



© Thibault Fendler/MSF

RAPPORT ANNUEL

2024

06 - 07 juin 2025



Sommaire

Introduction	5
Charte	7
Rapport moral	9
Rapport d'activité 2024	27
Edito	28
Faits marquants 2024 et perspectives 2025	31
- Portefeuille d'activités et dynamique opérationnelle	31
- Bilan des interventions d'urgence	39
- Réponses aux conséquences des conflits sur les populations	42
- Réponses aux catastrophes médicales	47
- Contextes de violence et d'exclusion des soins	53
- Nos ambitions de transformation et nos méthodes de travail	54
- Prises de paroles marquantes	57
- Ressources humaines	63
Rapport du trésorier 2024	69
Organisation et gouvernance	77
Les interventions de terrain	81
Satellites de Médecins sans Frontières	215
Abréviations	217



© Ante Bussmann/MSF

Introduction

Ce document est un descriptif des activités de la section française de Médecins Sans Frontières pour l'année 2024.

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.

Outre la présentation de ces activités, les informations détaillées par pays des actions menées par sont également rappelées dans le [rapport financier](#) et le [rapport du commissaire aux comptes](#) disponibles sur le site de MSF www.msf.fr.

Les partenaires financiers, leur statut, les montants et leurs actions sont détaillées dans le rapport financier dans la partie « versements à d'autres organismes ».

Merci à toutes les personnes qui ont contribué à ce rapport.



© Mariam Abu Dagga/MSF

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.



© MSF

Rapport moral

Rapport moral

Au nom du Conseil d'administration, bienvenue à toutes et à tous à notre 54ème assemblée générale.

1. L'action

L'année qui s'est écoulée a été particulièrement éprouvante. Les situations de crise que nous connaissions l'an dernier se sont toutes aggravées. Les violences contre les populations civiles sont massives. Nous assistons impuissants à la disparition de la société palestinienne. Dans le Darfour, les Forces de Soutien Rapide massacrent, violent et s'en prennent aux humanitaires. Haïti continue de s'enfoncer dans le chaos avec un nombre inégalé de blessés et de victimes de violences sexuelles. À l'est de la RDC, les populations, exténuées, continuent de se déplacer et de fuir les différents groupes armés. Au Sahel, nous assistons à un niveau de violence jamais vu dans cette région du monde. Prendre en charge les populations exilées s'avère de plus en plus compliqué. En avril, nos activités ont été suspendues par les autorités libyennes. En Afghanistan, les violences systémiques contre les femmes et les jeunes filles se poursuivent, elles sont effacées de l'espace public et réduites au silence. Enfin, de nouvelles crises ont émergé, comme au Soudan du Sud où l'intensité des combats dans le nord-est risquent de replonger le pays dans la guerre civile.

L'année a été marquée par une forte insécurité pour nos équipes. Quatre de nos collègues travaillant avec OCP ont été tués depuis juin 2024, trois à Gaza par l'armée israélienne et un en RDC, assassiné à son domicile à Goma lors de la prise de la ville par le M23. 2024 est l'année la plus meurtrière depuis 3 décennies pour les travailleurs humanitaires avec 281 travailleurs humanitaires tués, dont la majorité à Gaza. Nos hôpitaux, bases de vie, ambulances, ont été bombardés au Soudan, à Gaza et au Soudan du Sud. Ce n'est pas nouveau : en 2013, nous avons déjà rejoint le travail du CICR, « Medical Care Under Fire », mais la tendance des attaques contre les humanitaires et les structures médicales s'est accentuée. La plupart des belligérants et leurs parrains se comportent comme si le droit international humanitaire n'existait pas, y compris parmi les membres permanents du Conseil de Sécurité.

A cela s'ajoute le discrédit jeté contre les organisations de secours, le désintérêt complet de la « communauté internationale » pour le Soudan ou la RDC et l'inaction face au génocide à Gaza. Depuis janvier, nous assistons, stupéfaits, au démantèlement de plusieurs piliers de l'aide humanitaire mondiale, dont USAID, tandis que de nombreux Etats européens réduisent leurs contributions.

Dans ce contexte aussi déprimant qu'hostile à la solidarité internationale, je tiens à souligner le travail remarquable de nos équipes qui partout, se sont accrochées pour produire des secours et témoigner du sort des populations. Le résultat est une année de forte activité, avec 300 000 hospitalisations réalisées, 4 millions de consultations, plus de 200 000 malnutris sévères pris en charge en

ambulatoire, près de 50 000 actes de chirurgie, et près de 30 000 victimes de violences sexuelles prises en charge, soit 50% d'augmentation par rapport à 2023. Et malgré une insécurité extrême, des activités de masse comme des distributions d'eau et de nourriture ont été mises en place dans des zones de guerre.

Au-delà du volume, les techniques aussi continuent de progresser. Par exemple, la physiothérapie fait désormais partie du standard de prise en charge des blessés et brûlés dans les centres de traumatologie, comme à Gaza. Menée dans le cadre d'une étude, la vaccination contre le paludisme au Tchad est une autre illustration de ces progrès.

Notre travail bénéficie également à d'autres. Le meilleur exemple est Antibio qui est en place dans tous les laboratoires de MSF OCP, OCB et OCA et intéresse de nombreux pays qui ont commencé le déploiement comme le Mali, la RCA, le Liberia, les Comores et la Guinée Conakry. Et le Burkina-Faso a décidé de soutenir l'implémentation d'Antibio dans 15 pays de l'Organisation ouest-africaine de Santé.

Bien sûr, tout n'est pas parfait, mais il est illusoire de penser que les performances ne sont pas impactées dans des contextes d'une telle dureté.

Je vais dans ce rapport moral, m'arrêter sur la situation à Gaza, au Soudan, en RDC, en Haïti, au Sahel ou encore en Libye, autant de contextes en proie à de graves niveaux de violence.

J'évoquais déjà l'an dernier à propos de **GAZA** les entraves opposées aux secours, la mise au ban de l'UNRWA, les attaques contre les secouristes, dans un contexte de massacres de civils et de destructions généralisées. Entre-temps, la situation s'est encore aggravée. Les bombardements se sont intensifiés, c'est maintenant 80% du bâti de la bande de Gaza qui est totalement ou partiellement détruit, y compris le système de santé et les hôpitaux, mais aussi tout ce qui est nécessaire à la vie, depuis les unités de dessalement de l'eau jusqu'aux terres agricoles et aux commerces, mais encore tout ce qui constitue une société avec son histoire, depuis les universités jusqu'aux lieux de culte en passant par les cimetières et les bâtiments publics.

Une enquête d'Épicentre indique que, par rapport à la situation antérieure à cette guerre, la mortalité générale a été multipliée par cinq, et celle des enfants de moins de cinq ans par dix. Les enfants de moins de dix ans comptent pour 40% de la mortalité liée aux violences.

Nos opérations ont été particulièrement difficiles et dangereuses. Au gré des offensives successives et à la suite de la fermeture du passage de Rafah, il a fallu réorganiser notre dispositif à plusieurs reprises. Les attaques d'hôpitaux se sont multipliées tandis que le nord de la bande était pilonné et les convois entrés par Kerem Shalom attaqués par des pillards organisés. Notons que ces attaques étaient facilitées par les forces israéliennes qui tiraient sur les policiers palestiniens chargés de la protection des camions. Les pillages ont pris fin avec la trêve de janvier à la faveur de laquelle une partie de la population a regagné le gouvernorat Nord de Gaza. Depuis le 18 mars, les bombardements ont repris, plus intenses et plus meurtriers encore qu'avant la trêve, poussant la

population à se concentrer sur un territoire de plus en plus petit, à peine 20% de la bande de Gaza, tandis qu'était annoncé et mis en place le blocus total de l'aide à Gaza.

Nous avons cependant pu poursuivre toute l'année nos activités de soins aux brûlés (principalement des enfants) et de chirurgie orthopédique à l'hôpital Nasser. L'hôpital de campagne a fonctionné 7 mois durant et sert maintenant de base-vie, avant de revenir peut-être à son statut hospitalier. La clinique de Gaza city a élargi ses activités et la fourniture d'eau potable se poursuit dans le gouvernorat Nord, notamment à Beit Lahia et Beit Hanoun. Nous y distribuons 1000 m3 par jour, qui viennent s'ajouter aux quantités analogues distribuées par OCB, faisant de MSF le 2ème distributeur d'eau de la bande de Gaza. À ces opérations doit s'ajouter le soutien que nous apportons à nos collègues palestiniens.

Le plan dit « humanitaire » annoncé par le gouvernement israélien se met en place. Il ne s'agit rien de moins que de distributions sélectives, fragmentaires, mises en œuvre par de fausses ONG et destinées à regrouper les populations au gré des exigences des troupes d'occupation. Elles sont organisées par des compagnies de mercenaires américaines et « protégées » par les troupes israéliennes, celles-là mêmes qui ont tué, à ce jour, plus de 400 secouristes. Résultat : ces distributions de faibles quantités de nourriture à une foule affamée, mises en place sur seulement 4 sites — alors que le PAM en avait 350 — se terminent quasiment toutes dans un bain de sang.

Ce plan révoltant a bien sûr été rejeté par tous les acteurs humanitaires de Gaza, et nous le dénonçons comme un pas de plus vers l'éradication des Palestiniens de Gaza, ce dont les autorités israéliennes ne se cachent d'ailleurs pas.

Que va-t-il advenir de nos activités dans ce nouveau contexte de militarisation high-tech de l'assistance? Jusqu'à quel point ce programme, basé sur le tri des bénéficiaires par la reconnaissance faciale et la pénurie organisée va-t-il voir le jour ? Il est encore tôt pour le dire même si nos activités se réduisent et alors que le premier camp, que l'on peut imaginer de filtration, est construit à Rafah. On assiste en tout cas à une perversion de l'assistance rarement observée à ce jour, faite de la destruction totale des conditions d'existence d'une population, de sa mise en dépendance absolue et de sa soumission à un régime de famine en vue de son élimination pure et simple.

Il me faut également parler de la situation en Cisjordanie, où les violences meurtrières des colons protégés par l'armée, les attaques contre les camps de réfugiés, les rafles et les destructions se poursuivent, couvertes par le bruit de la guerre de Gaza. L'éradication des Cisjordanais est au programme, au même titre que celle des Gazaouis.

Aucune guerre n'a vu une telle hécatombe dans les rangs des secouristes, dont plus de 400 ont perdu la vie. Plus de 1300 personnels de santé ont également été tués par l'armée israélienne. J'insiste là-dessus, car c'est inédit, de même que la mise à mort des journalistes, les uns et les autres tués dans des attaques souvent délibérées.

Si certains s'interrogeaient sur la qualification de génocide avancée en janvier 2024 comme plausible par la Cour internationale de justice, il est aujourd'hui difficile d'en contester la réalité. L'intention est clairement affirmée par les autorités israéliennes depuis le début et aucune des mesures attendues par la CIJ n'a été prise par Israël. Bien au contraire, comme on l'a vu avec le bannissement de l'aide et l'intensification des tueries. 54 000 morts sont aujourd'hui recensés, et le chiffre réel est

sans doute supérieur à 100 000 si l'on prend en compte les personnes enfouies sous les décombres et les malades morts du fait de l'interruption de leur traitement. Près d'un million et demi de personnes sont aujourd'hui confinées au sud du territoire dans des conditions de promiscuité extrêmes, buvant une eau rare et saumâtre, souffrant de la faim alors que des convois d'assistance sont bloqués à quelques centaines de mètres de là. Combien de vies sont-elles détruites dans ces conditions plus proches du camp de concentration que d'un sanctuaire humanitaire ?

Cette guerre génocidaire menée contre une population totalement captive a lieu au vu et au su de tous, dans un consentement à peu près général, du moins jusqu'à présent. C'est ce qui explique et justifie la place particulière occupée par Gaza dans notre communication tout au long de cette année.

Deux ans après l'éclatement du conflit, le **SOUDAN** s'enfonce dans une spirale de violences et de privations pour la population. Le pays connaît la pire crise de déplacés au monde. Toute l'année, nos équipes se sont mobilisées dans des conditions peu favorables au déploiement de l'aide.

Les diverses restrictions de mouvement et de visa ont continué dans un contexte d'insécurité élevée. En 2024, nous avons subi 12 incidents sévères dont les deux tiers sont liés à l'attaque des structures de santé et de nos bases par les Forces de soutien rapide (RSF), les autres aux bombardements indiscriminés des Forces armées soudanaises (SAF).

Le Soudan a occupé une place prépondérante dans nos efforts de communication, même si le pays continue de ne susciter qu'un intérêt limité au niveau international. Peu de médias internationaux sont autorisés à se rendre sur place.

Pendant de nombreux mois, nous nous sommes efforcés d'alerter sur la situation au Nord Darfour, particulièrement celle du camp de ZamZam où des taux de 30% de malnutrition aiguë ont été trouvés chez les enfants de moins de 5 ans. Une famine a été déclarée en août 2024 ; mais cela n'a pas suffi à déclencher une aide conséquente. Et en février 2025, face à l'intensification des affrontements dans et autour du camp de 500 000 déplacés de ZamZam, nous avons suspendu toutes nos activités.

Le camp a été attaqué en avril par les RSF. Des témoignages terribles ont rapporté le massacre de centaines de personnes. Les combattants auraient fait du porte-à-porte, tiré sur les personnes se cachant dans leurs maisons et incendié de grandes parties du camp. Parmi les victimes figurent 11 membres du personnel de l'organisation humanitaire Relief International, qui gérait la seule clinique encore ouverte dans le camp.

Environ 100 000 personnes sont arrivées à Tawila où, en seulement trois semaines, nos équipes ont pris en charge environ 500 blessés et hospitalisé 1000 personnes. La majorité de la population de ZamZam s'est dirigée vers Al Fasher où elle piégée, sous un siège total mis en place par les RSF qui menacent à tout moment d'une offensive dont on peut redouter l'extrême violence.

Dans ce contexte peu favorable, des résultats ont été atteints. Environ 12 000 hospitalisations et 20 000 enfants malnutris ont été pris en charge et nos équipes ont réussi à mettre en place des distributions de nourriture à ZamZam et Tawila.

A Khartoum, après avoir réussi à maintenir des activités médicales à l'hôpital Turc pendant plus de 14 mois grâce aux collègues soudanais, nous avons été contraints d'arrêter nos activités en juillet après que notre personnel a été menacé de mort par les RSF. Là encore, la multiplicité des incidents violents que nous avons subi au cours de l'année écoulée nous a régulièrement conduit à exiger le respect des structures de santé et du personnel médical, en vain. La reprise de Khartoum en mars par les autorités soudanaises a permis le retour de nos équipes internationales, après une année sans

visas. Aujourd'hui, nous travaillons dans une salle d'urgence et tentons de faire face à l'épidémie de choléra, notamment en réorganisant le CTC de 100 lits mis en place dans l'hôpital turc.

En mars, devant le Conseil de sécurité des Nations unies, par la voix de son secrétaire général Chris Lockyear, MSF a dénoncé deux ans d'inaction et d'indifférence généralisée, et exigé une mobilisation d'ampleur dont dépendent des millions de vie. Un rapport très détaillé, basé sur nos activités et des témoignages, décrit les exactions massives commises par les RSF et la dynamique de nettoyage ethnique en cours dans le Darfour. Les risques de représailles sur nos équipes sont actuellement évalués avant d'en décider la diffusion.

Depuis mi-février, **HAÏTI** subit un nouveau regain de violence alors que les groupes armés, réunis sous une seule coalition, accroissent leur contrôle de Port-au-Prince. Ils prennent en étau les derniers quartiers de la capitale qui leur échappent et ont mis en place un réel siège, ce qui nous contraint à déplacer notre coordination à Cap-Haïtien. Le pays continue de s'enfoncer dans une spirale de violences, les conditions de vie sont effroyables pour la population haïtienne et il est de plus en plus difficile pour nous d'y travailler.

L'année dernière, dans le rapport moral, j'avais parlé des menaces qui pesaient sur nos équipes accusées de soigner les gangs qui terrorisent la population. Elles se sont confirmées cette année dans un contexte où les forces de l'ordre perdent du territoire sous la pression des nombreuses attaques coordonnées menées par les groupes armés.

Nos équipes ont plusieurs fois été prises pour cible par les forces de l'ordre, ce que nous avons dénoncé publiquement. En novembre, des patients blessés ont été exécutés après que l'ambulance de MSF dans laquelle ils se trouvaient a été arrêtée par des membres d'une brigade de vigilance et la police. Après plusieurs mois de dialogue avec les autorités, nous avons repris nos activités (à l'exception des transferts en ambulance). Mais en mars, des véhicules MSF OCB ont à nouveau été la cible d'une attaque délibérée, lors d'une évacuation. Nos collègues ont décidé de suspendre leurs activités pour une durée de 3 mois minimum, jugeant que les engagements des autorités ne permettaient pas de maintenir la sécurité de nos patients et de notre personnel. De notre côté, nous avons décidé de maintenir nos projets à Drouillard et à Tabarre, estimant que nous serions plus exposés au danger en cessant nos activités et qu'il était possible de renforcer nos contacts avec les milices d'auto-défense, afin qu'elles cessent de nous prendre pour cible.

A ce jour, plus de 60% des hôpitaux sont fermés ou hors d'état de fonctionner et il ne reste que deux centres de traumatologie à Port-au-Prince, dont Tabarre qui est complètement saturé. Le nombre de blessés graves n'a fait qu'augmenter. 40% d'entre eux sont des femmes et des enfants.

Nous travaillons également à Cité Soleil qui, depuis 2022, est le théâtre de violents affrontements entre groupes armés rivaux. Même si depuis février, les groupes ont cessé les hostilités, la violence extrême persiste dans la zone. Meurtres, agressions, enlèvements, violences sexuelles et destructions rythment toujours le quotidien des quelque 300 000 résidents du bidonville. Nous y maintenons une salle d'urgence, un service de consultations et avons renforcé nos capacités pour répondre à l'augmentation des violences sexuelles. Au total, en 2024, les équipes de MSF ont pris en charge 4 463 survivantes de violences sexuelles.

Comment faire et combien de temps aurons-nous la capacité de travailler à Port-au-Prince, sans la protection des autorités qui refusent que soient traités des personnes suspectées d'appartenir à des gangs ? C'est une des questions qui sera abordée avec l'équipe d'Haïti ce samedi.

Début 2025, le M23, appuyé par plusieurs milliers de soldats rwandais a lancé une grande offensive sur l'est de la **RDC**. Ils se sont emparés de la capitale de la province du Nord-Kivu, Goma, et de celle du Sud-Kivu, Bukavu, et occupent aujourd'hui un vaste territoire d'Uvira à Lubéro où dès décembre, les équipes d'urgence avaient commencé des activités médicales et réhabilité plusieurs centrales hydrauliques pour environ 100 000 déplacés, fuyant l'avancée du M23 et les attaques des ADF.

La prise de Goma a été violente avec plusieurs milliers de personnes tuées ou blessées. Trois collègues MSF ont été tués à Goma et 2 autres ont été blessés. Nous avons perdu un quatrième collègue d'OCB dans le Masisi. La ville comptait environ 650 000 déplacés qui n'ont pu se protéger des bombardements et armes lourdes. Nos équipes ont transformé le centre nutritionnel de l'hôpital de Kyeshero en un lieu pour recevoir des afflux de blessés. Les camps se sont entièrement vidés, le M23 contraignant les milliers de déplacés à retourner dans leur village d'origine, sans garantie de sécurité. Nos équipes les ont accompagnés, en réouvrant par exemple le projet de Binza.

A Goma, la situation est extrêmement tendue. Plusieurs hôpitaux dont le nôtre ont subi des intrusions du M23, pour arrêter des personnes s'y cachant mais aussi des patients. Alors que les camps de déplacés se sont entièrement vidés, le nombre de victimes de violences sexuelles que nous recevons atteint de nouveaux records : 2000 par mois. La population est désespérée, l'insécurité est massive dans la ville, les banques sont fermées, l'approvisionnement n'arrive plus de Kinshasa -il n'y a plus de vaccins par exemple- et au même moment, de nombreux acteurs ont arrêté ou réduit leurs activités en raison des coupes de financements américains. Nous y maintenons notre présence, en y assurant tant bien que mal l'approvisionnement de nos projets par Kigali.

L'année dernière, j'avais déjà évoqué le nombre effarant de victimes de violences sexuelles que nous prenons en charge, en soulignant que c'est la principale forme de violence que nous rencontrons dans ce contexte et que la médecine seule ne peut y répondre. En 2024, nous avons donc tenté de médiatiser cette problématique, notamment par un rapport, revenant sur le chiffre sidérant de 25 000 patients soignés dans nos structures et appelant l'ensemble des acteurs à agir pour mieux prévenir ces violences et prendre en charge les victimes. La dynamique entamée autour de cette problématique s'est abruptement arrêtée début 2025 quand le M23 a pris le contrôle de la ville de Goma. C'est un sujet que nous ne laisserons pas tomber, le nombre de victimes de violences sexuelles restant aussi élevé cette année.

Au **SAHEL** central, l'insurrection djihadiste continue de gagner du terrain, surtout au Burkina Faso, et s'étend vers les pays côtiers comme le Bénin, le Togo ou la Côte d'Ivoire. Les groupes armés sont extrêmement violents, allant jusqu'à massacrer plusieurs centaines de civils comme revendiqué par le JNIM en août à Barsalogho. Au Burkina Faso et au Mali, les forces de l'État continuent de réagir par des représailles violentes contre les civils.

Un travail a été entrepris cette année pour préciser nos intentions de travail dans le Sahel. Au Burkina Faso et après plusieurs incidents graves de sécurité, nous ne souhaitons plus exposer nos équipes à

la violence des groupes djihadistes, ni à la suspicion des autorités et au risque d'arrestation ou de disparition de notre personnel. Nous avons donc décidé de ne travailler que dans des zones sous contrôle gouvernemental. Le projet s'oriente vers la prise en charge des populations déplacées, à distance des lignes de front, dans les grandes villes, à Dédougou et prochainement à Ouagadougou. Nous verrons si cette façon de travailler nous laisse suffisamment d'espace pour venir en aide efficacement aux populations déplacées, quelle que soit leur appartenance ethnique.

Décidée en avril, l'ouverture trop tardive d'un projet en Mauritanie suit la même logique : être à distance des zones de conflit et s'adresser essentiellement aux populations déplacées, maliennes cette fois. Ces personnes ont subi des violences particulièrement atroces, des actes de torture jamais vus précédemment dans cette région du monde, perpétrés par les miliciens russes et les forces armées maliennes et documentés par Epicentre lors d'une enquête qualitative. Que faire de ces témoignages est une question encore en cours de discussion.

Au Niger, la principale difficulté pour travailler est liée à la méfiance du pouvoir envers les organisations internationales, aux tentatives de contrôle et à la mise en place de différentes restrictions au déploiement de l'aide. Les autorités ont imposé des escortes armées pour les mouvements humanitaires et instauré de nouvelles procédures administratives complexes pour l'obtention des visas, les ONG doivent se réenregistrer et sont soumises à diverses taxes. Si elles ne se plient pas aux règles édictées, elles sont expulsées du pays, comme le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) en février 2025, accusé de s'ingérer dans les affaires internes du Niger.

Ayant refusé d'utiliser les escortes armées, notre projet est entièrement pris en charge par nos équipes nationales depuis mars. Et, malgré les diverses contraintes, elles arrivent à soigner un grand nombre d'enfants. En 2024, 60 000 enfants malnutris ont été pris en charge à Madarounfa et nous avons réussi à répondre à des urgences, en évaluant nous-mêmes les besoins, par exemple lors des inondations en août. A ce jour, les équipes estiment que ça vaut la peine de s'accrocher, vu les activités médicales conséquentes que nous menons et à un moment où les financements internationaux diminuent. La question des taxes très élevées que nous payons au gouvernement nigérien depuis fin 2023 parce que nous ne sommes plus sous contrat cadre (soit 46% de taxes sur l'importation du Plumpy'Nut et 57% sur le matériel logistique) mériterait une discussion interne plus large et approfondie. Certes, des négociations sont en cours avec les autorités mais il est difficile de savoir à ce jour si elles vont porter leurs fruits.

Enfin, des projets dans des zones sous contrôle ou avec une forte présence de groupes djihadistes sont maintenus au Mali et sont en cours de discussion pour d'autres pays de la région.

En **AFGHANISTAN**, le volume d'opérations MSF toutes sections confondues est très conséquent, et en augmentation. En 2024, les équipes ont effectués 120 000 hospitalisations, soit trois fois plus que l'année précédente. Plus de 400 000 patients ont été consultés en salle d'urgence, 45 000 accouchements effectués et 13 000 enfants sévèrement malnutris pris en charge.

Notre projet de Bamyan destiné à la santé des femmes se développe bien. A Herat, nous sommes confrontés à des épidémies de rougeole à répétition sans pouvoir vacciner. Il devient de plus en plus difficile de mener exclusivement des activités pédiatriques dans l'hôpital d'Hérat alors que tous les services s'effondrent par manque de financements.

Que faire pour supporter nos collègues afghanes est une question importante qui a été discutée au Conseil d'administration en mars mais aussi au cours d'un Conseil d'administration international.

Comme vous le savez, depuis le retour des talibans au pouvoir en août 2021, une cinquantaine de décrets et lois ont été promulgués pour restreindre les droits des femmes. Les femmes ont été presque totalement effacées de la vie publique et de l'espace public.

A MSF, elles représentent 48% du personnel et nos équipes ont mis en place différentes mesures pour qu'elles puissent continuer de se former, de travailler (notamment en leur permettant de prendre des taxis ou en rémunérant un marham, un accompagnant masculin), et encore en mettant à leur disposition des lieux de répit au sein de nos structures. Ce qui est très bien. Cependant, ces activités de soutien et de solidarité avec nos collègues afghanes sont fragiles. Elles dépendent du personnel international qui trop souvent les considère comme secondaires par rapport aux opérations habituelles, voire hors de notre champ de responsabilité. A ce sujet, je vous recommande le podcast La zone critique du Crash où une CO-RH MSF partage des réflexions intéressantes sur la façon dont les staffs internationaux intériorisent les règles talibanes ou sur le type de personnalités le plus à même d'encourager la résistance au sein des équipes. Pour le Conseil d'administration, soutenir notre personnel féminin et leurs filles, répondre à leurs demandes spécifiques, en allant au-delà de notre responsabilité d'employeur, doit être un objectif opérationnel clairement affiché et des moyens doivent y être dédiés. Être en Afghanistan sans effectuer ce travail perd tout son sens.

En Ile de **FRANCE**, nous avons réorienté nos activités en travaillant auprès des jeunes filles mineures, à travers notre centre d'accueil de jour à Pantin, et récemment par l'ouverture d'une maison à Montreuil. Nous avons aussi structuré et consolidé nos activités sur le littoral du Pas-de-Calais, combinant accueil de jour, prises en charge médicale et psychologique et hébergement d'urgence pour la période hivernale.

Suite aux ravages causés par le cyclone Chido à Mayotte en décembre, les activités de secours déployées par MSF nous ont aussi permis de pouvoir témoigner de l'exclusion d'une partie des habitants des bidonvilles de la réponse d'urgence, de l'application de politiques migratoires répressives et de la gestion étatique bien plus sécuritaire que sanitaire de la catastrophe.

Quant à nos activités en **LIBYE**, l'année 2024 nous a enfin redonné la possibilité de travailler avec du personnel international. Dans nos projets à Tripoli et à l'extrême ouest du pays à Zwara, nous continuons à articuler activités médicales (dans et hors des centres de détention) et activités de protection, de mise à l'abri et d'évacuation pour les personnes migrantes très vulnérables et victimes d'abus de tous ordres. En 2024, 34 personnes ont été évacuées depuis la Libye vers l'Italie en partenariat avec MSF Italie. Mais les conditions de travail restent extrêmement précaires : fin mars,

les autorités libyennes ont suspendu les activités des ONG venant en aide aux migrants au prétexte qu'en fixant les migrants dans le pays, elles participaient au remplacement de la population arabe par des Africains noirs, et les valeurs libyennes par l'athéisme et l'homosexualité. Constatée en Tunisie comme en Libye, cette stigmatisation simultanée des migrants et des aidants s'intensifie également en Europe, notamment en Italie, où les contraintes légales ont poussé nos collègues d'OCA à mettre provisoirement un terme à leurs activités en méditerranée.

Un mot enfin sur le **BANGLADESH**, qui est probablement le pays où, à cette date, l'impact des dernières mesures prises par les Etats-Unis risque de se concrétiser rapidement. Alors que la situation des 750 000 réfugiés rohingyas était déjà très précaire (je vous avais parlé l'année dernière de la diminution de l'aide alimentaire d'un tiers par les Nations unies), la réduction du financement d'USAID laisse présager un impact énorme, les États-Unis finançant 50 % de l'aide aux réfugiés. Nous nous attendons à ce que des établissements de santé ferment leurs portes, augmentant la pression sur nos activités. Nous disposons d'un hôpital mère-enfant et d'un projet hospitalier et ambulatoire de prise en charge des maladies chroniques non transmissibles. La mission réfléchit à notre dispositif opérationnel et d'autres moyens de mener nos activités. Mais la question est complexe, voir insoluble: comment faire plus à ressources constantes ?

LA MEDECINE

L'année 2024 a été marquée encore une fois par de nombreuses **épidémies de choléra**, favorisées par les conflits et le changement climatique, notamment au Soudan, en République Démocratique du Congo, au Yémen, à Mayotte, en Zambie, au Nigeria et au Soudan du Sud. Face à ces flambées, nos équipes ont pris en charge environ 25 000 patients. Cependant, nos interventions sont restées essentiellement centrées sur la réponse médicale curative, nous n'avons vacciné qu'une seule fois, au Soudan du Sud, et n'avons qu'une vision parcellaire de la réponse vaccinale mise en place par les autorités. Au Soudan, nous avons pu orienter les campagnes du ministère de la Santé vers les zones où nous étions déjà engagés. Mais ces cas restent rares, et nous manquons d'un cadre clair permettant de s'assurer que, dans les zones où nous intervenons, la population a effectivement accès à la vaccination.

Malgré une augmentation du nombre de doses disponibles cette année, nous restons face à une pénurie mondiale persistante. 20 millions de doses ont manqué pour la réponse aux épidémies et aucune n'a été fournie pour des campagnes préventives. Dans ce contexte tendu, la vaccination n'est envisagée que de manière ciblée, et souvent tardive, dans les zones les plus touchées par une épidémie alors que des campagnes vaccinales préventives, hors épidémie, seraient nécessaires.

