter des soins de santé primaires à la population déplacée du camp de Zamzam.

Activités :

- Consultation générale
- Promotion/éducation à la santé avec sensibilisation de la communauté.
- Santé sexuelle et reproductive : Soins pré et post natus, planning familial, victimes de violences sexuelles, avortements sécurisés.
- Vaccination.
- Référence en ambulance pour les soins de santé secondaires.

Phase 2 : Réponse à l'épidémie de paludisme

Le plan initial consistait à soutenir l'hôpital pédiatrique d'Al Fasher en cas d'épidémie de paludisme. Le plan comprenait 3 sites de test et traitement, une salle d'urgence et un service de soins intensifs.

En raison du manque de données fiables, un point de test et de traitement a été mis en place dans l'hôpital pédiatrique afin de recueillir des informations sur le nombre de patients et de surveiller une éventuelle épidémie. Une légère augmentation des cas positifs de paludisme a été constatée vers la fin du mois de septembre (328 tests - 80 positifs = 24,5 %), ce qui reste loin du seuil d'épidémie (60 %).

Phase 3 : Maternité avec soins complets obstétricaux et néonataux d'urgence (CeMONC)

■ Bilan 2022

Activités	Description of Indicators	2022 Août-décembre
Centre de santé de Zamzam	Consultations	15 175
	Consultations prénatales	1 236
Hôpital d'Al Fasher	Consultations test et traitement paludisme	3 322
	Hospitalisations paludisme	975
Maternité	Nb d'accouchements	Pas commencé
	Nb d'actes chirurgicaux au bloc	Pas commencé

SOUDAN DU SUD	
Contexte : Conflit armé	Personnel
Nombre de projets : 2	International : 54
Dépenses 2022 : 17 215 k€	National : 618
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB, OCBA, OCG

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

Depuis son indépendance en 2011, le Soudan du Sud a connu deux guerres civiles majeures : entre 2013 et 2018. Celles-ci ont été provoquées par une lutte politique opposant principalement le président Salva Kirr (SPLM-IG) et Riek Machar (SPLM-IO). En 2018, Kirr, Machar et d'autres partis d'opposition clés ont participé à des négociations avec la médiation du Soudan et de l'Ouganda, qui ont abouti à la signature d'un accord de paix (The Revitalised-Agreement for the Resolution of Conflict in South Sudan (R-ARCSS)). L'accord de paix a été partiellement mis en œuvre par la formation d'un gouvernement transitoire d'unité nationale de trois ans en 2022 (TGoNU). La période de transition expire en janvier 2023 et il n'y a pas de prévisions claires sur une feuille de route politique pour la mise en œuvre complète de l'accord de paix. Toutefois, des élections générales sont prévues pour décembre 2024. Malgré cela, ni le SPLM-IG au pouvoir ni le SPLM-IO dans l'opposition ne font d'efforts pour résoudre les questions controversées.

Tout au long de ce processus, différentes régions du Soudan du Sud sont restées instables. Cette instabilité s'est caractérisée par des affrontements intercommunautaires et interclaniques, notamment des vols de bétail, des représailles et une augmentation de la violence localisée en raison de conflits liés à la terre et aux ressources. Toutefois, il convient de noter que tous ces événements ont souvent été influencés par les pouvoirs centraux qui souhaitent diviser pour mieux régner.

L'État est dysfonctionnel, le système de santé existant est défaillant, la plupart des services sociaux sont assurés par des acteurs humanitaires et le développement des infrastructures est très limité. Les Nations unies estiment que depuis 2013, plus de quatre millions de personnes ont été déplacées, dont 2,2 millions à l'intérieur du pays et 2,3 millions dans les pays voisins. En 2023, sur les 9,4 millions de personnes ayant besoin d'une aide humanitaire ou de services de protection, près de sept millions de personnes ont été identifiées comme étant en situation de grande insécurité alimentaire. La situation a été aggravée par les inondations, les épidémies récurrentes et la détérioration de la situation économique (chômage, hausse des prix des denrées alimentaires et des produits de base). Les fournitures d'aide humanitaire (nourriture, articles de première nécessité, etc....) sont devenues une cible de grande valeur. En 2022, des embuscades contre des convois ou des voitures d'ONG sur les routes (principalement dans les États d'Equatoria et de Jonglei), ainsi que le pillage d'entrepôts, ont conduit le Soudan du Sud à se classer parmi les pays les plus dangereux au monde pour les organisations et le personnel humanitaires.

■ Contexte sanitaire

Les Nations unies estiment qu'au moins deux tiers de la population du Soudan du Sud auront besoin d'une forme d'aide humanitaire et de protection en 2022. Selon les Nations unies, le pays ne compte

qu'un médecin pour 65 574 habitants, seul un accouchement sur cinq est pratiqué par un agent de santé qualifié, le taux de mortalité maternelle est de 1 050 pour 100 000 naissances vivantes (le pire au monde) et le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est de 90,7 pour 1000 naissances vivantes. Le pays connaît régulièrement des épidémies de rougeole, d'hépatite E, de kala-azar et de méningite, mais la couverture vaccinale pour les maladies évitables reste inférieure à 50 %. En 2022, des épidémies de rougeole ont été déclarées dans tout le pays. MSF a soutenu des campagnes de vaccination dans ses zones d'opération : Aweil Nord, Twic, Tambura, Malakal, Magwi, Canal-Pigi, Khorfulous.

Le financement du système de santé reste dominé par le Health Pooled Fund (HPF) et la Banque mondiale, les ONG comblant les lacunes d'un ministère de la Santé à peine fonctionnel. Le budget national voté en mars 2021 pour l'année fiscale juillet 2021/juin 2022 a augmenté la part du Ministère de la Santé à 8,2%. Cependant, les fonds n'ont pas été débloqués par le ministère des Finances. Les récentes réductions budgétaires du HPF (24% pour cette année fiscale) ont entraîné la suspension du financement d'environ 220 des 797 structures de santé soutenues dans huit des dix États du pays. D'autres réductions prévues jusqu'à la fin du mois de mars 2023 affecteront encore dix hôpitaux d'État, dont celui d'Aweil. Avec 55% des structures de santé déjà estimées non fonctionnelles, et moins de la moitié de la population totale vivant à moins de 5 km d'une structure de santé fonctionnelle, ces réductions de financement auront très certainement un impact négatif sur l'accès aux soins, en particulier pour les plus vulnérables. En 2022, plus de 30 % des counties du Soudan du Sud ont été touchés par des inondations et le pays a déclaré une catastrophe naturelle en septembre. 52 structures de santé auraient été détruites ou isolées.

La malnutrition et l'insécurité alimentaire sont des préoccupations à long terme au Soudan du Sud. On estime qu'environ 7,74 millions de personnes ont connu des niveaux élevés d'insécurité alimentaire (63 % de la population) entre avril et juillet 2022, dont 87 000 classées IPC5 (famine). On prévoit également que 1,3 million d'enfants de moins de cinq ans, ainsi que 676 000 femmes enceintes et allaitantes, souffriront de malnutrition aiguë et nécessiteront un traitement au cours de l'année 2022. MSF a constaté une légère augmentation de la malnutrition aiguë dans son programme à Old Fangak, tandis que les chiffres à Aweil sont stables. Cependant, les inondations pourraient encore aggraver la situation nutritionnelle, car la plupart des populations touchées n'ont pas de mécanismes d'adaptation. Les cultures, les récoltes et le bétail ont été détruits dans les régions qui dépendent presque entièrement de la saison des pluies pour l'agriculture.

PRESENCE MSF

OCP a été le premier centre opérationnel de MSF à travailler dans ce qui était alors le Soudan, en commençant en 1978 à Port-Soudan. En 1983, OCP a commencé à travailler dans ce qui est aujourd'hui le Soudan du Sud avec des réfugiés ougandais et la population locale à Yei. Cinq des six centres opérationnels de MSF sont aujourd'hui actifs dans le pays, avec un portefeuille dynamique de 13 à 15 projets. Le principal motif du travail de MSF au Sud-Soudan est le conflit et ses conséquences. MSF est actuellement présente dans les zones tenues par le gouvernement et l'opposition où elle apporte des soins de santé primaires, secondaires et mobiles.

OCP a un lien historique avec l'État du Northern Bahr el Ghazal (NBeG), où il a commencé à travailler en 1986 dans la ville d'Aweil. OCP est également présent à Old Fangak (OFG), la zone de son deuxième projet, depuis 2014.

Le conflit en cours, les énormes besoins humanitaires liés aux déplacements massifs de population et un système de santé défaillant, voire inexistant, justifient la portée et l'ampleur actuelles de la présence collective de MSF. C'est au Soudan du Sud que MSF a l'un de ses plus gros volumes opérationnels dans le monde, à tous points de vue (nombre de patients, personnel, projets, etc.).

PROJET : AWEIL

■ Historique du projet

Le projet de MSF à Aweil a démarré en janvier 2008, peu après la clôture du projet d'Akuem et à la suite d'une évaluation à Aweil. Cette évaluation a permis d'identifier les principaux besoins en matière de santé maternelle et infantile. La mise en œuvre a commencé avec pour objectifs généraux de réduire la mortalité maternelle et infantile (moins de 15 ans) et de répondre aux urgences médicales dans l'État du Northern Bahr El Ghazal (NBeG). Les activités du projet comprenaient soins de santé secondaires pédiatriques, nutrition, réponse au paludisme saisonnier, soins de santé sexuelle et reproductive et réponse d'urgence aux épidémies.

En 2011, divers plans de passation et de retrait progressif ont été mis en œuvre. MSF a transféré toutes les activités de soins de santé primaires au ministère de la santé et le centre nutritionnel à ACF. En juin 2014, ACF a repris le centre de stabilisation, mais MSF a continué à recevoir des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère avec comorbidités et, par la suite, MSF a repris la gestion de l'unité de stabilisation.

En 2015, face aux défis croissants liés à la réponse aux besoins médicaux dans la région – notamment le manque de services de santé, d'acteurs de la santé et d'organisations appropriées pour une passation – MSF a intégré davantage de services à l'hôpital d'État d'Aweil (ASH), tels que les soins néonataux et la chirurgie en 2017, ainsi que la formation à l'outil d'échographie POCUS pour les agents cliniques et les médecins afin d'améliorer la capacité de diagnostic. Une unité de physiothérapie a été mise en place en 2018 afin d'améliorer les soins prodigués aux patients sortant de chirurgie et de traitement des brûlures. En 2022, un mini-laboratoire de microbiologie a été mis en place, ainsi qu'un projet de gestion des antibiotiques visant à garantir que les antibiotiques soient prescrits de manière responsable.

En 2019, MSF a signé un protocole avec le ministère de la Santé de l'État d'Aweil pour soutenir son centre de santé primaire de Gabat dans le but d'y améliorer l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (BEmONC) en tant que stratégie de décentralisation des accouchements sans complication hors de l'ASH. Après un an de soutien de MSF à ce centre, il a été constaté qu'un seul accouchement avait eu lieu. Par conséquent, le soutien a été arrêté à la fin du mois de juin 2020, car il était clair qu'il n'avait apporté qu'un bénéfice limité à la population.

En 2021, à la suite d'une évaluation des structures de santé du ministère de la santé qui a révélé qu'il n'y avait pratiquement aucun centre de santé capable de traiter le paludisme, MSF a mis en place une chimioprophylaxie saisonnière contre le paludisme afin de réduire la charge de travail à l'hôpital pendant la saison du paludisme.

En 2022, les activités en dehors de l'hôpital ont été augmentées afin de décongestionner l'hôpital. En particulier, le test et le traitement du paludisme ont été mis en œuvre dans trois centres de soins de santé primaires pendant la saison de pointe du paludisme.

■ Dispositif

MSF soutient à l'hôpital d'État d'Aweil (ASH) les soins maternels et infantiles d'urgence pour les enfants de moins de 15 ans souffrant d'affections médicales et chirurgicales graves nécessitant une hospitalisation. Depuis 2016, MSF soutient un centre de test et de traitement rattaché au service de consultations de l'ASH pour les cas de paludisme afin de réduire l'incidence des cas graves pendant la haute saison du paludisme.

MSF mène également des activités de proximité qui comprennent la chimioprévention saisonnière du paludisme (SMC) et le soutien saisonnier à deux centres de soins de santé primaires à Maper et Nyalath pendant la haute saison du paludisme. Un rapport complet sera compilé au cours du deuxième trimestre 2023 pour évaluer l'impact de la chimioprévention saisonnière du paludisme.

Tous les patients sont admis dans le service des urgences, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin référent. Dans le service de maternité, les femmes en travail et les femmes souffrant de complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont prises en charge. Ces deux services sont soutenus par une banque de sang et un laboratoire médical, notamment de microbiologie, qui fournit une aide au diagnostic et des services de transfusion sanguine. Les services de vaccination de routine (PEV) sont également intégrés.

MSF gère également une consultation diabète deux fois par semaine pour les enfants diabétiques du service de consultations externes (142 enfants sont actuellement suivis).

En tant qu'hôpital de référence de l'État, les soins primaires et secondaires pour adultes sont fournis par le ministère de la Santé et d'autres partenaires. Les soins généraux ambulatoires, les soins intensifs pour adultes (médicaux et chirurgicaux), le VIH/SIDA, la tuberculose, les soins prénatals, les violences sexuelles, le planning familial et la santé reproductive des adolescents sont des services supplémentaires qui sont fournis séparément par le ministère de la santé et d'autres acteurs de la santé. MSF sert de centre de référence pour les cas compliqués de pédiatrie et de maternité.

Capacité totale : 193 lits

- Pédiatrie : 165 lits
 - Pédiatrie (service d'hospitalisation, y compris centre nutritionnel intensif et isolement) : 84 lits
 - Service des urgences : 3 lits au triage et en zone d'observation ; 2 lits de stabilisation ; 1 lit d'examen
 - Unité de soins intensifs : 10 lits
 - Chirurgie : 36 lits
 - Néonatalogie : 35 lits (dont 2 dédiés au tétanos)
- Maternité : 28 lits

72 lits supplémentaires sous tente pendant les pics de paludisme portent la capacité totale à 265 lits. MSF dispose également d'une clinique de 3 lits d'hospitalisation pour le personnel et leurs ayants-droits.

■ Bilan 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Nouvelles admissions	6 056	7 070	5 854	7 744	10 611
Admissions néonatalogie	1 536	1 455	1 886	1 913	2 221
Hospitalisations paludisme (<15 ans)	3 130	3 774	3 040	4 618	5 487
Admissions soins intensifs	1 175	1 311	1 065	1 171	1 313
Patients admis au bloc	3 650	1 901	2 768	3 305	4 405
Admissions gynéco-obstétriques	6 947	7 217	7 546	7 545	8 204
Accouchements par voie basse	5 017	5 390	5 768	5 856	6 620
Accouchements avec complications	258	211	280	290	229
Césariennes	160	154	202	198	255
Interruptions de grossesse	264	391	517	627	702

En février 2022, une recrudescence de combats intercommunautaires à Abyei a dégénéré en affrontements majeurs, entraînant de nombreux déplacements de population. Après une évaluation à Akoong, dans le comté d'Aweil East, qui a révélé qu'environ 4 000 personnes déplacées se trouvaient sous les arbres et sans assistance, MSF a mis en place des cliniques mobiles deux fois par semaine, pour proposer des soins de santé primaires, un dépistage de la malnutrition, des services de vaccination PEV et des possibilités de références. Des kits de cuisine ont été distribués à plus de 800 ménages. D'autres besoins tels que les articles de première nécessité, les abris, la nourriture, l'eau, l'assainissement et la protection ont également été identifiés, et MSF a commencé à plaider auprès d'autres partenaires pour qu'une réponse soit organisée. MSF a arrêté les cliniques mobiles à la mi-août et a fait un don au centre de santé publique le plus proche. 4 087 consultations ont été réalisées (49,8% pour des enfants de moins de 15 ans).

Une épidémie de rougeole a été déclarée dans le Northern Bahr el Ghazal en mai 2022. IOM ayant annoncé son soutien à la campagne de vaccination dans la ville d'Aweil et dans le centre du county d'Aweil, MSF OCP s'est principalement concentrée sur le nord du county d'Aweil (la couverture globale a été de 97% de la population ciblée). En juillet, IOM a annoncé son soutien aux counties d'Aweil Sud et d'Aweil Est.

PROJET : OLD FANGAK

■ Historique du projet

MSF a ouvert ses opérations à Old Fangak (OFG) en novembre 2014 en réponse à un afflux de plus de 20 000 personnes déplacées à l'intérieur du pays et suite à un appel à l'aide de South Sudan Medical Relief (SSMR). La réponse initiale s'est concentrée sur le support d'une clinique débordée par l'augmentation de la population et un afflux massif de blessés. En raison de l'absence quasi-totale de système de santé fonctionnel et accessible dans la région et de l'augmentation du nombre de personnes déplacées à Old Fangak, MSF a étendu sa réponse d'urgence initiale et a joué un rôle de premier plan dans le centre de soins de santé primaires.