Et si les prévisions annoncent une hausse de la production pour 2025, les quantités resteront insuffisantes au regard des besoins mondiaux. Par ailleurs, la baisse globale des financements pour la vaccination, dans un contexte où GAVI finance actuellement les coûts opérationnels, représente une menace réelle pour la réponse à venir.

Il est donc essentiel que nous puissions, pour chaque épidémie, documenter de manière rigoureuse la réponse vaccinale, ou son absence, et affirmer notre position : demander que la population soit vaccinée ou envisager de vacciner nous-mêmes si les conditions nous le permettent.

La **rougeole** est également en recrudescence. En 2024, plus de 9 000 enfants ont été traités par MSF-OCP dont 6 000 hospitalisés. Cependant, là aussi, nous avons peu vacciné. Seules deux campagnes de vaccination réactives à une épidémie ont été menées en 2024, dans la province du Tanganyika en RDC et en 2025, nous avons finalement réussi à nous procurer des vaccins pour l'épidémie en cours à Bambou dans le nord Kivu et à vacciner au Soudan à Tawila. Plusieurs pays comme l'Afghanistan, le Yémen et le Nigeria n'autorisent pas ou rarement les campagnes de vaccination. Et, en RDC, les vaccins ont été bloqués sur les lignes de front.

Au total en 2024, toutes épidémies confondues, nous n'avons mené que 4 campagnes de vaccination contre 21 en 2023. La **vaccination de routine** elle aussi a baissé. En 2024, 1 million de doses de vaccin ont été administrées par les équipes MSF contre 2 à 3 millions au cours des années antérieures. Est-ce conjoncturel, lié aux difficultés d'accès ou la vaccination devient-elle une activité un peu négligée ? Il nous faudra regarder cela de plus près.

Autre épidémie, celle **d'hépatite C** dans les camps de Rohingyas au Bangladesh. En juin 2023, une enquête effectuée par Epicentre avait mis en évidence une prévalence très élevée de l'infection à l'hépatite C : 19,6% parmi la population, soit en extrapolant, 85 000 adultes atteints d'une infection active par le VHC. Il a été décidé de mener une réponse massive en intersection, tout en mobilisant d'autres acteurs. La campagne de dépistage et de traitement a finalement débuté le 16 avril 2025, soit près de 2 ans après les résultats de l'enquête. En 9 jours, 800 personnes ont été dépistées avec des taux de positivité conformes à ce que l'enquête d'épicentre avait trouvé. La mobilisation des autres acteurs est positive car malgré la baisse des financements ce sont 34 000 traitements qui ont été financés, en plus des 30 000 promis par MSF.

Les progrès réalisés au niveau mondial ces dernières décennies sur le **paludisme** plafonnent et les cas augmentent dans de nombreux pays où nous travaillons, notamment en raison des inondations (Soudan du Sud, Tchad, Nigeria, Niger). Nous avons hospitalisé 30% de patients en plus que l'année précédente (soit 82 000 hospitalisations), ce qui est beaucoup. Cependant, le nombre de consultations est resté stable (900 000 patients) et les activités de chimio prophylaxie saisonnière du paludisme sont en baisse dans notre portfolio. Dans le Darfour, à ZamZam et à Tawila, une chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) classique ou mieux, des distributions de masse d'ACT à longue durée d'action auraient été idéales dans ce contexte d'urgence où la mortalité liée au paludisme est élevée, mais nous n'avons jamais eu l'autorisation de mettre en place ces stratégies de masse. Peut-être aurions-nous pu le faire même sans autorisation ou les réclamer publiquement ? En 2024, le vaccin contre le paludisme a fait son apparition et a été introduit par 23 pays en Afrique dans la vaccination de routine. Malheureusement, les couvertures des 3 doses nécessaires semblent basses et jusqu'à présent, nous n'avons pas trouvé la bonne façon de collaborer avec les ministères de la Santé pour renforcer la mise en œuvre du vaccin antipaludique. C'est un des objectifs de l'année. Nous venons de commencer un essai randomisé au Tchad qui vise à comparer deux stratégies différentes de mise en œuvre des vaccins en y associant la CPS et qui bénéficiera à 70 000 enfants. La prophylaxie du paludisme chez les femmes enceintes est aussi un sujet sur lequel nous

devrions progresser. La sulfadoxine-pyriméthamine, vieux médicament et seule prophylaxie disponible à ce jour n'est pas suffisamment utilisée dans nos projets et de nouvelles options mériteraient d'être évaluées pour mieux protéger les femmes enceintes, comme l'utilisation du vaccin anti malarique R21 chez les femmes en âge de procréer.

La nutrition

Après plus ou moins 10 années de stabilisation, les estimations mondiales du nombre d'enfants malnutris sont en constante augmentation depuis 2019. C'est également ce que nous observons dans nos projets avec plus de 200 000 enfants malnutris pris en charge en 2024. A noter là aussi une forte augmentation du nombre d'hospitalisations qui s'explique principalement par une prise en charge en ambulatoire insuffisante, sujette à de nombreuses ruptures d'aliments thérapeutiques.

Au Niger, alors que les produits nutritionnels pour les enfants modérément malnutris sont rationnés et que les hospitalisations ont doublé en 2024 dans notre projet, tous les indicateurs sont présents pour une crise importante lors de la période de soudure qui va commencer.

Au Soudan où une famine a été déclarée, nous avons finalement réussi à mettre en place des distributions de nourriture. Pendant plusieurs mois, seul MSF pouvait atteindre la zone d'El-Fasher-ZamZam et nous avons assuré le transport de nourriture pour la livrer à des partenaires du PAM. Depuis juin 2024, nous avons acheminé 323 tonnes de nourriture thérapeutique et 453 tonnes de nourriture sèche dans le nord du Darfour. 200 autres tonnes sont en cours d'acheminement. Fin décembre, nous avons organisé à Tawila des distributions ciblées sur 15 000 enfants et une réduction des taux de malnutrition a été observée. La reprise probable de nos distributions par le PAM et leurs partenaires est un succès en soi. Si l'insécurité et les défis majeurs d'accès sont réels au Soudan, il nous faut admettre qu'en interne, peu de personnes ont encore cette expérience de l'achat et des distributions de nourriture. C'est une compétence que la cellule des urgences prévoit de renforcer.

Dans le nord-ouest du Nigeria, les zones les plus touchées par la malnutrition sont accessibles, mais là aussi, les suppléments nutritionnels pour les enfants malnutris aigus modérés sont largement insuffisants et nous avons dû financer la totalité des aliments pour les cas sévères. 95 000 enfants malnutris ont été pris en charge dans nos 4 centres de soins ambulatoires. Pendant la période de pic de malnutrition, les familles patientaient parfois plusieurs nuits devant nos centres de soins ambulatoires, dans l'espoir d'être pris en charge, le circuit de soins prenant 6 à 7 heures. D'après les enquêtes nutritionnelles, de larges bassins de population ont vu leurs taux de malnutrition doubler au cours des deux dernières années, avec un enfant sur 3 atteint de malnutrition aiguë alors que les taux de couverture de traitement s'effondrent. Face à cette situation, la décision a été prise d'ouvrir de nouveaux centres ambulatoires et de reprendre le travail de mobilisation fait par les urgences à l'ouverture du projet. Dans ce contexte de crise nutritionnelle chronique touchant un nombre extrêmement élevé d'enfants, nous ne pourrions faire face et n'obtiendrons pas de résultats sans un engagement du gouvernement et du soutien d'acteurs influents nigériens.

Lors du sommet sur la nutrition à Paris, le N4G, nous avons rencontré une délégation nigériane et espérons pouvoir mettre en place l'année prochaine à Katsina un projet pilote de distribution de farines locales mais enrichies. Lors de ce sommet, le Child Nutrition Fund, initiative lancée à la fin 2023 par UNICEF, a été présenté et a bénéficié de fortes dotations par des fondations privées. C'est donc une initiative prometteuse qui vient à point nommé tandis que les financements humanitaires s'effondrent. Nous suivons de près le développement de ce fonds et tentons, avec MSF-UK, de faire partie de son comité de pilotage. OCP a également rejoint une coalition d'ONG qui a appelé à une micro-taxation sur les sodas en France dont le produit serait dédié au financement de la nutrition.

Dans cette partie consacrée aux maladies infectieuses fréquentes comme le paludisme et à la nutrition, vous aurez noté que les hospitalisations sont en fortes hausses alors que les activités vaccinales, de prévention du paludisme et de prise en charge précoce de la malnutrition sont plutôt en baisse. Ceci est peut-être ponctuel, lié à des difficultés d'accès actuelles, mais doit nous questionner sur nos choix, particulièrement quand on sait que nos consultations sont passées ces dernières années de 2 à 4 millions. Ceci sera à examiner dans chaque projet, mais ne serait-il pas préférable de cibler et de combiner des activités de prise en charge précoce et de prévention efficaces plutôt que de faire fonctionner des grands centres de consultation ?

Le travail de mobilisation pour se procurer de nouveaux outils médicaux (notamment pour les femmes enceintes ou pour les patients atteints de pathologies chroniques non transmissibles), reste nécessaire. MSF Access a vu le jour en janvier 2025. Ses intentions sont clarifiées, reste à en voir pratiquement la mise en œuvre. J'en profite pour remercier tous ceux qui ont travaillé avec la Campagne d'Accès, qui, depuis 25 ans, a permis à de nombreux patients à MSF et en dehors de bénéficier de traitements efficaces.

La chirurgie est une activité essentielle où OCP se démarque avec nettement plus d'interventions chirurgicales que les autres centres opérationnels. Les activités sont variées : chirurgie pour les brûlés, orthopédie (en augmentation en raison des activités à Gaza), obstétrique et même oncologie gynécologique. Nous avons peu d'hôpitaux de chirurgie générale et très peu de chirurgie pédiatrique. L'avenir de plusieurs projets chirurgicaux étant incertain (pour des raisons d'insécurité comme à Gaza et Tabarre ou au contraire en raison d'une relative stabilité du contexte, comme à Bangui), une réflexion est en cours pour maintenir suffisamment de projets chirurgicaux.

La physiothérapie ou rééducation continue de se développer à MSF. 180 000 sessions ont été effectuées l'année dernière dans 19 projets. Cette activité pose cependant des questions. Elle a comme objectif d'améliorer la qualité de vie et de réduire les incapacités fonctionnelles et le handicap. Améliorer la qualité de vie est un objectif évidemment louable mais qui pose immédiatement la question de la priorisation de cette activité et de la faisabilité au regard du nombre de patients élevé. En chirurgie, la rééducation est une activité essentielle, et elle doit faire partie du paquet de soins pour tous nos patients brûlés et pour ceux ayant eu une chirurgie orthopédique ou une chirurgie pour fistule vésico-vaginale. Sans rééducation, les résultats de la chirurgie seront médiocres. Le nombre de patients relativement faible fait que cette activité nécessaire est aussi faisable.

C'est autre chose en pédiatrie et en santé de la femme, deux domaines pour lesquels nous explorons l'apport de la physiothérapie mais où le nombre de patients est très élevé. Il faudra certainement limiter la physiothérapie aux patients qui en bénéficieront le plus ou accepter de ne pas faire la même chose partout, certains projets plus petits offrant la possibilité d'une palette de soins plus larges. Par exemple, tous les enfants malnutris aigus sévères auront un bénéfice par suite de séances de physiothérapie, mais la mise en place de cette discipline pour tous les enfants à Katsina n'est pas faisable. Une priorité concerne les enfants atteints de Kwashiorkor qui, sans mobilisation, garderont de graves séquelles. Un autre exemple est celui des femmes atteintes de cancer du col et ayant eu une radiothérapie. A ce jour, 87% de nos patientes ont une sténose vaginale plus ou moins avancée induite par les rayons.

Il y a 2 ans, les directions des opérations et médicale ont décidé de rendre disponible **l'avortement sécurisé** dans tous nos projets, qu'il s'agisse de projets avec une composante santé des femmes ou pas. C'est un objectif que je soutiens et je voulais faire ici un état des lieux.

Entre 2021 et 2024, le nombre d'avortements a été multiplié par 5, ce qui est un progrès en soi. 12 000 femmes ont eu accès à l'avortement sécurisé, 90% d'entre-elles à moins de 13 semaines de gestation. En grande majorité, les femmes reçoivent les pilules abortives d'une sage-femme MSF et les avortements se font à la maison. Aucune complication sévère n'a été enregistrée même si quelques femmes ont dû se rendre à l'hôpital pour avortement incomplet. L'accès à l'avortement sécurisé est présent dans 22 projets (soit 1/3 du portfolio) mais la plupart d'entre eux n'accueillent qu'un faible nombre de patientes, sauf en RDC et au Kenya qui représentent 60% des cas. Cette année seul un nouveau projet a été inclus. Mais depuis 2025, nous faisons partie du réseau ODAS, qui regroupe l'ensemble des actrices et acteurs pour l'avortement sécurisé en Afrique francophone. Grâce à ce réseau, plusieurs opportunités opérationnelles de collaboration ont été identifiées et j'espère qu'elles se réaliseront. Il y a donc des progrès mais qui cachent d'énormes réticences de la part d'une grande partie de nos équipes à la mise en place de ces soins. Les personnes qui essaient font face à de grandes difficultés en interne, voire à une franche hostilité, alors que l'avortement clandestin et les décès maternels qui y sont liés sont extrêmement fréquents dans les pays où nous travaillons. Le CA attend des coordinateurs de terrain, des chefs de mission, particulièrement non médicaux qu'ils s'intéressent au sujet, qu'ils rencontrent les patientes, qu'ils participent aux différents ateliers et qu'ils fassent preuve de créativité opérationnelle pour rendre accessible les comprimés nécessaires aux femmes qui les demandent.

Pour terminer cette partie médicale, je voulais parler de la **télémédecine**, outil très intéressant mais encore sous-utilisé. Une équipe MSF de 17 personnes s'occupe de cette activité pour tous les centres opérationnels et 465 spécialistes bénévoles sont prêts à répondre aux questions des terrains. Le délai moyen de 1ère réponse est de 9 heures. 298 projets utilisent la télémédecine et en 2024, 5236 cas cliniques en ont bénéficié. Il s'agit par exemple d'une jeune femme de 20 ans, enceinte, épileptique depuis l'enfance et qui a vu ses crises convulsives augmenter pendant sa grossesse. Un neurologue et un obstétricien, par télémédecine, ont aidé l'équipe à revoir le plan de traitement. La jeune femme a accouché à terme sans complication.

Même si nos demandes sont en hausse de 50% cette année, OCP reste le plus petit utilisateur du mouvement. Un travail pour rendre plus largement accessible cet outil à nos nombreux cliniciens qui le demandent est nécessaire. Sans prétendre que la télémedecine puisse remplacer les référents médicaux, il me semble qu'elle doit être complètement intégrée au soutien médical à fournir aux terrains.

Au moment où un processus de réflexion sur nos orientations stratégiques est en cours (mené de façon très intéressante, je tiens à le dire), je voudrais terminer cette partie du rapport moral consacrée à l'action et à notre mission sociale en évoquant les bouleversements récents qui, dans un contexte marqué par le repli identitaire et la xénophobie, risquent d'impacter sérieusement le système de l'aide, mais aussi de porter un coup fatal au droit humanitaire international, à la recherche et aux avancées médicales dans les pays plus pauvres, ainsi qu'aux efforts sur le climat. Dystopique s'il en est, ce monde qu'on peut considérer déjà là n'épargne pas la solidarité internationale de plus en plus discréditée. Comment se positionner, comme résister ? Si la discussion sur nos orientations reste ouverte et qu'il nous est difficile à ce stade de prévoir l'avenir, je pense que résister à l'ère du temps, c'est continuer à faire preuve de volontarisme en matière de réduction des inégalités entre collègues, de safeguarding et de droits des patients, d'amélioration de la qualité des soins ou encore de réduction de notre empreinte environnementale. Résister, c'est aussi répondre à la tentation du repli sur soi ou au retranchement dogmatique derrière nos « principes », par des manifestations concrètes de solidarité avec des organismes d'aide en difficulté et par la création de partenariats avec des forces progressistes qui luttent contre des politiques réactionnaires de plus en plus décomplexées. Ce sera le sujet du premier débat de cette assemblée générale.

2. L'Institution

MSF France enregistre ces deux dernières années une **augmentation spectaculaire du nombre d'incidents sévères** (37 en 2024 contre 10 en 2022) qui a été discutée lors du Conseil d'administration du mois de mai. Cette augmentation tient à trois pays – la Palestine, le Soudan et Haïti. Elle est davantage liée aux violences commises contre notre personnel dans leur vie quotidienne qu'aux attaques visant directement MSF. 80% des attaques contre MSF ont visé des structures de santé ou des ambulances. Il s'agit du ciblage des structures de santé par l'armée israélienne à Gaza, du ciblage des structures de santé par les RSF au Soudan, des bombardements indiscriminés de l'armée soudanaise et de l'attaque par la police d'ambulances transportant des membres des gangs blessés à Haïti. Ces attaques, en lien avec l'exercice de la mission médicale, sont en augmentation.

21 événements sur 37 sont des violences subies par notre personnel dans leur vie quotidienne, sans lien direct avec leur travail. En Palestine, 11 incidents sur 16 concernent l'assassinat ou l'arrestation de collègues dans leur maison ou lors de déplacements personnels. Sur 6 incidents survenus en Haïti, 2 sont des enlèvements et 2 autres des tirs à domicile ou dans la rue. 4 collègues ont été tués depuis juin de l'année dernière, 3 à leur domicile.

La dangerosité extrême de certains contextes renforce notre volonté d’ancrer plus solidement les principes de “duty of care” et de solidarité au niveau opérationnel et institutionnel. Il y a toujours eu des initiatives de solidarité au sein de MSF mais je me réjouis que ce travail ait été formalisé et avance dans la bonne direction à OCP. Il s’agit d’un soutien individuel, destiné principalement à des collègues de terrain en situation personnelle d’exception ou de mesures collectives mises en place en raison d’un contexte exceptionnel : comme lors d’une catastrophe naturelle (au Malawi ou en RDC) ou de violences extrêmes (Gaza, Soudan, Haïti) ou encore de situation extrême de privation de droits (soutien au personnel féminin en Afghanistan).

Par ailleurs, **une prise en charge médicale plus ambitieuse pour le personnel recruté localement** et leurs ayants-droits est une nécessité. Les différences de prise en charge médicale entre le personnel national et international ne peuvent plus toujours être justifiées par des capacités de prise en charge qui seraient inexistantes dans nos pays d’intervention. Chaque année, de nombreux collègues recrutés localement décèdent de maladies évitables, qui sont diagnostiquées tardivement et qui auraient pu être prises en charge correctement dans le pays de mission, voire parfois dans un pays voisin. Si les intentions sont là, la mise en œuvre concrète ne se fera pas sans un nouveau modèle qui ne repose pas entièrement sur les opérations et sans des moyens humains et médicaux dignes de ce nom. C’est une ambition du nouveau plan stratégique et le Conseil d’administration suivra cela. A noter que ces dernières années, l’unité Psycho-sociale (PSU) a évolué d’un soutien quasiment exclusif au personnel international vers un soutien au personnel national. Les demandes liées à l’insécurité ont été multipliées par 2 en 2024.

La politique de *safeguarding* approuvée en février 2024 consiste à réagir aux comportements inappropriés, mais aussi à mettre en place un environnement de travail non discriminatoire, protecteur et serein pour le personnel MSF, les patients et leurs accompagnants. Cette année, la « task force safeguarding » du siège s’est attelée à trouver les bons modèles de soutien permettant aux coordinations de mettre en œuvre cette politique, notamment par le déploiement des premiers postes de coordinateurs safeguarding au Bangladesh, en RDC, en Ouganda ou encore au Tchad et au Soudan par la cellule des urgences.

Cette année, la cellule EAMA (en direct ou en appui à la voie opérationnelle) a traité 169 plaintes dont ¼ pour des abus sexuels. 60% des plaintes viennent du personnel national, 24% des internationaux et seulement 16% des patients. 40% des plaignants sont des hommes.

63 abus ont été confirmés contre 38 l’année dernière. Les victimes sont à 80% des femmes et les auteurs à 85% des hommes. La moitié des abus confirmés concerne le harcèlement ou des agressions sexuelles. 4 viols ont été commis dont 3 sur des patientes.

Le nombre de personnes qui n’hésitent plus à porter plainte est en augmentation, ce qui, en soi, est une bonne chose et témoigne d’une sensibilisation renforcée. Il reste beaucoup de travail à fournir, à la fois pour améliorer la qualité de la réponse aux alertes et abus confirmés, notamment le soutien aux victimes ; pour veiller à ce que des mesures adéquates soient prises dans les projets où de graves abus sont commis ; pour donner une cohérence aux sanctions via une référence à une jurisprudence qui n’existe pas aujourd’hui et enfin, pour faire émerger des situations récurrentes de vulnérabilité, à travers une meilleure lecture des données. Il me semble également que les abus les plus graves

comme les viols, ainsi que les mesures décidées doivent être connus précisément par la direction des opérations, la direction générale et la présidence, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

Cette année encore, je voudrais parler du **déséquilibre de genre** dans nos équipes car je considère que la situation est critique. Alors que le diagnostic semble partagé, trop peu d'efforts sont faits pour rééquilibrer nos équipes et permettre que nos collègues femmes ne soient pas bloquées dans leur progression. Les comportements sexistes sont beaucoup trop fréquents sur nos terrains et ce n'est évidemment pas plus acceptable que le racisme.

La proportion de femmes parmi le personnel national est d'environ 32%. On pourrait penser que ce taux est le reflet des sociétés dans lesquelles on travaille mais ce n'est pas toujours le cas. Au Libéria, pays où les femmes travaillent et sont nombreuses à occuper des postes à responsabilité, notamment au ministère de la Santé, les responsables MSF sont quant à eux en très grande majorité des hommes. Au Mali, pays où la priorité a été mise sur le genre, sur 39 postes ouverts en 2024, seulement 12 femmes ont été recrutées. Et même si l'on note une légère inflexion dans le pool international (la première depuis des années), dans certains pays les femmes constituent moins de 20% des équipes internationales (15 % de femmes IMS au Niger, 16 % au Mali, 17 % au Burkina Faso) et elles ne sont que 21% dans le pool des chefs de mission. Sur 600 personnes recrutées par le bureau de Dakar ces 4 dernières années, à peine 150 étaient des femmes. Il est donc urgent de remédier à cette situation, de façon plus volontariste, en s'organisant autrement au sein du département des ressources humaines. Mais cela doit être aussi une priorité des équipes de coordination, dont beaucoup aujourd'hui et c'est une bonne chose, sont issus du personnel national, et ont bénéficié d'une politique active pour leur permettre d'accéder à des postes à responsabilités. C'est ce même type d'effort qui doit être fait pour les femmes, particulièrement pour nos collègues africaines, afin que la lutte contre une discrimination ne se transforme pas en une autre.

La démarche de durabilité ou le green. Deux ans après la validation de notre Feuille de route environnementale, la plupart des actions phares se concrétisent. Les chantiers « gestion des déchets et efficacité énergétique » progressent à un bon rythme. Le travail sur les critères d'achats durables se poursuit à tous les niveaux. Les efforts continus sur notre chaîne d'approvisionnement commencent à porter leurs fruits (meilleur ratio « fret aérien » notamment). Un succès notable de cette année est l'ouverture du hub régional MSF Supply Kenya qui nous permet d'acheminer vers les missions d'Afrique de l'Est, de nombreux articles médicaux à moindre coût carbone. La réduction de nos déplacements aériens est en revanche une action que nous avons insuffisamment travaillée. Enfin, dans le cadre de la réflexion en cours sur les orientations stratégiques, la répartition de nos efforts entre décarbonation et réduction des pollutions locales pourrait évoluer.

Le groupe OCP et l'international. Au niveau international, un sujet actuel en cours d'élaboration est le SPARC. Il vise à rendre lisible les avancées sur les priorités communes au mouvement décidées lors du MSF We Want to be, et sur les grands chantiers internationaux en cours comme la Reward review ou le Supply. Le SPARC intègre aussi la révision de notre modèle de partage de nos ressources financières avec comme ambitions de financer ces engagements internationaux mais avant tout de protéger les montants financiers alloués aux opérations. L'objectif est de finaliser ce modèle en 2026.

Le partenariat OCP se porte plutôt bien comme en témoigne la participation du groupe à l'élaboration des orientations stratégiques. La section américaine, sous une pression importante, est très mobilisée et travaille avec le mouvement afin de sécuriser ses activités, particulièrement de collecte, dans le contexte actuel d'incertitudes.

Cette année, à l'IGA, un nouveau président international sera élu. Mego Terzian se présente et nous lui souhaitons bonne chance. La candidature d'Ubuntu comme nouveau directeur opérationnel sera également soumise au vote. Une discussion aura lieu sur l'évolution du mouvement, concernant entre- autre le nombre de sections et de directorats opérationnels. Elle sera précédée d'une revue historique de l'évolution de MSF et d'une session sur les changements actuels de contexte.

Je conclus ce rapport en remerciant les administrateurs qui quittent le CA cette année, Estrella qui animera la session médicale de demain, et Guillaume Le Gallais dont l'accompagnement m'a été précieux lors de mon premier mandat. Je suis également désolée que notre assemblée générale tombe cette année le jour de l'Aïd et j'adresse à tous nos collègues, à ceux qui n'ont pas pu nous rejoindre et à ceux qui auraient aimé être aujourd'hui en famille, une très bonne fête de l'Aïd (Aïd Moubarak !). Je vous souhaite, à toutes et à tous, une excellente Assemblée générale. Mais avant de répondre à vos questions avec l'ensemble du Conseil d'administration, nous allons prendre quelques minutes pour rendre hommage à nos trop nombreux collègues et amis disparus cette année.

Rapport d'Activité 2024

Ce 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. Les comptes combinés présentés dans le rapport financier sont le reflet de ces activités.

Edito

En 2024, les équipes de Médecins sans frontières ont été confrontées à des crises caractérisées par un niveau de violence extrême contre les populations civiles, dont les humanitaires ont été également victimes, par de nombreuses entraves à l'assistance et des espaces d'intervention particulièrement contraints.

A Gaza, elles ont inlassablement adapté leurs opérations dans un contexte volatile, très dangereux, celui d'une guerre totale menée par Israël contre la population de Gaza, bombardée, privée d'accès à des services de base, soumise à des déplacements incessants, dans un territoire rendu inhabitable. Dans le conflit soudanais entré dans sa troisième année, nos efforts pour venir en aide à une population assiégée et affamée se sont heurtés à de nombreux blocages -approvisionnement, visas, autorisations-, et à des violences directes. En Haïti la situation sécuritaire a continué à se dégrader de façon spectaculaire, aux attaques des groupes armés s'ajoutant des agressions sur les patients MSF, et des menaces sur son personnel de la part des forces de police, nous forçant à suspendre temporairement nos activités. Le conflit entre M23 et forces armées en République Démocratique du Congo s'est embrasé en fin d'année, et des centaines de milliers de personnes ont à nouveau été poussées sur la route tandis que Goma plongeait dans la violence et le chaos, des centaines de blessés par balle débordant ses hôpitaux. Sur plusieurs terrains, la négociation de notre espace d'intervention est de plus en plus difficile : au Sahel, du fait des contraintes imposées par les autorités et de la spirale de violence dont les civils sont victimes ; au Yémen ou en Afghanistan, où les restrictions extrêmes imposés par les Houthis et les Talibans aux femmes, qui les effacent de la vie sociale, pèsent aussi lourdement sur nos collègues féminines.

Dans ces contextes, nous avons dû porter une attention de chaque instant à la sécurité de nos équipes, particulièrement exposées aux bombardements, arrestations et enlèvements, comme en témoigne la hausse importante de nos incidents de sécurité, concentrée sur Haïti, et surtout sur la Palestine et le Soudan. Six de nos collègues ont été tués, à Gaza, au Soudan et en Haïti, ainsi que quatre patients et proches. L'exposition particulière de nos collègues nationaux à ces situations de violence doit nous encourager à renforcer notre esprit de solidarité et de responsabilité partagée envers les équipes -et nos pratiques en la matière, en nous attachant notamment à mettre en place des dispositifs de soutien et de mise à l'abri adaptés à chaque situation.

La concentration de MSF sur des crises aigües, complexes, dans des situations instables ou de conflits se reflète dans notre dynamique opérationnelle et l'évolution de notre portfolio. Ainsi la part de notre budget opérationnel consacrée aux urgences a augmenté de 11%, tirée par notre mobilisation au Soudan et en Palestine, tandis que le nombre total de nos pays d'intervention a réduit cette année, passant de 34 à 30 pays. L'augmentation de certaines de nos activités est également directement liée à notre mobilisation dans ces urgences, comme celle de nos interventions chirurgicales portée par la Palestine et le Soudan, tout comme la hausse spectaculaire du nombre de victimes de violence sexuelles, concentrée sur Haïti et surtout sur le Nord Kivu, où se retrouvent plus de 80% des 29 000 personnes que nous avons prises en charge cette année.

Soulignons également dans ces contextes l'implication continue des équipes MSF sur le front des prises de parole publique : en Palestine, nous avons témoigné avec force des conséquences de la guerre totale menée par Israël contre la population, publiant plusieurs rapports dénonçant une véritable campagne d'éradication des Palestiniens en cours, joignant ainsi notre voix aux organisations des droits humains et aux experts de plus en plus nombreux à dénoncer une guerre génocidaire et un

nettoyage ethnique; au Soudan, nous avons tenté de mobiliser la communauté internationale notamment pour tenter d'enrayer la famine au Nord Darfour et accéder aux populations assiégées.

A côté de notre forte mobilisation sur des terrains en conflit, nous avons à nouveau été particulièrement actifs dans le domaine nutritionnel. Sur les quatre dernières années, le nombre d'enfants souffrant de malnutrition admis dans les programmes OCP, tant en soins ambulatoires qu'en hospitalisation, a presque triplé, une tendance qui s'est poursuivie en 2024 dans la plupart de nos projets, avec une augmentation de 32 % des admissions à l'hôpital et de 10 % des consultations externes, et des hausses particulièrement alarmantes enregistrées à Katsina, au Nigeria, et à Madarounfa, au Niger, où les admissions à l'hôpital ont presque doublé. Cette tendance lourde pose des questions sur notre capacité à mobiliser d'autres acteurs notamment dans l'approvisionnement en intrants thérapeutiques, facteur limitant pour augmenter significativement la prise en charge.