En 2016, avec une augmentation des retours de population à New Fangak (NFG) et les conditions d'hygiène et de vie problématiques à Old Fangak, ainsi que les difficultés rencontrées par l'équipe dans sa collaboration avec le SSMR en termes de maintien de la qualité standard des soins, il a été décidé de construire une clinique et de déplacer les opérations à New Fangak. L'augmentation du conflit près de New Fangak fin 2016/début 2017 et le déplacement des populations loin de New Fangak ont entraîné l'annulation du déménagement avec maintien d'un service de consultations avec un lit de stabilisation et une équipe de garde à New Fangak. La décision prise en 2017 était d'investir dans la structure hospitalière de Old Fangak et dans un nouveau complexe pour les expatriés. En octobre 2017, un protocole d'accord officiel a été signé pour répartir les rôles et responsabilités entre MSF et le SSMR. En 2017, une équipe chirurgicale fixe a été installée à Old Fangak, mais en raison d'une diminution des besoins chirurgicaux liée à la stabilité relative de la région, l'équipe chirurgicale a été relocalisée à Aweil en juillet 2018. Entre 2018 et 2019, le contexte s'est stabilisé et l'équipe a tiré parti de cette situation en étendant ses activités de sensibilisation au sud, dans les régions de Haat et de Pakur. Comme les autres acteurs n'ont qu'une activité médicale très limitée et que l'accès reste difficile pour les villages éloignés des principaux cours d'eau, une expérience pilote ICCM (Integrated Community Case Management) a été lancée à Haat en mars 2019.

En juin 2020, la situation sécuritaire s'est détériorée en raison d'une vacance du pouvoir au niveau local et des tentatives infructueuses du SPLA-IO pour désarmer les jeunes. L'équipe de MSF a été évacuée pendant une semaine d'Old Fangak à New Fangak en juin en raison d'affrontements entre jeunes et soldats, lors de tentatives de désarmement près d'Old Fangak.

La pandémie de Covid-19 a eu peu d'impact à Old Fangak en raison de sa situation isolée. Cependant, les opérations de MSF ont été affectées par un manque de ressources humaines, ce qui a conduit à la suspension des cliniques mobiles en avril 2020 et au transfert de New Fangak à World Relief le 1^{er} août 2020.

L'État de Jonglei a connu des inondations record depuis 2019. En 2021, des précipitations supérieures à la moyenne dans les zones les plus élevées du bassin versant du Nil, entraînant des niveaux records des lacs en Ouganda et des hauteurs extrêmes des rivières, accompagnées de conditions plus humides que la moyenne, ont submergé de nombreuses communautés d'Old Fangak, emporté des cultures et tué du bétail.

Entre mai et septembre 2021, 174 000 personnes ont été déplacées par des inondations extrêmes dans l'État de Jonglei. Les counties de Fangak et d'Ayod ont été les plus sévèrement touchés. À Haat, Pakur et Pakuem (county d'Ayod), environ 6 000 personnes ont été déplacées et se sont retrouvées sur des îlots précaires lorsque le niveau de la crue a augmenté. Le dispensaire de MSF à Haat a été détruit et l'équipe a été évacuée vers Old Fangak. L'intervention d'urgence de MSF a permis d'offrir des consultations médicales gratuites, des vaccinations et des articles de première nécessité aux populations affectées. En raison des déplacements et de l'insécurité alimentaire, les services de santé ont été interrompus ou perturbés par les inondations.

En 2022, l'arrivée de la saison des pluies sur une zone déjà gorgée d'eau a provoqué le déplacement de 6 000 personnes vers Old Fangak et affecté plus de 29 000 personnes dans le Payam. Les terres plus élevées sont devenues rares et surpeuplées, ce qui a augmenté le risque d'épidémies ainsi que les tensions entre les communautés.

Mi 2022, MSF a commencé à soutenir une unité de soins de santé primaires à Toch en fournissant des médicaments et en offrant des primes à certains membres du personnel, ainsi qu'en référant les patients vers Old Fangak. MSF a également facilité les références depuis le centre de santé primaire de Paguir.

■ Dispositif

Bien qu'il s'agisse techniquement d'une structure du ministère de la santé et de la communauté, SSMR et MSF sont les seuls prestataires de soins de santé secondaires dans la structure et dans la région. Tout le personnel travaillant sur le site de MSF est employé à 100 % par MSF.

Hôpital d'Old Fangak

- Service d'urgences et triage : urgences 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, avec des lits pour malades hautement dépendants et des lits de stabilisation – 6 lits.
- Service d'hospitalisation : 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, avec des lits pour adultes, des lits pédiatriques et des lits d'isolement – 10 lits (possibilité de 5 lits supplémentaires).
- Centre nutritionnel intensif : unité de stabilisation pour les cas de malnutrition aiguë sévère avec complications – 8 lits.
- Maternité : soins de maternité en hospitalisation 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour les accouchements, la prise en charge médicale des femmes enceintes, les cas de gynécologie, la gestion des complications liées à la grossesse, avec des lits d'accouchement et des lits d'hôpital, ainsi que deux lits d'observation avant l'accouchement – 4 lits.
- Consultations : triage et consultations générales pour tous les groupes d'âge, y compris les consultations pré et post natales.
- PEV : Vaccination de routine pour les enfants de moins de deux ans, et antitétanique pour les femmes enceintes à Old Fangak, ainsi que dans cinq sites autour d'Old Fangak.
- Clinique VIH : Suivi clinique et de laboratoire de routine des patients VIH, avec traitement antirétroviral et prévention de la transmission mère-enfant.
- Isolement – 2 lits.

Activités de proximité

- Cliniques mobiles et centre de santé primaire : Les activités de proximité ont été suspendues en août 2021 lorsque les inondations ont envahi les locaux de MSF à Haat et que l'équipe a dû être évacuée vers Old Fangak. Des cliniques mobiles hebdomadaires ont finalement pu être maintenues pour les différentes populations déplacées, avec la visite de cinq villages toutes les deux semaines. En outre, un appui est apporté à l'unité de soins de santé primaires de Toch ainsi qu'aux activités ICCM (Integrated Community Case Management) dans 13 communautés. La base a été déplacée à Quyenapul.
- Les références d'urgence par bateau depuis les villages situés le long de la rivière Zaraf/Phow se sont poursuivies, de même que les références chirurgicales d'Old Fangak vers IMC à Malakal et MSF OCA à Bentiu. Cependant, en l'absence de réseau de communication, il est difficile pour les communautés de contacter MSF et de demander un bateau pour les transferts. Dans le passé, les communautés s'appuyaient sur les communications radio disponibles dans les différents postes des forces de sécurité, mais nombre d'entre elles sont aujourd'hui hors d'usage. Une nouvelle cartographie de ces installations devrait être réalisée pour une meilleure compréhension. La compagnie de télécommunications Zain a promis l'installation d'une antenne à Old Fangak.
- La gestion communautaire intégrée des cas (Integrated community case management - ICCM) continue à Haat pour les morbidités courantes telles que le paludisme, la diarrhée non compliquée, le dépistage nutritionnel et les références des patients.

■ **Bilan 2022**

	2018	2019	2020	2021	2022
Hôpital d'Old Fangak					
Hospitalisations	2 039	2 419	2 339	2 888	2 576
Accouchements	427	515	496	504	475
Consultations	43 681	44 423	32 569	41 092	45 626
Consultations prénatales	5 728	5 286	6 021	5 363	4 775
Admissions centre nutritionnel	64	87	95	143	267
Activités de proximités					
Consultations de proximités (y compris New Fangak, Haat et Toch)	26 329	27 161	7 498	4 178 (à partir de juin)	26 009
Cas ICCM					50 250
VIH					
Cohorte VIH	23	73	100	330 (117 actifs)	412 (151 actifs)

SYRIE	
Contexte : Conflit armé	Personnel
Nombre de projets : 2	International : 8
Dépenses 2022 : 3 606 k€	National : 138
Financements institutionnels :	Autres centres opérationnels MSF :
aucun	OCA, OCB, OCBA

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

La crise syrienne actuelle entre bientôt dans sa douzième année et a décimé le pays, infligeant d'importantes pertes au peuple syrien et à son économie, et provoquant une crise humanitaire qui a eu un impact énorme sur la région. Plus de la moitié de la population du pays (21 millions de personnes avant le conflit) a été déplacée, à la fois à l'intérieur du pays et en tant que réfugiés dans les pays voisins (Turquie, Liban, Irak, Jordanie et, dans une certaine mesure, Égypte). Le HCR a enregistré 5,6 millions de réfugiés syriens dans la région, ces chiffres étant probablement sous-estimés car de nombreuses familles non enregistrées vivent parmi la population d'accueil dans les zones urbaines.

Les zones mentionnées ci-dessous échappent encore au contrôle du gouvernement syrien :

- Le nord-est de la Syrie : Cette région a été en grande partie cédée par le gouvernement syrien au Parti de l'union démocratique kurde (PYD), qui est la branche syrienne du Parti des travailleurs du Kurdistan (PKK), mais les Turcs contrôlent désormais une bande le long de leur frontière à Tel Abyad jusqu'à Ras Alien, et des poches de contrôle du gouvernement syrien subsistent à Qamishli et à Hasakah.
- Le nord-ouest de la Syrie :
 - La zone du Rameau d'olivier englobant Afrin et ses environs, nommée en référence à l'intervention militaire turque en 2018 qui a occupé la zone.
 - La zone du Bouclier de l'Euphrate, qui comprend Azaz, Albab et Jarablus et leur arrière-pays, nommée là encore en référence à une opération militaire turque lancée en 2016.
 - Et Idlib, la dernière zone contrôlée par l'opposition, qui est contrôlée par Hayat Tahrir al-Sham (HTS), un groupe qui a autrefois prêté allégeance à Al-Qaïda et qui tente désormais de redorer son image pour séduire la communauté internationale, principalement l'Occident.

Cette guerre est actuellement menée par plusieurs factions, notamment les forces armées syriennes et leurs alliés nationaux et internationaux, une alliance informelle de groupes rebelles d'opposition principalement sunnites (tels que l'Armée syrienne libre), des groupes djihadistes salafistes (notamment le Front al-Nusra et Tahrir al-Sham), le mouvement mixte arabo-kurde syrien.

Le président syrien, soutenu par l'Iran, la Russie et d'autres milices, dont le Hezbollah libanais, sort militairement victorieux.

Les groupes d'opposition armés ont perdu la quasi-totalité du territoire qu'ils contrôlaient face aux contre-offensives des forces pro-gouvernementales et à la coalition des armées occidentales dirigée par les États-Unis.

Le conflit s'est atténué au cours des deux ou trois dernières années ; la région d'Idlib, au nord-ouest du pays, échappant toujours au contrôle du gouvernement syrien.

Des tensions et des escarmouches se produisent encore régulièrement dans le nord-ouest du pays, autour de la région d'Idlib contrôlée par HTS, considéré comme le dernier groupe d'opposition. Dans ce contexte, les risques d'escalade restent importants.

Aujourd'hui, les opérations de MSF se situent dans les zones du Rameau d'olivier, du Bouclier de l'Euphrate, du Printemps de la paix et d'Idlib, où l'on accède depuis la Turquie.

Les offensives militaires qui se sont succédé depuis 2019 ont provoqué les déplacements de population les plus importants en Syrie. À la mi-2020, il y avait plus de 1,5 million de personnes déplacées à Idlib, soit environ la moitié de la population, réparties sur plus de 1 000 sites ou établissements informels.

On estime à 4,9 millions le nombre de personnes ayant besoin d'une aide humanitaire dans le nord-ouest de la Syrie. Plus de quatre millions de personnes résident dans le nord-est de la Syrie, dont des milliers de personnes déplacées et des membres de l'État islamique emprisonnés qui vivent dans des conditions de surpopulation extrême.

En 2020 et 2021, la Syrie a connu sa plus importante crise économique à ce jour. Depuis le début de la guerre, de nombreux problèmes concomitants sont apparus dans le pays et dans la région : les crises du Liban et de l'Irak, la pénurie de devises fortes, l'effet des sanctions américaines et les problèmes économiques liés au Covid ne sont que quelques-uns des problèmes auxquels le pays a été confronté. En 2021, la livre syrienne a perdu 150 % de sa valeur par rapport au dollar américain. Cette situation a aggravé les difficultés de la population dans toute la Syrie et en particulier des personnes déplacées à Idlib.

La reconstruction du pays victime de destructions massives reste une question qui divise la communauté internationale. L'ONU a estimé les besoins à 250 milliards de dollars américains, alors que de nombreux pays hésitent à s'impliquer et à investir malgré les gains financiers potentiels. Les pays occidentaux sont toujours très réticents à coopérer avec Bachar El Assad, l'homme qui a ouvert le feu sur sa propre population, et il est peu probable qu'ils puissent s'entendre avec la Russie compte tenu de l'état actuel de la crise ukrainienne.

Il est intéressant de noter que le président syrien s'est rendu aux Émirats arabes unis en mars 2022, sa première visite dans un pays arabe depuis le début de l'insurrection en 2011.

■ Contexte sanitaire

Dans le nord-ouest de la Syrie, on estime qu'il y a actuellement 1 000 médecins, 358 sage-femmes et 1 693 infirmières pour répondre aux besoins de santé d'une population de plus de 4 millions d'habitants.

Dans une région où 2,8 millions de personnes dépendent déjà de l'aide humanitaire pour couvrir leurs besoins fondamentaux - tels que la nourriture, l'eau, le logement, les soins de santé et l'éducation - chaque nouvelle attaque militaire, crise économique ou perturbation du système de santé a des conséquences directes sur la santé d'une population épuisée par dix années de conflits et de déplacements répétés. C'est d'autant plus vrai que le système de santé syrien était très complet avant 2011. Le nombre de médecins et d'hôpitaux dans le pays était assez bon, et la Syrie produisait ses propres médicaments et était assez autosuffisante à cet égard.

Dès les premières années du conflit syrien, les structures médicales et le personnel ont été pris pour cible. En 2012, le gouvernement syrien a adopté une loi qui criminalise les activités médicales dans les territoires tenus par les rebelles, et les structures de santé ont souvent été la cible des raids aériens du gouvernement syrien. De nombreux professionnels de la santé ont fui le pays et les structures de santé ont été détruites, ce qui a entraîné la détérioration du système de santé syrien au cours des dix dernières années.

Dans les zones de combats intenses, les structures de santé se sont principalement concentrées sur les urgences et les traumatismes. Le nombre total de structures fonctionnant actuellement à Idlib et Alep est proche de 300 (600 avant la guerre). Ces structures sont pour l'essentiel des services de santé primaires et secondaires, des cliniques spécialisées, des ambulances et des laboratoires.

En conséquence, pendant des années, la population locale n'a pas eu suffisamment accès à des soins de santé primaires, à des soins prénatals et postnatals, à des soins de santé mentale ou à des soins et

traitements pour maladies non transmissibles (diabète, maladies cardiovasculaires, épilepsie, cancer), pour lesquelles les patients doivent attendre des mois avant d'être référés vers la Turquie.

D'autres maladies infectieuses endémiques en Syrie ont vu leur incidence augmenter l'année dernière en raison des mauvaises conditions de vie et d'hygiène (leishmaniose, grippe H1N1 et bronchiolite). De plus, le programme national de vaccination de routine a été interrompu et remplacé par un programme de vaccination mené par le Syrian Immunization Group (SIG) soutenu par l'UNICEF. Ces activités ont été perturbées par les conséquences indirectes de la pandémie de Covid-19, avec des ruptures d'approvisionnement plus importantes que d'habitude. Cette situation risque d'entraîner la résurgence de certaines maladies épidémiques dans la période à venir (par exemple, la rougeole et la polio).

La pandémie de Covid-19 a encore aggravé la situation sanitaire de la population. La première vague a vu le nombre de cas de Covid-19 passer de 138 le 8 septembre 2020 à 11 900 cas en seulement deux mois. En 2021, une autre vague a fait passer la courbe pandémique de 1 120 cas en juillet 2021 à 9 566 cas en août, avec 49% de cas positifs. Compte tenu des conditions de surpeuplement dans le nord-ouest de la Syrie, la difficulté de maintenir la distance sociale ou l'isolement reste un obstacle majeur dans la lutte contre la pandémie.

Le 15 février 2021, le nord-ouest de la Syrie a reçu 224 000 doses du vaccin d'AstraZeneca dans le cadre de l'initiative COVAX. La première phase de la campagne a débuté le 1^{er} mai 2021, ciblant les professionnels de santé et les travailleurs humanitaires et, à partir du 21 juin 2021, les personnes âgées de plus de 60 ans ont également été incluses dans le groupe cible.

Une épidémie de choléra a été déclarée par le gouvernement syrien en septembre 2022. Les gouvernorats de Deir-ez-Zor, Ar Raqqa, Alep et Al-Hasakeh ont rapporté 98% de tous les cas suspects. Il s'agit de la première épidémie de choléra en Syrie depuis 2009. Il existe un risque important de propagation de la maladie dans les camps de déplacés surpeuplés des régions du nord-ouest et du nord-est. Fin 2022, l'OMS pour l'ensemble de la Syrie fait état d'environ 63 363 cas suspects, de 367 nouveaux cas confirmés, d'un taux de mortalité de 0,04 % et d'un taux d'attaque de 1,37 %. On pense que la source est liée à la consommation d'eau insalubre provenant de l'Euphrate et aux cultures vivrières irriguées avec de l'eau contaminée.

PRESENCE MSF

OCP

L'intervention d'OCP en Syrie a commencé au début du conflit en 2011 par un soutien matériel aux victimes du conflit (blessées par balles lors de manifestations dans les rues) via des dons de matériel médical/chirurgical, une assistance financière et une expertise technique aux réseaux et structures clandestines gérés par le personnel médical syrien à Deraa, dans la banlieue de Damas, à Hama et à Homs. Lorsque ce soutien a cessé, l'accent a été mis sur le nord-ouest du pays en collaborant avec une nouvelle ONG syrienne, l'Union des organisations de soins et secours médicaux (UOSSM), sur la base de leur important réseau et de leur connaissance du terrain. En juin 2012, nous sommes finalement entrés dans le nord-ouest de la Syrie avec UOSSM, où nous avons mis en place une unité de traumatologie chirurgicale à l'intérieur d'une maison du village d'Atmeh, situé à la frontière turque, à proximité de plusieurs lignes de front.

En 2013, l'hôpital a été transformé en une unité spécialisée dans les brûlés en raison de la diminution du nombre de blessés de guerre, de l'augmentation des établissements de santé secondaires et d'un besoin identifié pour les soins aux brûlés. En plus des services de soins de santé secondaires, OCP a également fourni des vaccinations PEV à Atmeh et dans les camps de déplacés locaux (population de plus de 100 000 personnes) et a effectué quelques distributions d'articles de première nécessité. En 2013, d'autres projets ont été développés à Qabassin - Nord-Est d'Alep pour les blessés de guerre, à Harim (soins de santé primaires et pris en charge d'un camp de déplacés) et à Jaz (soins aux mères et aux enfants).

L'enlèvement de collègues d'OCB à Bernas en janvier 2014, dans le sud de la province d'Idlib, a interrompu la présence expatriée d'Atmeh en février et le projet est géré à distance depuis lors.

Nous avons également développé progressivement le projet de soutien médical syrien (SMS) en tant que programme de dons de fournitures médicales depuis début 2013. Nous avons apporté un soutien financier et médical pour maintenir les structures médicales ouvertes et accessibles (soins de santé primaires et hôpitaux). En 2017, le support a concerné 24 structures de santé dans les gouvernorats d'Alep (9), d'Idlib (9) et de Hama (6).

En 2020, un partenariat avec une ONG syrienne, Al Ameen, a commencé par le soutien d'une clinique mobile pour visiter 12 camps dans la région d'Afrin. Il a ensuite évolué vers le soutien de 2 soins de santé primaire (dont un avec prise en charge obstétrique et néonatale) dans les régions de Jindeires et Bulbul.

Début 2021, grâce au partenariat avec l'ONG turque IBC (International Blue Crescent), plusieurs expatriés ont obtenu des permis de travail et ont été autorisés à séjourner en Turquie (Gaziantep et Antakya), avec la permission d'entrer dans la zone contrôlée par la Turquie en Syrie (ce processus reste très complexe, exceptionnel et de court terme).

Nous avons soutenu IBC dans sa réponse aux catastrophes naturelles en Turquie (tremblement de terre en novembre 2020 et inondations en août/septembre 2021).

En décembre 2020, un centre Covid (Community Covid Treatment Center) de 50 lits a été ouvert avec Al Ameen pour les patients modérés, et un système de surveillance a été mis en place. Les activités ont cessé en mars 2021 pour rouvrir en septembre 2021 avec la nouvelle vague de Covid-19 dans la zone d'Afrin.

En septembre 2021, en partenariat avec ACU/EWARN, une campagne préventive contre la rougeole a été lancée avec un objectif de 51 000 enfants de moins de 10 ans vaccinés, ainsi qu'une enquête sur la malnutrition. Pour le second tour, la vaccination orale contre la poliomyélite et le vaccin pentavalent ont été ajoutés.

En octobre 2022, le chef de mission d'OCP a réussi à entrer dans la région d'Idlib et à visiter l'hôpital d'Atmeh pour la première fois depuis 2014, grâce à notre partenaire Al Ameen.

OCB

OCB est présent dans région d'Idlib avec :

- soutien à trois hôpitaux de référence (Bernas, Qunaya et Salqin) et deux centres de vaccination.
- 3 cliniques mobiles dans 45 camps (rotation dans les camps de Maarat Misirn à l'est, de Kafar Takharim à l'ouest et de Sarmada au nord).
- Activités eau hygiène assainissement (dans les camps de Maarat Misirn à l'est, de Kafar Takharim à l'ouest et de Sarmada au nord) et distributions d'articles de premières nécessité et de kits d'hivernage dans les camps des régions de Sarmada et Salqin.
- Soutien au système de référence vers la Turquie.

OCBA

OCBA est présent dans les régions d'Azaz et d'Idlib avec :

- Clinique mobile dans le camp d'Azaz.
- Dons en nature et soutien technique à deux maternités de la région d'Idlib.
- Soutien à l'hôpital Aqrabat : production d'oxygène, banque de sang, biomédical.
- Soutien aux références avec huit ambulances.
- Campagne de vaccination de masse avec le vaccin PCV 10 dans les districts d'Azaz, Atmeh et Sahil.
- Cliniques mobiles dans 8 camps en partenariat avec une ONG locale.
- Distribution de kits d'hivernage et d'articles de première nécessité dans les mêmes camps que les cliniques mobiles.
- Soutien au service Covid de l'hôpital d'Idlib.

OCA est présent dans le nord-est et OCG a fermé ses projets en 2020 notamment suite au kidnapping de 4 membres de leur personnel à Qamishli en juin 2018 (libérés en décembre 2018).

Même si MSF n'est plus enregistrée en Turquie depuis juin 2016, elle maintient une présence constante, notamment sous l'entité Supply Unit Turkey (SUT), depuis début 2017. Les autorités turques ont perquisitionné et fermé les locaux d'OCB à Hatay et d'OCBA à Gaziantep à la fin du mois de mai 2019. Une dernière enquête est toujours en cours à Gaziantep contre MSF, ce qui reste un obstacle sérieux à l'enregistrement officiel de MSF en Turquie et nuit à nos capacités d'approvisionnement. Ces dernières se sont néanmoins stabilisées au deuxième trimestre 2020, et nous avons pu maintenir toutes nos opérations. La capacité opérationnelle repose sur l'approvisionnement local en Syrie, l'approvisionnement régional en Turquie et l'utilisation du canal de l'OMS pour importer des marchandises de l'étranger et via MSF Logistique.

PROJET : IDLIB

■ Historique du projet

L'intervention d'OCP en Syrie a commencé au début du conflit en 2011 par un soutien matériel aux victimes du conflit consistant en des dons de fournitures médicales/chirurgicales, une assistance financière et l'apport d'expertise technique aux réseaux et structures clandestines gérés par le personnel médical syrien. Lorsque ce soutien a cessé, OCP s'est réorienté vers le nord-ouest du pays en développant une collaboration avec une nouvelle ONG syrienne, l'Union des organisations de soins et secours médicaux (UOSSM). En juin 2012, nous sommes finalement entrés depuis la Turquie dans le nord-ouest de la Syrie contrôlé par l'opposition avec UOSSM, où nous avons mis en place une unité de traumatologie chirurgicale à l'intérieur d'une maison du village d'Atmeh, situé à la frontière turque, à proximité de plusieurs lignes de front.

En 2013, l'hôpital a été transformé en une unité spécialisée dans le traitement des brûlés. Parallèlement aux services de soins de santé secondaires, OCP a également assuré des vaccinations à Atmeh et dans les camps de déplacés des environs (plus de 100 000 personnes) et a procédé à quelques distributions d'articles de première nécessité. En 2013, d'autres projets ont été développés à Qabassin au Nord-Est d'Alep pour les blessés de guerre, à Harim avec un centre de soins de santé primaires et prise assistance à un camp de déplacés internes et à Jaz pour des soins mères-enfants.

L'enlèvement de collègues d'OCB à Bernas en janvier 2014, dans le sud de la province d'Idlib, a forcé le retrait de la présence expatriée d'Atmeh en février et le projet a été géré à distance depuis lors. Depuis le début de l'année 2022, l'équipe du projet basée en Turquie et de nationalité syrienne a eu accès à des visites éclair sur le terrain, avec la possibilité d'une visite éclair aux autres membres de l'équipe de coordination internationale.

Nous avons également développé progressivement le projet de soutien médical syrien (Syrian Medical Support - SMS) en tant que programme de donations de fournitures médicales à partir de début 2013. Nous avons apporté un soutien financier et médical pour assurer la prestation de soins aux patients pour les structures médicales (centres de santé primaire et hôpitaux) afin de les maintenir ouvertes et accessibles. En 2017, le soutien a atteint 24 structures de santé dans les gouvernorats d'Alep (9), Idlib (9) et Hama (6). Ce programme a pris fin en 2018.

■ Dispositif

Le projet comporte trois volets : une unité spécialisée dans le traitement des brûlés dans la ville d'Atmeh, des activités médicales externes (soutien aux soins de santé primaires, maladies chroniques et cliniques mobiles) et des activités de secours dans les camps de personnes déplacées.

Unité de brûlés

L'unité MSF spécialisée dans les brûlés à Atmeh comprend une salle d'urgence, 15 lits d'hospitalisation (auxquels s'ajoutent 2 lits de soins palliatifs et 1 lit de soins intensifs de niveau 0), 1 bloc opératoire et 1 salle de sédation, ainsi qu'un service de soins post-opératoires. L'hôpital assure la stabilisation des cas de brûlures, la chirurgie, y compris les greffes de peau, la physiothérapie en interne et en externe, et le soutien psychologique. L'activité bénéficie aux habitants d'Idlib et à la population déplacée. Des transferts vers la Turquie avec les ambulances de MSF sont effectués pour les cas compliqués dépassant la capacité de l'unité de traitement des brûlures de MSF. Le suivi direct des patients référés en Turquie n'est pas possible en raison du non-enregistrement de MSF en Turquie. Certaines procédures de chirurgie reconstructive ont été menées par un chirurgien senior qui a quitté le projet, le travail en cours vise à étendre cette activité avec le soutien de référents et de nouveaux chirurgiens consultants.

Activités médicales externes

Les soins de santé primaires soutenus par MSF à Al Barakah et Tal Al Karama sont confiés à un partenaire local. L'activité de lutte contre les maladies chroniques reste entièrement gérée par MSF dans les mêmes lieux. En collaboration avec l'ONG Al Amin, MSF commencera en 2023 à soutenir le centre de santé publique d'Ariha avec des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (BeMONC). Les cliniques mobiles dans les camps de Deir Hassan, qui couvrent plus de 33 000 personnes déplacées dans 7 camps et communautés d'accueil avec des soins de santé primaires, de santé mentale et de santé sexuelle et reproductive, se poursuivront en 2023. Outre les activités quotidiennes dans les camps de Deir Hassan, MSF dispose d'une flexibilité qui lui permet de mener des interventions d'urgence à court terme dans d'autres camps de personnes déplacées en fonction des besoins et des lacunes des acteurs.

Activités de secours

Cette partie a été ajoutée au projet en 2020 et s'est poursuivie tout au long des années 2021 et 2022 en raison du changement de contexte et de l'avancée des forces gouvernementales syriennes qui ont créé un million de personnes déplacées supplémentaires à Idlib en décembre 2019. Le Covid s'étant répandu dans la région entre 2020 et 2022, des distributions régulières de kits Covid combinées à des activités de promotion de la santé ont été menées.

Avec la propagation du choléra dans la région en 2022, l'équipe mobile a distribué des kits d'hygiène et des comprimés de purification de l'eau et a mené une campagne de sensibilisation auprès des communautés des déplacés dans différents camps.

Par ailleurs, l'équipe mobile effectue régulièrement des évaluations et une surveillance afin de déterminer les besoins et de planifier les activités. Suite à l'évolution du contexte sécuritaire et sanitaire et aux déficits de financement d'autres acteurs, MSF a mis en place des interventions d'assainissement et d'approvisionnement en eau (réhabilitation des égouts, construction de latrines, transport d'eau par camion), des distributions d'articles de première nécessité, des kits d'hygiène, des abris pour l'hiver, du matériel de chauffage et des tentes dans les camps du district d'Aldana. En collaboration avec l'unité de brûlés, MSF répond régulièrement aux besoins des personnes déplacées affectées par des incendies.

■ Bilan 2022

Centre de brûlés d'Atmeh	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Présentations aux urgences	2 883	3 734	3 715	4 886	5 192	5 794	6 338
Hospitalisations	439	431	401	497	499	488	473
Nb de passages au bloc	2 520	1 436	1 319	1 394	1 387	1 374	1 516
Sessions individuelles de Physiothérapie (nouvelles et suivi)	6 916	12 232	10 370	10 886	9 069	10 983	11 625

Activités externes (cliniques mobiles + maladies chroniques)	2018	2019	2020	2021	2022
Nb de consultations cliniques mobiles (nouvelles et suivi)	11 712	19 562	23 447	27 342	27 646
Consultations maladies chroniques (nouvelles et suivi)	4 833	6 534	17 112	16 875	21 133
Consultations santé sexuelle et reproductive					4 210

PROJET : AFRIN

■ Historique du projet

Al Ameen

MSF a établi un partenariat avec l'organisation Al Ameen (une ONG syrienne enregistrée en Turquie) en mars 2020 pour financer deux cliniques mobiles et un centre de soins de santé primaires dans la zone du Rameau d'olivier contrôlée par la Turquie à Afrin. La collaboration entre MSF et Al Ameen en mars 2020 visait à procurer des soins et des colis de secours aux populations. MSF a installé 320 tentes pour les personnes déplacées et les a remises à AFAD (Disaster and Emergency Management Presidency) à leur demande afin qu'elles puissent être relogées. 400 familles ont également reçu des kits d'articles non alimentaires, et MSF a aidé Al Ameen à fournir de l'eau potable à plus de 3 000 familles en creusant et en préparant un puits dans le village de Doraqli, à l'est du district d'Afrin. Les opérations actuelles avec Al Ameen se déroulent dans l'ouest d'Afrin, où MSF soutient deux centres de santé publique situés à Baadanli et à Raju. Le centre de soins de Raju offre des services BeMONC (soins de base obstétricaux et néonataux d'urgence) et est la seule structure dans le district de Raju à s'occuper des accouchements normaux.

MSF a également répondu à la pandémie de Covid-19 en aidant Al Ameen à mettre en place et à gérer le seul centre de traitement Covid dans la ville d'Afrin. La structure a ouvert ses portes en décembre 2020 avec des services de consultations externes et internes, jusqu'en mars 2021 en raison de la diminution du nombre de cas de Covid. Une équipe mobile Covid a également été mise en place sur 48 camps dans le district d'Afrin, pour dépister et enquêter sur les cas de Covid et d'autres épidémies. En raison d'une nouvelle vague de Covid dans la région, le centre a rouvert de début septembre à mi-décembre 2021.

International Blue Crescent (IBC)

MSF a signé un accord de partenariat avec International Blue Crescent (IBC), une ONG turque, pour explorer les lacunes médicales et de secours dans les régions du Rameau d'olivier, du Bouclier de l'Euphrate et du Printemps de la paix, afin de mieux répondre aux besoins médicaux et autres de ces populations en situation précaire. Ce partenariat a permis la présence permanente d'une équipe MSF en Turquie depuis mars 2021, sous la responsabilité d'IBC. Conjointement, MSF et IBC ont développé un projet pour répondre aux besoins médicaux dans les districts d'Azaz, Afrin et Albab avec une clinique mobile à Albab pour couvrir 6 camps de déplacés, un soutien en eau-hygiène-assainissement aux résidents de 10 villages dans la région de Raju et des distributions de protections pour l'hiver dans les camps du district d'Azaz.

Association coordination unit (ACU)

MSF n'est pas engagée dans un partenariat opérationnel permanent avec ACU, mais partage des indicateurs essentiels dans le nord de la Syrie et a répondu à une épidémie de rougeole à Taraa en mettant en place une campagne de vaccination avec le vaccin rougeole, poliomyélite et pentavalent dans le district de Tal Abyad, en partenariat technique avec le programme Ewarn de ACU. La campagne s'est déroulée en 3 phases, la première en octobre, la deuxième en décembre 2021 et la troisième en janvier 2022.

■ Dispositif

MSF apporte un soutien financier et technique (mise en œuvre des directives médicales de MSF) à Al Ameen qui dirige les opérations : 2 centres de soins santé primaires dans le district d'Afrin (Raju et Baadanli) et une équipe mobile de surveillance de proximité.