Notons aussi que, pour la troisième année consécutive, la prise en charge sécurisée des avortements dispensée par MSF a connu une augmentation significative, avec une croissance de 29 % en 2024, reflétant l'engagement de MSF à garantir l'accès à ce service vital dans ces pays d'intervention.

L'année 2024 a également été marquée par la poursuite de nos efforts dans plusieurs domaines clefs. Traduite dans une charte des droits des patients, notre volonté d'améliorer nos interactions avec eux, de leur garantir un environnement de soins sûr, a continué à se concrétiser dans plusieurs projets, en République centrafricaine, au Soudan, en Haïti et au Nigeria. En cohérence avec nos efforts dans le domaine des maladies non transmissibles, nous avons également travaillé au développement d'initiatives visant à renforcer l'engagement et l'autonomie des patients dans leurs soins, notamment par le développement de la pair-aidance, en Jordanie, en RCA ou en Ouganda.

Formalisés dans une politique adoptée début 2024, nos efforts en matière de safeguarding se sont intensifiés cette année, à travers le recrutement de fonctions dédiées sur le terrain, et la mise en œuvre d'actions pluridisciplinaires. Nous avons à cet égard une véritable obligation de moyens, tant la prévention active des abus dans nos espaces de soin et de travail nécessite de s'attaquer à l'ensemble de nos pratiques, depuis la façon dont nous mettons en place nos programmes en passant par le recrutement, l'accompagnement, et la composition de nos équipes.

Sur ce dernier point, il nous faut souligner le rôle clef de notre département des Ressources Humaines, qui, après plusieurs années d'activités à un rythme exceptionnel, s'attèle à mettre en œuvre des changements aussi profonds que nécessaires. Parmi eux, l'amélioration des conditions de vie et de travail de notre personnel recruté localement, ainsi que le rééquilibrage du ratio hommes/femmes au sein de nos équipes de terrain, qui s'est détérioré dangereusement ces dernières années.

L'année 2025 a démarré sous de sombres auspices. L'ensemble du système humanitaire est gravement impacté par les décisions de la nouvelle administration des États-Unis, qui a coupé drastiquement ses budgets d'assistance et se désengage du dispositif multilatéral de réponse aux crises, et par des baisses significatives de financement opérées par plusieurs pays européens. L'indépendance financière de Médecins sans frontières, financée à plus de 99% par la générosité privée de donateurs dont le soutien n'a jamais été aussi précieux, nous a préservés du cataclysme direct qui s'est abattu sur les organisations dépendant des fonds gouvernementaux.

Mais nous serons aux premières loges pour témoigner des conséquences de ces décisions, qui vont se dévoiler à mesure que les ruptures d'approvisionnement, les fermetures de cliniques ou la désorganisation des systèmes de santé se feront sentir. Des populations entières risquent de se voir priver de l'accès à des traitements antirétroviraux, antipaludéens, à des soins de santé sexuelle et reproductive, à la vaccination, à une prise en charge nutritionnelle adaptée, tandis qu'un climat d'intimidation frappe les acteurs de la solidarité internationale venant en aide aux migrants, aux femmes, et aux victimes dans certains conflits.

C'est dans ce climat d'incertitude que nous avons entamé la réflexion sur nos orientations stratégiques à horizon 2026-2031, afin de formaliser les priorités que nous allons chercher à maintenir, à renforcer et à protéger. Parmi elles, figureront sans doute notre détermination à rester un acteur humanitaire de premier plan dans la réponse aux conséquences des conflits et aux crises sanitaires majeures, à préserver notre fonction de témoignage, et à nous attaquer à des problématiques médicales négligées telles que les maladies chroniques, dans lesquelles nous investirons nos capacités d'innovation médicale.

Claire Magone,
Directrice générale MSF France

Faits marquants 2024 et perspectives 2025

1. Portefeuille d'activités et dynamique opérationnelle

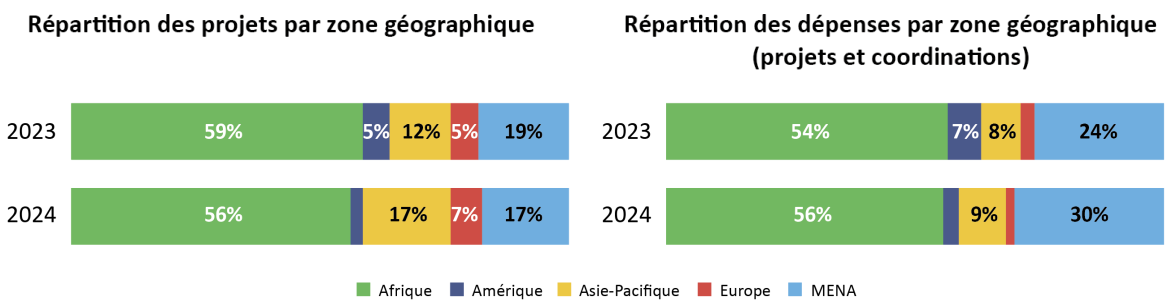
■ Evolution du nombre et de la typologie des projets

En 2024, OCP était présent dans 30 pays, soit quatre de moins qu'en 2023, après des retraits en Irak, au Liban, à Madagascar, au Pérou, au Somaliland et en Turquie, et des ouvertures en Mauritanie, au Myanmar (exploration) et une intervention d'urgence ponctuelle en Zambie.

Le nombre de projets a diminué de 97 à 87. Malgré cela, le portefeuille est resté très dynamique avec un budget sans précédent consacré aux urgences et aux interventions complexes, particulièrement dans les zones de conflit comme le Soudan, la Palestine, la RDC et Haïti. Au cours de l'année, 21 projets ont été ouverts ou réorientés, et 35 ont été fermés, principalement liés aux urgences. 27 projets sont passés en phase d'urgence cette année, contre 35 l'année dernière.

Entre 2023 et 2024, la répartition des projets par zone géographique a évolué en faveur des régions Asie-Pacifique et Europe, tandis que les autres régions, en particulier l'Afrique, voient leurs parts diminuer.

La répartition budgétaire par zone géographique a également évolué, mais pas dans les mêmes régions : si la part de l'Afrique est restée stable, celle de la région Asie-Pacifique a légèrement augmenté tandis que celle de la région MENA a connu une hausse marquée du fait des interventions à Gaza. L'Europe et l'Amérique sont, quant à elles, en retrait.



Typologie de projets

	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de pays	33	36	34	34	30
Nombre de projets travaillés pendant l'année	96	108	106	97	87

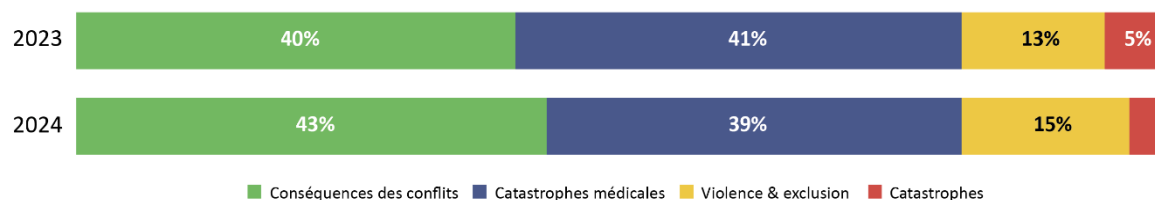
Raison d'intervention	2020	2021	2022	2023	2024
Conséquences des conflits	29	30	37	39	37
Catastrophes médicales	54	64	48	40	34
Violences et exclusion des soins	11	10	14	13	13
Catastrophes naturelles, climatiques, ou industrielles	2	4	7	5	3
Contexte d'intervention					
Zones de conflits ou contextes instables	36	53	49	47	50
Contextes stables	60	55	57	50	37

Evolution des projets par raison d'intervention :

- Les projets consacrés aux conséquences des conflits ont diminué de 39 à 37. Au total, sept projets ont été ajoutés : deux en réponse au conflit au Soudan (distribution alimentaire, Tawila), un au Burkina Faso (Tougan), un en Mauritanie (explo-action à Odj el-Chargi), un au Myanmar (explo-action à Nagaland), un au Yémen (explo-action au Yémen du Sud) et un en RDC (projet VIH à Goma réorienté de la catégorie « catastrophe médicale » vers la catégorie « réponse aux conflits »). Ces nouvelles interventions ont été compensées par la fermeture de cinq projets en 2023 (deux en Ukraine, trois urgences ponctuelles au Tchad, au Soudan du Sud et en Ouganda, un projet au Liban, un projet au Yémen du Sud) et 2 changements de classification de projets (Bria et Carnot en RCA réorientés vers les réponses aux catastrophes médicales).
- Les projets consacrés aux catastrophes médicales sont passés de 40 à 34. Dans cette catégorie, les interventions liées aux épidémies ont légèrement diminué, passant de 14 à 13. Neuf nouvelles interventions ont été enregistrées (six liées au choléra en RDC, en France (Mayotte), au Soudan du Sud, au Soudan et au Yémen, et trois épidémies de rougeole en Afghanistan, au Tchad et au Soudan du Sud). Elles sont compensées par l'arrêt de 10 projets d'urgence en 2023 (deux projets Ebola en Ouganda, trois épidémies de rougeole en RCA, au Tchad et au Soudan du Sud, quatre épidémies de choléra en Haïti et au Malawi, une intervention contre la méningite au Nigeria). Les projets ciblant les maladies endémiques et spécifiques sont passées de 20 à 12 en raison de la fermeture en 2023 de sept interventions au Tchad (UNTA Ndjamen), en Irak (Centre de réhabilitation de Bagdad), à Madagascar (malnutrition), au Malawi (VIH Chiradzulu), en Papouasie-Nouvelle-Guinée (MNT, tuberculose), au Somaliland (tuberculose), en Ouganda (Arua, VIH et tuberculose) et au Yémen (intervention nutritionnelle à Amran) et à la réorientation du projet de Goma (du VIH à la réponse aux conflits). Dans le même temps, un nouveau projet a été ouvert au Bangladesh (dépistage et traitement de l'hépatite C). Les projets en matière de maternité et de pédiatrie sont en augmentation (de 6 à 9) par suite de l'ouverture d'un projet de santé maternelle, néonatale et infantile dans le district de Khyber (Pakistan) et de l'évolution du contexte en République centrafricaine, qui a conduit à la reclassification des projets de Bria et Carnot.
- Les projets consacrés à la violence et à l'exclusion sont restés stables (13). Les deux « nouveaux » projets destinés aux migrants en France et en Libye (réorientation du projet en ile de France concernant la protection des mineurs vers un projet dédié aux filles et femmes migrantes et corridor humanitaire) et le lancement d'un projet à Jiwaka (Papouasie-Nouvelle-Guinée) en faveur des victimes de violences ont été compensés par la fermeture en 2023 de deux projets au Pérou (projets migratoires) et au Soudan (orphelinat de Mygoma).

- Les projets consacrés aux catastrophes d'origine humaine ou naturelle ont diminué de deux (passant de 5 à 3), avec trois interventions en réponse à une tempête en Libye (lancée en 2023), aux inondations au Nigeria (Borno) et à l'ouragan à Mayotte.

Répartition de l'ensemble des projets (directs, à distance, indirects) par raison d'intervention



Les projets consacrés aux *conséquences des conflits* ont ainsi représenté en 2024 43 % des projets, ceux dédiés aux *catastrophes médicales* (39 %), ceux concernant la *violence et à l'exclusion* 15 %, et ceux en réponse aux *catastrophes naturelles* 3 %.

Les contextes d'intervention :

Le nombre de projets situés dans des environnements stables (post-conflit et stables) a considérablement diminué en 2024 (de 50 à 37 projets). Ils représentent ainsi 42% du total des projets. Cela s'explique par les fermetures de projets de l'année précédente (notamment au Liban, à Madagascar, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, au Pérou ou en Ouganda), par des interventions d'urgence ponctuelles en 2023 dans ces contextes (telles que la réponse à Ebola en Ouganda ou les interventions contre le choléra au Malawi) et par des changements de contexte (tels que l'Afghanistan).

Pays	Ouvertures et réorientations de projets (23) en 2024	Fermetures de projets (21) en 2024
Afghanistan	Rougeole à Herat	Rougeole à Herat Soutien à l'Afghanistan Medical Association
Bangladesh	Hépatite C dépistage & traitement	
Burkina	Tougan	
RDC	Choléra au Katanga Déplacés à Kayna	Déplacés à Kayna Binza Déplacés à Rwanguba VIH à Goma
France	Mise à l'abri d'urgence à Calais Choléra à Mayotte Explo Action Cyclone à Mayotte	Choléra à Mayotte
Libéria		Santé mentale à Monrovia Prise en charge pédiatrique à Monrovia
Libye	Couloir humanitaire Libye-Italie	Soutien à l'hôpital de Misrata Réponse d'urgence tempête Derna
Mauritanie	Explo-Action à Hodh el Chargui	
Myanmar	Explo Action à Nagaland (Inde)	

Pays	Ouvertures et réorientations de projets (23) en 2024	Fermetures de projets (21) en 2024
Nigeria	Réponses aux inondations	Urgence diphtérie à Borno Réponse catastrophe naturelle
Papouasie- Nouvelle-Guinée	Victimes de violences à Jiwaka	
Pakistan	Soins de santé maternelle et infantile dans le district de Khyber	
Soudan	Distributions alimentaires au Darfour Tawila Choléra à Kassala	Distribution alimentaire au Darfour Choléra à Kassala
Soudan du sud	Rougeole à Aweil Choléra à Kassala	Rougeole à Aweil Hépatite E à Old Fangak Déplacés et rapatriés
Tchad	Rougeole à Mayo Kebbi	Rougeole à Mayo Kebbi
Yémen	Choléra Explo-action au sud Yémen	Choléra
Zambie	Choléra	Choléra

La dynamique des ouvertures et des fermetures est presque équilibrée cette année. Cet équilibre est assuré par les réponses apportées aux situations d'urgence.

■ Evolution des dépenses opérationnelles

Les dépenses opérationnelles ont augmenté de 4 millions d'euros (+1 %) par rapport à l'année précédente. Portée par les interventions d'urgences principales de l'année, la hausse des coûts s'est concentrée sur la région MENA (+14 millions d'euros, en Palestine) et, dans une moindre mesure, l'Afrique de l'Est et du Sud (+3 millions d'euros, Soudan).

Les dépenses engagées en Afrique de l'Ouest et centrale ont considérablement diminué par suite de fins d'interventions et de l'évolution de certaines devises (-11 millions d'euros, principalement en RDC, au Nigeria et au Tchad). Celles engagées en Europe ont baissé de deux millions d'euros (fermeture de l'Ukraine). L'Asie-Pacifique a enregistré une augmentation d'un million d'euros (principalement au Bangladesh et au Pakistan), tandis que l'Amérique centrale et l'Amérique du Sud ont enregistré une baisse d'un million d'euros (fermeture du Pérou).

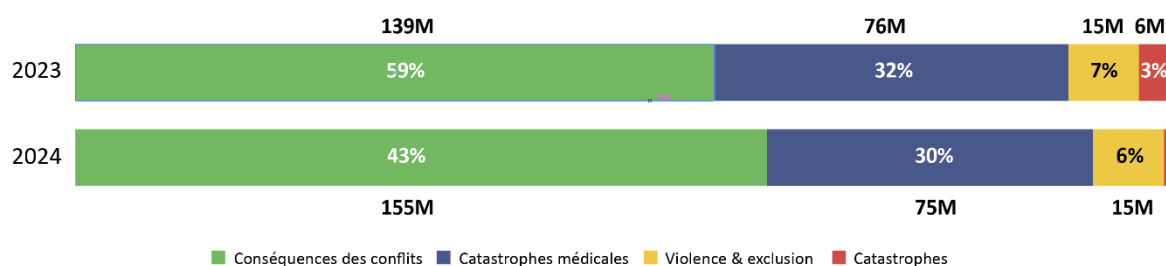
L'évolution du cours des devises a été, cette année encore, favorable, avec un impact positif de près de 14 millions d'euros. Par ailleurs, grâce aux choix effectués ces deux dernières années, les dépenses des projets moyen et long-terme ont été stabilisées. La combinaison de ces deux facteurs a permis d'augmenter les budgets d'urgence de manière importante pour faire face aux besoins des populations.

En millions d'euros	2020	2021	2022	2023	2024	Variation 23/24
Dépenses liées aux projets, y compris les coordinations	226,7	249,3	294,0	297,3	299,9	1%
<i>Projets moyen et long terme</i>	180,7	207,0	237,2	233,0	228,8	-2%
<i>Urgences</i>	46,0	42,3	56,8	64,3	71,1	11%
Autres dépenses opérationnelles	12,1	13,6	17,2	17,3	18,7	8%
Total dépenses opérationnelles	238,8	262,9	311,1	314,6	318,6	1%

L'analyse des dépenses des projets est présentée selon la même classification que les années précédentes et selon deux critères distincts :

- Les principales raisons d'intervention qui sous-tendent chacun des projets : les conséquences des conflits sur les populations, les crises médicales majeures (mortalité élevée liée à des épidémies, des endémies ou d'autres pathologies spécifiques, ou touchant des populations particulières), les violences subies par des populations en dehors de tout contexte de conflit, ou encore l'exclusion des soins de populations marginalisées, ainsi que les catastrophes naturelles, climatiques ou industrielles.
Il est important de souligner que cette classification ne présage pas des activités médicales menées : la prise en charge de maladies spécifiques et endémiques telles que la tuberculose ou le VIH est ainsi intégrée dans de nombreux projets, qu'ils répondent aux conséquences de conflits, crises médicales ou violences.
- Les contextes dans lesquels ces opérations sont menées, qu'il s'agisse de contextes instables et marqués par des conflits armés, ou de contextes stables.

Répartition des coûts par motif d'intervention (projet uniquement)



Les dépenses des projets « conséquences de conflits »

Elles ont augmenté de 16 millions d'euros pour s'établir à 155 millions d'euros, soit 63 % du coût total des projets (4 points de plus qu'en 2023).

Cette hausse est principalement portée par les interventions d'urgence en Palestine (+20 millions d'euros, dont +14 millions pour Gaza et Naplouse et +6 millions en soutien à nos collègues dans le pays) et au Soudan (+7 millions d'euros, Nord-Darfour et Tawila), ainsi que par les activités au Yémen (+3 millions d'euros, fermeture d'Aden) et l'ouverture d'un nouveau projet au Burkina Faso (+1,3 million d'euros, Tougan).

Toutefois, ces augmentations ont été partiellement compensées par la fermeture en 2023 des activités en Ukraine (-2 millions d'euros), une baisse des dépenses au Tchad (-3 millions d'euros, fermeture du projet Arkoum et baisse des dépenses de l'intervention au Tchad oriental) et en Jordanie (-1 million d'euros, Amman).

Par ailleurs, en raison de l'évolution du contexte, les projets de Bria et Carnot en République centrafricaine ont été réorientés et sont désormais considérés comme des *"catastrophes médicales"*, ce qui a entraîné une baisse de 9 millions d'euros dans la catégorie des *« conséquences des conflits »*.

Les dépenses des projets « catastrophes médicales »

Elles ont représenté 30 % du coût total des projets.

Elles se sont élevées à 75 millions d'euros, soit un montant presque équivalent à celui de 2023. Alors que les dépenses consacrées aux maladies endémiques et spécifiques ont diminué de 10 millions d'euros et celles dédiées aux épidémies de deux millions d'euros, les coûts des maternités et pédiatries ont augmenté de 11 millions d'euros.

Les interventions **en réponses aux épidémies** ont représenté cinq millions d'euros, ces urgences ayant été moins importantes cette année. La baisse de deux millions d'euros observée correspond principalement à la réponse au choléra au Malawi en 2023.

Les projets liés **aux maladies endémiques et spécifiques** ont représenté 26 millions d'euros. Les trois quarts de la baisse observée correspondent aux fermetures de projets mises en œuvre en 2023 (tuberculose en Papouasie-Nouvelle-Guinée, VIH à Arua en Ouganda, centre de réadaptation médicale en Irak, décentralisation de la lutte contre le VIH au Malawi, tuberculose au Somaliland) et en 2024 (VIH à Goma, RDC) ; le quart résiduel étant centré sur l'intervention nutritionnelle de Katsina au Nigeria (impact de change et sortie de la phase d'urgence).

Les projets de **maternité et pédiatrie** ont représenté 44 millions d'euros. La hausse constatée a été en grande partie liée au changement de contexte en République centrafricaine et à la réorientation des projets Bria et Carnot (+9 millions d'euros). A cela s'ajoutent le lancement d'un nouveau projet de santé maternelle et infantile dans le district de Khyber au Pakistan, et les augmentations des projets d'Herat (Afghanistan), d'Aweil (Soudan du Sud) et de Moissala (Tchad), partiellement compensées par les baisses enregistrées à Jahun (Nigeria), Koutiala (Mali) et Monrovia (Liberia, préparation de la fermeture).

Dépenses de projets en millions d'euros	2020	2021	2022	2023	2024	Variation 23/24
Conséquences de conflits	95,3	93,1	115,1	139,2	155,0	11%
Catastrophes médicales	74,2	93,4	100,2	75,8	74,8	-1%
<i>Epidémies</i>	23,8	22,3	18,8	6,7	4,7	-30%
<i>Endémies et pathologies spécifiques</i>	22,4	40,7	49,8	36,1	26,4	-27%
<i>Maternités et pédiatrie</i>	28	30,4	31,6	33	43,7	+32%
Victimes d'exclusion des soins ou de violences	15,8	16,2	21	15,4	15,2	-1%
Catastrophes naturelles et humaines	0,6	3	3,2	6,5	0,4	-94%
Total	185,9	205,7	239,5	236,9	245,4	+4%
En zones de conflits ou contextes instables	96,5	120,6	141,5	140,4	165,6	+18%
En contextes stables	89,4	85,1	98	96,5	79,8	-17%

Les dépenses des projets « violences et exclusion »

Les dépenses de ces projets ont représenté 6 % du coût total des projets.

Elles se sont élevées à 15 millions d'euros, soit l'équivalent des dépenses de 2023. Les coûts engendrés par le nouveau projet en Papouasie-Nouvelle-Guinée (Jiwaka) ont été compensés par la fermeture en 2023 des interventions au Pérou.

Les dépenses des projets « catastrophes naturelles, climatiques et industrielles »

Elles ont représenté en 2024 moins de 1 % du coût total des projets, contre 3 % l'année précédente.

Elles se sont élevées à 0,4 million d'euros et ont principalement concerné les réponses aux inondations dans l'État de Borno au Nigeria, la fin de la réponse à la tempête en Libye en 2023, et le lancement de la réponse à l'ouragan à Mayotte.

■ Evolution des activités médicales

	2021	2022	2023	2023	Variation 23-24
Hospitalisations	241 961	252 677	266 598	295 763	10,9%
Consultations	2 649 037	2 986 900	4 098 065	4 022 288	-1,8%
Interventions chirurgicales - (hors césariennes)	36 758	43 090	48 718	49 505	1,6%
Césariennes	4 064	3 481	3 478	4 096	17%
Accouchements	43 402	38 043	40 133	43 618	8,6%
Consultations anténatales	137 680	140 145	184 064	201 169	9,2%
Vaccination de routine (PEV)	970 729	822 653	740 361	812 275	9,7%
Paludisme	614 635	802 478	917 017	913 447	-0,3%
Patients actifs sous ART 1ère, 2ème, 3ème ligne	19 175	17 030	13 830	5 029	-63,6%
Tuberculose - nb patients	4 957	5 665	4 906	4 279	-12,7%
Tuberculose multirésistante -nb patients	153	317	276	231	-16,3%
Hépatite C- nb patients sous traitement	2 586	2 222	1 880	2 101	11,7%
Interruptions de grossesse	2 348	4 816	9 190	11 838	28,8%
Violences sexuelles	5 473	7 619	18 520	28 961	56,3%
Centres nutritionnels intensifs	29 754	37 771	43 856	57 868	31,9%
Centres nutritionnels ambulatoires	88 644	178 282	193 432	212 425	9,8%
Vaccination rougeole	480 450	1 274 649	744 131	153 074	-79%
Consultations individuelles de santé mentale	71 607	79 859	76 632	93 188	21,6%
Consultations Diabète		41 771	43 858	39 110	- 10,8%

En 2024, les consultations générales, le paludisme, la chirurgie et les activités liées aux maladies non transmissibles (MNT) restent globalement stables, tandis que toutes les autres activités ont enregistré une croissance à deux chiffres, à l'exception du VIH et de la tuberculose. La hausse des activités est principalement portée par le Niger, le Nigeria et le Soudan. La baisse des activités liées au VIH et à la tuberculose s'explique par la fermeture de certains projets verticaux au cours des deux dernières années du fait de l'amélioration de l'accès à ces soins dans les pays en question.

- **Les activités de consultation externe** intègrent toutes les consultations ambulatoires, de santé primaire, de physiothérapie, de santé mentale etc. Malgré près de 420 000 consultations supplémentaires réalisées au Nigéria (Katsina), au Soudan et dans une moindre mesure en Palestine, elles ont diminué de 1,8 %. Les baisses les plus marquées ont été enregistrées en RDC (fermeture Rwanguba, Binza, Goma), au Tchad (fermeture d'Arkoum et diminution à Moissala), au Kenya (Ndhiwa), en Syrie (urgences de 2023), au Yémen (urgence de 2023) et en République centrafricaine (baisse à Bria et Carnot).
- Les consultations pour le **paludisme** se sont stabilisées. Trois pays touchés par des inondations ont connu des augmentations significatives : le Mali (Tenenkou), le Niger (Madaroumfa) et le Nigeria (Katsina). Toutefois, ces augmentations ont été compensées par une réduction des activités dans quatre autres pays : Tchad (Moissala par suite de difficultés de collecte de données), Soudan du Sud (Aweil et Old Fangak), Ouganda (urgences de 2023) et RDC (fermetures Binza, Rwanguba).
- **Les hospitalisations** ont augmenté de 11 %. Elles reflètent la hausse des activités observée au Nigeria (Katsina), au Niger (Madaroumfa), au Soudan (Khartoum et épidémie de choléra), au Soudan du Sud (épidémie de choléra), et en Afghanistan (Herat).
- Comme l'an dernier, les **interventions chirurgicales (hors césariennes)** ont enregistré une hausse de 2 %. Portée par les projets en Palestine (+ 2 700), elle est partiellement compensée par la fermeture du projet d'Aden au Yémen.
- Après une baisse en 2023, les activités de **santé mentale** ont fortement augmenté (+22 %), le Bangladesh (Goyalmaria), le Libéria (projet de santé mentale à Monrovia) et la RDC (populations déplacées à Goma) en étant les principaux contributeurs. Dans le même temps, les consultations de groupe ont doublé, principalement portées par le Nigeria (Jahun et Katsina).
- Pour la quatrième année consécutive, bien que dans une moindre mesure, **les activités nutritionnelles** ont continué de croître avec 10 % de consultations additionnelles en centre nutritionnel thérapeutique ambulatoire (ATFC). Cette hausse a plus particulièrement été centrée sur la malnutrition aiguë sévère (+17%). Le Soudan et le Nigeria (Katsina), avec une augmentation de 18 000 consultations chacun, en sont les principaux contributeurs. Les principales baisses ont été observées en RDC (populations déplacées de Goma) et au Tchad (intervention dans l'est du pays).
- Parallèlement, les **admissions en centre de nutrition thérapeutique hospitalier (ITFC)** ont augmenté de 32 %, principalement en raison de l'impact du Nigeria (Katsina) et du Niger (Madaroumfa).
- En ce qui concerne la **santé des femmes, les accouchements par voie basse** ont augmenté de 9 % en 2024, en raison d'un niveau d'activité croissant au Nigeria (Jahun), au Tchad (dans l'Est du pays) et en Syrie (Idlib/Atmeh). Ces 4 000 accouchements supplémentaires ont été partiellement compensés par une diminution des activités au nord du Yémen et au nord du Darfour.
- Après une baisse de 21 % en 2023, **les activités de césariennes** ont fortement augmenté (18%) notamment au Soudan (réponse d'urgence à Khartoum), au Tchad (Est du pays), au Mali (Tenenkou) et au Yémen.

- En ce qui concerne **les soins périnataux, les consultations prénatales** ont augmenté de 9 % après une hausse de 31 % en 2023. Cette nouvelle progression s'explique par l'intensification des activités au Nigeria (Jahun) et au Tchad (Est du pays).
- Pour la troisième année consécutive, **la prise en charge sécurisée des avortements** dispensée par MSF a connu une augmentation significative dans une douzaine de pays, avec une croissance de 29 % (+2 600) en 2024. Les hausses les plus importantes ont été observées en RDC (Goma et Kibirizi), au Kenya (Mathare), en RCA (Bria et Carnot), au Soudan du Sud (principalement à Aweil), au Bangladesh (sur l'ensemble des projets) et au Tchad (principalement dans l'Est du pays).
- Parallèlement, les **soins post-avortement** ont augmenté de 40 %, suivant une tendance similaire. Les pays ayant enregistré les plus fortes augmentations sont les suivants : Soudan du Sud (Aweil), Tchad (tous projets confondus), Nigeria (Jahun) et Yémen (Amran).
- **Les violences sexuelles** ont poursuivi la tendance haussière observée sur les trois dernières années. Pour l'année 2024, il s'agit d'une augmentation de 56 % des activités (ou +10 000 cas), sous l'effet des conflits en RDC, où les cas ont augmenté de 66 % (principalement à Goma et Kibirizi), et en Haïti (projet Cité Soleil), où le nombre de cas a été multiplié par cinq.
- Concernant les activités liées au **VIH**, les tendances observées sont conformes à la stratégie de désengagement des projets verticaux. Ainsi, le nombre de patients actifs sous traitement antirétroviral (ARV) a diminué de 64 % en 2024, à la suite de la fermeture du projet d'Arua en Ouganda et du projet VIH à Goma en RDC.
- Pour la deuxième année consécutive, **la tuberculose** a enregistré une baisse de 13 % malgré un doublement des activités au Bangladesh, en Libye, au Soudan (Nord du Darfour) et au Pakistan (projet dédié au Penjab). Cette baisse est principalement liée à la fermeture des activités en Papouasie-Nouvelle-Guinée (projet NCD-TB), en Ouganda (Arua) et en RDC (projet VIH à Goma).
Il en va de même pour la tuberculose résistante qui, malgré une augmentation de 71 cas au Pakistan (Pendjab), a diminué de 16 % en raison des fermetures de projets mentionnées ci-dessus ainsi que de celle du Somaliland.
- **Pour le diabète, et plus largement pour les maladies non transmissibles**, la baisse observée doit être lue avec prudence en raison de difficultés rencontrées dans le recueil des données.