MSF finance IBC pour gérer conjointement les opérations : 1 clinique mobile effectue des consultations générales et des activités de santé sexuelle et reproductive dans le district d'Albab sous la supervision directe de MSF et un appui est apporté au système d'eau des camps de Raju.

La campagne de vaccination contre la rougeole dans le district de Tal Abyad (zone de Peace Spring), achevée au premier trimestre 2022, faisait également partie du partenariat avec IBC.

■ Bilan 2022

	2022
Al Ameen	
Centre de soins primaires de Raju Baadnil	
Total consultations	67 643
Consultations maladies chroniques	10 719
Accouchements simples	327
Consultations santé sexuelle et reproductive	33 300
IBC	
Clinique mobile d'Albab	
Total consultations	24 111
Consultations maladies chroniques	3 612
Consultations santé sexuelle et reproductive	Démarrage décembre 2022

TCHAD	
<p>Contexte : Accès aux soins, Epidémies/Endémie</p> <p>Nombre de projets : 5</p> <p>Dépenses 2022 : 13 012 k€</p> <p>Financements institutionnels : 883 k€ (Canada)</p>	<p>Personnel</p> <p>International : 65</p> <p>National : 362</p> <p>Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCG</p>

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

L'année 2021 a marqué un tournant historique dans l'histoire du Tchad. Le jour des élections le 11 avril 2021, le groupe rebelle FACT avance jusqu'au Nord Kanem. Idriss Deby Itno, qui bénéficie du soutien logistique et du renseignement militaire de l'armée française, est tué lors d'une visite de ses troupes sur le théâtre des opérations dans des circonstances non éclaircies entre le 17 et 19 avril 2021. Il est annoncé vainqueur le 19 avril avec 79% des voix.

La mort du président n'est annoncée que le 20 avril, annonce suivie de la prise de pouvoir par le CMT (Conseil Militaire de Transition) dirigé par le fils d'Idriss Deby Itno, et de la dissolution de l'Assemblée Nationale. Le président français a reconnu officiellement l'existence de ce CMT.

Le CMT annonce une transition de 18 mois et envisage la mise en place d'un Conseil National de Transition, l'organisation d'un dialogue national inclusif (DNI) et l'organisation des élections présidentielles et législatives.

En prélude à l'organisation du DNI, un comité chargé d'intégrer les groupes politico-militaires a été mis en place. Le 8 août 2022, un accord avec la majorité des politico-militaires a été signé à Doha ouvrant ainsi la voie au démarrage du DNI. Il faut noter cependant que des groupes rebelles comme le FACT et le CCMSR n'ont pas signé ledit accord.

Le DNI ne s'est finalement ouvert à Ndjamena que le 20 août 2022, malgré le boycott des politico-militaires non-signataires de l'accord de Doha, de la société civile et de certains partis politiques de l'opposition comme celui des Transformateurs. Celui-ci s'est fini le 8 octobre avec 2 lignes rouges de l'opposition franchie par le CMT au pouvoir : le report des élections de deux ans et la possibilité pour les membres du CMT de se présenter. Mahamat Deby a été investi président de transition le 10 octobre 2022.

Cette période de transition a été émaillée de manifestations, dont entre autres :

- Le 27 avril 2021, une manifestation a été réprimée à balles réelles faisant un bilan de 9 morts, une centaine de blessés et 700 arrestations.
- Le 14 mai 2022, des manifestants visent les intérêts français ou perçus comme tels, des stations-service Total sont détruites, des Européens sont agressés dans la rue et des bureaux ou maison d'ONG caillassés (dont une maison MSF). Des drapeaux russes ont été brandis.
- Le 20 octobre 2022, jour devant être la fin de la transition, des manifestations de l'opposition (Wakit Tama, les Transformateurs) ont été sévèrement réprimées à Ndjamena et dans les villes du sud : plus de 50 morts (dont une dizaine de membres des forces de sécurité) et plusieurs centaines de blessés.

Au niveau national, la situation sécuritaire est aussi agitée par des conflits récurrents entre agriculteurs et éleveurs. Si ces conflits locaux sont récurrents au Tchad depuis longtemps, on note une aggravation de ces événements, dont les plus notables sont cette année : une dizaine de mort à Sandana en février 2022 dans le Moyen-Chari ; une quinzaine de mort, plusieurs villages incendiés et 5000 déplacés en

août 2022, à Kyabé dans le Mayo Kebbi et environ 70 morts dans le département de Mangalmé en octobre 2022.

Au nord, dans le Tibesti, des accrochages ont souvent lieu entre des mouvements des rebelles (FACT et CCMSR) et l'ANT (Armée Nationale Tchadienne) sur fond de guerre médiatique. A noter que le FACT publie régulièrement des communiqués de presse en soutien à l'opposition politique et plus particulièrement les Transformateurs.

Dans l'est, l'état d'urgence mis en place en 2019 suite aux violences intercommunautaires et transfrontalières a été levé en janvier 2020. De violents conflits intercommunautaires ont repris dans les zones d'Abéché et d'Adré en septembre 2021, faisant plus de 30 morts et amenant une intervention de l'armée.

La situation sécuritaire reste instable dans la région du lac Tchad malgré une nette amélioration. Des attaques sporadiques ciblant la population (kidnapping, attaques à domicile,...) et l'ANT persistent encore.

La situation en République Centrafricaine, demeure instable et la frontière reste fermée. Les FACA, avec l'aide du groupe paramilitaire russe Wagner, procède à des opérations militaires dans le pays dans le but de repousser les groupes rebelles CPC vers le nord à la frontière Tchadienne. Cela a d'ailleurs entraîné un incident diplomatique fin mai 2022, dû à l'attaque d'un poste frontière tchadien par les FACA et les Russes lors d'une poursuite des rebelles CPC. Depuis, la frontière du sud-ouest est fortement militarisée.

Enfin la présence de plus en plus forte des mercenaires russes du groupe Wagner dans les pays limitrophes (Libye, Soudan, RCA) ajoute de l'instabilité dans la sous-région en accentuant la compétition régionale entre la Russie et la France et donc en favorisant le développement de potentiels conflits.

■ Contexte sanitaire

Le Tchad, pays classé 187^e sur 189 pays recensés selon l'IDH 2020, a un système de santé caractérisé par une insuffisance et une mauvaise répartition des infrastructures qui, combiné aux difficultés d'accessibilité géographique de certaines zones ne favorise pas un bon accès aux soins pour les populations. En plus de cela, l'insuffisance et la mauvaise répartition des ressources humaines, les fréquentes ruptures en médicaments sont aussi autant de facteurs impactant négativement la santé des populations.

Les populations à risque demeurent les femmes en âge de procréer et les enfants de moins de 5 ans avec une mortalité maternelle estimée à 860 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, une mortalité infantile de 78‰ et une mortalité infanto-juvénile de 122‰. L'enquête SMART 2021 relève une prévalence de 2% de malnutrition aiguë sévère et 10,9% de malnutrition aiguë globale parmi les enfants de 6-59 mois. Ces prévalences sont assez élevées dans certaines provinces comme l'Ennedi Ouest, l'Ennedi Est et Barh El Gazel avec respectivement 18,5%, 17% et 16,5% de malnutrition globale. Présente à Ndjamena, dans les provinces du Mandoul (Moissala), du Ouaddaï (Adré) et du Wadi Fira (Guéréda), MSF appuie les autorités sanitaires nationales afin d'apporter une réponse à diverses problématiques comme la prise en charge de la malnutrition, la santé maternelle et infantile, la santé communautaire, etc. Cet appui se manifeste également dans la réponse aux différentes situations épidémiques quasi permanentes au Tchad. Ainsi, MSF a participé à la gestion des épidémies de méningite, de rougeole et de choléra en 2019, de méningite et de rougeole en 2020, de rougeole en 2021 et enfin de fièvre jaune et de rougeole au cours de cette année 2022.

PRESENCE MSF

MSF OCP est présent au Tchad de 1977 à 1984, en réponse aux urgences en lien avec les conflits de l'époque. De 2004 à 2010, c'est un soutien pour les réfugiés soudanais à l'est et centrafricains au sud. En 2010 a eu lieu l'ouverture du programme de prise en charge du paludisme à Moissala, au sud, tout en maintenant une réponse pour les épidémies, la malnutrition et l'assistance aux réfugiés. En 2018, s'est effectuée une réorientation des opérations de MSF à Moissala avec un passage du projet paludisme vers un continuum de soins de la communauté vers l'hôpital, focalisé sur le couple mère-enfant et les femmes en âges de procréer. En 2021, deux projets ont ouvert. Le projet de prise en charge de la malnutrition à N'Djamena devient un projet régulier, avec 4 zones de responsabilité pilotes ; au-delà de la malnutrition, l'objectif sera d'axer les soins vers la communauté et d'élargir le cadre médical. Après une intervention rougeole en urgence à Abéché en début d'année, c'est à Adré que s'ouvre un projet de prise en charge de la malnutrition et paludisme et soutien de la pédiatrie, avec également la volonté de mise en place d'un plan de contingence en cas d'afflux de réfugiés et/ou blessés.

Depuis 2018, seuls 2 centres opérationnels restent présents au Tchad – OCP et OCA. En octobre 2020 ont été signés des Accords de siège entre MSF et le ministère des affaires étrangères, faisant des 2 centres opérationnels une seule entité MSF vis-à-vis du gouvernement. OCG, qui a fermé sa mission il y a 3 ans, est venu lors des troubles du mois de mai afin de faire une mission exploratoire dans le Kanem, puis en soutien à OCP pour une vaccination rougeole dans le Mandoul, avec l'idée de se réenregistrer dans le pays très prochainement. Leur projet est de s'installer afin d'intervenir sur les urgences les 12 premiers mois.

PROJET : MOISSALA

■ Historique du projet

Ce projet, ouvert en juillet 2010, était dédié à la lutte contre le paludisme. En 2019, le ministère de la santé (PNLP) n'a pas autorisé la chimioprophylaxie saisonnière., mais l'a finalement fait en 2020 et 2021.

L'année 2018 marque le début de la réorientation du projet. En complément de ce qui est fait contre le paludisme dans le district, il est décidé de développer un volet de santé femmes et enfants. Ce nouveau volet d'activité repose sur les principes suivants :

- Ciblage du couple mère-enfant et les femmes en âge de procréer notamment adolescentes, en recherchant des modèles de soins adaptés à ces cibles
- Développement d'un continuum de soins de la communauté à l'hôpital, maintien du système de référence et création d'un système de contre référence efficient
- Implication autant que possible des patients et de leurs proches dans leurs parcours de soins préventifs et curatifs
- Prise en compte des perceptions des différentes communautés et impliquer ces dernières
- Implication du ministère de la santé, sans objectif de pérennité, mais avec l'ambition de faire progresser les politiques de santé
- Développement d'innovations utiles au sein du projet (approches et pratiques médicales, formation, outils, dispositifs)

■ Dispositif

Hôpital de District de Moissala

- Support de MSF au ministère en pédiatrie (dont nutrition et néonatalogie) :
 - Service de Pédiatrie : 65 lits en période hors pic palu et 110 lits en période de forte endémicité dont service des urgences pédiatriques, service d'hospitalisation pédiatrique, soins intensifs, unité nutrition.
 - Néonatalogie : 8 lits.
- Support de MSF au ministère pour la maternité et le bloc opératoire (soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets - SONUC), 19 lits d'hospitalisation maternité, consultations prénatales, prise en charge des violences sexuelles et interruptions de grossesse.

Zones de Responsabilités pilotes de Dembo et Beboro

- Support de MSF aux centres de santé : consultations pédiatriques de 0 à 15 ans, vaccination (PEV), appui à la prise en charge nutritionnelle via l'approvisionnement en intrants en cas de déficience de l'Unicef, soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB).
Construction du continuum de soins à partir du village avec pour objectif de simplifier la vie des femmes et d'assurer leur compréhension fine du réseau et de l'offre de soins en place : diagnostic et prise en charge précoce des enfants, identification des femmes enceintes, violences sexuelles et références ; des soins sont aussi amenés aux femmes vivant loin des centres de santé, permettant l'accès à certaines molécules nécessaires pendant la grossesse sans revenir au centre de santé ou à des contraceptifs.

Autres Centres de Santé du District

A la suite du nouveau découpage du district de Moissala (districts de Dembo et Békourou) et la création de nouveaux centres de santé en 2022 (Nadili, Gansila, Maïssou), le support de MSF aux 27 centres de santé non-pilotes en intrants paludisme est demeuré durant toute l'année.

■ Bilan 2022

	2020	2021	2022
Admissions en pédiatrie	5 655	7 319	7 779
Nb de cas de malnutrition sévère Hôpital (UNT)	787	1 119	1 541
Néonatalogie	434	455	498
Total accouchements hôpital	980	1 072	1 416
Nb Césariennes	227	222	191
Nb consultations < 5 ans centres de santé non-pilotes	48 717	37 450	55 322
Nb consultations < 15 ans centres de santé pilotes	11 853	18 772	21 761
Nb accouchements centres de santé pilotes	1 419	1 591	1 391
Références centres de santé pilotes vers pédiatrie Moissala	462	630	995
Références centres de santé pilotes vers gynéco/obst Moissala	135	168	242

PROJET : NUTRITION – N'DJAMENA

■ Historique du projet

Suite à trois années d'intervention d'urgence pendant le pic de malnutrition, il a été décidé en 2021 de pérenniser le projet de prise en charge de la malnutrition à N'djamena. Après une première année, quelques orientations sont proposées :

- Poser une stratégie à au moins 2 ans avec des activités permanentes de prise en charge et suivi des patients, documentée pour servir de base à une réflexion générale sur l'évolution des programmes de nutrition.
- Intégrer dans la stratégie du projet la coordination et la surveillance des activités de prise en charge à l'échelle de la ville pour participer à l'amélioration globale du système de prise en charge de la malnutrition à N'Djamena.
- Trouver l'équilibre entre l'ancrage territorial qui permet un meilleur suivi global du patient et de sa famille, et la flexibilité permettant de se repositionner en cas d'évolution du contexte.

■ Dispositif

Appui à 4 zones de responsabilité hors pic et en pic : avec 65 050 personnes selon les chiffres officiels dont 12 962 enfants de moins de 5 ans. La prise en charge de la malnutrition sévère est effective dans les 4 unités nutritionnelles ambulatoires (structures communautaires) et permet d'avoir un ancrage dans les 3 districts sanitaires les plus stratégiques. En plus des 4 centres de santé dont l'unité nutritionnelle est appuyé directement, MSF soutient dans les districts de santé Sud et 9ème les points focaux nutritionnels pour les supervisions formatives des 16 autres unités nutritionnelles ambulatoires.

Volet hospitalier pendant le pic : Après un retrait de MSF en décembre 2021, la reprise des activités a eu lieu le 30 mai 2022. Pendant le départ de MSF de l'hôpital de Toukra, l'UNICEF a apporté un soutien en ressources humaines et intrants nutritionnels à l'hôpital de Toukra pour le maintien de l'activité de l'unité nutritionnelle thérapeutique, favorisé par la présence de sites de réfugiés camerounais dans la zone. A la reprise des activités par MSF, la capacité d'accueil était de 30 lits, rapidement passée à 60 lits. Aujourd'hui, l'unité nutritionnelle thérapeutique dispose d'une capacité maximum de 100 lits.

■ Bilan 2022

	2020	2021	2022
Unités nutritionnelles ambulatoires (UNA)	7 mois (8 UNA)	12 mois (4 UNA)	12 mois (4 UNA)
Total admissions	20 204	10 717	19 888
Cohorte		2 326	830
Durée Moyenne dans programme (j)		61	43
Sorties	16 484	8 391	20 852
<i>Guéris</i>		6 914	18 478
<i>Abandons</i>	349	445	580
<i>Non répondants</i>	676	296	180
<i>Mouvements UNA vers UNT</i>		628	1 199
Taux transfert UNA vers UNT		6,8%	6%
Unité nutritionnelle thérapeutique (UNT)	7 mois	12 mois	5 mois
Admissions	1 164	1 471	1 031

Durée moyenne de séjour (jours)	8	6	6,8
Total décès	58	76	38
Rechute			4
Taux d'occupation des lits	67,8%	81,5%	80%

PROJET : VACCINATION ROUGEOLE

■ Historique du projet

Le Tchad est régulièrement confronté à des épidémies de rougeole. Début 2021, une campagne de vaccination nationale massive a été effectuée par le ministère de la santé (5 millions d'enfants de moins de 5 ans). Néanmoins le pays est toujours en proie à l'épidémie, déclarée dans 33 districts en avril 2022. Les faibles capacités en chaîne de froid et le manque de moyens du ministère se traduisent souvent par des campagnes inefficaces, avec un faible taux de couverture. Entre janvier et septembre 2021, 2214 cas suspects de rougeole ont été notifiés. La situation nutritionnelle est également alarmante avec un taux de malnutrition globale national au poids/taille des moins de 24 mois de 15,1%. La population du Ouaddaï, comme celle du reste du pays, souffre d'une mauvaise couverture vaccinale, d'un accès aux soins de santé primaires insuffisant ainsi que d'une surveillance épidémiologique très limitée. En février 2022, plusieurs cas suspects de rougeole ont été rapportés dans plusieurs quartiers d'Adré ville. MSF a alors soutenu le ministère de la santé en organisant un premier rattrapage dans 5 quartiers d'Adré ville. MSF a ensuite proposé d'organiser une campagne de vaccination massive, en élargissant la tranche d'âge jusqu'à 9 ans et en la couplant à un dépistage nutritionnel exhaustif des enfants de moins de 5 ans.