2. Bilan des interventions d'urgence

■ Urgences gérées par la cellule des urgences

Entre 2020 et 2024, la cellule d'urgence d'OCP a maintenu un niveau d'activité élevé, avec une moyenne de 18 interventions par an couvrant entre 12 et 16 pays. Parallèlement, 13 missions exploratoires ont été menées au cours de cette période, renforçant ainsi une capacité de réponse rapide. En 2024, toutefois, le nombre de projets a nettement diminué (6 missions/pays), conséquence d'un recentrage sur des contextes difficiles, critiques, et complexes, tels que la RDC, le Soudan et la Palestine.

La cellule d'Urgence a également été présente dans l'Est du Tchad jusqu'en juin 2024 (conflits), en Libye en janvier 2024 en raison d'inondations, et en Zambie pour une épidémie de choléra jusqu'en

mars 2024. Elle a aussi mené des missions exploratoires au Liban (août 2024) et en Syrie (début décembre 2024) et apporté son soutien au projet Mayotte (décembre 2024).

L'évolution des typologies d'intervention est marquée par les conflits, qui représentent 75 % des situations d'urgence prises en charge (contre 58 % en 2020), tandis que les épidémies sont passées de 61 % à seulement 13 % des situations en 2024.

En 2024, les cas de violence physique (hors violences sexuelles et basées sur le genre – VSBG) représentent 75 % des cas traités par la cellule d'urgence et 58 % pour les VSBG. Ces chiffres confirment le renforcement de son rôle dans la réponse à la violence dans les contextes de conflit.

Cette année, aucune intervention majeure n'a été menée en réponse à une catastrophe naturelle. Nos interventions se sont concentrées principalement sur la fin des réponses aux inondations en Libye, au Sahel et à Old Fangak, ainsi qu'au typhon aux Philippines.

Soudan

L'année 2024 marque une intensification du conflit entre les Forces armées soudanaises (SAF) et les Forces de soutien rapide (RSF). En décembre 2024, les RSF ont pris le contrôle de plusieurs États stratégiques, dont le Kordofan et la Jazirah, avec des conséquences humanitaires dramatiques : environ 20 % de la population est déplacée, soit 11,5 millions de personnes à l'intérieur du pays et deux millions de réfugiés à l'extérieur.

Les conditions de vie des déplacés sont alarmantes, aggravées par la saison des pluies et la surpopulation des camps, ce qui représente un risque épidémique majeur. Selon le dernier rapport IPC (*Integrated Food Security Phase Classification*) de décembre 2024, 25 millions de personnes souffrent de la faim et 638 000 sont en situation de famine ou en risque. Le système de santé est en effondrement : 80 % des structures dans les zones de conflit sont hors service (OMS), et les acteurs humanitaires sont largement absents. Dans ce contexte extrêmement dégradé, les opérations d'OCP ont été sévèrement impactées par des blocages logistiques (approvisionnement, visas, autorisations de déplacement), des violences directes (évacuations, pertes de personnel) conduisant souvent à une gestion à distance des projets par les collègues des équipes locales.

Malgré cela, des résultats significatifs ont été obtenus avec 17 874 hospitalisations, 19 919 enfants traités pour malnutrition aiguë et 294 819 consultations ambulatoires.

Au Darfour, des activités de masse ont été menées : une campagne de vaccination contre la rougeole pour 35 000 enfants de moins de 5 ans et une distribution alimentaire pour 52 000 personnes. Cependant, la détérioration de la sécurité, notamment avec le siège de Khartoum, El Fasher et Zamzam, a contraint OCP à suspendre ses activités régulièrement en 2024, suite à l'évacuation du personnel mobile international et à l'exposition accrue des équipes locales.

Face à la détérioration de la situation sécuritaire à Zamzam, en mai 2024, OCP a adapté sa stratégie en lançant une intervention humanitaire dans la ville de Tawila, située près de l'épicentre du conflit, avec une population estimée à 200 000 personnes. Cette intervention à Tawila illustre la capacité d'adaptation opérationnelle d'OCP dans un contexte fortement contraint, en maintenant une présence humanitaire proche des zones les plus touchées malgré les obstacles logistiques et sécuritaires.

À Kassala, une épidémie de choléra a été déclarée en août 2024 ; une intervention menée jusqu'en octobre de la même année a permis de traiter 3 317 patients.

Nous maintenons par ailleurs notre présence à l'est du Tchad à Adré notamment afin d'offrir des soins en santé primaire et secondaire à près d'un million de réfugiés qui s'y sont déplacés depuis le début de la guerre et à des populations qui continuent d'y affluer.

Gaza

L'année 2024 a été marquée par l'intensification de l'offensive de l'armée israélienne et une guerre génocidaire sur la bande de Gaza, rendant les conditions de vie inhumaines : accès limité à la nourriture, à l'eau potable, multiples déplacements, bombardements constants, destruction massive des abris et des infrastructures, démantèlement systématique de l'ensemble du système sanitaire, ciblage et assassinat des travailleurs humanitaires et de santé. Fin 2024, selon le ministère de la santé local, plus de 45 000 Palestiniens avaient été tués par les bombardements israéliens, 105 000 personnes avaient été blessées et 1.9 million d'habitants, soit 90 % de la population, avaient été déplacés.

Depuis le début du conflit OCP a dû adapter en permanence ses opérations face à un contexte extrêmement dangereux et volatile et aux déplacements massifs de populations. Ce contexte empêche toute planification à moyen terme, affaiblit les capacités d'intervention médicale, logistique et de coordination, et met en danger les équipes locales et internationales.

Malgré la volonté initiale de donner la priorité au soutien des structures hospitalières du ministère de la Santé, la destruction massive du système de santé et la pénurie aiguë de lits ont conduit OCP à déployer un hôpital de campagne (MFH), une solution vitale face à l'effondrement des capacités hospitalières. Confronté à un accès humanitaire quasi impossible dans le Nord tout au long de l'année 2024, OCP a néanmoins maintenu sa présence dans la ville de Gaza, grâce à l'engagement de son personnel palestinien, en développant ses activités de soins, ainsi que dans le Sud. Au total, 67 828 consultations externes (OPD) ont été réalisées en 2024 à Gaza (Nord et Sud), ainsi que 6 316 consultations de santé sexuelle et reproductive (SHR), 5 775 interventions chirurgicales et 52 359 séances de physiothérapie.

L'approvisionnement en eau potable est resté une priorité vitale, en raison de son impact direct sur la santé publique dans les camps et les zones urbaines sinistrées. MSF est le principal fournisseur d'eau potable dans la bande de Gaza avec 26 500 m³ d'eau distribués.

Parallèlement, un soutien psychosocial et médical a été apporté au personnel de MSF et à leurs familles. Si certains ont pu trouver refuge en Égypte au début de la guerre, la majorité de nos collègues sont restés piégés dans la bande de Gaza, subissant les conditions catastrophiques imposées par cette guerre.

Enfin, nos prises de paroles ont joué un rôle stratégique dans le plaidoyer, permettant de maintenir l'attention internationale sur la campagne d'anéantissement menée contre la population de Gaza et les entraves à l'assistance imposées par Israël.

Cisjordanie

En 2024, le programme OCP a ajusté sa stratégie en raison de perturbations dans l'approvisionnement en médicaments : les cliniques mobiles ont été recentrées sur la santé mentale et la santé des femmes, avec une extension des services aux victimes de violences sexuelles et sexistes, à la planification familiale et aux soins post-avortement. Des cliniques sont déployées à Naplouse, Qalqilya et Tubas.

OCP a également mené un travail de plaidoyer et de documentation, mettant en évidence les obstacles à l'accès aux soins de santé. Un rapport, intitulé « Inflicting Harm and Denying Care » (Souffrances infligées et refus de soins), sur les attaques et les obstructions aux soins de santé en Cisjordanie a été publié en janvier 2025 en collaboration avec OCB.

En 2024, une évolution alarmante a touché le système pénitentiaire. Le nombre de détenus a doublé, atteignant plus de 10 000 personnes en septembre. Les conditions de détention se sont considérablement détériorées, avec des actes de violence généralisés, y compris des actes de torture. En réponse, OCP lancera en 2025 une activité spécifique dédiée aux survivants de la torture, afin de

fournir des soins psychologiques et médicaux spécialisés à cette population particulièrement vulnérable.

Goma

Le Nord Kivu continue de souffrir de la plus longue guerre ayant affecté le pays dans les années 90, impliquant depuis directement le Rwanda qui se pose de manière ouverte en soutien à la rébellion du M23. Cette guerre implique par ailleurs les nombreux groupes armés de la région, d'autres pays d'Afrique Australe en soutien au gouvernement congolais, et se superpose à d'autres crises comme celle provoquée par le groupe armé ADF dans la région nord du Nord Kivu. Sur une population totale de huit millions d'habitants dans la province, cinq millions de personnes ont été déplacées, souvent à plusieurs reprises.

En février 2024, suite à l'avancée du M23, plus de 46 000 ménages déplacés supplémentaires sont arrivés à Goma, entraînant la création d'une dizaine de camps informels. À la fin de l'année, on estimait entre 600 000 et 800 000 le nombre de personnes déplacées vivant autour de la ville. Les conditions de vie dans les camps restent alarmantes : accès limité à l'eau, aux latrines et à la nourriture, risque épidémique élevé (choléra) et violences accrues en raison de la présence d'hommes armés dans ou autour des camps.

Face à cette situation, OCP a mis en œuvre une stratégie multisectorielle visant à répondre aux besoins sanitaires, nutritionnels, sécuritaires et sociaux. Cette stratégie comprend plusieurs volets : soins de santé primaires (y compris santé sexuelle et reproductive (SSR) et prise en charge des violences sexuelles) ; soins de santé secondaires (incluant nutrition et prise en charge des blessés de guerre) ; réponse aux épidémies (prévention et soins) ; distribution de nourriture et de biens de première nécessité (accompagnée d'un soutien socio-économique ciblé), activités WASH (eau, hygiène et assainissement) visant à limiter les risques sanitaires, protection des populations (mesures de limitation des agressions). Cette année encore, OCP continue de fournir des soins au plus grand nombre de victimes de violences sexuelles dans les camps de déplacés. Le nombre de victimes prises en charge a augmenté de 66,8 %, pour atteindre un total de 16 597 en 2024.

Les activités se sont concentrées sur les camps de Rusayo (jusqu'en juillet 2024), Shabindu/Kashaka, Bulengo/Elohim et Kyeshiro, ainsi que sur les centres de santé CCLK et Murara.

■ Urgences gérées par les cellules régulières

Au cours de la période récente, le volume des interventions d'urgence menées par les cellules régulières est resté relativement stable (16), une fois neutralisés les effets exceptionnels liés au COVID-19 et aux activités du projet d'urgences épidémiques (UrgEpi). Les cellules régulières ont fait preuve d'une capacité de réponse constante, avec une bonne réactivité face aux crises.

En 2024, les principales urgences menées par les cellules régulières ont été des réponses aux épidémies, suivies des catastrophes naturelles, des déplacements de population, des crises nutritionnelles et des conflits. Cette tendance diffère de celle observée pour les urgences gérées par la cellule des urgences, à l'exception d'Haïti où le contexte d'extrême violence prédomine et s'aggrave, exposant de plus en plus notre personnel, nos patients et nos opérations.

3. Réponses aux conséquences des conflits sur les populations

Les conflits dans lesquels nous intervenons touchent soit des régions entières, comme les trois pays membres de la nouvelle Alliance des États du Sahel (Niger, Burkina, Mali), soit ont un impact régional susceptible d'évoluer au cours de l'année à venir, comme le Moyen-Orient avec la guerre à Gaza ou les

pays voisins du Soudan. Dans ces pays touchés par des conflits, tous les projets ne se concentrent pas nécessairement sur les conséquences liées aux conflits.

Nous continuons à travailler sur l'amélioration de la prise en charge des victimes de violences, en raison du niveau élevé et persistant des violences de masse contre les populations civiles. Malgré les contraintes telles que l'insécurité pour nos équipes, résultant des stratégies de ciblage de l'aide par les belligérants, et la complexité de l'accès aux populations dans ces environnements, nous restons déterminés à apporter notre soutien.

À Gaza, au Soudan (Zamzam, El Fasher, Khartoum) ainsi que dans de nombreuses villes du Burkina Faso, les sièges sont devenus la norme. Malgré nos efforts pour dénoncer ces situations et mobiliser les acteurs (y compris directement au Conseil de sécurité pour Gaza et le Soudan), notre marge de manœuvre politique pour établir des corridors humanitaires est restée limitée.

Malgré ces défis, des efforts importants ont été déployés pour maintenir l'aide. Dans plusieurs cas, nos collègues nationaux ont décidé de maintenir les opérations malgré l'impossibilité de déployer du personnel international en raison de l'insécurité ou d'absence d'autorisation par les parties au conflit. Dans deux situations au Soudan, nos collègues ont été surexposés à l'insécurité en l'absence de personnel international : à Khartoum où, exposés à la violence des RSF, ils ont dû être évacués ; à Zamzam, où ils ont été empêchés de partir par le groupe armé opérant dans le camp lors d'une offensive des RSF.

Dans ces contextes, malgré nos efforts pour rappeler aux belligérants leurs obligations en matière de protection de la mission médicale et des travailleurs humanitaires, et des discussions fréquentes avec nos collègues de terrain pour tenter de soulever avec eux les risques auxquels ils sont exposés et rendre aussi effectif que possible leur droit de retrait, l'exposition au danger reste très élevée.

Les incidents de sécurité signalés cette année affichent une nette recrudescence. On recense 124 incidents dits « modérés », ayant eu un impact significatif sur le personnel ou les activités opérationnelles — soit une augmentation de 63 % par rapport à l'année précédente. En parallèle, 37 incidents ont été classés comme « sévères », en raison de préjudices graves subis par des individus ou de perturbations opérationnelles majeures, représentant une hausse de 16 %.

Ces événements ont malheureusement causé la mort de 10 personnes et fait 8 blessés parmi les membres du personnel de MSF et leurs proches.

Parmi les incidents sévères, 84 % se concentrent dans cinq pays : la Palestine, le Soudan, Haïti, la République démocratique du Congo et le Bangladesh. Le Soudan et la Palestine à eux seuls regroupent 70 % de ces cas. En élargissant l'analyse, ces deux pays totalisent à eux seuls près de la moitié de l'ensemble des incidents modérés et sévères enregistrés en 2024.

Les projets les plus exposés cette année sont ceux de Gaza, El Fasher et Khartoum, suivis des deux projets haïtiens de Tabarre et Cité Soleil.

■ Haïti, le chaos perpétuel

L'État haïtien est au bord de l'effondrement, et la sécurité de nos équipes et de nos patients reste une préoccupation constante. Cette situation est rendue encore plus complexe par le fait qu'une partie des forces de l'ordre et du mouvement populaire Bwa Kale est ouvertement hostile à MSF et responsable de la plupart des incidents survenus en 2024. Le plus grave a été l'assassinat de trois patients transportés dans notre ambulance, accompagné de menaces graves à l'encontre de notre équipe. Cela a conduit à la suspension complète de toutes les activités de MSF, afin d'obtenir des garanties publiques de soutien de la part des plus hautes autorités du pays. Bien que celles-ci aient été obtenues, elles ne sont pas suffisantes compte tenu du chaos qui règne à Port-au-Prince et du peu de contrôle qu'exerce le gouvernement.

Il est impératif de négocier avec ces deux parties très décentralisées, afin d'assurer la sécurité de notre personnel. Nous avons dû adapter nos opérations en raison de l'augmentation de la violence, notamment en ouvrant une base arrière en République dominicaine. Nos deux projets se développent. Le projet de prise en charge des traumatismes et des brûlés à Tabarre devait être réévalué afin d'optimiser son fonctionnement mais les violences et l'augmentation de son activité de 11% ne nous ont pas permis de le faire. Le projet à Cité Soleil a élargi notre offre de services au-delà de la prise en charge des traumatismes. Nous constatons une augmentation des soins prodigués aux victimes de violences sexuelles avec 1 442 cas pris en charge, le développement des services d'urgence et des lits d'hospitalisation générale y compris pour les traumatismes.

■ Afrique de l'Ouest - l'Alliance des Etats du Sahel

Ce portefeuille présente de nombreux défis alors que nous naviguons entre des groupes djihadistes violents, des Etats organisant une contre-insurrection non moins violente avec leurs alliés internationaux (notamment la Russie), des sociétés civiles fortement polarisées avec un fort sentiment anti-occidental (en particulier anti-français) ainsi que des milices d'autodéfense communautaires. La négociation (ou la clarification) de notre espace opérationnel avec les différents acteurs diffère d'un pays à l'autre.

La redéfinition de notre stratégie dans la région est en cours, prenant en compte différentes dimensions telles que l'expansion ou la redéfinition des projets existants et la nécessité de nous positionner dans des zones moins exposées mais stratégiques pour les populations déplacées, comme les capitales à Niamey et Ouagadougou ou la région de Bassikounou en Mauritanie, près de la frontière malienne. Ce repositionnement doit s'accompagner d'un renforcement des réseaux avec les acteurs étatiques et non étatiques et d'une amélioration de la coordination entre les sections MSF à différents niveaux de la chaîne opérationnelle.

Au Niger, nous avons renégocié nos accords dans le pays consécutivement à leur dénonciation par le nouveau gouvernement. Le projet pédiatrique de Madarounfa a connu une augmentation importante des hospitalisations, en particulier en raison des conséquences du coup d'État sur l'économie, des décisions prises vis-à-vis des acteurs humanitaires et des difficultés du pays à assurer ses approvisionnements en intrants. Nous avons dû restreindre nos critères d'admission : arrêt des traitements pour la malnutrition modérée aiguë et report d'une activité prévue pour prévenir la mortalité infantile et la malnutrition. La situation à Madarounfa reste sensible sur le plan sécuritaire, ce qui entraîne des restrictions de déplacement imposées par les autorités. À ce stade, nous estimons avoir encore une marge de négociation ainsi qu'un projet pertinent pour répondre aux besoins de la population. Le développement d'une activité destinée aux mères accompagnantes et aux victimes de violences sexuelles est en cours. Une mission exploratoire est prévue à Niamey.

Au Burkina Faso,

La négociation avec les appareils sécuritaires reste une priorité afin de déterminer si nous disposons toujours d'un espace opérationnel acceptable dans le pays.

Notre engagement à Tougan a repris suite à la révision de nos pratiques. Notre implication dans cette ville assiégée par le JNIM -*acronyme anglais pour Groupe de soutien à l'islam et aux musulmans*- reste cependant incertaine, au regard des risques encourus par rapport aux résultats médicaux obtenus, même en ajustant le périmètre des services de santé. Nos équipes maintiennent l'objectif de mieux comprendre les situations dans les nombreuses villes assiégées à travers le pays afin d'alimenter nos approches opérationnelles et d'affiner nos modes opératoires dans de tels contextes.

Notre projet médical général à Dédougou est opérationnel, tout comme notre soutien ponctuel au ministère de la Santé à Nouna. Nous devons renforcer notre implication dans les services d'hospitalisation ainsi que dans la prise en charge des maladies chroniques. Une mission exploratoire

est en cours à Ouagadougou afin d'étudier un projet pour les personnes déplacées, éventuellement en partenariat avec des associations locales.

Au Mali, la présence russe y est importante et la violence à l'encontre des civils intense. Ce pays est cependant celui où nos opérations rencontrent relativement le moins de contraintes pour travailler. Malgré l'insécurité, le projet Tenenkou a connu une augmentation de son activité cette année, avec la reprise de nos activités externes et le soutien de quatre Cescom (centres de santé communautaires). À Koutiala, le projet a connu une diminution des admissions et réoriente son périmètre afin de mieux se positionner au niveau régional en réponse à l'impact du conflit tout en maintenant l'accès aux soins secondaires et dans certains centres de santé pour enfants. Notre présence à l'hôpital et en périphérie a été négociée avec le ministère de la Santé, tandis que notre implication dans les Cescom à la frontière avec le Burkina, incluant l'élargissement des critères d'admission aux femmes, est en cours. À Bamako, notre projet d'oncologie fait l'objet d'une mise à plat avec le ministère de la Santé afin de décider conjointement des prochaines étapes du partenariat, tandis que les données de la cohorte développée au cours des cinq dernières années fourniront des éléments clés pour cette réorientation.

Mauritanie : le projet exploratoire ouvert en 2024 visant à répondre aux besoins des populations déplacées du Mali dans la région de Bassikounou est en cours. Le pays est stable et participe à l'approche régionale adoptée, la définition des activités à déployer sur le moyen terme est en cours.

RDC

Au Nord-Kivu, la guerre régionale impliquant directement le Rwanda et plusieurs autres pays africains, ainsi que de nombreux groupes armés, se poursuit et s'étend, en particulier dans le Grand Nord-Kivu et à Masisi. Nous restons fortement engagés dans le Petit Nord-Kivu (Kibirizi, Bambu, Rutshuru, Goma). Le niveau de l'aide humanitaire est largement insuffisant. Nous évaluons actuellement la faisabilité d'une intervention dans le Grand Nord-Kivu, où la population est confrontée à deux crises simultanées (ADF et M23).

Malgré ce contexte, nous développons un large éventail d'activités avec le soutien de trois hôpitaux et de nombreuses activités externes qui sont constamment adaptées selon l'évolution de la situation, des nombreux déplacements de populations, des violences et des épidémies.

■ **Moyen-Orient - Afrique du Nord (MENA)**

Le développement de la guerre à Gaza a eu des conséquences dans toute la région :

Yémen

Depuis le 7 octobre, les Houthis ont déclaré la guerre à Israël et ont perturbé le trafic maritime en mer Rouge. Ils ont été bombardés pendant plusieurs mois par les États-Unis, le Royaume-Uni et Israël. En 2024, leur contrôle sur les ONG s'est intensifié, entraînant des arrestations massives, dont celles de deux membres du personnel de MSF.

Dans le nord du Yémen, nos deux projets de médecine générale à Khameer et Haydan se poursuivent avec certains ajustements : à Haydan, nous prévoyons de réorienter nos activités de chirurgie générale vers l'obstétrique. Dans les deux projets, nous avons formalisé le suivi des patients atteints de maladies chroniques. Ces projets se déroulent dans une zone stable depuis la fin du conflit avec l'Arabie saoudite et offrent des services d'urgence, de pédiatrie, d'obstétrique, de consultations médicales générales pour tous les âges, de chirurgie générale, d'hospitalisation pour adultes, de réponse aux épidémies et d'interventions en situation de crise.

Malgré la diminution de l'aide humanitaire dans le nord, les restrictions imposées par les Houthis au personnel féminin et aux activités opérationnelles (telles que les campagnes de vaccination lors d'épidémies) se sont accentuées.

Dans le sud du Yémen, la situation reste incertaine. Malgré la fermeture du centre de traumatologie d'Aden, nous avons maintenu une présence pour assurer le suivi des patients ambulatoires encore en soins, fournir des services liés à la lutte contre les infections (IPC) et à la bactériologie aux hôpitaux d'Aden, ainsi que d'évaluer d'autres besoins dans le sud en vue d'un projet futur éventuel.

Liban

Nous avons décidé de ne pas intervenir malgré l'offensive menée par Israël en réponse aux attaques du Hezbollah à sa frontière. Une mission exploratoire avait été réalisée en anticipation mais quatre sections MSF étaient déjà présentes au moment de l'escalade.

Syrie

La guerre que mène Israël contre l'Iran et son « Axe de la Résistance » a affaibli l'Iran et ses alliés, notamment le Hezbollah, dans ce pays en guerre depuis plus de dix ans. Le paysage géopolitique a rapidement évolué en décembre 2024, suite à l'effondrement du régime Assad. Nous sommes en train de redéfinir notre position dans le pays, avec le transfert de notre coordination à Damas et la révision de notre implantation opérationnelle, notamment dans le Nord-Est et sur la côte.

Irak / Jordanie

L'hôpital d'Amman continue de fournir des services de chirurgie reconstructive de pointe, rares et essentiels pour les victimes de guerre dans la région. Cet hôpital est un élément clé de nos opérations au Moyen-Orient et au-delà, prenant désormais en charge des enfants évacués de Gaza ainsi que des patients venant de Somalie, tout en évaluant les possibilités avec la Syrie et le Soudan. Nous avons décidé de revenir aux niveaux d'admission d'avant 2024, afin de soigner davantage de patients de Gaza et, éventuellement, de nouveaux patients syriens. Ce projet avance par ailleurs sur l'amélioration de sa qualité avec entre autres la mise en place de la charte des droits des patients ou encore l'analyse collective des événements indésirables de santé.

■ Asie Pacifique

Afghanistan

Depuis la prise en main du pays par les Talibans, l'effacement des femmes de la vie publique et les interdictions totales d'accès aux soins de santé et à l'éducation nous incitent à adapter nos réponses afin de les assister de manière appropriée, en fonction de leurs besoins exprimés et de nos capacités. Le développement de notre projet rural à Bamyân se poursuit avec un projet centré sur la famille, dans lequel nous fournissons des soins de santé aux femmes des villages. Notre activité pédiatrique à Hérat ne cesse de croître, et l'équipe fait face à une charge de travail importante, avec des pics de malnutrition plus longs et plus sévères, ainsi que des épidémies comme la rougeole. Elle prend également en charge des maladies chroniques et congénitales.

Des réflexions sont en cours concernant la possibilité d'offrir des soins aux femmes accompagnant leur enfant dans la structure, en tenant compte des violences qu'elles subissent.

Dans un contexte où la restriction des libertés des femmes constitue une problématique humanitaire, nos collègues féminines sont également affectées. L'organisation d'événements sociaux et la création d'espaces sécurisés pour elles doivent être considérées comme des activités opérationnelles, au même titre que la mise en place de soins incluant un soutien psychologique.

Même si notre financement de l'Association des Sage-Femmes d'Afghanistan (AMA) a pris fin en 2024, celui-ci étant désormais assuré par l'UNFPA, nous maintiendrons un lien avec elle notamment face au retrait des financements humanitaires.

Pakistan

La maternité de Dogra et le projet de soins de santé primaires dans la vallée de Tirah, destinés aux réfugiés afghans dans le district de Khyber Pakhtunkhwa, se trouvent dans une zone de conflit impliquant les forces pakistanaises, les talibans et, dans une moindre mesure, l'État islamique. Le

district est également touché par les tensions entre les communautés chiites et sunnites pakistanaises. Contrairement à l'Afghanistan, le gouvernement pakistanais maintient une position prudente et rigide à l'égard des organisations humanitaires, imposant des restrictions en matière de nationalité et de circulation.

Myanmar

La guerre civile fait rage au Myanmar. Nous apportons notre soutien à une ONG indienne basée au Nagaland, en Inde, afin de fournir un accès aux soins de santé pour les personnes déplacées en provenance du Myanmar.

4. Réponses aux catastrophes médicales

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

- Renforcer la capacité de MSF à fournir des soins individualisés, centrés sur le patient et intégrés. À titre d'exemple, en 2024, nous avons engagé une réflexion critique sur notre approche de la santé des femmes, historiquement axée sur leurs fonctions reproductives, afin de faire évoluer nos pratiques vers une prise en charge plus globale, tenant compte de la diversité de leurs besoins de santé tout au long de la vie.
- Adresser des problématiques de santé négligées pour lesquelles il est nécessaire à la fois d'introduire des produits médicaux non accessibles permettant une meilleure prise en charge, développer des modèles adaptés, différenciés et simplifiés pouvant être déployés, également par d'autres acteurs, à grande échelle ou dans d'autres contextes tels que les situations d'urgence, et induire des changements dans les politiques nationales et/ou internationales.

■ Endémies et maladies spécifiques

Les projets ciblant des maladies endémiques concernent le VIH, la tuberculose, l'hépatite C, la résistance aux antimicrobiens, mais aussi des maladies non transmissibles telles que la malnutrition, les cancers, le diabète, la drépanocytose et les troubles mentaux. Les projets de chirurgie reconstructive sont classés dans la catégorie des conséquences des conflits compte-tenu des populations auxquels ils s'adressent.

Résistance aux antimicrobiens

Dans nos projets sur le terrain, nous continuons d'observer des niveaux élevés de résistance aux antimicrobiens (RAM), en particulier chez les enfants et les nouveau-nés. En 2024, les données issues de huit projets disposant de capacités microbiologiques ont révélé que, sur 1 667 patients atteints d'infections bactériennes, 42 % (soit 700 patients) étaient infectés par des bactéries multirésistantes avec des infections difficiles à traiter, souvent associées à des traitements plus longs, plus coûteux et à des résultats cliniques moins favorables.

L'année 2024 a marqué l'intégration officielle de l'initiative mini-lab (un laboratoire simplifié) dans nos modes de réponse pour la lutte contre la RAM. AntibioGo, outil de santé numérique, est désormais pleinement déployé dans tous les laboratoires MSF et est adopté par un nombre croissant de ministères de la santé dans des pays comme le Mali ou la République centrafricaine.

VIH

En 2024, une étape importante dans la prévention du VIH (prophylaxie pré-exposition – PrEP) a été franchie avec le développement du Lenacapavir, un antirétroviral à action prolongée, administré par injection sous-cutanée tous les six mois. L'essai PURPOSE 1 a démontré une réduction de 100 % de l'incidence du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes recevant le Lenacapavir, aucune infection n'ayant été signalée dans le groupe recevant l'injection par rapport à celles utilisant la PrEP par voie orale.

Malgré cette avancée majeure, des défis importants restent à relever pour garantir un accès équitable au Lenacapavir, en particulier dans contextes à ressources limitées. Si ce médicament est déjà largement utilisé dans les pays à revenu élevé pour le traitement du VIH, son accès à l'échelle mondiale nécessitera un travail coordonné de plaidoyer et de réglementation, notamment par le biais de *MSF Access*, nouvelle organisation visant à promouvoir l'accès aux produits de santé.