■ Dispositif

MSF est intervenue en appuyant le ministère de la Santé dans la mise en œuvre d'une campagne de vaccination contre la rougeole chez les enfants de 6 mois à 9 ans. La campagne a ciblé les 23 zones du district sanitaire d'Adré, et s'est déroulée en 2 phases, tenant compte du déroulement d'autres campagnes de vaccination (polio et Covid) par le ministère de la santé. La prise en charge et les références des cas simples et compliqués a été assuré. Un système de surveillance de cas notifiés a été mise en place. Le taux de couverture est estimé excellent, soit 112,2%.

- Première phase de la campagne : 20-26 mai 2022.
- Deuxième phase de la campagne : 17-23 juin 2022.

La campagne de vaccination a été couplée au déparasitage à l'Albendazole et à la supplémentation de vitamine A pour les enfants de 6 à 59 mois. Au total, le dépistage nutritionnel a permis d'identifier 2247 enfants malnutris. La situation nutritionnelle alarmante a conduit l'équipe de MSF à faire une proposition pour renforcer la prise en charge nutritionnelle dans certaines zones de santé.

■ Bilan 2022

		2022
Campagne de vaccination rougeole	Moins de 5 ans vaccinés	105 317
	5-9 ans vaccinés	108 757
	Total	214 074
	Vitamine A et déparasitage	105 646
Prise en charge dans les centres de santé et référence à l'hôpital d'Adré	Nb de cas simples rougeole	66
	Nb de cas compliqués rougeole	71
	Nb de cas malnutrition sévère référés	8
Surveillance	Nb de dépistés périmètre brachial	105 377
	Prévalence malnutrition globale	10%
	Prévalence malnutrition sévère	2,1%

PROJET : ADRE

■ Historique du projet

L'Est du Tchad est affecté par des violences intercommunautaires fréquentes et des vagues successives de réfugiés soudanais au volume et à la régularité variables en fonction du contexte du Darfour. Depuis la chute de Béchir en avril 2019 au Soudan, la situation sécuritaire du Darfour s'est largement dégradée avec une accélération après le départ de la mission de paix conjointe de l'Union africaine et des Nations unies durant le premier semestre 2021 et le coup d'état de la junte militaire en octobre 2021. Les tensions chroniques entre éleveurs et agriculteurs, entre arabes et non arabes et entre les nombreuses ethnies et clans de la zone se retrouvent finalement au centre d'enjeux militaro-politiques plus larges, de part et d'autre des frontières. La présence de mercenaires, de milices privées et de groupes rebelles, notamment dans la zone des trois frontières (RCA/Soudan/Tchad) pourrait entraîner une escalade de violences dans la région et encore aggraver la situation humanitaire actuelle.

Entre janvier 2021 et janvier 2022, environ 20 000 réfugiés sont arrivés dans la province du Ouaddaï en passant par la ville d'Adré et le village de Mahamata et ont été accueillis dans un camp saturé aux installations sanitaires inadéquates. Le mois de janvier 2022 a été marqué par des combats soutenus entre les Arabes et les Massalits au Darfour non loin d'Adré, de nombreux blessés ont été pris en charge à l'hôpital d'Adré tandis que les plus graves ont été référés à Abéché. Plus de 50 décès sont également à déplorer sur les lieux de l'affrontement.

■ Dispositif

La mission Tchad a ouvert un projet de santé pédiatrique dans la ville d'Adré province du Ouaddaï, en août 2021. L'objectif était de renforcer la capacité de prise en charge pédiatrique et traumatologie locale et d'assurer une surveillance épidémiologique et contextuelle.

- Prise en charge du service de pédiatrie et de l'unité de nutrition thérapeutique et de soins intensifs de l'hôpital de Adré.
- Support aux centres de santé d'Adré, Hilouta et Mahamata pour les consultations externes et la prise en charge de la malnutrition et mise en place de la stratégie communautaire (sensibilisation).
- Soutien ponctuel aux centres de santé de la zone selon l'origine des patients nutrition.

- Support à l'hôpital sur ses capacités de stabilisation, et de prise en charge chirurgicales de façon ad hoc.
- Support aux références dans les hôpitaux d'Adré, d'Abéché et El-Genaina (Soudan) avec possible disponibilisation d'intrants et d'équipements, formation des équipes.
- Support au programme de vaccination (PEV) pour la vaccination de routine, épidémie et le cas échéant les campagnes de vaccination nationales.
- Support chirurgical ou prise en charge des réfugiés en cas de dégradation sécuritaire au Darfour et afflux de réfugiés.

■ Bilan 2022

		2022
Hôpital d'Adré	Nb de lits	35 (soins intensifs 7, pédiatrie 16, nutrition 12) + 50 lits pic paludisme
	Nb d'admissions	2 486 (pédiatrie 42%, nutrition 31%, soins intensifs 27%)
	Mortalité soins intensifs	22%
	Mortalité nutrition	5,3%
	Taux d'occupation des lits pédiatrie	64,2%
	Taux d'occupation des lits nutrition	90,5%
Activités externes centres de santé de Hilouta, Mahamata et Adré urbain	Nb centres de santé soutenus	3
	Nb consultations	20 640
	Cas de malnutrition sévère	1 534
	Cas de malnutrition modérée	1 064

PROJET : GUEREDA

■ Historique du projet

Suite à de violents affrontements ethniques sur fond d'intérêts miniers dans la région du Djabal Moon au Darfour, environ 7 000 réfugiés sont arrivés entre décembre 2021 et février 2022 dans la province du Wadi Fira en passant par la zone de Birak et ont été en partie accueillis dans des camps saturés aux installations sanitaires inadaptées voire inexistantes.

Le Wadi Fira est également une des régions les plus vulnérables au pic saisonnier de malnutrition qui s'annonce en 2022. La pluviométrie 2021, l'épidémie de rougeole qui peut être qualifiée de nationale, la hausse des prix (Covid, baisse des flux frontaliers et crise ukrainienne) et la rupture en bétail (départ anticipé des transhumants vers le sud du pays) sont autant d'éléments qui risquent de mettre le Wadi Fira en niveau de crise.

■ Dispositif

Une intervention d'urgence est déclenchée après la mission exploratoire conduite fin mars 2022 par l'équipe urgence. En juillet, le HCR organise la relocalisation des familles depuis la Zone de Transit (ZT) de Birak vers les camps de Kounoungou et Milé, puis suspend le processus en raison des mouvements de retour des réfugiés de la ZT pendant la saison agricole, l'intervention évolue alors pour se concentrer sur les activités suivantes :

- Appui à la mise en place de centres nutritionnels pour la prise en charge de la malnutrition sévère et modérée et des pathologies les plus fréquentes chez les moins de 5 ans dans 6-8 centres de santé du district de Guéréda encore non soutenus, visant la pérennisation et la passation des activités nutritionnelles au ministère de la santé.
- Soutien matériel et financier à l'unité nutritionnelle de l'Hôpital de Guéréda et au district de santé pour faciliter l'intégration de ces unités nutritionnelles.
- Implantation de latrines familiales pour les réfugiés arrivés depuis janvier 2022 dans les Camps de Milé et Kounoungou, et de latrines communautaires d'urgence sur les zones de transit.
- Réhabilitation et amélioration des réseaux d'adduction d'eau potable, assurant leur capacité à desservir les nouveaux arrivants dans ces 2 camps.
- Maintien d'une capacité de réponse d'urgence et d'appui aux structures nationales en cas de nouveaux déplacements, ainsi que d'une veille épidémiologique, notamment sur la rougeole.

■ Bilan 2022

		2022
Eau Hygiène Assainissement	Latrines communautaires	36
	Latrines familiales	897
	Nb de ménages disposant d'un point d'eau <250m	2 191
Unités nutritionnelles ambulatoires	Nb d'unités soutenues	6
	Cas de malnutrition sévère prise en charge	196
Unités nutritionnelles supplémentaires	Nb d'unités soutenues	6
	Nb cas de malnutrition modérée pris en charge	185

UKRAINE	
Contexte : Conflit armé	Personnel
Nombre de projets : 3	International : 26
Dépenses 2022 : 6 143 k€	National :
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF :

CONTEXTE DU PAYS

Le 24 février 2022, la Russie a lancé une attaque de grande envergure contre l'Ukraine sur plusieurs fronts, depuis la Russie, la Biélorussie et la Crimée. Les tirs d'artillerie lourde ont d'abord visé les installations militaires ukrainiennes, puis ont été de plus en plus dirigés vers les zones civiles. La progression terrestre russe n'a pas été aussi rapide que prévu en raison de la résistance concertée des Ukrainiens.

PROJET : KHARKIV

■ Historique du projet

L'oblast de Kharkiv et la ville de Kharkiv ont été parmi les zones les plus touchées du pays depuis le début du conflit. Les combats se sont déroulés principalement à la périphérie de la ville, mais les tirs d'artillerie et les bombardements ont aussi visé son centre. Les forces russes ont été repoussées vers la frontière de la ville et les forces ukrainiennes ont regagné du terrain sur les villages au nord et à l'est. Les forces russes ont ensuite maintenu leur position entre ces zones et continué de bombarder quotidiennement les sections nord et les banlieues.

La dynamique du conflit a forcé de nombreux civils à se réfugier dans des abris, des dortoirs et le métro dans la ville de Kharkiv – environ 500 000 personnes – et dans de petits villages situés au sud et à l'est de la ligne de front, dans les districts d'Izium et de Lozova. Les civils déplacés n'ont pas accès aux médicaments (en raison de problèmes d'approvisionnement et de l'augmentation des prix). Les structures de santé proches des lignes de front sont ouvertes mais dysfonctionnelles. Outre le soutien médical (pour la santé mentale et les maladies chroniques principalement), les personnes déplacées ont besoin de produits de première nécessité. De nombreuses communautés et structures de santé ont demandé à MSF de venir en aide aux personnes déplacées.

■ Dispositif

La stratégie d'intervention a pour objectif d'assister, de soutenir et de donner accès aux soins de santé physique et mentale aux personnes déplacées, aux communautés et aux blessés. L'équipe et son bureau sont basés dans la ville de Kharkiv. Une base de secours se trouve à Poltava (pour l'approvisionnement, les achats, le stockage). La stratégie d'intervention est susceptible d'être modifiée en fonction de l'évolution du conflit. Elle repose sur les activités suivantes :

- **Cliniques mobiles** procurant des soins de santé primaires et mentaux aux personnes déplacées et aux communautés proches des zones non contrôlées par le gouvernement.

- **Distribution d'articles de première nécessité** aux personnes déplacées et aux communautés proches des zones non contrôlées par le gouvernement. Assistance financière possible pour répondre aux besoins d'hébergement des personnes déplacées et préparer l'arrivée de l'hiver.
- **Soutien aux structures médicales et au personnel de santé** dans les zones inaccessibles ou non contrôlées par le gouvernement. Donations médicales (médicaments, équipements, fournitures), primes et services de santé mentale (consultations, formations) afin de garantir que le personnel et les structures de santé sous pression aient la capacité de poursuivre leur travail. Soutien potentiel aux zones non contrôlées par le gouvernement à travers la ligne de front.
- **Soutien aux blessés de guerre.** Évaluation continue le long de la ligne de front pour identifier les besoins éventuels et être prêt à apporter une prise en charge rapide des blessés de guerre (soutien chirurgical, formations, références). Aucun besoin n'a été identifié pour le moment
- **Evacuation des populations les plus vulnérables** de la ligne de front.
- **Soutien aux patients oncologiques** en partenariat avec Mission Kharkiv

■ Bilan 2022

	2022
Cliniques mobiles et santé mentale	
Consultations santé mentale	1 113
Consultations médicales dans le métro de Kharkiv	3 633
Consultations médicales dans la ville de Kharkiv	544
Distribution d'articles de première nécessité	
Nb de communautés bénéficiaires de distributions	9
Nb de personnes déplacées bénéficiaires	1 500
Formation et support	
Nb consultations mentales pour le personnel médical	10 groupes
Nb de personnel ayant reçu une formation santé mentale	104
Soutien aux blessés de guerre	
Atelier gestion d'afflux massif de blessés	7
Nb de personnel formés à la gestion d'afflux massif de blessés	72
Nb de patients évacués/référés	0
Donations	
Nb de structures ayant reçu une donation	40
Montant global des donations	240 000 €

PROJET : VINNYTSIA

■ Historique du projet

La ville de Vinnytsia a été prise pour cible à plusieurs reprises en mars 2022. Depuis lors, elle est relativement sûre, bien que les forces russes continuent de la cibler avec des missiles à longue portée. 160 000 personnes déplacées ont été enregistrées dans l'Oblast au 1^{er} mai (dont 40 000 dans la ville de Vinnytsia). La pression est perceptible à la fois sur les infrastructures dans la ville (accès aux jardins d'enfants et aux écoles) et sur les soins de santé primaires et les services sociaux à l'extérieur de la ville. L'offre médicale est globalement sous pression. Les personnes déplacées ont fui des situations

extrêmes et ont besoin d'un soutien psychosocial et de santé mentale. Vinnytsia a jusqu'à présent servi de centre de référence pour les blessés de guerre. Les civils seront également transférés dans la ville pour y être soignés.

La ville de Vinnytsia est le premier endroit où OCP s'est installé. Le projet a mis en évidence la volonté de MSF de faire de la réhabilitation dès le début. La stratégie d'intervention est susceptible d'être modifiée en fonction de l'évolution du conflit.

Au départ, OCP a également mis en œuvre des activités dans l'oblast de Kiev. Cette région a fait partie des premières offensives russes en février. Le 7 avril, les troupes russes ont quitté l'oblast pour se concentrer sur le Dombass. Cela a conduit à de nouveaux territoires accessibles avec certaines villes détruites et une population particulièrement affectée par le conflit, par exemple Butcha, Irpin.

■ Dispositif

MSF a mis en place les activités suivantes :

- **Cliniques mobiles** de soins de santé primaires dans les territoires nouvellement libérés, notamment Borodianka, Byshiv, Makariv. Les activités ont été maintenues jusqu'à ce que le système de santé se rétablisse.
- **Santé mentale :**
 - Renforcement des capacités des intervenants par le biais de formations
 - Soutien sur demande à l'intervention clinique auprès des patients souffrant du syndrome de stress post-traumatique (PTSD)
 - Mise en place d'un travailleur social pour soutenir le centre de traitement et référer les personnes ayant besoin d'un soutien social

■ Bilan 2022

	2022
Cliniques mobiles	
Consultations	5 000
Sessions de groupes	18
Sessions individuelles	58
Formations pour le personnel	15
Donations	
Nb de structures ayant bénéficié de donations	24
Montant total des donations	14 800 €
Formation	
Nb d'hôpitaux ayant reçu une formation aux risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques	1

PROJET : MYKOLAIV ET ODESSA

■ Historique du projet

La ville/oblast de Mykolaiv est située sur la ligne de front sud. Il y a 101 000 personnes déplacées dans la région, y compris des personnes déplacées de l'oblast de Kherson ainsi que des zones de l'oblast de Mykolaiv touchées par les bombardements.

En général, le système médical est encore largement fonctionnel et en mesure de faire face, mais la guerre a entraîné des perturbations dans la chaîne d'approvisionnement et les budgets liés à la santé, ce qui a compromis la capacité des hôpitaux et des autres établissements de santé à maintenir des stocks suffisants de médicaments et de fournitures médicales. L'évolution de la situation sur le front est susceptible de créer de nouvelles menaces pour la santé et/ou des effets négatifs sur le système médical. Ces développements pourraient également permettre d'accéder à des zones géographiques actuellement inaccessibles, où les communautés pourraient vivre avec un accès insuffisant aux soins. Les zones des oblasts de Mykolaiv et de Kherson qui sont proches de la ligne de front ou contrôlées par les forces russes présentent un paysage sanitaire différent ; dans ces zones, de nombreuses structures de santé et équipements médicaux ont été endommagés ou détruits, la chaîne d'approvisionnement repose sur des initiatives locales et des bénévoles, et le nombre de personnels médicaux, ainsi que leur capacité à atteindre les patients (ou la capacité des patients à les atteindre), sont fortement réduites.