Au sein de OCP, nous continuons à fournir des soins directs liés au VIH, en particulier aux patients hospitalisés au Kenya et en République centrafricaine, et nous menons des recherches sur la mise en œuvre de la PrEP injectable avec le médicament CAB-LA enregistré au Malawi (injection tous les 2 mois). Un soutien indirect est apporté dans huit projets, où le dépistage du VIH est couramment intégré aux soins prénataux et aux programmes de lutte contre la malnutrition, avec des orientations vers des services spécialisés pour les cas confirmés, bien que la qualité du suivi soit variable.

Les progrès réalisés dans l'intégration des services liés au VIH dans les soins de routine demeurent limités, en particulier dans le cadre des efforts de collaboration avec les ministères de la Santé. Quelques exceptions notables existent, comme l'intégration des soins VIH dans les services ambulatoires à Old Fangak ainsi que dans les projets du Nord-Kivu.

Les perspectives pour 2025 sont préoccupantes. Les diminutions des financements humanitaires et d'aide au développement, notamment celles des États-Unis, constituent une menace majeure pour les programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose à l'échelle mondiale. Les projets de MSF dépendant souvent des systèmes de santé nationaux financés par le PEPFAR et le Fonds mondial, ces réductions auront probablement des répercussions directes sur notre capacité à maintenir et à intensifier nos activités liées au VIH. Nous n'excluons donc pas, sur certains projets, de réinvestir dans le suivi de certaines cohortes, l'intégration des soins pour ces patients demeurant un enjeu majeur dans les zones à fortes prévalence.

Tuberculose

L'une des principales réalisations en matière de tuberculose (TB) en 2024 a été le lancement de l'initiative intersectionnelle TACTiC (*Treat, Avoid, and Cure TB in Children*). Elle vise à renforcer le diagnostic, le traitement et la prévention de la tuberculose infantile en mettant en œuvre les nouvelles recommandations de l'OMS dans des contextes humanitaires. Elle est déployée dans le cadre des interventions d'OCP aux Philippines, au Pakistan, en République centrafricaine, au Nigeria, en République démocratique du Congo, au Soudan du Sud et en Afghanistan.

En 2024, les résultats préliminaires de la mise en œuvre du projet pilote et de l'étude TB-ALGO, axée sur les algorithmes de décision thérapeutique, ont été présentés lors d'événements clés tels que les Journées pédiatriques et scientifiques de MSF et la Conférence de l'Union.

À Herat, en Afghanistan, l'algorithme de diagnostic a été relancé en 2024 après son interruption en 2022 par le ministère de la Santé en raison de préoccupations dues à un taux élevé de détection des cas et à l'insuffisance des approvisionnements en médicaments antituberculeux. La collaboration est aujourd'hui rétablie.

L'impact de TACTiC s'est également étendu au-delà de ses principaux sites de mise en œuvre. À Goma, par exemple, où MSF intervient dans un contexte d'urgence lié aux déplacements de populations, les équipes ont adopté de manière autonome l'algorithme de décision thérapeutique de l'OMS ce qui a permis une augmentation de 50 % des diagnostics de TB pédiatrique en 2024.

Parallèlement, le projet endTB a continué à produire des résultats significatifs. En 2024, deux réalisations majeures se sont démarquées. L'OMS a officiellement approuvé trois schémas thérapeutiques endTB pour la prise en charge de la tuberculose multirésistante (TB-MR) ou résistante à la rifampicine (TB-RR). Une mise à jour des lignes directrices et du manuel opérationnel de l'OMS est prévue en 2025, incluant ces protocoles— une reconnaissance importante de la contribution de MSF à la stratégie mondiale de lutte contre la TB.

De plus, les résultats de l'essai clinique endTB-Q ont été publiés (prépublication disponible). Ils ont montré qu'un traitement de 6 à 9 mois à base de bédaquiline, de délamanide, de linézolide et de clofazimine (6-9BDLC) permettait d'obtenir un taux de guérison sans rechute de 93 % chez les patients atteints d'une forme limitée de la maladie. Cependant, il s'est avéré moins efficace chez les patients présentant une forme sévère de tuberculose. Le traitement 6-9BDLC pourrait donc être proposé au cas par cas, en évaluant les risques et les bénéfices pour chaque patient.

Hépatite virale B (VHB) et C (VHC)

Malgré la forte prévalence des infections par le virus de l'hépatite B (VHB) et le virus de l'hépatite C (VHC) documentée dans les banques de sang gérées par MSF, l'intégration de mesures de prévention, telles que la vaccination contre le VHB, et l'intensification des efforts de diagnostic et de traitement, tant pour le VHB que pour le VHC, restent difficiles dans l'ensemble de nos projets. En 2024, nos efforts se sont principalement concentrés sur la prévention de l'hépatite B, mais seuls environ 10 000 nouveau-nés ont été vaccinés contre le VHB sur les 46 000 naissances enregistrées dans les structures soutenues par MSF, ce qui souligne les nombreuses occasions manquées.

Au Bangladesh, la réponse à l'épidémie connue de VHC dans le camp de réfugiés de Cox's Bazar, confirmée par une étude de prévalence en juin 2023, a commencé à se concrétiser en mars 2024. Une stratégie de dépistage et de traitement a été élaborée conjointement avec OCB et OCA, en collaboration avec plusieurs partenaires travaillant dans le camp. MSF s'est engagée à assurer le traitement et le suivi de 30 000 patients (10 000 par centre opérationnel), garantissant une prise en charge jusqu'à la réponse virologique finale, mesurée trois mois après le traitement, ou six mois pour les personnes atteintes d'une cirrhose décompensée. Un groupe de travail composé de partenaires s'est mis d'accord sur une stratégie commune et une équipe dédiée, comprenant un chef de projet, un promoteur de santé et des agents de santé communautaires supplémentaires, a été déployée. La campagne de traitement devrait débuter en avril 2025, une fois les médicaments livrés.

À la clinique du personnel à Bangui, en République centrafricaine, des services de dépistage et de traitement du VHB et du VHC sont proposés. En 2024, 575 personnes ont été testées pour le VHB, dont 31 ont été confirmées positives et 24 ont commencé un traitement. Pour le VHC, 75 personnes ont été dépistées et deux patients ont commencé un traitement après le diagnostic.

Une autre contribution importante en 2024 a été la participation de MSF au processus d'élaboration des directives de l'OMS sur la triple élimination. Nos contributions à la section sur le VHB ont été particulièrement appréciées, car elles ont permis de formuler des recommandations pratiques et simplifiées, fondées sur notre expérience opérationnelle.

Nutrition

En 2024, la hausse mondiale de la malnutrition aiguë s'est poursuivie, avec près d'un milliard de personnes souffrant de la faim. OCP a dû faire face à des défis extraordinaires dans la prise en charge de la malnutrition dans plusieurs contextes opérationnels, notamment au Sahel, au Tchad, au Soudan, au Soudan du Sud, en République centrafricaine (RCA), en République démocratique du Congo (RDC), au Yémen et en Afghanistan. Au cours des quatre dernières années, le nombre d'enfants souffrant de malnutrition admis dans les programmes OCP, tant en soins ambulatoires qu'en hospitalisation, a presque triplé. Cette tendance s'est poursuivie en 2024 dans la plupart de nos projets, avec une augmentation de 27 % des admissions à l'hôpital et de 10 % des consultations externes. Les hausses les plus alarmantes ont été enregistrées à Katsina, au Nigeria, et à Madarounfa, au Niger, où les admissions à l'hôpital ont presque doublé.

Des contraintes externes ont fortement entravé la capacité de MSF à intervenir. À Katsina, dans le nord-ouest du Nigeria, malgré les efforts de plaidoyer, la diminution de l'engagement des autres acteurs par rapport à 2023 a entraîné des ruptures d'approvisionnement en intrants thérapeutiques. MSF a dû acheter l'ensemble de son approvisionnement, alors que la situation nutritionnelle était très critique, avec plus de 30 % de malnutrition aiguë globale enregistrée dans certaines zones. Ceci nous a contraint à limiter la couverture géographique et à restreindre les critères d'admission, ne prenant en charge que les cas les plus sévères. Pour répondre à cette situation critique, OCP a poursuivi la mise en œuvre d'un protocole simplifié avec des critères d'admission élargis, traitant 95 000 cas et a ouvert une deuxième structure d'hospitalisation pendant le pic afin de pouvoir hospitaliser plus de 21 000 enfants.

Au Niger, les conséquences du coup d'État ont perturbé les chaînes d'approvisionnement, obligeant MSF à renforcer les critères d'admission et à fermer plusieurs centres de soins ambulatoires. Au Nord Darfour, au Soudan, les données recueillies par MSF lors d'une évaluation rapide en février, puis lors d'un dépistage massif des enfants de moins de cinq ans menés dans le cadre d'une distribution alimentaire générale dans les camps de Zamzam, ont permis de mettre en évidence la gravité de la situation : entre un quart et un tiers des enfants souffraient de malnutrition aiguë, nécessitant une intensification de l'aide alimentaire et nutritionnelle. Mais l'intervention de MSF a été entravée par l'insécurité et les contraintes administratives qui ont interrompu l'accès et l'approvisionnement à Zamzam. Ces données ont été utilisées par l'IPC (*Integrated Food Security Phase Classification*, classification intégrée des phases de la sécurité alimentaire) et le Comité d'examen de la famine pour déclarer le début d'une famine au Soudan en août, soit cinq mois après la publication de ces informations. Du fait des situations complexes et dangereuses à El Fasheer et Zamzam, OCP a ouvert un projet à Tawila où une distribution alimentaire générale pour les enfants de moins de 5 ans a débuté en janvier 2025.

À l'approche de 2025, les perspectives restent sombres. Les prévisions mondiales en matière de sécurité alimentaire se détériorent, aggravées par la suspension de l'aide américaine qui finançait plus de la moitié de l'aide alimentaire ou nutritionnelle internationale. Le climat géopolitique fragile continue de menacer l'état nutritionnel des populations vulnérables. En réponse, MSF entend amplifier la sensibilisation de la communauté internationale à cette urgence croissante.

L'ampleur et la gravité de la crise de 2024 nous poussent également à réévaluer nos modèles de soins pour faire face à des interventions à grande échelle combinant des niveaux de malnutrition extrêmes.

Oncologie

En 2024, les projets à Bamako (Mali) et Blantyre (Malawi) ont continué à incarner l'engagement d'OCP en faveur de l'oncologie dans des contextes à ressources limitées. L'objectif est de garantir un accès équitable à des soins oncologiques de qualité dans des zones souvent négligées par les politiques de santé publique, tout en servant de levier pour influencer les politiques d'accès aux soins de santé.

À Bamako, la mise en place d'une base de données sur les patients et une analyse rétrospective de cohorte ont mis en évidence des résultats encourageants. Le retrait progressif initialement prévu a été réévalué à la suite de ces progrès et à la demande du ministre de la Santé de prolonger notre présence, relançant ainsi un partenariat dynamique avec les autorités.

Au Malawi, les activités de dépistage ont été renforcées grâce à l'étude PAVE (qui combine un dépistage systématique par le test HPV et l'intelligence artificielle), menée avec la Fondation MSF et l'Institut national du cancer des États Unis. Plus de 19 000 femmes ont été dépistées, dont 40 % ont bénéficié d'un test HPV. Cela a permis de détecter plus de femmes à risque de développer un cancer et ainsi d'augmenter le nombre de traitements précoces. Un partenariat local avec une structure nouvellement installée a permis de proposer une radiochimiothérapie sur place à 33 patientes. La prise en charge a également été consolidée grâce à la décentralisation des soins palliatifs, à la physiothérapie postopératoire et à un soutien économique via un partenariat avec GiveDirectly.

Santé mentale

En 2024, la demande de soins de santé mentale a continué d'augmenter, en particulier dans les contextes touchés par la violence. Des réponses spécifiques ont été mises en place pour les populations de Gaza et de Cisjordanie, en parallèle des efforts déjà déployés dans d'autres contextes tels que Haïti, et Goma en RDC.

Plus de la moitié de nos projets offre désormais un soutien en matière de santé mentale. Cela comprend les soins aux victimes de violences, y compris les violences sexuelles (comme en Haïti), aux migrants (comme en France et en Libye), aux patients chirurgicaux et traumatisés (hôpitaux de SICA en RCA et d'Amman en Jordanie), aux victimes de brûlures (hôpital d'Athme en Syrie) et aux patients des services pédiatriques ou de maternité (comme à Adré au Tchad ou à Jahun au Nigeria).

La gestion des patients atteints de pathologies psychiatriques sévères (dépressions graves, psychoses) est intégrée dans plusieurs contextes notamment au Bangladesh, en Syrie et en Palestine. Cependant, le manque de ressources humaines, psychiatres et médecins ayant suivi le programme de formation Mental health Gap (mhGAP) de l'OMS constitue un défi de taille pour assurer la qualité et la sécurité des soins psychiatriques.

Une étape importante en 2024 a été le transfert réussi à WACA de notre projet de Monrovia, qui offrait des soins essentiels aux personnes atteintes de maladies mentales graves et d'épilepsie.

Vaccins contre le paludisme

Le paludisme reste la maladie infectieuse la plus fréquemment traitée par OCP, avec près de 800 000 cas pris en charge en 2024. Si les vaccins contre le paludisme offrent un potentiel prometteur pour réduire à la fois la morbidité et la mortalité, il reste essentiel d'atteindre une couverture élevée pour les trois doses de la série primaire. En 2024, la distribution des vaccins a commencé dans plusieurs pays où OCP est présent, mais les faibles taux de couverture et les possibilités limitées d'intervention directe de MSF ont contribué à des résultats initiaux décevants.

Malgré ces difficultés, OCP reste déterminé à aider les ministères nationaux de la Santé à renforcer le déploiement des vaccins contre le paludisme, en particulier dans les sites où nous menons déjà des activités de routine dans le cadre du Programme élargi de vaccination (PEV).

En 2025, nous introduirons le vaccin antipaludique R21 à Moissala, au Tchad, parallèlement à la chimioprévention saisonnière du paludisme (CPS). Cette double stratégie s'inscrira dans le cadre d'un projet de recherche opérationnelle comparant deux modèles de mise en œuvre du vaccin : son intégration dans les services de PEV de routine ou son administration dans le cadre de campagnes ciblées associées à la chimioprophylaxie saisonnière. Le ministère de la Santé du Tchad a manifesté un vif intérêt et sera un partenaire clé de cette étude. Parallèlement, en République centrafricaine, le PEV a demandé l'appui de MSF pour intégrer le vaccin antipaludique.

Maladies non transmissibles (MNT)

En 2024, MSF a continué à donner la priorité à la prise en charge globale et organisée des patients atteints de maladies non transmissibles (MNT). Des problèmes de complétude et de cohérence des données persistent. Notre attention s'est focalisée sur le diabète, en particulier de type 1 (DT1), la drépanocytose, l'épilepsie, l'hypertension et les troubles mentaux sévères (dépression grave, psychoses).

Des projets clés visant à faire progresser les modèles de prise en charge des MNT sont en cours au Bangladesh, en Syrie, au Kenya (Homa Bay) et en République centrafricaine (Carnot). Parallèlement, les activités de médecine générale adulte et pédiatrique à Cité Soleil (Haïti), Dédougou (Burkina Faso), Tenenkou (Mali), Moissala (Tchad) et Haydan (Yémen) développent des modèles centrés sur le patient qui favorisent l'autonomie et l'autogestion.

Si presque tous les services ambulatoires offrent un certain niveau de prise en charge des MNT, ceux-ci se limitent souvent au renouvellement des ordonnances, avec un suivi et une éducation des patients insuffisants. En conséquence, un nombre croissant de projets cherche à mieux organiser et à étendre les services existants, notamment dans les services ambulatoires afin diminuer les hospitalisations liées à des décompensations aiguës. Les modèles de soins développés présentent des caractéristiques communes : le partage des tâches sous la responsabilité du personnel infirmier, l'accent mis sur la décentralisation et une forte volonté d'autonomiser les patients afin qu'ils puissent gérer leur pathologie en dehors des établissements de santé. Un projet sur le diabète de type 1 lancé en 2024 et combinant éducation des personnels et des patients, suivi des glycémies et injections de l'insuline à domicile en est un bon exemple.

Drépanocytose

En 2024, au moins 2 000 patients atteints de drépanocytose ont été pris en charge dans nos services de consultation externe ou d'hospitalisation. Si la plupart d'entre eux ont reçu des soins de base (vaccination, antibiotiques, prise en charge des complications), le traitement à l'hydroxyurée (HU) reste encore trop limité.

Grâce à une coordination entre OCP, MSF Logistique et MSF Access, un examen complet des formulations disponibles d'HU et de leur prix a été réalisé. Sur la base de nos besoins opérationnels et pharmaceutiques, nous avons choisi d'acheter des formes d'HU pour adultes et pour enfants auprès de Novartis, à un coût réduit (environ un dixième du prix initial). Nous avons organisé une réunion de consensus avec des experts africains et européens sur les indications et la surveillance de l'HU dans le cadre de soins décentralisés.

Ces initiatives ont permis de planifier l'intégration de l'HU dans les protocoles de traitement pour les patients suivis en cohorte dans nos projets à Kasese (Ouganda), Carnot/Bria (République centrafricaine) et Madarounfa (Niger).

Santé des femmes

En 2024, notre stratégie en santé des femmes a été redéfinie, la réduction de la mortalité maternelle restant une priorité, notamment par l'amélioration de la prise en charge des grossesses à risque. Nous faisons évoluer notre offre de soins afin de mieux respecter la dignité et les préférences des femmes, en prenant en compte leurs besoins non liés à la périnatalité tels que les violences, les cancers féminins, la schistosomiase vaginale et l'anémie, et en intégrant l'accès à la contraception et aux avortements médicalisés dans l'ensemble de nos projets.

- *Transformation des soins périnataux en une expérience davantage centrée sur les femmes*
Grâce à un partenariat avec Marie Stopes, nous développons une boîte à outils « Respectful Care » (Soins respectueux) et des modules de formation du personnel qui soutiennent les choix des femmes, tels que le droit d'être accompagnée pendant l'accouchement, l'accès à des analgésiques, une alimentation adéquate et la promotion de l'initiative Zéro Séparation pour maintenir le lien mère-enfant.
- *Consultations de santé complètes pour les femmes en situation de vulnérabilité*
S'inspirant de modèles tels que la clinique Salama à Katsina, au Nigeria, nos projets viseront de plus en plus à fournir des consultations intégrées aux femmes. Outre un soutien à l'allaitement maternel, à la contraception, aux soins prénataux, à l'hygiène menstruelle, ainsi que l'accès à des soins d'avortement sécurisé, ces modèles permettront de prendre en charge tous les autres besoins de santé des femmes : santé mentale, violences, autres maladies.
- *Élargissement l'accès aux soins d'avortement sécurisé (SAC)*
L'accès aux soins d'avortement s'est progressivement élargi sur les deux dernières années et était intégré dans un tiers des projets en 2024, en particulier dans les programmes axés sur la santé sexuelle et reproductive ou les soins aux victimes de violences. Parmi les progrès réalisés, on peut citer le renforcement des partenariats avec la société civile en Afrique de l'Ouest et l'amélioration de la collecte de données. Certains projets, comme ceux de Boucle du Mouhoun (Burkina Faso) et de Cité Soleil (Haïti), ont montré des changements significatifs dans

leur approche de la santé des femmes, avec une augmentation modeste mais significative de ces activités. Cependant, des lacunes persistent en matière d'intégration dans les projets plus généralistes.

■ Épidémies

En 2024, OCP est intervenue en réponse à des épidémies de maladies infectieuses, exacerbées par le changement climatique, les conflits, les déplacements de population, la faible couverture vaccinale et la propagation de maladies à transmission vectorielle. Les principales maladies concernées étaient le choléra, la rougeole, la diphtérie, l'hépatite E et la dengue.

OCP a soutenu les réponses au choléra au Soudan, en République démocratique du Congo (RDC), au Yémen, à Mayotte, en Zambie, au Nigeria et au Soudan du Sud, avec plus de 9 000 patients hospitalisés. Dans le cas de la rougeole, plus de 9 000 enfants ont été traités et plus de 6 000 ont dû être hospitalisés, dont plus de la moitié au Yémen (environ 2 400) et au Nigeria (environ 1 400). Seules deux campagnes de vaccination réactive contre la rougeole ont été menées en RDC, où notre projet URGEPI continue de jouer un rôle essentiel. Une étude réalisée en 2024 par Epicentre en RDC a souligné l'importance des stratégies préventives dans la lutte contre les épidémies de rougeole. Au total, nous avons administré plus de 75 000 doses de vaccins contre la rougeole, le pneumocoque, la pentavalente, le rotavirus et la polio à travers trois campagnes préventives dans le cadre de ce projet.

Enfin, depuis avril 2023, OCP soutient également la réponse à l'épidémie d'hépatite E au Soudan du Sud (Aweil et Old Fangak), avec 321 cas identifiés, dont 75 hospitalisations et 12 décès en 2024. Malgré de nombreux défis (par exemple, des communautés accessibles uniquement par bateau), plus de 12 500 femmes ont reçu au moins une dose de vaccin.

Toutefois, les campagnes de vaccination en réponse aux épidémies ont fortement diminué : seules quatre ont été réalisées en 2024 contre 21 l'année précédente. Cela témoigne d'une réduction de l'espace d'intervention liée aux enjeux de sécurité des contextes d'intervention, à l'absence d'autorisation, ou à la réalisation de ces campagnes par certains pays de manière autonome (rougeole au Sud Soudan, choléra au Soudan).

5.Contextes de violence et d'exclusion des soins

Cette catégorie regroupe les opérations répondant aux besoins de populations subissant des violences - violences sexuelles, mauvais traitements, tortures- dans des contextes liés à la migration, ou des contextes de violence en milieu urbain ou rural hors zones de conflits. Les soins apportés par MSF dans ces situations incluent des soins médicaux et de santé mentale, et peuvent aussi inclure des volets de protection -mise à l'abri, assistance juridique, soutien social. Nous y approfondissons nos savoir-faire pour la prise en charge individuelle et complète des personnes exclues et subissant des violences.

■ Migration

Les conflits récents et actuels au Moyen-Orient et en Afrique poussent de plus en plus de personnes à emprunter les routes migratoires vers les pays occidentaux, qui adoptent en retour des politiques frontalières restrictives et des mesures d'exclusion. Les migrants prennent des risques de plus en plus élevés pour leur propre vie et subissent bien souvent des formes multiples et répétées de violence tout au long de leur parcours — dans leur pays d'origine, dans les pays de transit (notamment en Libye, où les conditions sont particulièrement inhumaines), et même dans certains pays européens.

La migration reste une problématique prioritaire, étroitement liée aux violences. Nos projets ont contribué à développer notre expertise dans la fourniture de soins complets, multidisciplinaires et centrés sur les patients, à destination de personnes exclues et ayant subi des violences, incluant des services de protection et d'accompagnement juridique. Une attention particulière portée aux femmes est en cours de développement en Île-de-France. Notre première cohorte de personnes évacuées de Libye vers l'Italie a été prise en charge.

■ Violences endémiques en milieu urbain ou rural

Nairobi, Kenya : Le projet vise à développer un modèle de prise en charge pour les victimes de violences sexuelles, intégrant un dispositif piloté par des infirmiers, des services élargis dédiés aux adolescents, un centre d'appel d'urgence, ainsi qu'un service d'ambulance pour les situations vitales dans les communautés des bidonvilles.

Jiwaka, Papouasie-Nouvelle-Guinée : Le projet se concentre sur les victimes de violences dans un pays où les violences domestiques et intertribales sont généralisées et fortement prévalentes. L'objectif initial est de réfléchir à des modèles qui, tout en assurant des soins à la population, permettent d'améliorer l'identification des personnes exposées aux violences, en particulier les femmes, afin de leur proposer une prise en charge globale, incluant des services de santé mentale, dans les structures de santé comme dans les communautés. Il prévoit également l'extension du réseau de services de protection, incluant des centres d'hébergement, un soutien social et une assistance juridique. Le projet devrait également permettre à MSF d'élargir son savoir-faire pour prendre en charge d'autres formes de violences basées sur le genre, au-delà des violences sexuelles.

Mashhad, Iran : il s'agit de notre seul projet spécifiquement dédié aux usagers de drogues, tout en fournissant également des soins médicaux aux réfugiés afghans. La stratégie relative aux usagers de drogues sera réévaluée en 2025.

6. Nos ambitions de transformation et nos méthodes de travail

Pour que ces transformations se concrétisent dans les années à venir, mieux organiser le soutien à nos projets est donc aussi essentiel que d'améliorer nos manières de travailler au sein des équipes.

■ La concrétisation de nos engagements de *Safeguarding*

Fin 2023, MSF s'est engagée à travers sa politique de *Safeguarding* à faire évoluer ses pratiques professionnelles et médicales pour garantir des environnements de travail et de soins plus sûrs, protecteurs, mieux traitants et inclusifs.

En 2024, cette politique a été traduite en actions concrètes grâce à un travail pluridisciplinaire. Des outils et cadres d'action ont été élaborés, en lien avec les *Engagements pour un comportement responsable* et les *Droits des patients*, accompagnés de plans d'action par entité et d'une clarification des rôles et responsabilités. Cette approche s'inscrit dans une logique d'intégration transversale, en articulation avec la gestion hospitalière, l'approche centrée sur les personnes, le contrôle interne, la sécurité des patients et de nos personnels, ainsi que nos engagements en matière de diversité, équité et inclusion (DEI).

L'opérationnalisation du *Safeguarding* nécessite du temps et un accompagnement progressif des équipes pour analyser les risques et vulnérabilités liés aux contextes d'intervention, sensibiliser

personnel et patients à la prévention des abus, garantir le traitement des signalements, mettre en œuvre la Charte des droits des patients dans la pratique quotidienne.

Le recrutement constitue un levier essentiel de prévention, avec une attention particulière portée à l'exclusion des profils à risque, à la promotion de la représentation féminine, et à l'identification de candidats alignés avec les attendus en matière d'avortement sécurisé. Le rôle des équipes de coordination et des cellules opérationnelles est clé pour accompagner ces changements, assurer la cohérence des actions et renforcer la qualité relationnelle entre soignants et patients.

Deux référentes *Safeguarding* ont été recrutées au sein du département des Opérations pour accompagner les missions et des coordinateurs *Safeguarding* sont actuellement déployés dans plusieurs contextes : Bangladesh, RDC, Ouganda, Afghanistan (en dispositif intersection), ainsi qu'à Goma, Soudan, Tchad et Naplouse (via la cellule des Urgences). Pour 2025, les pays suivants ont été priorités : Libye, Centrafrique, Ouganda, Kenya, Malawi, Tchad, Sud-Soudan, Nigeria, Papouasie-Nouvelle-Guinée et Pakistan.

Par ailleurs, un poste de coordinateur *Safeguarding* a été intégré au Pool d'urgence, avec pour mission de prévenir les risques d'abus dans les situations d'urgence complexes, où la vulnérabilité des populations est extrême. Les leçons tirées de crises passées, comme l'épidémie d'Ebola en RDC ou des signalements récents au Tchad, rappellent la nécessité de prévenir les abus liés aux déséquilibres de pouvoir entre intervenants et bénéficiaires, en particulier dans les opérations de grande ampleur.

En matière de DEI, notre approche, visant à favoriser l'inclusion et à lutter contre les inégalités dans nos espaces de travail et de soins, a pour objectif le renforcement de la place des femmes à MSF encadré par le Plan Genre impulsé par la direction des ressources humaines.

En février 2024, le projet « Des réseaux de femmes pour un leadership féminin » a été lancé au Mali et au Niger. Il propose des actions concrètes, reproductibles et documentées pour favoriser l'accès des femmes à des responsabilités. Un nouvel atelier et une boîte à outils sont également accessibles pour réaliser des diagnostics de genre et concevoir des plans d'action contextualisés.

■ Approche centrée sur la personne

La Charte des droits des patients est un élément clé pour adopter une approche plus centrée sur la personne et garantir un environnement de soins sûr pour nos patients. La Charte est conçue comme un outil et un cadre d'orientation pour lancer des discussions avec les professionnels de nos projets : elle offre l'opportunité d'évaluer les activités et les pratiques sous l'angle du respect des droits des patients. Elle s'aligne sur les objectifs de qualité validés en 2022 : information des patients et relations entre les patients et les soignants, gestion de la douleur et sécurité des patients. La Charte renforce deux axes majeurs :

- L'amélioration de l'information des patients, comme cela a été fait pour la prise en charge des patients vivant avec le VIH ; l'extension de cette approche aux maladies chroniques non transmissibles, aux femmes bénéficiant de soins de maternité, aux aidants d'enfants hospitalisés et, à terme, à tous nos patients.
- La prise en charge de la douleur, pour laquelle un plan de déploiement et d'amélioration doit être établi dans l'ensemble de nos projets.

Nous avons commencé à mettre en œuvre la charte avec les équipes des projets de SICA (RCA), d'Aweil (Soudan du Sud), d'Herat (Afghanistan), de Tabarre (Haïti) et de Jahun (Nigeria).

Plusieurs initiatives menées par le département médical, en particulier dans le cadre du groupe CDC (Chronic Diseases Care), ont contribué à renforcer l'engagement et l'autonomie des patients dans leurs

soins, notamment par le développement de pairs (RCA, Jordanie, Ouganda). En 2024, le projet pilote de partenariat dans le domaine de la santé au Libéria, qui a soutenu la création de comités de patients et de prestataires de soins, ainsi que la mise en place d'activités conjointes telles que la sensibilisation et l'élaboration de supports d'information, a été fermé et une évaluation du projet pilote a été réalisée afin de tirer les enseignements de l'expérience acquise.

En collaboration avec les équipes de promotion de la santé et les efforts de *Safeguarding*, nous essayons d'encourager la collecte d'expériences des patients au niveau des projets. Des sessions et documents d'orientations ont été élaborés pour soutenir les projets intéressés par une telle approche.

Sous l'impulsion d'OCP, OCBA et OCA, un atelier dédié à la relation patient-soignant a été mis au point. L'atelier « Supportive Relationship in Care » (Relation de soutien dans les soins) est un exercice participatif et réflexif qui vise à approfondir notre compréhension de la relation cruciale entre les prestataires de soins de santé et les personnes qu'ils servent, notamment les patients, les familles et les communautés. Quinze animateurs (dont cinq d'OCP) ont été formés début 2025 pour déployer ces ateliers sur le terrain. L'objectif est d'exposer un maximum de membres du personnel à cette démarche, afin de renforcer notre capacité collective à faire preuve d'empathie et de compassion dans la délivrance des soins.