Bien que les équipes médicales et de santé mentale de la Croix-Rouge ukrainienne (CRU) soient opérationnelles, le soutien psychologique se limite à la psychoéducation et au dépistage. La CRU ne dispose pas des capacités techniques nécessaires pour fournir des soins psychothérapeutiques aux personnes souffrant de troubles mentaux graves. Le système de santé mentale est encore plus déficient dans les districts plus éloignés de la ville de Mykolaiv, y compris les districts qui ont été soumis à des bombardements réguliers et à un afflux occasionnel de blessés de guerre. Le personnel de santé continue d'être confronté à des conditions de travail difficiles et souffre de symptômes post-traumatiques, dépressifs et anxieux.

Le système régional de prise en charge des victimes de violences sexuelles reste embryonnaire, fragmenté et dysfonctionnel. Les principaux défis sont le manque de sensibilisation de la population générale et du personnel de santé aux différents aspects de la violence sexuelle, les systèmes de référence, et les compétences techniques pour traiter les cas complexes.

■ Dispositif

L'objectif de MSF est de soutenir le fonctionnement du système médical à Mykolaiv et Odessa et apporter des services de santé mentale aux populations touchées par la guerre, tout en se préparant à répondre aux nouveaux besoins médicaux créés ou révélés par l'évolution de la situation sur la ligne de front, dans les oblasts de Mykolaiv et Kherson.

Les activités sont les suivantes :

- Formations et/ou consultations en santé mentale pour les personnel de santé, les patients et la communauté en général vivant dans des zones mal desservies qui sont ou été soumises à des bombardements et des combats réguliers, ou à des déplacements de population.
- Donations médicales (médicaments, équipements, fournitures) pour s'assurer que le personnel de santé et les structures sous pression ont la capacité de poursuivre leur travail.
- Préparation à intervenir dans les zones libérées à la suite de changements significatifs sur la ligne de front. Dans l'intervalle, des cliniques mobiles ponctuelles seront mises en place dans les zones difficiles d'accès, dans la mesure du possible.

- Soutien logistique aux hôpitaux clés en termes de hygiène et assainissement ou de réhabilitation suite aux dommages causés par les bombardements et soutien pour l'hivernage dans les structures de santé.
- Évaluation des besoins en physiothérapie et en rééducation afin de proposer une réponse adéquate.
- Évaluation de l'accès aux soins de santé pour les victimes de violences sexuelles.

■ Bilan 2022

	2022
Soins de santé mentale pour les déplacés et populations vulnérables	
Nouveaux patients	83
Sessions individuelles	147
Nb de groupes	24
Nb de participants aux groupes	147
Soins de santé mentale pour les personnels de santé, les patients hospitalisés et dans les communautés isolées	
Nouveaux patients	22
Sessions de groupes	41
Nb de participants aux groupes	152
Donations	
Structures bénéficiaires de donations	31
Montant des donations	144 k€

PROJET : EVACUATION

■ Historique du projet

L'objectif du projet est d'évacuer les personnes vulnérables et les victimes du conflit en Ukraine, des lieux dangereux vers des lieux sûrs, en donnant la priorité aux personnes âgées et aux personnes handicapées vivant en institution en garantissant :

- Le bien-être du patient sur le plan médical et psychologique.
- La qualité des structures qui accueillent le patient (forme et qualité globales, soutien RH si nécessaire, et structures de transit).
- La qualité du transport (évaluation des véhicules, collaboration avec les services ambulanciers locaux, train médicalisé).

■ Dispositif

Zones d'accueil des personnes transférées : 3 institutions principales dans la région Est

- Support au plan d'évacuation :
 - Evaluation des soins et des besoins médicaux associés
 - Soutien aux centres sélectionnés afin d'augmenter leur capacité
 - Donations de kits d'accueil pour assurer une installation en douceur
- Soutien aux structures identifiées avec des formations adaptées en termes de santé mentale et physiothérapie

Zones d'origine des personnes transférées : 2 institutions principales à Vinnytsia et une à Kyiv

- Cartographie des structures institutionnelles dans les zones les plus exposées
- Évaluation des institutions d'origine et des patients
- Mise en place du processus d'évacuation (évaluation médicale des patients, transport spécialisé, documentation...)

■ Bilan 2022

	2022
Nb de personnes vulnérables évacuées	171
Mortalité durant le transfert	0
Mortalité post-évacuation	7 (4%)
Nb de consultations post évacuations	8/semaine
Support aux structures d'accueil	45 000 €

YEMEN	
Contexte : Conflit armé	Personnel
Nombre de projets :	International : 44
Dépenses 2022 : 26 325 k€	National : 584
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB, OCBA, OCG

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte politique

Depuis 2004, le mouvement Houthi (AH) mène une insurrection contre l'armée au Yémen. Le mouvement est également connu sous le nom d'Ansar Allah.

Les manifestations du printemps arabe de 2011 ont poussé le président du Yémen, M. Saleh, à céder le pouvoir à son adjoint, M. Abdrabbuh Mansour Hadi. La transition ne s'est pas faite sans heurts.

Les forces de sécurité s'étant retirées des provinces du nord, les rebelles houthis en ont profité pour s'emparer de territoires dans le nord. Ils ont également bénéficié d'un soutien croissant de la part des Yéménites, lassés du régime de Saleh, en place depuis des décennies.

Après avoir frôlé la guerre civile, le gouvernement a organisé une conférence nationale de dialogue qui a abouti, en janvier 2014, à un accord de paix (prolongation de la présidence de Hadi, réformes politiques, transformation en un système fédéral), mais qui n'a malheureusement donné lieu à aucune action concrète sur le terrain, car il ne s'est pas attaqué aux véritables griefs des populations du nord et du sud du pays.

Fin 2014, les tensions entre les Houthis et les forces gouvernementales ont dégénéré en guerre civile lorsque les forces houthis ont occupé la capitale du Yémen, Sanaa, et que le président Hadi s'est enfui à Aden.

Avec le soutien de certains éléments de l'armée, les Houthis ont lancé une offensive militaire pour prendre le contrôle du sud et vaincre les positions de Hadi. La troisième ville du Yémen, Taiz, est tombée sans grande résistance, suivie de Lahij et de la base aérienne stratégique d'Al Anad, au nord d'Aden.

En mars 2015, le président Hadi a fui Aden pour l'Arabie Saoudite quelques heures une campagne aérienne de l'Arabie Saoudite pour vaincre les Houthis. Les Émirats Arabes Unis se sont fortement engagés dans le sud jusqu'à ce que les Houthis se retirent sur ce qui est encore aujourd'hui la ligne de front actuelle.

La guerre au Yémen, qui s'est intensifiée en mars 2015 lorsque la coalition menée par l'Arabie Saoudite (SLC – Saudi-led coalition) est intervenue au nom du gouvernement internationalement reconnu (IRG) contre les rebelles houthis a transformé le pays en une catastrophe humanitaire et provoqué des vagues massives de réfugiés. Les frappes aériennes et les offensives terrestres incessantes ont tué des milliers de civils.

Le conflit a déstabilisé l'Arabie saoudite et les deux parties se sont enfermées dans un cycle d'escalade de la violence.

Depuis les offensives de 2015-2016, on assiste à une impasse politique, ponctuée de cessez-le-feu ratés et d'alliances qui s'effondrent.

En 2018, les Nations unies ont négocié l'accord de Stockholm entre le gouvernement du Yémen et les Houthis. Il s'agissait d'une tentative désespérée de protéger le port vital de Hudaydah contre de nouveaux combats et de garantir l'approvisionnement en produits de base et en aide humanitaire.

Fin 2020, le Conseil de transition du Sud (STC - sécessionnistes soutenus par les Emirats) et le gouvernement Hadi officialisent un nouvel accord de partage du pouvoir à Aden, mais quelques

semaines plus tard, l'avion à bord duquel le nouveau cabinet arrive à Aden en provenance d'Arabie saoudite est attaqué à l'aéroport, tuant au moins deux douzaines de personnes, dont des membres du personnel international du CICR présents à l'aéroport.

Cet attentat a encouragé encore plus l'administration américaine Trump à désigner l'AH comme organisation terroriste étrangère, désignation rapidement révoquée par Biden qui a également annoncé la réduction du soutien américain aux opérations offensives de la SLC au Yémen.

L'année 2021 a été essentiellement marquée par l'offensive de Marib et ses conséquences : Le 8 février 2021, les forces houthis ont lancé une vaste offensive sur la ville de Marib, le dernier bastion pro-Hadi dans le nord du Yémen. En mars, à la suite de négociations internationales, les forces houthis ont mis fin à leur offensive, avant de la reprendre à la fin du mois de juin. Une campagne aérienne menée par l'Arabie saoudite et la résistance au sol des forces pro-Hadi ont empêché les Houthis de réaliser des progrès significatifs depuis avril 2021. Les forces houthis semblaient déterminées à s'emparer de la ville, ce qui aurait pu représenter un tournant dans le conflit. La chute de Marib aurait également des conséquences humanitaires désastreuses, la ville étant passée d'environ 30 000 habitants à près de 2 millions en raison de l'afflux de personnes déplacées.

Marib reste jusqu'à présent un point critique dans les négociations de paix, car c'est une source importante de carburant, avec des installations de production de gaz et de pétrole qui représentent la quasi-totalité de la production nationale de carburant.

Le conflit s'est intensifié en 2021 et au début de 2022, et au moins dix districts du Yémen ont été directement affectés par des lignes de front actives. Le gouvernorat de Marib a été le théâtre de violents combats entre les forces de l'IRG, soutenues par la SLC, et les forces de l'AH.

En janvier 2022, les forces soutenues par les Emirats, les brigades Giants (Amaliqa), ont réussi à reprendre le contrôle de trois districts au nord de Shabwah occupés précédemment par l'AH. Cette intervention n'a pas été neutre, car elle a ouvert la voie à l'extension de l'influence des Émirats arabes unis dans la province de Shabwa. L'AH a lancé des missiles balistiques et des drones contre la base aérienne des Emirats (Dhafra) et l'Arabie saoudite. De son côté, la SLC a lancé une série de frappes aériennes visant plusieurs provinces de la partie du pays contrôlée par l'AH. Les bombardements ont fait des centaines de morts et de blessés, dont des dizaines dans une prison de Saada, dans le nord du pays. Le même mois, les frappes aériennes de la SLC ont également interrompu le service Internet dans tout le Yémen, qui a été rétabli après une panne de quatre jours.

En avril 2022, Hadi a soudainement annoncé qu'il transférerait tous ses pouvoirs à un nouveau Conseil présidentiel représentant tous les chefs des factions belligérantes du pays (1 représentant du STC, 3 représentants d'Islah, 1 représentant des Salafis et 3 représentants du GPC, y compris le président). Il est censé rassembler diverses factions au sein de l'alliance anti-Houthi. Ce conseil pourrait, espérons-le, engager des pourparlers avec les Houthis, mais il manque de légitimité pour la population yéménite, car ses membres ont tous été nommés par l'Arabie Saoudite et les Émirats Arabes Unis.

Une trêve a été conclue quelques jours plus tard, la première depuis le début de la guerre. Au cours de cette période, les conditions humanitaires se sont améliorées et l'intensité du conflit a diminué. Mais cette trêve a pris fin en octobre, les belligérants ayant rejeté une proposition de prolongation et d'élargissement de l'accord présentée par l'envoyé spécial des Nations unies pour le Yémen. Le conflit pourrait donc reprendre avec la même intensité qu'auparavant.

Aujourd'hui, le Conseil présidentiel est confronté à des défis et, au lieu de faire preuve d'unité, il exacerbe ses divisions internes.

À titre d'exemple, de violents affrontements ont éclaté à Attaq (Shabwa) entre les troupes du Sud (soutenues par les Émirats arabes unis) et les troupes gouvernementales (soutenues par l'Arabie Saoudite).

Au cours des dernières années, bien que ni les Saoudiens ni les Émiratis ne soient encore sortis de la coalition, des signes de tension sont apparus périodiquement, les Saoudiens soutenant le président Hadi et les Émiratis soutenant diverses factions et milices dans le sud du Yémen qui rejettent le leadership de Hadi

Même si toutes les parties sont désireuses de trouver une fin décente à la guerre, personne ne peut simplement déclarer que ses objectifs sont atteints. Ni Riyad ni Abou Dhabi n'avaient prévu une

campagne qui durerait des années sans qu'aucune victoire politique ou militaire ne soit en vue, les Houthis étant plus forts et mieux installés qu'ils ne l'étaient au début de la guerre.

Le conflit a provoqué le déplacement de millions de personnes depuis 2015 et a dévasté un pays déjà pauvre. Une dévaluation substantielle du rial yéménite (YER) a contribué à la détérioration de l'économie du Yémen en 2021, entraînant une hausse des prix des biens et services essentiels, notamment la nourriture, le carburant et les soins de santé.

L'AH a mis en place un système très efficace et exerce un contrôle fort sur son territoire, y compris sur les ressources humanitaires, mais le Sud n'a pas d'intégrité territoriale ni d'objectif unifié.

Alors que la situation sécuritaire intérieure reste stable dans le nord, les deux dernières années ont été propices à une nouvelle approche de l'AH pour gérer et même contrôler les ressources humanitaires, justifiée par la corruption et le gaspillage de ces ressources. Cette approche s'est traduite par une forte pression sur les acteurs humanitaires et leur personnel et, par conséquent, par un risque pour leur sécurité, directement ou indirectement. Nous en avons vu les répercussions dans les accidents subis par les autres centres opérationnels de MSF, qu'il s'agisse de détention temporaire d'employés locaux ou d'autres actions.

Le sud du Yémen présente une multitude de groupes différents qui se battent pour leurs sponsors (Islah/Frères musulmans, Salafis, sécessionnistes du STC soutenus par les EAU, SBF, différentes forces d'élite, forces de m'IRG soutenues par l'Arabie Saoudite, NSAG, ...) avec une forte influence des Emirats Arabes Unis dont les représentants ont déclenché des changements significatifs (Amaliqa dans le Shabwa début 2021).

Le conflit au Yémen, malgré une trêve de plusieurs mois, a continué de coûter la vie à des centaines de civils et de combattants. Cette violence politique persistante constitue un obstacle à l'instauration rapide d'une paix durable. Les quatre principaux moteurs de la violence politique pendant la trêve ont été : la poursuite de la violence entre les parties belligérantes ; la concurrence au sein du camp anti-Houthi, du STC et des forces de l'Islah (Frères musulmans) ; l'augmentation évidente de l'activité d'Al-Qaïda dans la péninsule arabique ; et l'augmentation de la violence tribale. Alors que les négociations politiques se poursuivent, une compréhension approfondie de la dynamique permettra d'identifier les principaux facteurs susceptibles de continuer à alimenter la violence politique en cas de renouvellement de la trêve.

■ Contexte sanitaire

La crise humanitaire au Yémen se poursuit sans relâche depuis le début de la guerre civile. Le ministère de la santé, partagé entre les deux gouvernements de Sanaa et d'Aden, s'est totalement effondré et est devenu dépendant à près de 100 % de l'aide étrangère.

Avec un système de santé défaillant au Yémen, de nombreuses structures de santé sont détruites ou hors d'état de fonctionner. Les structures existantes manquent souvent de personnel et/ou travaillent avec un personnel réduit ou non qualifié, surtout dans les zones rurales ou semi-rurales à la périphérie des grandes villes. L'une des principales raisons de cette énorme diminution de la capacité du secteur de la santé est que le personnel du ministère de la santé n'est pas payé depuis des années et que de nombreux travailleurs de la santé émigrent du pays ou, du moins, du secteur gouvernemental vers le secteur privé.

L'écart entre le système privé et le système public est très important. Même lorsque l'on reçoit ce que l'on appelle un service gratuit, il y aura toujours des frais supplémentaires, par exemple pour le chirurgien, l'équipe du chirurgien, l'infirmière, pour accélérer l'admission, pour permettre au spécialiste d'accepter le cas, pour trouver un lit dans l'unité de soins intensifs...etc.

La collecte de données et le système d'information sont si peu fiables qu'il est très difficile de comprendre la situation sanitaire. Les données peuvent également être influencées par les possibilités de financement, et parfois les données ne sont pas fiables ou ne sont pas collectées du tout.

La situation de la crise humanitaire au Yémen persiste depuis 2015 environ et s'aggrave.

Le Yémen représente l'un des investissements les plus importants de l'histoire des ONG internationales. Cependant, il existe un déficit de financement important et constant, avec une annonce de réduction année après année, et il est intéressant de noter qu'une grande partie du financement disponible pour l'aide provient des parties impliquées dans la guerre, par l'intermédiaire des agences de l'ONU, ou directement au ministère de la santé dans la partie sud du pays

Outre les explosions de violence et les pertes massives en vies humaines, les épidémies sont également très fréquentes au Yémen. Le manque d'infrastructures et de possibilités de vaccination au Yémen entraîne des épidémies. Par exemple, au cours des deux dernières années, le Yémen a été confronté à quatre vagues de Covid-19 et OCP a été l'un des principaux acteurs à soutenir le système de santé dans la lutte contre cette maladie, principalement dans le nord. Cette année, nous sommes confrontés à une épidémie de rougeole à Amran et la cause principale est la faiblesse du système de vaccination puisque plus de 80 % des cas ne sont pas vaccinés.

- Covid-19 : Depuis le début de l'épidémie en mars 2020, OCP est intervenu sur les vagues successives de Covid dans le sud et le nord. Le Covid a été largement sous-déclaré dans le sud et nié dans le nord. Le pays n'a rapporté que 12 000 cas et 200 décès, ce qui est bien inférieur à ce que MSF a vu dans ses urgences et ses unités de soins intensifs. La lutte contre le Covid dans un contexte de guerre et d'effondrement du système, a constitué un défi, sans compter que le personnel et les structures de santé manquaient d'équipements essentiels et d'argent.
- Choléra : Le pays connaît des pics réguliers depuis 2017. La dernière intervention a eu lieu en avril 2019 à Sanaa, Khamer et Aden, pendant la saison des pluies quand le pays a été confronté à un afflux massif de cas. En 2019, l'OMS a organisé une vaste campagne de vaccination, principalement à Sanaa. Depuis lors, il n'y a pas eu d'augmentation remarquable du nombre de cas jusqu'en 2022. Des cas sporadiques ont été signalés dans plusieurs villes du nord.
- Dengue : Une grosse épidémie de dengue a eu lieu dans toutes les régions côtières à la fin de 2019, associée à des cas de fièvre chikungunya à Hodeida et Aden. Il n'y a pas eu d'intervention de MSF en raison de la faible mortalité ; la gestion du ministère de la santé était suffisante en partenariat avec d'autres acteurs. La dengue est endémique dans la région de Taiz et la région côtière.
- Paludisme : La saison du paludisme commence chaque année entre septembre et avril, mais il n'y a pas eu de véritable épidémie depuis un certain temps. Le paludisme ne touche que les zones situées à moins de 2000 mètres d'altitude. MSF est intervenu de manière saisonnière à Amran (surveillance, outils de diagnostic, traitements et référence des cas graves).
- Rougeole : La rougeole reste présente et relativement contrôlée à Amran depuis 2018, jusqu'à cette année 2022 où de nombreux cas ont été signalés dans tout le Yémen, confirmés par le département de surveillance du ministère de la santé, ainsi qu'à l'hôpital de Khamer, qui est submergé par un afflux important de cas. Plus de 80% des cas signalés n'ont pas été vaccinés et MSF n'est pas autorisée à vacciner. Une campagne de vaccination a eu lieu en mai-juin 2022 dans le sud et en juillet dans le governorat de Saada au nord. Les autorités sanitaires du nord ont indiqué qu'elles se préparaient à une vaccination au début de l'année 2023.
- Diphtérie : Le nombre de cas reste faible dans l'ensemble du pays, malgré une faible adhésion au programme de vaccination (PEV). Il n'y a pas eu de véritable épidémie. En 2018, MSF a réhabilité le service des maladies transmissibles de l'hôpital Al Sadaqa à Aden, avec des sessions de formation pour la gestion des cas.
- Poliomyélite : Plusieurs cas sporadiques de poliomyélite d'origine vaccinale ont été signalés au nord et au sud et confirmés par l'OMS en externe, c'est-à-dire en envoyant les échantillons à l'extérieur du pays. Le point positif est que le ministère de la santé prend la poliomyélite au sérieux et prépare une vaccination de masse chaque fois qu'elle survient.

PRESENCE MSF

Les principales zones d'intervention d'OCP sont Aden, Amran et Saada, avec soins d'urgence et accès aux soins. OCP a également un bureau à Sanaa qui coordonne et collabore à de nombreuses interventions d'urgence à l'hôpital gouvernemental d'Al-Koweït.

OCP a également mené différentes interventions, dont certaines sont toujours en cours, dans la capitale Sanaa, à Lahj, Abyan et Shabwah, en se concentrant sur les services d'urgence et les postes médicaux avancés de stabilisation.

En 2022, OCP est intervenu sur 8 projets :

- Nord : Saada/ Haydan, Amran/Khamer, Sanaa/Al Kuwait, Covid (fermé en mai 2022).
- Sud : Aden, Covid (fermé), Equipe d'urgence Sud Yemen
- Djibouti : La base logistique de Djibouti est gérée par OCP pour tous les centres opérationnels : gestion des avions, transit du personnel national et expatrié et approvisionnement global.

Cinq centres opérationnels sont présents au Yémen :

- OCBA : Gouvernorat de Hajjah (Abs) et Al Qanawis à Hodeida.
- OCA : Gouvernorat de Taiz (ville enclavée de Taiz et Hoban au nord de Taiz) ; Marib (cliniques mobiles)
- OCG : Gouvernorat d'Ibb (Kilo) et Ad Dhahi. Soutien à l'hôpital Al Hazm à Al-Jawf en 2022 et équipe d'urgence.
- OCB : Mocha et Al Mahfad, hôpital général d'Attaq

En 2022, MSF travaillait dans 13 hôpitaux et centres de santé au Yémen et apportait son soutien à plus de 20 autres hôpitaux et centres de santé dans 13 gouvernorats (Abyan, Aden, Amran, Hajjah, Hodeida, Ibb, Lahj, Marib, Saada, Sana'a, Shabwah, Mocha et Taiz).

PROJET : SANAA – HOPITAL AL KUWAIT

■ Historique du projet

La disponibilité de services de santé nombreux et diversifiés avec des ressources humaines spécialisées du niveau primaire au niveau tertiaire n'exige pas que MSF lance un projet d'hôpital général. Cependant, tous les OC ont leur plan de préparation centré sur Sanaa au cas où la situation s'aggraverait. Depuis 2015, MSF OCP coopère étroitement avec l'hôpital universitaire d'Al-Kuwait ainsi qu'avec d'autres institutions telles que la banque nationale de sang. Pour autant, le seul soutien permanent à ce jour est la salle d'urgence de l'hôpital d'Al-Kuwait. En 2017 et en 2019, MSF est intervenue à deux reprises pour soutenir la prise en charge de l'épidémie de choléra à l'hôpital universitaire d'Al-Kuwait. Un centre de traitement du choléra de près de 60 lits a été mis en place par MSF et 3285 patients ont été traités. MSF a soutenu l'hôpital Al Kuwait en avril 2020 dans le cadre de l'épidémie de Covid-19 à Sanaa.

Objectifs :

Faciliter l'accès de la population à des services de soins de santé d'urgence gratuits tout en maintenant une capacité de réponse à l'hôpital en cas d'urgence.

Aider l'hôpital à maintenir le niveau de son personnel qualifié dans le service des urgences.

■ Dispositif

Un hôpital universitaire avec plus de 300 lits, 40 lits d'urgence, 5 blocs opératoires et près de 20 lits de soins intensifs ; MSF soutient en permanence le service des urgences avec des fournitures médicales et des consommables.

OCG gère également un centre choléra à l'hôpital Al-Gumhoori de Sanaa.

■ Bilan 2022

Sanaa est le centre des structures de référence les plus sophistiquées avec la présence des trois plus grands hôpitaux en termes de nombre de lits avec l'hôpital Al-Thawrah (plus de 700 lits). C'est également le centre des hôpitaux gouvernementaux spécialisés avec la maternité d'As Sabeen.

La présence de structures de santé à Sanaa n'a pas empêché ou réduit l'accélération des cas de choléra signalés dans la ville pour les deux épidémies de 2017 et 2019. Sanaa fait toujours partie des deux gouvernorats qui déclarent le plus de cas suspects de choléra. Pour la seule année 2019, 102 000 cas ont été déclarés dans la ville de Sanaa. Le fait que la vaccination contre le choléra ait été effectuée en 2019 dans la ville de Sanaa, couvrant 400 000 personnes (60 000 enfants), peut contenir une épidémie à venir, mais ne l'empêchera pas. La taille de la ville rend les interventions d'eau et d'assainissement menées par de nombreux acteurs difficiles, et les mouvements de population à l'intérieur et à l'extérieur de la ville rendent Sanaa vulnérable à des épidémies fréquentes.

Bien que moins de victimes de violence soient enregistrées à Sanaa en raison de l'absence de ligne de front active et de la diminution des frappes aériennes en 2019, les hôpitaux de la ville, qu'ils soient militaires ou civils, restent les lieux de référence pour tous les blessés des lignes de front et des gouvernorats environnants pour les soins de santé secondaires et tertiaires. La logique qui sous-tend le maintien du soutien de MSF à l'hôpital d'Al-Kuwait tient compte de ce fait et permet à MSF de se positionner au cas où la violence augmenterait pour quelque raison que ce soit.

Dans l'ensemble, l'aide humanitaire à Sanaa est de plus en plus contrôlée par l'AH et cette situation générale ne devrait pas changer. Néanmoins, OCP est plutôt bien accepté par l'AH.

PROJET : SAADA – HOPITAL DE HAYDAN

■ Historique du projet

Fief du mouvement Ansar Allah (AH), et l'une des régions les plus pauvres du Yémen, le gouvernorat de Saada a été soumis à un cycle de conflits violents depuis 2004 entre le mouvement et l'armée yéménite, dirigée par le président du Yémen Saleh à l'époque. Après 6 guerres, et profitant du printemps arabe en 2011, AH a commencé à étendre son contrôle partout et à diminuer l'influence tribale (certains cheikhs ont fui vers l'Arabie Saoudite, tandis que ceux soutenus par AH ont pris plus tard des postes clés dans les districts en 2017). Sur la base des besoins humanitaires créés par cette situation, MSF est intervenue à partir de 2007.

Saada est un gouvernorat particulièrement ciblé par les frappes aériennes de la SLC et a reçu le plus grand nombre de raids aériens depuis le début de la guerre.

Aujourd'hui, le gouvernorat de Saada compte environ 6 lignes de front actives. MSF contribue à la stabilisation et aux références des blessés de guerre vers les hôpitaux de Saada.

L'objectif de ce projet est de garantir l'accès aux services de soins de santé primaires et secondaires, y compris les soins d'urgence, à la population du district de Haydan et des environs.

■ Dispositif

Depuis le début de l'année 2021, tous les services de l'hôpital inter-district de Haydan sont opérationnels grâce à la présence de MSF. Au début de cette intervention, l'hôpital ne couvrait que les habitants de Haydan et de ses environs immédiats, mais au fil du temps, l'information s'est étendue à une grande partie de la province de Saada, MSF étant le seul acteur humanitaire présent dans les zones reculées à offrir des services de santé aux communautés les plus pauvres. Depuis le début de la crise il y a plus de sept ans, le système de santé national s'est détérioré et les structures de santé ne sont plus approvisionnées. Actuellement, le district de Haydan compte 13 unités de santé et 3 centres de santé qui réfèrent tous leurs patients vers la ville de Haydan.

La capacité de l'hôpital de Haydan est passée de 54 à 75 lits, avec trois tentes pour les pics d'activité. Avec l'augmentation de la capacité de l'hôpital à partir de 2021, presque toutes les urgences médico-chirurgicales ont été incluses dans les critères d'admission, d'autant plus qu'il n'y a pas d'autres options ou alternatives plus proches des villages.

MSF prend en charge les coûts de référence pour tous ces patients en fonction de la distance parcourue. Les transferts sont de deux types : ceux qui arrivent des zones reculées à l'hôpital de Haydan et ceux qui nécessitent des soins plus complexes transférés par les ambulances de MSF vers la ville de Saada.

En collaboration avec le ministère de la santé, MSF mène les activités suivantes à l'hôpital de Haydan :

- Service de consultations OPD : 5 jours par semaine avec consultations générales, maladies chroniques, pansements pour hommes et femmes, centre nutritionnel ambulatoire et vaccination.
- Urgences : 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 4 lits de stabilisation pour les hommes, 1 lit de stabilisation pour les femmes et 4 lits d'observation.
- Maternité : Ouverte 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, elle comprend des services de soins prénatals et postnatals, de plannig familial, une salle d'accouchement (avec 2 lits d'accouchement), 3 lits prénatals et 3 lits postnatals.
- Néonatalogie : 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, avec 8 lits et une table de réanimation.
- Hospitalisations pédiatriques : 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, avec 19 lits et 2 lits pour les cas critiques. Possibilité d'extension dans la tente située sur le toit, jusqu'à huit lits supplémentaires.
- Centre nutritionnel intensif : 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, avec 11 lits.
- Unité pour patients fortement dépendants : 4 lits
- Isolement : 7 lits. Avec la possibilité d'utiliser la tente en cas de patients en surnombre.
- Hospitalisations hommes et femmes : 9 lits chacun
- Laboratoire : banque de sang, numération des globules blancs, biochimie (créatinine, fonction hépatique), électrolytes (Na, K & Cl), microscopie (urine, selles, AFB), CRP.
- Pharmacie : une pharmacie centrale et une pharmacie au centre de consultations.
- Blanchisserie
- Un bloc opératoire et une salle de réveil
- Unité de physiothérapie
- Stérilisation
- Promotion de la santé

■ Bilan 2022

Hôpital de Haydan

	2019	2020	2021	2022
Service de consultations				
Total Consultations	52 927	60 460	78 209	105 772
Nouvelles Consultations	50 226	55 672	71 360	97 468
Consultations de suivi	2 701	4 788	6 849	8 304
Service des urgences				
Présentations aux urgences	8 664	8 024	10 719	17 710
% d'admission dans les structures MSF	16,15%	16,9%	25,5%	20,8%
Taux de mortalité	0,4%	0,6%	0,6%	0,3%
% de moins de 5 ans	29,4%	26,5%	30%	27,1%
Consultations anté/post natales				
Consultations anté natales	2 902	4 101	6 412	8 834
Consultations post natales	260	298	284	2 155
Consultations planning familial	1 056	915	1 156	1 884
Service pédiatrique				
Total Admissions	1 123	762	1 155	1 744
Taux de mortalité	4%	0,7%	0,6%	0,44%
Taux d'occupation des lits	39,85%	61,6%	132,5%	107,3%
Durée moyenne de séjour (jours)	2,8	3,5	4,3	3,8
Maternité				
Total accouchements	1 437	1 675	2 127	2 122
Accouchements par voie basse	1 262	1 510	1 837	2 024
Césariennes		12	85	98
Neonatalogie (mai-décembre)				
Total Admissions	152	312	331	417
Taux de mortalité	2,4%	4%	5,6%	4,8%
Taux d'occupation des lits	98%	72,4%	88,3%	79,8%
Durée moyenne de séjour (jours)	5	4,6	6,2	5,8
Centre nutritionnel intensif				
Total Admissions	335	352	663	722
Taux de mortalité		0,3%	1,9%	2,1%
Durée moyenne de séjour (jours)	4,2	5,2	5,8	5,4
Centre nutritionnel ambulatoire				
Total Admissions pour malnutrition sévère	925	675	1 283	1 467
Service adultes (hors chirurgie)				
Total Admissions	157	214	233	183
Taux de mortalité			0,3%	0%
Taux d'occupation des lits	28,5%	38%	17,8%	9,2%
Durée moyenne de séjour (jours)	2,7	2,9	2,4	2,9

Soins intensifs				
Total Admissions		13	88	110
Taux de mortalité			2,1%	0%
Durée moyenne de séjour (jours)		3,2	4,6	5,4
Chirurgie				
Total Admissions		96	944	1 259
Durée moyenne de séjour (jours)		4,2	6,4	2,6
Bloc opératoire (ouverture Nov 2020)				
Nb actes chirurgicaux		206	1 893	2 230
Taux de mortalité				0,05%
Gynéco-Obstétrique				
Total Admissions				883

Covid-19

L'hôpital de Haydan a reçu 246 cas de Covid en 2021 (septembre-décembre) et 463 entre janvier et août 2022.

L'hôpital de Haydan n'est pas le meilleur endroit pour soigner les patients atteints du Covid-19. Un système de triage a été mis en place à l'entrée de l'hôpital avec une petite capacité d'isolement pour l'orientation ultérieure vers Saada où les patients peuvent bénéficier de meilleurs soins et d'un accès approprié à l'oxygénothérapie.

PROJET : AMRAN – POPULATIONS DEPLACÉES

■ Historique du projet

Khamer Al Salam Hospital

En 2013, MSF était impliqué dans tous les services de l'hôpital, se concentrant sur deux axes principaux : violence/traumatologie et soins de santé maternelle et infantile.

La situation sécuritaire s'est considérablement améliorée à partir de fin 2014/début 2015, lorsque l'AH a pris le contrôle du gouvernorat d'Amran.

Depuis lors, l'activité n'a cessé de croître, passant de 82 lits et une moyenne de 1 500 présentations mensuelles aux urgences en 2013, à 113 lits (y compris l'isolement pédiatrique) et une moyenne de 2 700 présentations mensuelles aux urgences en 2022.

En 2020, en raison de la pandémie de Covid, MSF a ouvert 3 tentes devant l'hôpital (capacité de 8 à 21 lits) pour prendre en charge les cas compliqués de Covid. MSF a mis fin aux activités Covid le 18 mai 2022.

Huth Rural Hospital

Les activités sont restées faibles au sein de cette structure au fil des ans et MSF a finalement fermé Huth en décembre 2021, mais le soutien (donations, primes) n'a totalement pris fin qu'en mars 2022.