Parallèlement, une étude qualitative a été lancée par le Département des Opérations et le CRASH, portant sur la relation patient-soignant dans les projets humanitaires à fort volume d'activité. Cette étude vise à explorer comment une ambition de transformation des pratiques de soin est pensée, concrétisée et soutenue, depuis les sièges jusqu'aux terrains d'intervention.

■ PACE - Programme d'action pour le climat et l'environnement

La plupart des actions phares lancées il y a deux ans, pour réduire la quantité de déchets, en améliorer le traitement et pour réduire notre empreinte carbone prennent forme.

Réduire les déchets reste une priorité. OCP apporte son soutien au projet intersection « *Repenser le jetable* » (gants, kits intraveineux). Des efforts sont ainsi déployés pour rationaliser l'utilisation des gants dans les soins infirmiers.

Quant au traitement des déchets, une nouvelle équipe dédiée a travaillé à l'élaboration d'une stratégie de mise en œuvre des « plans de gestion des déchets ». Deux pays les ont déjà déployés (Malawi et Ouganda). Au Soudan du Sud un projet pilote de gestion des déchets dangereux non médicaux a démarré.

En matière de décarbonation, les efforts et les ressources déployés pour améliorer la chaîne d'approvisionnement portent leurs fruits, et les résultats sont visibles dans la baisse structurelle de la part du « fret aérien ». L'optimisation du calcul et de la planification des commandes est un enjeu majeur. Les premiers pilotes d'outils et d'organisation qui y contribueront ont démarré en 2025.

La réduction de la consommation d'énergie se concrétise. Les projets d'isolation et d'énergie solaire représentent la plus grande part des dépenses dédiées à la transition environnementale dans le budget des Opérations.

Notre empreinte carbone a été réévaluée à 101 ktCO₂e pour l'année 2023. Cette estimation est supérieure de 8 % à la dernière référence calculée pour l'année 2019, une croissance toutefois nettement inférieure à l'augmentation de notre budget opérationnel (+32 %) et de nos principales activités médicales (+22 % pour les hospitalisations, +28 % pour les interventions chirurgicales, +91 % pour les consultations).

Cette empreinte reste supérieure à la trajectoire de décarbonisation simulée il y a trois ans, en raison de deux facteurs principaux :

- Nous avons commencé nos efforts de décarbonisation avec un an de retard par rapport à la trajectoire prévue, en raison du temps nécessaire pour finaliser la feuille de route,
- La croissance organisationnelle a été plus importante que l'hypothèse utilisée pour élaborer cette trajectoire.

7. Prises de paroles marquantes

■ Guerre à Gaza

Face à l'entreprise de dévastation et de destruction de la population de Gaza par l'armée israélienne nous avons continué de déployer des efforts de communication continus et intenses au cours de l'année écoulée.

Nous avons avant tout souhaité continuer de témoigner et de rendre compte du sort des Gazaouis et des attaques contre nos propres équipes - onze de nos collègues ont été tués par l'armée israélienne depuis le 7 octobre 2023 - dans un contexte où l'accès pour la presse internationale est interdit, et les attaques sur les journalistes palestiniens incessants. Nous avons ainsi produit un grand nombre d'initiatives de communication en réaction à des événements violents – afflux de blessés dans les hôpitaux gazaouis, attaques contre les structures de santé, annonces de réduction ou d'obstacles à l'acheminement de l'aide -, effectué un grand nombre d'interviews et interventions dans les médias, relayé les témoignages de nos collègues à Gaza, produit des formats documentaires multimédias. Ces efforts ont été particulièrement efficaces autour du premier anniversaire de l'offensive israélienne, en octobre 2024, en tirant profit notamment de la visite à Gaza de notre Présidente, dont le témoignage a été largement relayé dans des médias à très forte visibilité en France et à l'étranger.

Dans un effort de documentation inédit pour MSF, nous avons également produit la plateforme numérique *Gaza, Inside the war*, mise en ligne en avril 2025, qui vise à rendre accessibles publiquement plusieurs centaines d'éléments de première main, témoignages et informations collectées par nos équipes depuis le début de l'offensive israélienne sur Gaza, afin de nourrir le travail des médias, des chercheurs, des organisations de droit de l'homme, mais également de la justice internationale.

C'est dans un même effort de témoignage sur le sort des civils palestiniens, et en particulier des enfants tués et blessés par milliers, que nous avons recueilli et diffusé les témoignages des patients évacués vers notre hôpital de chirurgie reconstructive d'Amman, en Jordanie, et facilité l'accès à l'hôpital pour un grand nombre de médias.

En parallèle, nous n'avons eu de cesse de chercher des axes de mobilisation – seuls ou avec d'autres organisations - pour tenter d'influencer les principaux pays alliés d'Israël, d'abord dans le but d'obtenir un cessez-le-feu, puis une amélioration du sort de la population de Gaza, une diminution de la violence et une amélioration de l'accès à l'aide. MSF-France a ainsi été à l'initiative, en mai et novembre 2024, de deux prises de parole portées par le mouvement MSF en solidarité avec l'UNRWA, cible d'une campagne de criminalisation et finalement interdite de travail par Israël.

A l'occasion de la publication en décembre 2024 du rapport *"Gaza, survivre dans un piège mortel"*, dénonçant la campagne de destruction totale de la population gazaouie menée par Israël, nous avons qualifié la situation dans le nord de Gaza de nettoyage ethnique, et rejoint l'avis d'un grand nombre de juristes et d'organisations qui concluent qu'un génocide est en cours à Gaza. Il s'agissait là de la première utilisation de ce terme par l'ensemble du mouvement MSF sur la Palestine, au prix d'âpres

et longues discussions, la présidente de MSF-France l'ayant toutefois déjà employé dans plusieurs de ses prises de parole à partir du printemps 2024. Si des organisations des droits de l'homme - notamment Amnesty International et Human Rights Watch – ont également utilisé cette qualification, rares sont les organisations humanitaires présentes à Gaza à l'avoir fait.

Ces prises de parole et notre présence régulière dans les médias français nous ont également valu, au même titre que d'autres organisations humanitaires et de droits de l'homme, de faire face à des critiques, des attaques publiques et des campagnes de diffamation par les défenseurs d'Israël. Ainsi en France et aux Etats-Unis, entre autres, des médias ont accusé MSF de partialité, et certains de ses employés de complicité avec le Hamas ou d'autres groupes armés, dans la droite ligne de la propagande orchestrée par les autorités israéliennes contre les acteurs de terrain dénonçant les atrocités à Gaza. En particulier, nous avons été régulièrement accusés d'une forme de complaisance vis-à-vis de la présence de membres du Hamas dans les hôpitaux où nous intervenons, dans un contexte où Israël utilise cet argument pour justifier la destruction du système de santé. Nous avons tenu à rendre accessible publiquement notre position : nous n'avons jamais observé la présence de combattants ou d'activités militaires dans ces hôpitaux.

C'est dans ce contexte de décrédibilisation et de censure de la parole des témoins de la situation à Gaza qu'il faut resituer le refus par la mairie de Toulouse, signifié en décembre 2024, d'héberger notre exposition *"We did what we could"*, construite autour des témoignages des équipes MSF à Gaza, que nous avons présentée au Prix des Correspondants de Guerre Bayeux au mois d'octobre. Nous avons protesté publiquement contre cette décision, notamment par une lettre ouverte au maire de Toulouse, et entrepris de présenter cette exposition dans un lieu privé de la ville à l'été 2025.

Enfin la situation en **Cisjordanie**, confrontée à une augmentation massive des attaques israéliennes depuis le 7 octobre et à une occupation de plus en plus oppressante et violente, a également été une priorité pour nos prises de parole. Si nous n'avons pas toujours réussi à communiquer de façon rapide et réactive face à des attaques contre les civils ou les structures de santé, nous avons participé à la rédaction d'un rapport de plaidoyer, *"Inflicting harm and degrading care"*, publié en février 2025, documentant l'augmentation de la violence à l'encontre des Palestiniens et les entraves aux soins, en particulier depuis le 7 octobre 2023. Le rapport s'appuie également sur l'avis de la Cour Internationale de Justice rendu en juillet 2024, qui décrit le schéma d'oppression systémique mis en place par Israël comme de la ségrégation raciale et de l'apartheid.

■ Guerre au Soudan

Cette année encore, le Soudan a occupé une place prépondérante dans nos efforts de communication, même si le pays continue de ne susciter qu'un intérêt limité de la part de la communauté internationale. Peu de médias internationaux sont autorisés à se rendre sur place, et aucun dans certaines zones du Darfour où intervient MSF-France, ce qui rend d'autant plus important le rôle de témoin privilégié que les rares organisations présentes sur place comme MSF continuent de jouer. Pendant de nombreux mois, nous nous sommes efforcés d'alerter sur la situation au Nord Darfour, particulièrement dans le camp de Zamzam où des taux de près de 30% de malnutrition aiguë, dont 8% de sa forme sévère, ont été rapportés chez les enfants de moins de 5 ans, grâce à une enquête rapide de mortalité et nutritionnelle et un dépistage de masse menés par MSF. Les efforts de mobilisation autour du camp de Zamzam ont été un succès relatif: nous avons réussi à créer une séquence dans les médias internationaux et nos données sont devenues une référence, au point que Zamzam a été le premier endroit du Soudan déclaré en état de famine en août 2024 ; mais malgré nos appels à la mobilisation massive d'autres organisations et à un sursaut politique et diplomatique international, MSF est restée l'une des rares organisations à répondre à cette catastrophe humanitaire.

En mai 2024, au moment où les Forces de Soutien Rapide ont intensifié leur offensive sur la ville d'El Fasher, nous avons incessamment dénoncé les attaques contre les structures de santé, particulièrement l'hôpital Sud, soutenu par MSF, et appelé les parties belligérantes à épargner les civils. Aucun hôpital de la ville n'a cependant été épargné, conduisant au retrait progressif de MSF, alors que le siège imposé sur la ville par les Forces de Soutien Rapide (RSF) n'a cessé de s'empirer au fil des mois.

La situation fut identique à Khartoum. Alors que nos équipes avaient réussi à maintenir pendant plus de 14 mois des activités médicales à l'hôpital Turc, nous avons dû annoncer la suspension de nos activités après que notre personnel a été gravement menacé de mort par les RSF. Là encore, la multiplicité des incidents violents que nous avons subi au cours de l'année écoulée nous a régulièrement conduit à demander publiquement le respect des structures de santé et du personnel médical, en vain. En juillet 2024, avec les autres sections opérationnelles de MSF, nous avons participé à la production et dissémination d'un rapport, *"A war on people"*, qui documente comment les Forces armées soudanaises (SAF) et les RSF ont toutes deux perpétré des violences sur base ethnique, des violences sexuelles, des attaques contre les hôpitaux, le personnel de santé et des zones résidentielles dans l'ensemble du Soudan depuis le début de la guerre.

On estime que ce conflit aurait entraîné le déplacement de plus de 12 millions de personnes. Ces exilés, notamment ceux qui ont trouvé refuge dans les pays voisins, vivent désormais dans des camps où le quotidien est rude. C'est en images, au Tchad, avec le photographe Corentin Fohlen, que nous avons choisi de raconter l'histoire de ces rescapés, issus de la communauté Masalit, qui ont dû fuir le Darfour occidental et les exactions dont ils ont été la cible. Ces clichés ont pu être déclinés en exposition photographique, et présentés au public dans différents festivals en France.

Inlassablement, par le biais de communiqués, témoignages, rapports, images, vidéos, photos, expositions, conférence de presse, nous avons communiqué à destination de différentes audiences sur nos activités et témoigné de la situation des populations civiles, exposant les incidents dont nous avons été victimes, dénonçant les perpétrateurs des exactions dont nous avons eu connaissance, alertant sur la situation nutritionnelle catastrophique et les épidémies en cours, critiquant le système de l'aide et les Nations Unies pour leur manque flagrant de mobilisation, ou incriminant les autorités soudanaises pour les barrières administratives et bureaucratiques imposées à l'acheminement de l'aide. Pour autant, nos appels n'ont rencontré qu'un écho limité. Devant le conseil de sécurité des Nations Unies, par la voix de son secrétaire général Chris Lockyear, MSF a une nouvelle fois en mars 2025 dénoncé deux ans d'inaction et d'indifférence généralisée, et exigé une mobilisation politique et humanitaire d'ampleur dont dépendent des millions de vie.

■ Haïti

Depuis plusieurs années, nous avons intensément communiqué sur Haïti afin de décrire la spirale de violence dans laquelle le pays s'enfonce inexorablement et témoigner des conditions de vie particulièrement effroyables de la population de Port-au-Prince. La publication des résultats d'une enquête Epicentre en mars 2024, réalisée quelques mois auparavant dans le bidonville de Cité Soleil, a mis en évidence une mortalité hors-norme, avec près de 41% de décès liés à la violence. Cette étude de mortalité rétrospective contribue à quantifier ce que nous décrivons depuis plusieurs années : dans certains quartiers de la capitale haïtienne se rendre chez le médecin, aller à l'école ou encore au travail, est devenu extrêmement risqué et se fait au péril de sa vie. Les équipes MSF ne sont pas épargnées par ces exactions, et nous continuons de les dénoncer, comme nous l'avons fait lorsque les forces de police ont proféré des menaces de mort à l'encontre de notre personnel, lorsque plusieurs patients ont été exécutés après que l'ambulance MSF dans laquelle ils se trouvaient a été arrêtée, ou encore lorsque nos activités médicales ont été gravement perturbées par les groupes armés qui ont fermé les

aéroports et ports, empêchant l'importation de médicaments et fournitures médicales et entravant pendant plusieurs semaines l'accès aux soins dans la capitale haïtienne. Dans cet environnement de travail très contraint, la communication de MSF s'efforce de défendre au jour le jour un espace de travail qui permette la continuité des opérations, tout en prenant en compte les craintes des équipes lorsqu'il s'agit de dénoncer les auteurs des violences sur les civils, et de détailler précisément nos activités médicales de prise en charge des blessés - y compris des membres des gangs -, qui sont le reflet de la violence inouïe qui prévaut aujourd'hui à Port-au-Prince.

■ République Démocratique du Congo

En 2024, nos principales intentions de communication sur la République Démocratique du Congo restaient de rendre compte de la situation dans l'Est du pays, et des conditions de vie des quelques 600 000 déplacés qui s'entassaient aux abords de Goma, suite à la reprise des combats entre le groupe armé M23 et l'armée congolaise. Par le biais d'une mini-série de quatre épisodes, nous avons souhaité montrer la vie de quatre femmes d'une même famille, qui racontent leur quotidien dans les camps, fait de violences, d'attente et de l'espoir d'un retour. Ces vidéos dépeignent aussi comment les civils du Nord-Kivu sont pris en étau entre les différents groupes armés, blessés ou tués dans les tirs croisés, victimes de la criminalité et des violences sexuelles.

Ce dernier sujet a d'ailleurs fait l'objet d'une mobilisation particulière tant le nombre de victimes que nous avons pris en charge parmi les déplacés est effarant. Une enquête menée par Epicentre dans plusieurs camps autour de Goma a révélé que plus d'une femme sur dix déclarait avoir été violée. Nous avons donc tenté de médiatiser cette problématique, notamment par le biais d'un rapport publié en septembre 2024, revenant sur le chiffre sidérant de 25 000 personnes soignées dans nos structures en 2023 et appelant l'ensemble des acteurs nationaux et internationaux à agir pour prévenir ces violences et prendre en charge les victimes. La dynamique entamée autour de cette problématique s'est abruptement arrêtée début 2025 lorsque le M23 a effectué des avancées significatives, jusqu'au contrôle total de la ville de Goma, contraignant des centaines de milliers de déplacés à retourner dans leur village d'origine, sans garanties de sécurité. Pendant cette période, grâce à nos équipes restées sur place et qui ont pu prendre en charge des blessés à l'hôpital de Kyeshero, nous avons pu rendre compte du chaos généralisé dans la ville, et des défis humanitaires et médicaux rencontrés et qui persistent aujourd'hui.

■ Afghanistan

En Afghanistan, nous avons pris la parole en décembre 2024 afin de critiquer la décision des Talibans d'interdire l'accès des femmes aux formations médicales, qui s'inscrit dans un contexte de répression et d'invisibilisation sociale des femmes afghanes. Notre communication sur ce sujet reste cependant hésitante, prise entre la volonté de dénoncer un projet de société auquel nous nous opposons et la recherche d'une parole utile pour nos collègues, mais également la crainte de représailles de la part des Talibans, et la volonté d'une partie du mouvement d'ancrer notre positionnement dans une stricte légitimité médicale. Ce sujet demeure un axe de travail pour les équipes Communication de MSF.

■ Sahel

Un autre contexte dans lequel notre activité de prise de parole rencontre des difficultés est le Sahel. Dans les trois pays d'intervention MSF – **Mali, Niger et Burkina Faso** -, le contexte politique de contrôle et de pression exercée sur les médias, les ONG et les organisations de la société civile ne laisse que peu

de place au témoignage MSF sur le sort des populations prises en étau entre les groupes armés, notamment d'obédience jihadiste, et les forces gouvernementales, appuyées par des milices locales ou des supplétifs étrangers. Les équipes MSF sont témoins des violences, des massacres, des privations liées à des logiques de siège que subissent les populations. Nous continuons de promouvoir une culture interne encourageant la remontée d'information, le partage et la discussion des espaces de communication possibles, la recherche de canaux alternatifs de diffusion de l'information. MSF-France soutient également une approche de communication publique systématique des situations où nos activités ou notre personnel se retrouvent directement menacés voire attaqués - ce qui n'est pas acquis aujourd'hui. Par ailleurs l'ouverture d'un projet en Mauritanie en 2025 pourrait nous fournir des opportunités supplémentaires de collecte et de partage de témoignages des populations réfugiées fuyant la violence au Mali.

■ Soudan du Sud

Enfin, nos tentatives d'attirer l'attention sur la situation au Soudan du Sud, confronté à une recrudescence du conflit interne, mais également à une situation humanitaire dramatique aggravée par des coupes radicales de l'aide internationale, s'avèrent souvent infructueuses faute d'intérêt par les médias internationaux. La réponse aux épidémies (choléra), aux pics saisonniers de paludisme, et aux afflux de déplacés et réfugiés soudanais représentent néanmoins des opportunités que nous avons saisi en 2024.

■ Syrie

La chute rapide du régime de Bachar Al-Assad le 8 décembre 2024 ouvre en **Syrie** de nouvelles perspectives opérationnelles, mais les défis demeurent nombreux dans ce pays ravagé par des années de guerre civile. La communication de MSF s'est principalement attachée à décrire l'aide matérielle fournie au cours des premières semaines de 2025 par les équipes médicales dans plusieurs régions anciennement contrôlées par Damas, et à rendre compte d'un système de santé qui s'est effondré, où médicaments, personnels et fournitures médicales manquent considérablement. A Atmeh, dans la province d'Idlib, la situation a peu évolué pour les personnes déplacées, et nous continuons de mettre en avant la prise en charge des grands brûlés, sur laquelle MSF a développé une expertise reconnue. L'évolution du contexte devrait permettre de baser des équipes de communication à Damas et développer ainsi la description du quotidien de la population syrienne.

■ Démantèlement de l'USAID et gel des financements alloués aux acteurs humanitaires et de développement

Les annonces et décisions prises par l'administration Trump en matière d'aide internationale à partir du 20 janvier 2025, comportant notamment le démantèlement d'USAID et le gel des financements alloués aux organisations humanitaires et de développement, mais aussi la sortie des Etats-Unis de l'OMS et d'autres instances de coordination de la recherche médicale et réponse aux épidémies ont plongé dans le chaos et l'incertitude l'ensemble du système humanitaire. Nous avons soutenu le bureau américain de MSF, qui a rapidement développé des prises de position publiques critiquant ces décisions ; et affirmé notre priorité de documenter et montrer leurs conséquences sur nos terrains d'intervention. A ce sujet, le nombre d'exemples tangibles d'impact sur les projets MSF que nous avons pu partager publiquement est resté relativement limité au cours des premiers mois de 2025, les effets les plus importants étant notamment à craindre dans le moyen ou long terme.

Par ailleurs, nous avons défini des principes encadrant notre positionnement public – notamment la liberté qui nous est offerte par notre indépendance financière de maintenir nos positionnements courageux et intransigeants sur des sujets particulièrement controversés pour l’administration Trump, comme la migration, la situation à Gaza, l’accès à l’avortement et la santé reproductive, entre autres; ou encore l’intention de rester à l’affût d’initiatives de positionnement conjointes avec d’autres acteurs afin de dénoncer les effets des mesures sur nos terrains d’intervention.

■ France

Notre communication en France a continué en 2024 à poursuivre une double ambition: d’une part, rendre compte des orientations de nos opérations (suivi des projets à Calais, réorientation des activités en Ile-de-France) et des événements s’y produisant (naufrages dans le Calaisis, évacuation de la Gaîté Lyrique); de l’autre, poursuivre notre plaidoyer, souvent en coalition avec des organisations partenaires, pour un accueil plus digne, la fin de la criminalisation des exilés et des aidants (rapport CAFI en octobre 2024), ou encore pour dénoncer les responsabilités de la France et du Royaume-Uni dans les décès de migrants dans la Manche (commémoration du naufrage de novembre 2021).

Le 14 décembre 2024, le cyclone Chido touche **Mayotte**, notamment l’île de Grande-Terre, causant d’immenses dégâts humains et matériels. Au cours des premiers jours, nous avons principalement communiqué sur l’évaluation des besoins, puis sur le déploiement d’activités médicales ambulatoires et d’accès à l’eau pour les habitants vivant dans des zones d’habitats précaires, notamment à Mamoudzou, et dans des localités isolées. Les activités de secours déployées par MSF nous ont aussi permis de pouvoir témoigner de l’exclusion de la réponse d’urgence d’une partie des habitants des bidonvilles, de l’application de politiques migratoires répressives à l’encontre des personnes étrangères, et de la gestion étatique de la catastrophe, bien plus sécuritaire que sanitaire.

Suite à la dissolution de l’Assemblée nationale par le Président de la République Emmanuel Macron, des élections législatives se en France de manière anticipée fin juin 2024. A cette occasion, MSF a souhaité rappeler son engagement pour le droit fondamental à la santé pour toutes et tous et se mobiliser pour refuser les politiques de tri et d’exclusion des soins. Par la voix de notre Présidente, nous nous sommes également associés à d’autres soignants défendant les mêmes principes d’humanité, et avons diffusé ces messages sur nos canaux par le biais de visuels de mobilisation.

Enfin en septembre 2024 nous avons été présents pour la première fois à la **Fête de l’Humanité**, pour présenter certains de nos sujets prioritaires – notamment Gaza et Haïti - et plus largement sur les enjeux contemporains de l’humanitaire, à travers des conférences interactives, des ateliers de sensibilisation et de découverte de nos métiers, des expositions, des projections de documentaire, entre autres.

■ Communication Médicale

La **tuberculose** reste l’une des thématiques médicales sur lesquelles nous continuons de communiquer régulièrement, pour rappeler les ravages que cette maladie infectieuse cause, mais aussi pour rendre compte des avancées thérapeutiques auxquelles MSF a participé. Nous avons donc communiqué sur la fin de l’essai clinique endTB, qui avait débuté en 2015 en partenariat avec d’autres organisations, et qui a permis de mettre au point trois nouveaux schémas thérapeutiques pour soigner la tuberculose multirésistante. Cette avancée considérable a depuis lors été intégrée dans les recommandations de traitement de l’Organisation mondiale de la santé (OMS). Nous continuons aussi de mettre en lumière les étapes successives de l’essai clinique endTB-Q, qui vise les personnes souffrant de tuberculose pré-

ultrarésistante, une forme de la maladie très difficile à soigner. Enfin, notre plus gros investissement cette année a été d'accompagner la poursuite d'un nouveau projet : TACTiC, qui signifie « dépister, éviter, guérir la tuberculose chez les enfants » (Test, Avoid, Cure Tuberculosis in Children), alors que plus de la moitié des enfants atteints de tuberculose ne sont jamais diagnostiqués. Lors de la journée mondiale de lutte contre la tuberculose en mars 2025, ce fut aussi l'occasion de remettre les défis particuliers de la tuberculose pédiatrique dans le contexte global de baisse des financements internationaux.

La tenue du sommet "Nutrition for Growth" en mars 2025 à Paris a été l'occasion pour mettre à jour et enrichir notre diagnostic et nos demandes en matière de lutte contre la **malnutrition infantile**. Lors d'une table ronde coorganisée avec Alima et d'autres acteurs, MSF a souligné le manque criant de financements qui empêche la mise à disposition d'aliments thérapeutiques pour les enfants malnutris; et soutenu la proposition d'une taxe sur les sodas pour augmenter les financements dans ce domaine. Les tentatives de mobiliser les autorités, les partenaires humanitaires et les bailleurs de fonds au sujet de la situation dans le nord-ouest du **Nigeria**, et en particulier à Katsina, se sont également poursuivies, bien que les résultats en termes d'augmentation de l'aide humanitaire restent modestes face aux besoins.

La prise en compte de l'**urgence climatique** dans notre communication, comme l'un des facteurs expliquant les crises auxquelles nous répondons, est un axe de discussion depuis plusieurs années. Pour ne pas hyper-simplifier la complexité de la réalité sur nos terrains d'intervention, nous avons choisi d'intégrer le facteur climatique dans nos narratifs, sans qu'il cache les déterminants politiques et/ou économiques des crises que nous observons. Ceci a pris la forme d'un produit de communication ambitieux : *Les naufragés d'Old Fangak*, un documentaire décliné en plusieurs supports et diffusé sur différents canaux digitaux MSF, qui revient sur les inondations récurrentes et hors-norme observées au Soudan du Sud ces dernières années. Le documentaire ancre l'histoire des personnages dans une réalité politique complexe, explore les différents facteurs ayant mené aux inondations, tout en décrivant les problématiques médicales spécifiques liées à la montée des eaux, comme les pneumonies, les infections bactériennes cutanées, les maladies diarrhéiques ainsi que le choléra et les hépatites A et E.

8. Ressources Humaines

■ RH 2024 : Consolider les transitions, accompagner les équipes.

Après une période prolongée d'activité à un rythme exceptionnel, l'année 2024 a connu un ralentissement relatif, qui a mis en lumière d'autres défis importants pour la fonction RH. Ce changement s'est notamment traduit par une diminution d'environ 15 % du nombre d'ETP internationaux, passant de 902 en 2023 à 771 ETP réels ⁽¹⁾ en 2024. Bien qu'elle reflète clairement une évolution du paysage opérationnel, caractérisée notamment par une concentration des urgences majeures sur un nombre plus restreint de pays ou de projets, cette évolution ne se traduit pas nécessairement par une diminution de la charge RH. Au contraire, elle confirme une fois de plus le rôle central des collègues nationaux dans la continuité des opérations, en particulier dans des environnements à fortes contraintes, tout en mettant en lumière d'autres enjeux critiques. En l'occurrence, le volume d'ETP nationaux est resté quasiment inchangé, avec 9 014 ETP en 2024 contre 9 048 en 2023 et des contextes comme le Soudan ou la Palestine illustrent à la fois les restrictions persistantes avec un recul significatif des ETP internationaux, et la dangerosité extrême avec la perte tragique de plusieurs collègues.

¹ Les ETP réels excluent ceux qui ont été mobilisés pour des raisons purement administratives (arrêts maladies de longue durée, etc.).

Cette situation a mis en évidence la nécessité d'adapter durablement les pratiques, en ancrant plus solidement une culture de solidarité et de responsabilité partagée envers les équipes. Cela s'est traduit par des actions visant à mieux faire comprendre et appliquer, au quotidien, les principes de "duty of care" et de solidarité, tant au niveau institutionnel qu'opérationnel. Ces actions ont pris la forme de sessions de sensibilisation, de présentations des dispositifs existants, de mécanismes de capitalisation et de partages d'expériences.

S'agissant de la santé et du bien-être des équipes, dans le cadre du projet *Rewards Review*, un travail d'analyse générale de différentes composantes médicales et systèmes en place pour assurer la prise en charge de la santé des équipes a été effectué en 2024. Il aboutit dans un premier temps à définir le contenu de l'offre souhaitée en matière de santé, tenant compte notamment des évolutions épidémiologiques (augmentation des maladies chroniques non-transmissibles, de l'attention à la santé mentale...) et de la nécessité d'assurer un continuum de soins, incluant un volet préventif qui doit être renforcé.

C'est une étape dans un processus qui va demander désormais un travail coordonné avec les équipes opérationnelles. Pour des raisons évidentes liées aux réalités des contextes d'intervention, ces améliorations ne pourront être amenées de façon similaire à tous et dans le même temps. Il est néanmoins possible de lever certaines barrières et d'adapter nos organisations, en termes de rôles, responsabilités et coordination. Il faudra définir des stratégies claires, réalistes, contextualisées mais engagées (avec des moyens humains et médicaux à la hauteur), sans quoi l'objectif d'améliorer l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge de la santé des équipes restera théorique. Cela constitue une priorité pour les années à venir.

Au niveau de la santé mentale et de la prévention des risques psycho-sociaux, nous souhaitons faire évoluer l'organisation vers une culture préventive ce qui doit remettre en question certaines habitudes ancrées dans nos pratiques. De plus, L'élargissement de notre offre de soin à nos nombreux collègues nationaux poursuit son évolution positive en prenant ancrage dans une collaboration de plus en plus importante avec les bureaux décentralisés et une participation du département des Opérations à cette dynamique.

L'année 2024 a également été marquée par la poursuite d'initiatives visant à améliorer les environnements de travail et les dynamiques d'équipe. La fonction RH s'est engagée dans la mise en œuvre de la nouvelle politique de *Safeguarding*, avec une intensification prévue en 2025. En parallèle, des supports pédagogiques ont été élaborés pour renforcer les capacités des acteurs clés autour du dialogue social ; ils seront soutenus par une série de webinaires prévue en 2025. Par ailleurs, les réflexions se poursuivent sur l'inclusion des personnes en situation de handicap, avec une première phase amorcée au siège et, pour les années à venir, la volonté de mieux répondre aux enjeux spécifiques rencontrés sur le terrain.