Activités de proximité

Depuis son lancement, le projet a mis en œuvre diverses activités de proximité, notamment :

- Épidémies de choléra en 2017 et 2019 : MSF acteur principal en 2017 mais plus en 2019 avec une présence accrue d'autres acteurs.
 - o Intervention en 2017 (mai à octobre) : centre de traitement choléra de 100 lits près de l'hôpital Khamer, unité de 20 lits à Huth, stabilisation à Al Qafrah et Harf Sufian, points

de réhydratation orale et distributions de kits d'hygiène dans 4 districts (Huth, Harf Sufian, Al Qaflah et Habur Zulaymah).

- Intervention 2019 (mars à octobre) : centre de traitement cholera de 40 lits à Khamer.
- Fin 2021 et 2022 : Identification de l'hôpital de Habour pour un appui de MSF en tant qu'hôpital rural.

■ Dispositif

Khamer Al Salam hospital (structure du ministère co-gérée avec MSF)

- Urgences : 4 lits hommes, 4 lits femmes, 2 lits de réanimation, triage 24h/24 7j/j
- Pansements : 2 salles hommes/femmes
- Maternité : 2 lits d'accouchement, 3 lits pré-accouchements, 3 lits post-accouchements
- 2 blocs opératoires
- Santé sexuelle et reproductive : soins anté et post-nataux, planning familial
- Vaccination
- Centre nutritionnel ambulatoire
- Physiothérapie
- Laboratoire, banque de sang, stérilisation, radiologie
- Références par ambulance
- Hospitalisation (total 113 lits) : hospitalisation pédiatrique (16 lits), soins intensifs pédiatriques (7 lits), centre nutritionnel intensif (11 lits), isolement (14 lits), néonatalogie (24 lits), hospitalisation homme (19 lits), hospitalisation femmes (19 lits), soins intensifs adultes (3 lits)

Activités saisonnières

- Malnutrition : juin à octobre
- Rougeole : octobre à février, mais la rougeole a été présente cette année en août.
- Paludisme : septembre to novembre

Activités de proximité – soutien au Habour rural hospital

- L'équipe mobile de formation a démarré en août 2022 (première formation à l'Hôpital du 22 mai et à l'Hôpital mère-enfant d'Amran).
- Activités liées au paludisme : surveillance continue. Donation de médicaments au district de Haitah en septembre 2022.
- Soutien aux références obstétricales d'urgence dans les districts d'Osman, Khameer et Habour en cours. Formation de remise à niveau pour les accoucheuses traditionnelles.

■ Bilan 2022

Khamer - Al Salam Hospital

	2020	2021	2022
Urgences			
Total Présentations aux urgences	24 793	28 806	34 522
% d'admission dans les structures MSF	24,3%	24,8%	23,6%
Pansements	17 585	17 068	17 995
Consultations anté/post natales			
Consultations anté natales	7 104	7 482	8 667
Consultations post natales	461	635	503
Consultations planning familial	915	2 585	3 468
Service pédiatrique			
Total Admissions	2015	2890	3566
Taux de mortalité	0,37%	0,8%	0,48%
Maternité			
Total Accouchements	2 902	2 797	3 359
Césariennes	194	136	202
Néonatalogie			
Total Admissions	938	1 108	1 118
Taux de mortalité	16,2%	12,7%	16,2%
Centre nutritionnel intensif			
Total Admissions	893	1061	1306
Taux de mortalité	0,56%	1,1%	0,6%
Centre nutritionnel ambulatoire			
Total Admissions pour malnutrition sévère	943	1661	1961
Hospitalisation adultes			
Total Admissions	617	345	277
Soins intensifs adultes			
Total Admissions	229	191	222
Taux de mortalité	10,6%	8,3%	4,5%
Chirurgie			
Total Admissions	1 932	2 217	2 595
Bloc opératoire			
Nb actes chirurgicaux	3 005	3 506	3 879
Gynéco-Obstétrique			
Total Admissions	3 851	3 546	4 215
Soins intensifs pédiatriques			
Total Admissions	418	490	672
Taux de mortalité	13,3%	18,2%	13,9%

Covid-19

En 2020, MSF a mis en place un centre de traitement Covid à l'extérieur de l'hôpital Al Salam (structure semi-permanente séparée et tentes) avec un nombre de lits variable en fonction des besoins de 8 à 21. La structure a assuré le traitement des cas modérés (y compris avec oxygène) tandis que les cas graves étant transférés à l'hôpital Al Kuwait.

En 2022, les activités ont été faibles. Sans possibilité d'effectuer des tests Covid, les cas ont été admis comme cas suspects sur la base d'un diagnostic clinique.

Les activités Covid ont été arrêtées le 18 mai 2022.

PROJET : ADEN – CENTRE DE TRAUMATOLOGIE

■ Historique du projet

Ouvert en 2012, le centre de traumatologie d'Aden a connu différents événements liés au conflit avec d'intenses combats au cours de la dernière décennie et l'hôpital est toujours resté ouvert et pleinement opérationnel. Les équipes ont assuré en permanence la prise en charge des centaines de personnes blessées au cours des différentes vagues de violence qui ont éclaté dans la ville d'Aden. Divers acteurs non contrôlés, les gangs et les criminels avaient l'habitude de faire régner leur loi, mais aujourd'hui, la situation s'est un peu améliorée. La population du Sud espère accéder à son indépendance ou à son autodétermination.

La diminution constante des activités après l'ouverture de Mocha et la stabilité relative du contexte ont conduit à élargir les critères d'admission en incluant notamment les accidents de la route. Un programme de fixation interne a également été mis en place et continue de se développer, en tant qu'option de chirurgie reconstructive. Le dispositif de consultations de suivi des patients par les chirurgiens a été renforcé au cours de l'année écoulée, de sorte que chaque chirurgien suit systématiquement chaque patient qu'il opère, pour une meilleure visibilité et un meilleur suivi du traitement. Au début de 2022, l'activité externe qui faisait partie du projet Traumatologie est devenue un projet séparé (SYERT) visant à soutenir les activités médicales et chirurgicales des structures de santé proches des lignes de front (primes, formation, donations) : Hôpital de Mahnaf (Lawdar, Abyan), Bayhan (Shabwah) et Karesh clinic (Lahj). Ce projet apporte également un soutien ponctuel à d'autres centres de santé identifiés par MSF (hôpitaux Ibn Khaldon (Lahj) et Razi (Abyan)), ainsi que des primes mensuelles au centre de prothèses d'Aden et des dons réguliers de kits/sacs à la banque de sang.

■ Dispositif

Hôpital de chirurgie traumatologique d'urgence MSF

- Soins chirurgicaux pour les blessures aiguës, y compris les blessures liées à la violence (coups de feu, explosions de bombes, coups de couteau), les opérations de sauvetage de membres (orthopédiques, générales et vasculaires) et les blessures dues aux accidents de la circulation, à l'exception des traumatismes crâniens, des lésions de la colonne vertébrale et des brûlures.
- Unité de soins intensifs de niveau 3 avec capacité de ventilation mécanique
- Soins postopératoires et suivi en ambulatoire
- Unité de santé mentale pour le soutien psychologique des patients hospitalisés, qui sera étendue aux patients ambulatoires.
- Physiothérapie pour la réhabilitation et le rétablissement fonctionnel et fourniture de prothèses externalisées pour les patients amputés.
- Gestion des antibiotiques pour un traitement précis des infections et donc une réduction du nombre de jours d'hospitalisation.

- Laboratoire général et de microbiologie.
- Références vers Amman pour la chirurgie reconstructive des patients qui répondent aux critères.
- Coordination avec d'autres acteurs pour la protection et le soutien social des groupes de population vulnérables, des réfugiés et des migrants qui se présentent au projet.
- Dans certaines situations, des spécialistes extérieurement sont invités à consulter (ophtalmologue, urologue, néphrologue, gynécologue-obstétricien, etc.)

Organisation et capacité :

- 8 à 9 brancards aux urgences.
- 3 blocs opératoires et 3 lits de salle de réveil (un bloc dédié aux fixations internes).
- Unité de soins intensifs (10 lits avec 3 ventilateurs mécaniques).
- 8 services d'hospitalisation pour un total de 86 lits. La capacité globale de l'hôpital peut être portée à 112 lits en cas d'augmentation des activités.
- Service de consultations et pansements.
- Départements de soutien : Laboratoire général et de microbiologie, radiographie et échographie, prévention et contrôle des infections, gestion des antibiotiques, stérilisation, pharmacie, références par ambulances, eau et hygiène, blanchisserie, biomédical, services de cuisine externalisés, morgue.

Régulièrement, des patients faisant l'objet d'une enquête ou d'une décision de justice, sont amenés par l'armée ou la police ou des proches. L'autorité qui accompagne le patient doit apporter les documents d'arrestation comme preuve. Ces patients sont protégés contre toute forme d'abus ou d'interrogatoire pendant l'hospitalisation et les autorités doivent signer un formulaire lors de la sortie du patient afin de dégager MSF de toute responsabilité.

■ Bilan 2022

	2019	2020	2021	2022
Nb consultations aux urgences	6 449	6 551	6 792	8 127
Taux d'occupation des lits	62%	74%	70%	70%
Total admissions à l'hôpital	2 102	2 408	2 208	2 512
Nouvelles hospitalisations	1 857	2 133	1 941	2 234
Taux d'hospitalisation des urgences	28,8%	32,6%	28,6%	27,5%
Premiers passages au bloc	1 282	1 833	1 809	2 105
Nb d'actes chirurgicaux	6 203	6 911	6 610	7 281
Consultations nouvelles et de suivi	3 943	4 920	5 870	7 120
Sessions de physiothérapie	22 025	24 755	18 310	16 989
Nb de fixations internes	No Data	236	250	368
Consultations santé mentales	No data	81	342	1634

PROJET : SYERT - EQUIPE D'URGENCE AU SUD YEMEN

■ Historique du projet

En 2022, MSF a mis en place une équipe d'intervention d'urgence au Yémen du Sud (SYERT – South Yemen Emergency Response Team), pour suivre :

- Les épidémies et pandémies dans la région :
 - Surveillance des communautés les plus vulnérables (personnes déplacées, réfugiés, communautés marginalisées "Muhamashien" et camps de regroupement).
 - Suivi des données épidémiologiques hebdomadaires et vérification des alertes en effectuant des visites sur le terrain.
 - Prise en compte des rapports d'autres acteurs ou des autorités locales.
- Les catastrophes naturelles : 59 personnes se sont noyées et 130 maisons ont été endommagées, dont 52 détruites dans les gouvernorats de Marib, Al Dhale, Lahj, Abyan, Hadramoot et Shabwah, de juillet à août 2022.

■ Dispositif

L'équipe SYERT apporte un soutien aux structures suivantes, en particulier sur la traumatologie et la chirurgie :

- Karesh (Lahj Governorate) : Support aux services d'urgences et de consultations avec des primes pour 6 membres du personnel.
- Lawder (Abyan Governorate) : Support au bloc opératoire et aux urgences avec des primes pour 29 membres du personnel.
- Bayhan (Shabwa Governorate) : Support au bloc opératoire et aux urgences avec des primes pour 17 membres du personnel.

MSF utilise les kits et modules suivants :

- Kit stabilisation pour 20 patients
- Kit pansements et brûlés pour 40 patients
- Module anesthésie pour 100 patients
- Kit sutures pour 216 patients
- Module fournitures médicales pour 1200 patients
- Module médicaments injectables pour 300 patients pendant 6 jours
- Kit consultations pour 1000 patients

■ Bilan 2022

Au total, 38 882 patients ont été vus en 2022 dans les 4 sites de Karesh, Lawder, Bayhan, Murias.

21 673 patients ont été vus aux urgences.

Les blocs opératoires de Lawdar et Bayhan ont traité 1347 interventions majeures, 3289 procédures mineures et 931 césariennes.

16 053 consultations générales et 1 156 consultations sur les maladies non transmissibles ont été dispensées à Karesh.

PROJET : DJIBOUTI – APPROVISIONNEMENT ET TRANSIT

■ Historique du projet

Le bureau de Djibouti approvisionne aujourd'hui les 5 centres opérationnels au Yémen, à l'exception des avions charter qui sont de plus en plus souvent envoyés directement au Yémen depuis d'autres pays. Djibouti est également la base de transit pour tous les mouvements du personnel vers et depuis le Yémen, en utilisant l'avion dédié à MSF. C'est aussi le lieu où sont accordés les visas pour entrer sur les territoires yéménites s'ils ne sont pas faits depuis les sièges. En 2015, Djibouti a joué un rôle supplémentaire essentiel puisque c'était le point de départ des bateaux qui transportaient les ressources humaines et l'approvisionnement vers la ville assiégée d'Aden.

Compte tenu de toutes les raisons mentionnées ci-dessus, les centres opérationnels MSF ont accepté de partager un bureau commun où OCP s'est engagé à être le point focal et le principal interlocuteur, avec un accord de partage des dépenses entre toutes les sections.

■ Dispositif

La capacité de la base arrière a atteint 40 personnes (36 nationaux et 5 expatriés). Dans l'organisation actuelle, les fonctions d'opérations, de fret/approvisionnement, d'opérations aériennes et d'administration (ressources humaines, finances) de la base sont dirigées par des expatriés, un officier liaison est détaché de la mission au Yémen (deux membres de l'équipe d'OCP Aden effectuent une rotation bimensuelle), et la logistique et le médical est occupé par du personnel national.

■ Bilan 2022

L'objectif stratégique de MSF à Djibouti reste le même que les années précédentes, à savoir faciliter l'accès des personnes et des biens au Yémen grâce à la centralisation des opérations aériennes, la gestion du fret et de l'approvisionnement international, l'obtention des autorisations de mouvement, l'hébergement du personnel en transit, et le suivi des politiques, réglementations et lois nationales pour le bon déroulement des opérations de MSF.

Les Satellites de Médecins Sans Frontières



©Pierre Fromentin/MSF

Les rapports annuels des satellites de Médecins Sans Frontières sont disponibles sur leurs sites respectifs.



LA FONDATION
Terrain d'innovations.

Rapport annuel de la Fondation Médecins Sans Frontières :

https://fondation.msf.fr/sites/default/files/2023-06/FONDA_MS_F RA_2022_BAT.pdf

Rapport financier de la Fondation Médecins Sans Frontières :

https://fondation.msf.fr/sites/default/files/2023-06/FONDA_MS_F RF_2022_BAT.pdf



Rapport annuel de MSF Logistique :

https://www.msflogistique.org/media/127352/Rapport-Annuel_VF-UK_2022.pdf



Rapport annuel d'Epicentre :

https://epicentre.msf.org/sites/default/files/2023-06/rapport_annule%202022_MP.pdf

Abréviations

ACT	Polythérapies à base d'artémisinine (<i>Artemisinin-based combination therapies</i>)
AGI	Assemblée générale internationale
ARV	Antirétroviraux
ART	Traitement antirétroviral
BEmONC	Soins de base obstétricaux et néonataux d'urgence
BRICS	Brésil, Russie, Inde, Chine, Afrique du Sud
CEmONC	Soins complets obstétricaux et néonataux d'urgence
CI	Conseil international
CPS	Chimio-prévention du paludisme saisonnier
CRASH	Centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires
DIH	Droit international humanitaire
DNDi	Initiative Médicaments contre les maladies négligées (<i>Drugs for Neglected Diseases initiative</i>)
DR-TB	Tuberculose résistante
EAU	Émirats arabes unis
HepC	Hépatite C
HPV	Papillomavirus humain
ICU	Unité de soins intensifs
IDP	Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays
IPC	Prévention et contrôle des infections
MDR-TB	Tuberculose multi-résistante
MLT	Moyen et long terme
MoH	Ministère de la Santé (<i>Ministry of Health</i>)
NCD/MNT	Maladies non transmissibles (<i>Non communicable diseases</i>)
NFI	Article non alimentaire (<i>Non-food item</i>)
OC	Centre opérationnel (<i>Operational center</i>)
OCA	Centre opérationnel d'Amsterdam (<i>Operational center Amsterdam</i>)
OCB	Centre opérationnel de Bruxelles (<i>Operational center Brussels</i>)
OCBA	Centre opérationnel de Barcelone (<i>Operational center Barcelona</i>)
OCG	Centre opérationnel de Genève (<i>Operational center Geneva</i>)
OCP	Centre opérationnel de Paris (<i>Operational center Paris</i>)
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PN	Personnel national
R&D	Recherche et développement
AMR	Résistance antimicrobienne
ABR	Résistance aux antibiotiques
RCA	République centrafricaine
RDC	République démocratique du Congo
RH	Ressources humaines
RSA	Accord de partage des ressources
TB	Tuberculose
SEEAP	Asie de l'Est, du Sud-Est et du Pacifique
SGBV	Violences sexuelles (<i>Sexual and gender based violence</i>)
SONUB	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
VHC	Virus de l'hépatite C
VVS	Victimes de violences sexuelles
WACA	Centre opérationnel d'Afrique Centrale et de l'Ouest