Le projet « *Staff Engagement* », porté par MSF Japon et MSF Australie avec le soutien d'OCP, est entré dans sa deuxième phase. Il vise à instaurer des mécanismes de consultation élargis à l'ensemble du personnel sur les conditions de travail. La phase en cours est déterminante pour valider le concept dans un plus grand nombre de contextes. Si le projet s'avère concluant, il pourrait améliorer les capacités de consultation et de dialogue sur le terrain.

Par ailleurs, plusieurs livrables du projet *Rewards Review* liés aux conditions de vie et de travail ont commencé à être mis en œuvre. Il s'agit notamment du plafonnement du temps de travail à 48 heures hebdomadaires dans l'ensemble des programmes, ainsi que de la révision des politiques de congés. Sur ce dernier point, une attention particulière a été portée aux congés parentaux, avec la volonté de mieux prendre en compte les absences liées à l'allaitement et aux démarches d'adoption.

Cependant, les différentes avancées ne doivent pas faire oublier les déséquilibres persistants en matière de parité au sein des équipes. Malgré une prise de conscience réelle (mais encore insuffisante) et des efforts notables, soutenus par des interpellations institutionnelles et opérationnelles, des écarts importants subsistent dans les dynamiques de recrutement, de mobilité, de développement professionnel et de rétention.

Certes, la tendance globale montre des signes encourageants avec pour la première fois depuis de nombreuses années, la part des femmes dans le personnel mobile international qui progresse en passant de 36 % en 2023 à quasiment 40 % en 2024. Mais il ne s'agit là que d'une fragile inflexion qu'il faudrait absolument consolider. Notamment parce qu'on observe encore des disparités importantes selon les contextes et les filières. Dans le Sahel par exemple, les taux restent particulièrement bas pour le personnel mobile international avec 15 % de femmes au Niger, 16 % au Mali, 17 % au Burkina Faso. Il en est de même pour certaines filières comme la logistique avec seulement 17% de femmes et certaines fonctions, comme les cheffes de mission avec 21% de femmes.

Cette inflexion reste également fragile, car la part des femmes au sein des équipes locales plafonne encore autour de 32 %, en nombre comme en niveau de responsabilité. Cette situation, longtemps perçue comme une norme tacite liée aux contraintes opérationnelles, ne peut plus être considérée comme une fatalité, au regard de son impact direct sur la composition des équipes, les dynamiques d'inclusion et les enjeux de *Safeguarding*.

En effet, le déséquilibre hommes/femmes dans le pool international s'explique en partie par la part croissante de profils issus des pays de programmes (personnel local). En 2015, les anciens personnels locaux représentaient 16 % des départs internationaux ; en 2024, ils en constituent 40 %. Leur intégration, pleinement légitime, a néanmoins un impact structurel sur la parité, ces profils restant majoritairement masculins. Cette réalité appelle une réponse plus stratégique et plus coordonnée, en mobilisant l'ensemble des acteurs RH et opérationnels, ainsi que les leviers de pilotage liés au staffing et à la composition des équipes.

Parmi les éléments clés de cette réponse globale, le département RH, en étroite collaboration avec les opérations et les métiers, a poursuivi la mise en place d'une approche plus transversale de la gestion des « filières métier ». Celle-ci consiste à réunir régulièrement les principaux acteurs de la chaîne de staffing afin de traiter, de manière collective et proactive, les enjeux propres à chaque filière, en intégrant toutes les catégories de staff. Dans cette perspective, des démarches de revitalisation de la filière médicale ont été engagées, permettant d'identifier et d'activer des leviers concrets, notamment par la création de postes structurants à préserver grâce à des investissements ciblés. Une dynamique similaire a été conduite dans la filière logistique, à travers une analyse approfondie du pool visant à renforcer son équilibre et sa pérennité

Grâce à cette démarche plus collaborative et plus proactive, le partenariat avec les opérations et les métiers s'est renforcé, avec une meilleure visibilité sur l'état des pools et un engagement accru dans le pilotage et la résolution des problématiques spécifiques à chaque filière.

Malgré les avancées apportées par cette approche, des limites demeurent dans la capacité à anticiper les scénarios opérationnels et à projeter l'évolution des pools, en termes de disponibilités comme de profils. Des progrès restent nécessaires pour mieux gérer la mobilité, favoriser la diversité et valoriser pleinement le potentiel humain au service de la mission sociale.

Des limites persistent également dans la capacité à collecter, traiter et analyser efficacement les données liées à la gestion des équipes. Dans ce contexte, le passage en production du nouveau système d'information RH (SIRH), Ligo, constitue une étape clé. À ce stade, la fiabilité des données à l'instar d'autres fonctionnalités, reste un défi majeur. Comme souvent lors de la mise en œuvre d'un nouveau SIRH, une phase d'appropriation et de stabilisation des processus est nécessaire, mais les

perspectives à moyen terme sont prometteuses, d'autant que d'autres centres opérationnels rejoignent progressivement le même environnement.

Parallèlement aux enjeux de systèmes et de gestion des données RH, des actions ont été initiées pour renforcer l'autonomie des terrains dans l'analyse et le pilotage de leurs activités. S'inscrivant dans le principe de subsidiarité, ces actions visaient à favoriser une appropriation plus fine des données critiques, à en permettre une lecture contextualisée, et à les utiliser comme leviers concrets d'analyse des risques, de suivi opérationnel et d'aide à la décision.

Cette dynamique s'est notamment traduite par la mise à disposition progressive d'outils d'analyse simplifiés (Audit RH) et par un appui méthodologique renforcé, en particulier à travers des visites terrain (MIO Support RH). En 2025, cet accompagnement se poursuivra avec la production de guides thématiques et l'animation de temps de travail collectifs, tels que des webinaires.

Dans cette même logique d'accompagnement renforcé, les équipes en charge de la rémunération et des avantages sociaux se sont réorganisées afin de mieux appréhender les logiques d'harmonisation, de cohérence et de transversalité qui s'imposent de plus en plus à l'échelle de l'ensemble des effectifs (*Global workforce*). Cette réorganisation vise également à renforcer l'agilité dans le suivi de projets complexes comme la *Rewards Review*, ainsi qu'à favoriser une intégration plus dynamique avec les équipes opérationnelles.

La fonction L&D (Apprentissage et Développement) a elle aussi engagé une transformation structurante : celle du passage d'une offre de formation standardisée, souvent pilotée depuis le niveau international, vers une approche plus ancrée dans les besoins opérationnels et individuels. Cette évolution repose sur une identification plus fine des besoins en compétences, ainsi qu'une articulation renforcée entre l'apprentissage, sa mise en pratique sur le terrain, et la capacité effective à décider et à agir dans des contextes complexes.

Pour soutenir cette dynamique, des référents L&D terrain ont été déployés au sein des différentes Cellules opérationnelles. Rattachés au binôme du pôle conseil au développement professionnel, ils opèrent principalement sur le terrain, et leur présence continue permet de mieux mobiliser l'ensemble des dispositifs d'apprentissage, en les adaptant aux réalités de chaque contexte.

Cette transformation se poursuivra en 2025, avec un accent accru sur les solutions d'apprentissage transversales, telles que les parcours d'intégration, les modules de « management », ou encore les cours de langue.

En 2024, la fonction RH au siège a répondu elle aussi à des enjeux multiples dans un environnement toujours aussi exigeant. Sur le plan humain, un accompagnement ciblé a été apporté à des situations individuelles complexes, bien que le temps disponible et la pression des demandes urgentes aient parfois limité l'ampleur de l'intervention.

Côté outils et processus, une refonte progressive du système de classification a été engagée, préalablement au prochain déploiement du nouveau cadre de référence (*Global Grading Framework*). Parallèlement, l'interconnexion de l'outil HRGO avec Ligo et SharePoint a été amorcée, dans une logique d'harmonisation des systèmes.

L'équipe s'est également étoffée avec l'intégration de la chargée de formation siège, dans le prolongement de la réorganisation de la fonction L&D. Enfin, des collaborations ont été initiées avec d'autres départements, notamment la Collecte, autour du mécénat de compétences. Ce levier devient d'autant plus pertinent dans un contexte où maîtriser la croissance des ETP au siège est un impératif pour l'organisation.

■ L'année RH 2024 en quelques chiffres :

- **9 014 ETP (équivalent temps plein) de personnel recruté localement** terrains. Soit une très légère diminution de 0,4% par rapport aux 9 048 ETP enregistrés en 2023.
- **771 ETP réels** contre 902 ETP de personnels mobiles internationaux, soit une diminution d'environ 15% par rapport 902 ETP enregistrés en 2023.
- **1 671 départs uniques réels (1 686 en incluant les maintiens administratifs) pour 1 748 placements, contre 1 851 et 2 030 placements IMS en 2023. Soit 11% de moins qu'en 2023.** (Le départ unique ne prend pas en compte le placement de la même personne sur le même poste à moins d'un mois d'intervalle).
- **19% de premiers départs en mission en 2024, comme en 2023 et 2022.**
- **Nombre total d'apprenant.es OCP** était de 2 535 en 2024 contre 2126 en 2023 soit une augmentation de 16%. En 2024 37% étaient des femmes contre 35% en 2023.
- **7 841 formations suivies par des staffs OCP sur TEMBO contre 5 459 formations suivies en 2023 et 3 653 formations en 2022.** Soit une progression de 44% en un an et plus de 100% en 2 ans.



@ Ante Bussmann/MSF

Rapport du Trésorier 2024

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 SCI MSF, de la Fondation Médecins Sans Frontières, d'Epicentre, de Medicine Market Place (MMP Access DMCC) 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**

Les emplois et ressources combinés de l'année 2024

- ***Vue synthétique des comptes combinés annuels de MSF France***

Les emplois et ressources combinés de l'année 2024

En millions d'euros	2024	2023	Variation		Dont ressources issues de la générosité publique (GP) en 2024	
					COLLECTÉES	AFFECTÉES
Ressources privées issues de la recherche de fonds	442,1	456,1	-14,1	-3 %	439,7	
Ressources institutionnelles	2,0	4,6	-2,6	-56 %		
Autres ressources	138,1	113,6	24,5	22 %		
Total ressources	582,2	574,3	7,9	1 %	439,7	
Reprises de provisions	3,2	4,4	-1,2	-27 %		
Utilisation des fonds dédiés antérieurs	0,3	1,3	-0,9	-74 %		0,2
TOTAL PRODUITS	585,8	580,0	5,7	1 %		
Dépenses de missions sociales	506,5	490,1	16,5	3,4 %		392,8
<i>dont dépenses d'opérations</i>	<i>369,4</i>	<i>355,7</i>	<i>13,7</i>	<i>4 %</i>		
Frais de recherche de fonds	24,2	22,1	2,1	9,3 %		20,6
Frais de fonctionnement & impôts	39,8	34,1	5,7	17 %		15,3
TOTAL EMPLOIS	570,5	546,3	24,2	4 %		428,7
Dotations aux provisions	7,9	3,1	4,8	154 %		
Reports en fonds dédiés de l'exercice	0,2	1,7	-1,5	-89 %		-0,1
TOTAL CHARGES	578,6	551,1	27,5	5 %		
Investissements de l'année						7,4
EXCÉDENT / DÉFICIT	7,2	29,0			18,3	
Réserves disponibles (résultat de l'année inclus)	207,7	198,8				
<i>dont ressources de générosité du public non utilisées</i>	<i>97,1</i>	<i>93,5</i>				
Réserves disponibles en mois d'activité	4,4	4,4				

Les produits combinés ont augmenté de 1% pour atteindre 585,8 (+5,7 M€). Cette augmentation s'explique par une augmentation des produits financiers (placements) et des produits exceptionnels, minorés par une diminution des ressources en provenance des autres sections du mouvement MSF, qui contribuent dans le cadre des accords internationaux du mouvement au financement de MSF France.

Pendant la même période, **les charges combinées** ont augmenté de 5 % (27,4 M€) pour atteindre 578,6 M€ dont 506,5 M€ de dépenses de missions sociales, en croissance de 3,4% par rapport à 2023 (+16,5 M€). Croissance portée par le développement de WaCA, unité opérationnelle Ivoirienne créée par le mouvement MSF en 2019 et qui ambitionne d'être entièrement autonome en 2026.

MSF France enregistre ainsi un excédent de 7,2 M€ en 2024. Les réserves disponibles de l'ensemble combiné s'élèvent à 207,7 M€ au 31 décembre 2024. Cela équivaut à 4,4 mois d'activité (comme en 2023), un niveau suffisant pour garantir la continuité des secours sur le terrain, faire face aux risques associés aux activités et financer les investissements.

Sur 100 euros d'utilisation de la générosité du public (en ce compris les contributions des autres sections MSF) au financement des dépenses d'MSF France, 90,1 euros l'ont été pour les missions sociales, 4,7 euros pour la recherche de fonds en France, 3,5 euros pour le fonctionnement et 1,7 euros pour les investissements.

- ***Les activités du groupe MSF France***

Les dépenses liées aux missions sociales s'élèvent à 506,6 M€, enregistrant une augmentation de 16,5 M€. 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.

Au sein des dépenses de missions sociales, les **dépenses d'opérations** connaissent une augmentation de 3,9%, atteignant 369,4 M€ (contre 355,7 M€ en 2023). Elles représentent désormais 64,8% des emplois combinés, c'est 0,4 points de moins que le ratio de 2023. Dans ces 369,4 M€, 346,9 M€ sont attribués aux opérations de MSF France (incluant 32,3 M€ d'opérations réalisées par WACA), tandis que 17,7 M€ sont alloués aux dépenses engagées par le groupe MSF France pour le compte des autres sections du Mouvement MSF. Ces dernières augmentent de 14 % et correspondent principalement aux frais salariaux du personnel expatrié sous contrat français, refacturés à l'euro, l'euro.

Les dépenses liées à la recherche de fonds ont augmenté de 9,3 %, ce qui représente un investissement supplémentaire de 2,1 M€ sur l'année. Cet investissement vise à acquérir de nouveaux donateurs, renforcer les dons réguliers grâce à des opérations de collecte en face à face, à développer des partenariats avec les entreprises, à explorer de nouveaux canaux de collecte et à poursuivre la digitalisation des campagnes d'appel aux dons, tout en favorisant une communication multicanaux avec les donateurs.

Les coûts de fonctionnement incluent en 2024 les dépenses liées aux activités opérationnelles de WaCA (West & Central Africa) pour un total de 5,9 M€. Les coûts de fonctionnement du groupe, hors WaCA, s'élèvent à 32,8 M€ contre 29,5 M€ en 2023, représentant 6,7% des dépenses totales de l'année (6,1% en 2023). 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.

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

La majeure partie du financement de MSF France provient des **ressources collectées par d'autres sections du Mouvement MSF et réattribuées à MSF France dans le cadre de la répartition des ressources du Mouvement MSF auxquelles s'ajoutent celles issues de la recherche de fonds réalisée en France**. Elles sont complétées par 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 issues des sections MSF et de la collecte réalisée par MSF France sont à 99.5 % d'origine privée. Elles s'élèvent à 442,1 M€, en diminution de 14,1 M€ par rapport à 2023 (-3,1%) du fait de la baisse programmée de 17,6 M€ des dons reversés par d'autres sections du Mouvement MSF dans cadre de l'accord de partage des ressources RSA4 avec l'ensemble des sections MSF, compensée par 3,5 M€ de collecte additionnelle des donateurs particuliers en France.

Les contributions des autres sections du Mouvement MSF totalisent 329,4 M€, soit 74,5 % du total des ressources provenant de la recherche de fonds. Cette diminution est principalement due à la section américaine. Le financement accordé par MSF USA s'élève à 231,4 M€ en 2024 contre 262,5 M€ en 2023, soit une diminution de 31,1 M€ (-11,8%).

Les collectes directes de MSF France en France et aux Émirats arabes unis s'élèvent à 112,7 M€, en croissance de 3,3%. Elles contribuent pour 24% aux ressources privées combinées.

Les ressources institutionnelles s'élèvent à 2,0 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 2024, ce qui explique la part très limitée des subventions et autres contributions publiques dans les ressources totales de MSF France.

Les revenus issus des activités des satellites liées aux missions sociales représentent une part de 17,1% des produits combinés, en augmentation de 7,0 M€ par rapport à 2023. Ils s'élèvent à 100 M€ correspondant à un niveau d'activité soutenu de MSF Logistique et d'Épicentre.

Les autres ressources de l'exercice s'élèvent à 38,1 M€, en croissance de 17,4 M€ par rapport à 2023. Cette évolution s'explique en grande partie par une augmentation des produits exceptionnels pour 5,0 M€ ainsi que des gains de change d'exploitation et financiers pour 12,3 M€.

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

En 2024, l'Association MSF France a mobilisé 319,4 M€ (314,6 M€ en 2023) pour ses opérations (hors interventions de WaCA) dans 30 pays et sur 87 projets. 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. Elles n'ont augmenté que de 5 M€ (+1,6%) par rapport à l'année précédente. Cependant, il faut garder à l'esprit que 14 M€ des dépenses ont été " économisés " uniquement grâce aux variations des taux de change. En effet, L'année 2024 a été marqué par la dépréciation de certaines devises vis-à-vis de l'euro notamment le Naira au Nigeria et le Kwacha au Malawi, et aussi par une dépréciation du dollar américain.

A taux de change constant, l'augmentation des dépenses opérationnelles aurait été plus proche de 18 M€, soit une augmentation de 5,7 %.

Les augmentations de coûts se sont concentrées principalement dans la région MENA (+ 14 M€, principalement en Palestine) et, dans une moindre mesure, en Afrique de l'Est et du Sud (+ 3 M€, principalement au Soudan), alors que les coûts encourus en Afrique de l'Ouest et centrale ont sensiblement diminué (- 11 M€, principalement en RDC, au Nigéria et au Tchad) et que ceux encourus en Europe ont baissé de 2 M€ (principalement en Ukraine). L'Asie-Pacifique a connu une augmentation de 1 M€ (Bangladesh, Pakistan principalement), alors que l'Amérique centrale et du Sud a enregistré une baisse de 1 M€ (fermeture du Pérou).

Le total des dépenses d'opérations se décomposent en 229 M€ relatifs aux projets dit « Moyen Long terme », 71 M€ de projets d'Urgence et 19 M€ d'autres activités (consultations et recherche épidémiologiques, formations et frais transversaux, ...).

Les projets « Moyen Long terme » se décompose en 184,4 M€ de projets et 44,4 M€ de coordinations. Les dépenses de projets sont en diminution de 2,7 M€ (-1.2 % à taux de change courants).

En 2024, la part des dépenses liées aux coordinations et bases arrière a diminué de 2 M€ pour représenter 19,4 % des opérations « Moyen Long terme », soit une diminution de 4,2 % par rapport à 2023.

Les urgences de 2024 ont mobilisé 71 M€, soit 6,8 M€ de plus qu'en 2023 et représentent 22,3 % des dépenses totales d'opérations (20 % en 2023).

Le nombre de projets d'urgence a diminué de 35 en 2023 à 27 en 2024.

Les principales missions d'urgence de 2024 correspondent pour :

- 24,8 M€ à nos interventions à Gaza et en Palestine
- 21,9 M€ à nos missions au Soudan et notamment au Nord Darfour.
- 6,1 M€ à nos opérations au Tchad, majoritairement en lien avec les déplacés soudanais.

Cette relative stabilité des dépenses opérationnelles à taux de change constants masque des variations importantes au sein des projets.

Un total de 30 M€ des dépenses supplémentaires est concentré dans 3 pays : Palestine, Soudan et Yémen.

- Palestine (+ 21 M€, principalement concentrés sur l'intervention à Gaza avec + 13 M€, et sur les mesures de solidarité envers le personnel avec + 6 M€)
- Soudan (+ 7 M€, dont 6 M€ au Darfour Nord et 1 M€ à Tawila)
- Yémen (+ 2 M€, dont +2,8 M€ liés à la fermeture d'Aden, partiellement compensés par la fin des activités externes au Yémen du Sud avec - 0,5 M€).

A l'inverse, huit pays cumulent une baisse de 28 M€ des dépenses de l'année :

- République Démocratique du Congo (-4 M€ principalement liés à la baisse sur les coordinations d'urgence et régulières pour -2,2 M€, et à l'adaptation des projets au contexte pour -1,8 M€)
- Nigeria (-4 M€ principalement répartis sur Katsina pour -2,5 M€, sur Jahun et les projets de construction pour -1 M€ chacun, en raison d'une situation favorable sur les taux de change Naira/euro)
- Malawi (-4 M€, en raison de la fin en 2023 de l'intervention d'urgence contre le choléra pour -2,2 M€ et le projet de décentralisation de la prise en charge du VIH pour -0,9 M€)

- Syrie (-4 M€, principalement en raison de la fin de l'intervention à la suite du tremblement de terre en 2023 avec - 4,4 M€),
- Tchad (- 3 M€, dont - 2 M€ liés à l'intervention au Tchad oriental et 0,8 M€ à l'intervention en 2023 au Tchad occidental) 0.8 M€ liés à l'urgence pour les réfugiés soudanais à Arkoum),
- Ukraine et Irak (- 3 M€ chacun) en raison du retrait des deux pays en 2023, et
- Ouganda (- 3 M€, dont -1,3 M€ liés à la fermeture d'Arua en 2023 et -0,9 M€ aux urgences de 2023, dont l'intervention contre le virus Ebola)

L'évolution des volumes financiers de ces onze pays justifie ainsi la majorité de la variation des dépenses d'opérations de 2024.

Les dépenses associées aux projets situés dans des zones de conflit armé et des environnements instables ont augmenté de 13 % (de 141 millions d'euros à 160 millions d'euros) pour atteindre 67 % des dépenses totales des projets, alors que celles associées aux projets situés dans des zones post-conflit ou des environnements stables ont diminué de 17 % (de 96 millions d'euros à 80 millions d'euros) et ont représenté 33 % des dépenses totales des projets.

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 4.4 M€ en 2024 contre 5.6 M€ en 2023. Ces coûts sont inclus dans le total des dépenses d'opérations. Leur liste exhaustive est communiquée dans l'annexe aux comptes annuels combinés.

• La situation de trésorerie du groupe MSF France

Malgré une baisse des ressources de générosité du public encaissée de 14 M€, une hausse des dépenses décaissées de missions sociales de 15,5 M€ et une hausse des dépenses décaissées de recherche de fonds et de fonctionnement de 13,4 M€, l'encaissement des créances des Grants à recevoir 2023 et la hausse des ressources de MSF logistique et d'Épicentre ont permis de dégager une trésorerie excédentaire de 14,3 M€.

Les disponibilités sont placées dans des produits à faible risque tels que des livrets d'épargne et des comptes rémunérés en devises.

Au 31 décembre 2024, 98% des avoirs bancaires (hors soldes de trésorerie locale des missions et hors écritures en rapprochement bancaire) sont détenus par quatre banques. Ils sont libellés en euros (68 %), en dollars américains (30 %) et en yens japonais (1 %) et en Dirham des Émirats Arabes Unis (1 %). 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.

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 69 % des ressources en devises de 2024 proviennent de MSF USA (249 M USD), 14 % de MSF Japon (6 878 M JPY et 9 928 M Won sud-coréen) et 10 % de MSF Australie (48,4 M AUD et 5,3 M NZD). 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, par l'intermédiaire du bureau international, met en place des couvertures de change visant à sécuriser les taux de change budgétés.

- **Les perspectives et enjeux**

MSF France fait partie intégrante du mouvement MSF, qui regroupe toutes les associations MSF à travers le monde autour d'une Charte commune. La cohérence du mouvement est maintenue grâce à 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, définit le cadre financier du Mouvement MSF afin de garantir la continuité et l'évolution des missions de tous les centres opérationnels, y compris celui de MSF France.

Cet accord est actuellement en cours de révision dans le cadre du SPARC (Strategic Planning And Ressources Cycle), et devrait permettre de consolider ou concrétiser les engagements du mouvement en se concentrant sur des priorités stratégiques communes telles que, notamment, le renforcement de l'implication des patients et des communautés dans la qualité des soins, la transformation des engagements climatiques en actions, le renforcement des stratégies d'interopérabilité et de mutualisation, l'amélioration de la prévention des abus et des maltraitements dans nos espaces de soins et de travail, ainsi que l'amélioration des pratiques en matière de sécurité des équipes.

Les cinq principes encadrant l'accord d'allocation des ressources sont : la centralité des opérations humanitaires (priorité à l'action humanitaire médicale), la simplicité (réduction de la charge administrative notamment), la capacité d'adaptation aux changements internes et externes, la reconnaissance de l'interdépendance des décisions institutionnelles et la redevabilité auprès de nos partenaires.

Ce nouveau cadre stratégique permettra à MSF de faire face aux défis d'un monde en profonde mutation, marqué par un accès de plus en plus difficile aux bénéficiaires dans de nombreuses régions, une réduction des investissements dans l'aide humanitaire et une augmentation des tentatives de criminalisation de cette aide.

Les choix stratégiques déjà effectués par MSF France pour les budgets 2024 et 2025 devront être répétés afin d'assurer la viabilité à long terme, en maximisant la capacité de réponse aux urgences et de déploiement opérationnel tout en préservant un volant d'investissement dans la recherche de fonds. Les plans des années futures seront élaborés sur la base de scénarios visant à préserver la dynamique et l'orientation stratégique du portefeuille opérationnel.

Dans ce contexte, le pilotage financier de MSF France reste un enjeu crucial. Nous examinerons attentivement nos dépenses et nos ressources dans les mois à venir, en sollicitant plus que jamais les donateurs qui s'engagent à nos côtés et nous apportent leur soutien indéfectible. Je profite de cette occasion pour les 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



© Simon Rolin/MSF

Organisation et Gouvernance

Organisation et Gouvernance

- **Le Mouvement Médecins Sans Frontières**

Le Mouvement international MSF compte une quarantaine de sections et bureaux de représentation dont six centres opérationnels ainsi que des organisations satellites spécialisées principalement dans la logistique, l'approvisionnement et l'épidémiologie et MSF International. Toutes les associations sont des entités juridiquement indépendantes enregistrées en conformité avec les lois du pays dans lequel elles sont établies et réunies autour d'une seule et même Charte. Sur le terrain, chaque centre opérationnel mène ses propres projets de manière indépendante, tout en assurant un échange d'informations dans un souci de cohérence. Lors d'urgences de très grande ampleur, les différents centres opérationnels qui interviennent s'efforcent de se répartir la tâche pour déployer des secours plus efficaces.

MSF International est l'association qui a pour objectif de préserver l'identité de MSF, d'apporter un soutien au Mouvement en termes de coordination et d'information, et de représenter MSF auprès des institutions internationales.

Les organes de gouvernance associative du Mouvement sont les suivants :

- L'Assemblée Générale Internationale (AGI) est la plus haute autorité de MSF International, en charge de préserver la mission sociale médicale et humanitaire de MSF et de donner une orientation stratégique au Mouvement. Elle délègue des tâches à un Conseil d'Administration International, qui doit lui rendre compte pour l'exécution de ces tâches.
- Elle se réunit annuellement et comprend deux représentants de chaque association, deux représentants des membres individuels de MSF International et le Président international, lui-même élu par les représentants. Chaque représentant, ainsi que le Président international, disposent d'un vote indépendant pour se prononcer sur les questions soumises à la décision de l'Assemblée.
- Le Conseil d'Administration International (CAI) comprend douze membres ayant un droit de vote et un trésorier coopté sans droit de vote : le Président international ; six représentants nommés par les centres opérationnels (un par centre opérationnel) ; sept membres (le nombre de représentants des centres opérationnels plus un) élus par l'Assemblée Générale Internationale.

Le Secrétaire général assiste aux réunions du Conseil d'Administration en tant que secrétaire sans droit de vote.

Le Conseil d'Administration se réunit généralement huit fois par an ou aussi souvent que ses responsabilités l'exigent.

Le Conseil d'Administration International peut être directif, mais il a pour vocation de jouer un rôle d'orientation ; il rend compte de la mise en œuvre des décisions et facilite l'accord au sein du Mouvement en temps utile. Le CAI est notamment mandaté pour résoudre les problèmes au sein du Mouvement MSF, ouvrir et fermer des entités exécutives, et émettre des recommandations pour l'Assemblée Générale Internationale.

Les plateformes de gouvernance exécutive sont les suivantes :

- Le Bureau international, qui abrite le secrétariat de MSF International, est en charge de coordonner les exécutifs dans le Mouvement, d'assurer un soutien en termes de circulation de l'information, de représenter MSF à l'extérieur et de mettre en œuvre des initiatives et projets internationaux selon les besoins. Son siège est à Genève et son personnel est réparti dans toutes les sections MSF.
- L'ExCom (Comité Exécutif) est une formation regroupant les directeurs généraux des sections. Il est responsable devant le CAI de la mise en œuvre des politiques définies et constitue un espace de réflexion et de conseil sur des questions opérationnelles stratégiques. Se réunissent, selon les sujets à l'ordre du jour, le Full ExCom (composé de l'ensemble des directeurs généraux des sections MSF, du secrétaire médical international et du secrétaire général), ou le Core ExCom (composé des directeurs généraux des six centres opérationnels, du secrétaire médical international, de deux autres directeurs généraux élus par le Full ExCom et du secrétaire général).
- Les plateformes internationales thématiques : Opérations, Médical, Communication, Collecte de fonds, Finances, Ressources humaines, Logistique, Systèmes d'information.

Les associations non opérationnelles poursuivent des activités de collecte de fonds, de communication et de recrutement. Elles participent également à la définition et à la mise en œuvre des opérations sous la responsabilité d'un des six centres opérationnels au sein de partenariats privilégiés.

- **La section française de Médecins Sans Frontières et le Centre opérationnel de Paris (OCP)**

La section française de Médecins Sans Frontières est une association médicale humanitaire internationale, créée en 1971 à Paris par des médecins et des journalistes. Elle délivre ses secours en toute indépendance et impartialité et se réserve le droit de s'exprimer publiquement sur les situations dont ses équipes peuvent être témoins. Réunies autour d'une même Charte, les équipes de MSF sont composées de personnel médical, logistique et administratif de dizaines de nationalités différentes, expatriés ou employés localement. Elles apportent leurs secours dans le respect des principes de l'action humanitaire et de l'éthique médicale.

Le Conseil d'Administration a pour rôle d'administrer l'association. Il s'assure que les actions entreprises par la direction exécutive sont conformes aux missions sociales de l'association. Il est également responsable de la bonne utilisation des fonds. Il dispose des pouvoirs les plus étendus pour agir en son nom et faire autoriser tous les actes et opérations qui ne seraient pas réservés à l'Assemblée Générale.

Le Conseil d'Administration se réunit mensuellement, a minima tous les six mois. Il est composé de 15 membres élus par l'Assemblée Générale Ordinaire pour 3 ans renouvelables, auxquels viennent s'ajouter trois représentants des sections partenaires désignés par leurs propres Conseils d'Administration ainsi que deux personnes pouvant être cooptées pour un an. Il s'organise en commissions (associative, financière...) constituées de membres du Conseil d'Administration et d'experts externes.

Le Conseil d'administration nomme un directeur général, chargé met en œuvre les grandes orientations approuvées par le Conseil d'administration et de veiller à la bonne marche de l'association, dont il suit la gestion courante. Le directeur général s'entoure d'une équipe de direction (opérations, médical, collecte, communication, ressources humaines, finance logistique, approvisionnement, systèmes d'information).

La section française de MSF constitue avec les associations américaine, australienne et japonaise de MSF le groupe OCP (Centre opérationnel de Paris). OCP forme ainsi l'un des six centres opérationnels autour desquels est organisé le Mouvement MSF.

Le projet opérationnel mis en œuvre par le centre opérationnel parisien est-il conjointement défini et validé par les sections américaine, australienne, française et japonaise qui, chacune, lui apportent les ressources humaines, financières et techniques nécessaires à sa réalisation.

Les liens entre ces quatre sections, partenaires du groupe opérationnel de Paris (OCP), ont été formalisés par un accord entre leurs Conseils d'Administration et par la création d'un Comité de Groupe (Group Committee) dans lequel chacun d'entre eux est représenté.

Ce Comité est en charge de la validation et du suivi des plans stratégique et annuel, de la mission sociale du groupe ainsi que du budget opérationnel. Il se réunit deux à quatre fois par an.

Les interventions de terrain

AFGHANISTAN	
Type d'intervention : Santé primaire et secondaire Nombre de projets : 3 Dépenses 2024 : 10 718k€ Financements institutionnels : 10 k€ (collectivités locales)	Personnels : Local : 609 International : 27 Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB, OCBA

CONTEXTE DU PAYS

▪ Contexte Politique

En 2024, la situation sécuritaire en Afghanistan reste relativement stable, avec une baisse des incidents violents. Les groupes d'opposition armés ne représentent plus une menace majeure. Toutefois, le contexte humanitaire demeure critique, marqué par des restrictions imposées aux ONG par l'Émirat islamique d'Afghanistan et une forte réduction des financements.

Le régime taliban renforce son contrôle social, réprimant toute dissidence et consolidant le pouvoir autour du Guide suprême. Le Bureau du Procureur général a été remplacé par une direction chargée de surveiller et sanctionner les entités publiques et privées, y compris les organisations humanitaires. Depuis juillet 2024, les ONG doivent se coordonner avec le Conseil des Oulémas, écartant les structures communautaires locales.

L'interdiction de l'éducation des femmes compromet l'avenir du secteur médical, rendant difficile le recrutement de personnel féminin. Environ 70 % de la population vit dans une insécurité de subsistance, et plus de 50 % sous le seuil de pauvreté. Malgré les sanctions et la fin des aides bilatérales, les Talibans ont évité l'effondrement économique, mais le chômage reste élevé.

Le manque de reconnaissance internationale bloque les financements, aggravant la pauvreté. En juin 2024, le plan humanitaire n'était financé qu'à 20 %, laissant des millions sans accès aux soins et à la nutrition. L'expression politique est interdite, poussant l'opposition à l'exil.

▪ Contexte Humanitaire et Sanitaire

Le système de santé afghan est confronté à de graves difficultés, principalement dues à un sous-financement chronique et à une focalisation sur l'aide d'urgence au détriment de projets médicaux durables. Les infrastructures dégradées, le manque de personnel qualifié et la pénurie de fournitures médicales compromettent la qualité des soins, affectant particulièrement les femmes et les enfants.

Le système dépend fortement de bailleurs internationaux comme la Banque mondiale, l'USAID et l'Union européenne, qui refusent de financer directement le gouvernement actuel. En 2024, seuls 52 % des fonds nécessaires à l'appel humanitaire ont été mobilisés, dont près de la moitié provient des États-Unis.

Le ministère de la Santé publique a mis en place le Paquet de services de santé de base (BPHS) en 2003 et le Paquet de services essentiels en 2005. Bien que les médicaments y soient gratuits, les ruptures de stock sont fréquentes (50 % à Herat en 2023), et certaines molécules essentielles, comme les antidiabétiques oraux, sont absentes.

L'insécurité alimentaire s'aggrave : 23,7 millions de personnes ont besoin d'aide humanitaire, dont 52 % sont des enfants. Les épidémies se multiplient, notamment la rougeole, avec une incidence trois fois plus élevée en 2024 qu'en 2023. Une campagne de rattrapage est prévue fin 2025, mais reste incertaine. À Herat, la couverture vaccinale contre la rougeole était de 73 % (1^{re} dose) et 62 % (2^e dose), des chiffres inférieurs dans les provinces voisines qui orientent leurs cas vers l'hôpital régional.

PRÉSENCE MSF

Médecins Sans Frontières (MSF) a commencé ses activités en Afghanistan en 1981, mais a dû se retirer complètement en 2004 après l'assassinat de cinq de ses membres à Badghis. Après une interruption, MSF a décidé en 2009 de reprendre ses opérations dans le pays en adoptant un modèle de représentation unique. La mission initialement dirigée par MSF-OCB a ensuite vu la participation croissante d'autres sections, avec MSF-OCA en 2013, MSF-OCP en 2014, et MSF-OCBA en 2022.

À l'heure actuelle, MSF gère huit projets en Afghanistan, chacun situé dans une région distincte, ainsi qu'un partenariat (MSF OCP) avec l'Association des Sages-Femmes Afghanes (AMA). Les projets incluent des unités de soins intensifs pédiatriques et des cliniques de thérapie nutritionnelle intensive à Herat (MSF OCP), un hôpital de traumatologie à Kunduz (OCB), un hôpital maternité à Khost (MSF OCB), une clinique tuberculose à Kandahar (OCA), un hôpital général à Lashkargah (MSF OCA), des services ruraux de santé à Bamyan (MSF OCP), un programme de nutrition à Kaboul (MSF OCB), et des services de maternité et pédiatrie à Mazar-i-Sharif (MSF OCBA). Ces projets sont gérés par différentes sections de MSF, assurant une couverture diversifiée et spécialisée à travers le pays.

Le partenariat avec l'Association afghane des sages-femmes (AMA), soutenu par MSF-OCP, a pris fin le 31 décembre 2024.

PROJET : HERAT – ACCÈS AUX SOINS

■ Historique du projet

Le projet *Access to Healthcare in Herat* a été lancé par MSF en 2018, après plusieurs missions exploratoires. Il vise à améliorer l'accès aux soins pédiatriques spécialisés dans l'ouest de l'Afghanistan, en particulier à l'Hôpital Régional de Hérat (HRH), seule structure de référence dans la région.

En 2018, MSF initie un premier projet aux urgences du HRH, rapidement interrompu faute d'atteinte des objectifs. En 2019, MSF reprend la gestion du Centre Nutritionnel Thérapeutique Hospitalier (ITFC) de l'hôpital pédiatrique Shaidayee, après le retrait de World Vision. Ce service est transféré au HRH lorsque Shaidayee devient un centre COVID-19.

Parallèlement, MSF répond à une crise de déplacés internes en 2018 avec l'ouverture d'une clinique à Kahdestan. En 2019, les critères d'admission y sont élargis, puis restreints en 2021 pour recentrer les soins sur les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes/allaitantes. En 2021, des équipes mobiles sont déployées pour le suivi des patients, le dépistage nutritionnel et la sensibilisation. Un réseau de relais communautaires est mis en place en 2022.

En juin 2021, le projet s'étend aux services pédiatriques du HRH : triage, urgences, soins intensifs. En 2025, les activités se poursuivent au HRH, après la fermeture de la clinique de Kahdestan fin 2024.

▪ Configuration du projet

En 2024, le projet Hérat – accès aux soins s’est articulé autour de plusieurs composantes médicales et opérationnelles. MSF a poursuivi la gestion de services pédiatriques spécialisés au sein de l’HRH, en se concentrant sur les soins critiques pour les enfants de moins de 15 ans. L’hôpital, bien qu’officiellement doté de 600 lits, en utilise près de 1 000, ce qui reflète la pression constante sur les capacités d’accueil. MSF y gère notamment un service de triage pédiatrique, une unité d’urgences, des soins intensifs, un service intermédiaire et un ITFC de 86 lits, incluant trois chambres de soins intensifs.

Le projet comprend également un Centre de Nutrition Thérapeutique Ambulatoire (ATFC), qui assure le suivi des enfants sortants de l’ITFC, notamment les nourrissons de moins de six mois, avec des référencement vers des structures spécialisées comme Chaîne de l’Espoir à Kaboul. Une activité de santé mentale est intégrée, centrée sur la stimulation psychosociale des enfants malnutris. En parallèle, MSF a mis en place un comité de soins de confort pour améliorer la gestion de la douleur, en collaboration avec l’équipe pharmacie.

MSF collabore étroitement avec plusieurs partenaires institutionnels, notamment l’OMS, l’UNICEF, le PAM, HI et l’ICRC, pour l’approvisionnement en médicaments, produits nutritionnels, soutien logistique et coordination humanitaire. L’organisation participe activement aux réunions des clusters santé, nutrition, protection et WaSH, ainsi qu’aux réunions humanitaires régionales.

▪ Bilan 2024

En 2024, MSF a maintenu un haut niveau d’activité à l’hôpital régional de Herat (HRH), seule structure tertiaire de la province. Le projet couvre le triage pédiatrique, les urgences (2 lits d’observation, 3 de réanimation), une unité de soins intensifs (30 lits), une unité de soins intermédiaires (30 lits), un service de débordement saisonnier (60 lits), un centre nutritionnel thérapeutique hospitalier (86 lits dont 3 de soins intensifs) et un centre nutritionnel thérapeutique ambulatoire avec un volet communautaire. Au total, 206 lits sont opérationnels, extensibles à 240 selon les saisons.

Les admissions ont fortement augmenté, notamment en période de pics respiratoires et de diarrhée aiguë. Le triage a été renforcé, et de nouvelles zones d’observation ont été ouvertes. Un comité de soins de confort a été mis en place, avec révision des protocoles antalgiques. Des efforts ont été faits sur la qualité des soins : supervision médicale, formations ciblées, implication des accompagnants, et suivi post-sortie des enfants de moins de 6 mois.

La fermeture de la clinique de Kahdestan en octobre a nécessité le transfert de 328 patients atteints de maladies chroniques et de planification familiale vers d’autres structures.

Dans le cadre d’une flambée de rougeole, MSF a lancé une intervention d’urgence à Hérat entre avril et juin 2024. En moins de trois mois, plus de 1 000 enfants ont été admis, avec une durée moyenne de séjour de 5 jours. Une part significative des cas a nécessité des soins intensifs, et un taux de mortalité préoccupant a été observé.

	2021	2022	2023	2024
Présentation aux urgences	1 503	56 826	76 584	101 455
Admissions en hospitalisation	2 684	10 744	15 949	21 806
Consultations anténatales	7 118	4 507	5 851	3 622
Consultations postnatales	184	88	111	94
Consultations de planning familial	1 873	1 942	2 391	1 995
Centre Nutritionnel Thérapeutique Hospitalier	2 433	3 725	4 318	3 981
Centre Nutritionnel Thérapeutique Ambulatoire	637	858	2 807	876

PROJET: BAMYAN

■ Historique du projet

En 2021, MSF a lancé un projet de Santé Maternelle et Infantile dans la province de Bamyane, choisie pour sa sécurité, sa faisabilité et l'acceptation locale. L'objectif était de rééquilibrer la présence géographique de MSF en se concentrant sur les communautés Hazara et les zones rurales, avec une approche communautaire. Le projet vise à fournir des soins médicaux essentiels aux populations vivant dans des zones reculées et difficiles d'accès.

Initialement, 17 Maisons de Santé Familiale devaient être créées en 2022. Cependant, les retours communautaires ont révélé un besoin de soins plus larges. MSF a donc transformé 8 structures existantes en Sous-Centres de Santé, en y ajoutant des pièces et du personnel infirmier. Fin 2023, ces centres offraient des soins primaires, y compris la vaccination et le dépistage nutritionnel.

En 2024, l'accent est mis sur la formation, le soutien et la supervision du personnel, ainsi que sur l'achèvement des activités logistiques. L'avenir du projet dépendra de l'évolution du système de santé et du financement.

■ Configuration du projet

Le projet s'appuie sur 8 Sous-Centres de Santé répartis dans trois districts, intégrés au système de santé de base. Chaque centre est doté d'une équipe composée d'une sage-femme, d'un infirmier, d'un agent d'entretien et d'un gardien. MSF soutient également une salle d'attente maternité à l'hôpital provincial. Les services offerts incluent les soins prénatals et postnatals, la planification familiale, les soins obstétricaux et néonataux d'urgence, la vaccination, les consultations générales et les références vers des structures spécialisées.

Le projet évolue dans un environnement institutionnel centralisé sous l'autorité de l'Etat Islamique d'Afghanistan (IEA), avec une collaboration étroite entre MSF, la Direction Provinciale de la Santé et l'Agan Khan Health Services. Malgré la présence de nombreux acteurs humanitaires (UNICEF, UNFPA, WFP, etc.), des lacunes importantes persistent, notamment dans les 566 villages dits « zones blanches », représentant plus de 92 000 personnes sans accès suffisant aux soins.

■ Bilan 2024

En 2024, MSF a poursuivi ses activités dans 8 centres de santé communautaires à Bamyane, offrant soins maternels et infantiles, consultations générales, vaccinations et références. Malgré une suspension d'une semaine en avril, un protocole d'accord de 4 ans a été signé en juillet. Chaque structure est dotée d'une équipe mixte et d'un relais communautaire. MSF a aussi soutenu la zone d'attente maternité de l'hôpital provincial. Des formations ont renforcé les compétences du personnel. En parallèle, MSF a appuyé la réponse à la rougeole et à des cas de diarrhée aiguë. Le faible recours aux soins postnatals et à la planification familiale met en lumière des difficultés d'accès persistantes.

	2023	2024
Consultations	29 777	61 690
Consultations anténatales	1 533	1 471
Consultations postnatales	106	90
Consultations de planning familial	924	1 327
Accouchements	18	155

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

■ Historique du projet

En mars 2014, MSF propose l'ouverture d'un service de maternité à Dasht-e-Barchi, concrétisé en novembre de la même année avec une offre de soins obstétricaux et néonataux d'urgence disponibles 24/7. L'attaque du 12 mai 2020 entraîne la suspension, puis la fermeture du projet à la mi-juin.

En août 2020, l'Association des Sages-Femmes Afghanes (AMA) sollicite MSF pour développer un projet pilote de maternité dirigée par des sages-femmes, incluant un centre principal (MLMCC) et plusieurs unités locales (MLU) à domicile dans la région de Dasht-e-Barchi. Le partenariat est formalisé en avril 2021, avec un soutien financier et technique prévu pour cinq ans, dont une phase pilote de 12 mois à partir de mi-2021.

L'arrivée au pouvoir des Talibans en août 2021 retarde le lancement des activités, finalement amorcées en novembre. Malgré un contexte politique instable, l'AMA adapte ses services pour maintenir un accès aux soins et à l'éducation pour les femmes, dans le respect des normes culturelles. En 2023, MSF prolonge son appui jusqu'à fin 2024 et accompagne l'AMA dans la recherche de nouveaux bailleurs.

■ Configuration du projet

Le projet comprend actuellement 10 Unités de Maternité, réparties dans la région de Dasht-e-Barchi, ainsi qu'un Centre de Soins Maternels situé à l'hôpital public Ali Jenah, dirigés par des sages-femmes.

■ Bilan 2024

En 2024, l'AMA a poursuivi ses activités dans un contexte institutionnel et politique complexe. L'objectif principal a été de maintenir l'offre complète de soins maternels et néonataux à Dasht-e-Barchi, tout en préparant la transition vers un nouveau financement, notamment via l'UNFPA. MSF a accompagné l'AMA dans ses démarches de plaidoyer auprès des autorités et partenaires internationaux, et a organisé une réunion de clôture du partenariat. Malgré les limites rencontrées dans la collaboration, ce projet a permis de renforcer un modèle de soins dirigé par des sages-femmes, culturellement adapté et centré sur les besoins des femmes.

Sur cette année, l'organisation a réalisé 7 569 accouchements, 45 498 consultations anténatales et 15 926 consultations postnatales.

BANGLADESH	
Type d'intervention : Populations réfugiées Nombre de projets : 2 Dépenses 2024 : 9 385 k€ Financements institutionnels : 632 k€ (Canada)	Personnels : Local : 596 + 178 personnels Rohinaya International : 20 Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Depuis quinze ans, le Bangladesh était gouverné par la Ligue Awami, avec Sheikh Hasina comme Première ministre, jusqu'à sa chute en août 2024. Les élections de janvier 2024, boycottées par le BNP, principal parti d'opposition, ont été précédées par une répression massive : plus de 10 000 arrestations et de graves violations des droits humains ont été rapportées.

À l'été 2024, la réintroduction d'un système de quotas dans la fonction publique a déclenché un vaste mouvement étudiant, violemment réprimé. Les manifestations se sont transformées en soulèvement national, entraînant la chute du gouvernement le 5 août. Les forces de sécurité sont accusées d'avoir eu recours à une force excessive, causant la mort de centaines de civils, des disparitions forcées et des restrictions sévères aux libertés fondamentales.

Dans les jours suivant la chute du régime, le pays a été secoué par des violences, des pillages et des attaques ciblées contre des membres de l'ancienne majorité et des minorités religieuses. Un gouvernement intérimaire dirigé par Mohamed Yunus a été nommé le 8 août, avec pour mission de rétablir l'ordre, organiser des élections d'ici août 2025 et restaurer les institutions. Il devra faire face à de nombreux défis : consensus politique, redressement économique et justice pour les victimes des violences.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

Le Bangladesh, avec une densité de 1 116 habitants/km² pour près de 165 millions d'habitants, fait face à de nombreux défis sanitaires : infrastructures insuffisantes, faible ratio lits/population, pénurie de personnel médical, inégalités régionales, dépenses de santé faibles et coût élevé des traitements. Les équipements hospitaliers publics sont souvent sous-utilisés, et les médicaments rares restent inaccessibles.

Le district de Cox's Bazar est particulièrement exposé aux catastrophes naturelles, notamment les cyclones et inondations. Dans les camps rohingyas, les abris en bambou, l'absence de structures permanentes et de plans d'évacuation rendent la population extrêmement vulnérable, comme l'a montré le cyclone Mocha en 2023.

L'accès aux soins pour les Rohingyas dépend presque exclusivement du financement humanitaire international. Le système de santé dans les camps repose sur une multitude d'acteurs, principalement financés par les agences onusiennes. En 2024, l'appel humanitaire santé du plan de réponse (JRP) n'a été financé qu'à 40 %, laissant un déficit de 62 millions de dollars. Le retrait de l'Organisation

Internationale pour les Migrations (IOM) de plusieurs structures clés a encore réduit l'accès aux soins pour les réfugiés et les communautés hôtes.

Les épidémies de choléra (227 cas depuis juin 2024) et de dengue (10 000 cas en 2024) aggravent la situation. Les hospitalisations ont dépassé les 73 000 admissions en août 2024. Une étude MSF de 2023 a révélé une prévalence de 19,6 % d'hépatite C active, soit environ 86 000 cas dans les camps. Le système de santé, déjà sous pression, reste mal préparé à absorber de nouveaux chocs, avec un accès limité aux soins spécialisés et des capacités hospitalières insuffisantes.

PRÉSENCE MSF

Trois sections de MSF sont présentes dans le district de Cox's Bazar (CXB), représentant environ un tiers de la "capacité globale de soins de santé secondaires", un des principaux acteurs des consultations externes et les seuls fournisseurs fiables de traitements pour les maladies non transmissibles et l'hépatite C.

- MSF OCP a débuté ses opérations en 2017 avec l'ouverture des services médicaux dédiés à Palong Khali et, en 2022, a repris l'ancien hôpital maternel et infantile de Goyalmara d'OCBA ainsi que ses activités externes.
- MSF OCA, qui possède la présence la plus longue dans le pays et le plus important volume d'opérations dans le district de CXB, s'est recentré en 2023 sur les soins de santé secondaires. OCA gère également un projet à Dhaka (santé au travail).
- MSF OCB soutient deux centres de soins de santé primaires dans les camps 14 et 15.

PROJET : PALONG KHALI (HOPITAL SUR LA COLLINE)

■ Historique du projet

En réponse à l'afflux massif de réfugiés rohingyas en 2017, MSF OCP a lancé un projet médical à Palong Khali pour répondre aux besoins urgents dans le sud et le centre du Méga-camp. Le projet offre des soins de santé primaires et secondaires à une population d'environ 130 000 personnes, notamment dans les camps 8W, 13, 17 et 18.

Depuis 2022, les consultations externes sont concentrées sur le camp 8W, avec un accent particulier sur les maladies non transmissibles et la gale. L'hôpital constitue également un centre de référence majeur, avec l'une des rares unités de soins intensifs pour adultes de la région.

Les services de maternité ont été suspendus fin 2019, à l'exception des soins prénataux et postnataux, en raison d'une faible fréquentation. Les services pédiatriques ont été transférés à l'hôpital de Goyalmara après sa reprise par MSF OCP.

■ Configuration du projet

Le projet comprend trois structures de santé entièrement gérées par MSF :

- L'Hôpital sur la Colline (HoH), situé dans le camp 8W à la frontière des camps 17 et 18, est un établissement de soins secondaires doté de 47 lits : 12 en soins intensifs, 26 en hospitalisation adulte, 4 en isolement et 5 en unité pédiatrique de courte durée. Il dispose également d'un laboratoire, d'une pharmacie, de services de santé reproductive (SRH), d'un espace dédié aux survivant·es de violences sexuelles (SGBV) et d'un service d'urgence très sollicité.

- L'OPD2, dans le camp 13, est centré sur les maladies chroniques et la santé mentale. Il accueille une cohorte fermée pour les maladies non transmissibles (MNT) et une cohorte ouverte pour la santé mentale, avec des activités de sensibilisation communautaire.
- L'OPD3, situé près de HoH dans le camp 8W, propose des consultations générales, des services SRH, de santé mentale, ainsi que le dépistage et le traitement des MNT et de l'hépatite C. Il sera relocalisé dans une structure permanente fin 2024. Des activités communautaires complètent l'offre, notamment le suivi des patients perdus de vue et les référencement prioritaires.

■ Bilan 2024

En 2024, le projet Hôpital sur la Colline (HoH) a été confronté à une pression croissante liée à la dégradation des conditions de vie dans les camps et à l'insuffisance persistante des services spécialisés. Le nombre de consultations générales a été plafonné à 300 par jour, avec une moyenne mensuelle de près de 4 900. Les urgences ont atteint un niveau record, avec 1 875 consultations mensuelles en moyenne, principalement pour des infections respiratoires, troubles gastro-intestinaux et douleurs musculaires.

Les activités de santé reproductive ont intensifié le dépistage des violences sexuelles, avec une moyenne mensuelle de 14 cas traités. En revanche, les consultations prénatales, de planification familiale et gynécologiques ont diminué, en partie à cause de l'absence de services d'accouchement. L'unité pédiatrique de courte durée a accueilli plus de 500 enfants, faute de lits disponibles dans les hôpitaux de référence.

Les tensions sécuritaires, aggravées par le retrait des forces de sécurité après août, ont perturbé les activités communautaires et limité l'accès aux soins. Malgré cela, HoH a maintenu ses opérations, avec des ajustements d'horaires et une réduction temporaire du personnel.

L'accès aux traitements pour les MNT et l'hépatite C reste limité, seuls les patients répondant à des critères stricts étant intégrés. Une campagne de traitement de 10 000 cas est prévue en 2025. L'épidémie de gale, très marquante en 2023, a été maîtrisée grâce à une campagne de traitement de masse. L'arrivée de nouveaux réfugiés depuis juin a accentué la pression sur les services, avec plus de 500 nouveaux patients pris en charge.

Services de l'hôpital	2021	2022	2023	2024
Présentation aux urgences	18 197	21 565	19 560	23 449
Hospitalisations	2 971	3 202	3 330	3 522
Hospitalisations pédiatriques	334	468	809	695
Taux d'occupation des lits	79%	90%	88%	85%
Consultations anténatales	3 123	3 966	5 248	4 029
Interruptions de grossesse	167	73	122	233
Planning familial	4 705	4 685	7 865	6 150
Victimes de violences sexuelles	23	72	69	188
Consultations maladies chroniques	29 735	27 834	24 354	17 713
Consultations santé mentale	5 028	5 496	6 311	6 794

PROJET : GOYALMARA

■ Historique du projet

L'hôpital de Goyalmara a été ouvert en 2017 par MSF OCBA en réponse à une épidémie de diphtérie dans les camps rohingyas nouvellement établis. Il a ensuite été transformé en centre de santé maternelle et pédiatrique, avec des services d'urgence, de soins pédiatriques et de consultations externes.

Repris en 2022 par MSF OCP, l'hôpital, situé à l'extérieur du camp 16, dessert à la fois les communautés rohingya et bangladaise. Il offre des soins complets pour les mères et les enfants, incluant des services spécialisés en pédiatrie, néonatalogie, gynécologie et obstétrique, en hospitalisation comme en consultation. La zone de couverture varie selon les services : environ 100 000 personnes pour les activités de santé mentale et de promotion de la santé, bien que difficile à maintenir en raison de la rareté des services publics dans la région.

L'hôpital est l'un des deux seuls établissements pédiatriques dans la région, avec celui de Kutupalong (OCA), ce qui en fait un centre de référence essentiel, recevant des patients de l'ensemble des camps, y compris de Teknaf, ainsi que de la communauté hôte.

■ Configuration du projet

L'hôpital de Goyalmara est une structure entièrement gérée par MSF, acceptant les référencement d'autres ONG et centres de santé publics. Il dispose de 76 lits en période normale, étendus à 101 lits en saison de pointe (juillet à novembre). Les services incluent :

- les consultations externes en pédiatrie (6 jours/semaine), santé reproductive (5 jours/semaine), santé mentale (5 jours/semaine),
- les urgences 24/7,
- les hospitalisation pédiatrique (<15 ans) avec 16 lits en soins intensifs, 10 en nutrition thérapeutique, 9 en pédiatrie générale, 11 en néonatalogie intensive et 12 en néonatalogie intermédiaire,
- la maternité avec 18 lits et 2 tables d'accouchement,
- les services de laboratoire et radiologie,
- Ainsi que les activités externes (suivi des patients, engagement communautaire, promotion de la santé et surveillance).

En 2024,.

■ Bilan 2024

En 2024, la demande pour les services de Goyalmara a continué d'augmenter, en raison de la baisse du soutien aux autres acteurs de santé et de l'arrivée de nouveaux réfugiés. Les passages aux urgences sont passés de 882 à 957 par mois. Les consultations externes ont été plafonnées à 220 par jour pour préserver la qualité des soins. Le taux d'occupation des lits est monté à 92 %, avec une moyenne de 245 admissions mensuelles. Le dépistage de la malnutrition en OPD a révélé une prévalence de 9,3 % de GAM, contre 7,2 % en 2023.

La prise en charge des violences sexuelles a connu une forte montée en charge, passant de 5 à plus de 30 cas mensuels en moins de six mois. L'emplacement hors camp de l'hôpital permet un accès plus confidentiel aux services de protection. Toutefois, les refus de référencement restent un défi majeur, avec 1 055 cas entre janvier et septembre. Les tensions intercommunautaires et les difficultés d'accès

liées à l'insécurité croissante dans les camps, notamment autour des camps 14 et 15, ont également affecté les activités.

Sur le plan médical, Goyalmara reste le principal centre de soins pédiatriques et néonataux pour les camps rohingyas (1 million de personnes) et la communauté hôte d'Ukhia (265 000 personnes). La pression sur les services est accentuée par l'insuffisance des structures de santé primaires et secondaires dans les camps, le manque de personnel et de médicaments, et l'inaccessibilité des hôpitaux publics pour les réfugiés.

Un nouveau bâtiment a été ouvert à l'extérieur de l'hôpital pour les consultations, améliorant la fluidité des patients et les parcours de soins, notamment pour les survivantes de violences sexuelles. Plusieurs services d'hospitalisation ont été réhabilités pour renforcer l'isolation et le contrôle des infections.

Des initiatives de protection et de redevabilité ont été mises en place, incluant des espaces adaptés aux enfants, un outil d'accueil patient, un mécanisme de retour communautaire et un système de signalement des incidents

	2022	2023	2024
Consultations générales	52 384	57 976	46 004
Admissions pédiatriques	4 796	4 033	3 909
Accouchements	1 021	1 413	1 101
Consultations santé reproductive	12 621	15 746	12 575

À partir du 21 août 2024, de fortes pluies de mousson et le déversement d'eau d'un barrage en Inde ont provoqué des inondations dévastatrices dans 11 districts du Bangladesh, touchant plus de 5,4 millions de personnes et déplaçant près de 470 000 individus, notamment dans les districts de Noakhali et Feni. Les structures de santé, en particulier l'hôpital général de Noakhali, ont été submergées, avec un taux d'occupation des lits atteignant 216 %, en raison d'une forte hausse des cas de diarrhée aqueuse aiguë.

MSF a lancé une réponse intersectionnelle centrée sur le soutien à l'hôpital de Noakhali comprenant renforcement des ressources humaines, mise en place d'un système de triage et de mesures de prévention et contrôle des infections, désinfection des sources d'eau dans l'hôpital et les communautés, formation de volontaires, distribution de kits de sanitation, et identification de partenaires locaux pour la distribution de biens non alimentaires.

BURKINA FASO	
Type d'intervention : conflit armé	Personnels :
Nombre de projets : 2	Local : 167
Dépenses 2024 : 3 850 k€	International : 19
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCBA, OCG

CONTEXTE DU PAYS

▪ Contexte Politique

Depuis 2015, la situation sécuritaire au Burkina Faso se dégrade sous l'effet des insurrections de groupes armés radicaux, notamment le Groupe de soutien à l'islam et aux musulmans et l'État Islamique au Sahara, qui contrôlent de vastes zones rurales et imposent des blocus. En janvier 2025, on comptait 35 zones inaccessibles, 29 enclavées et 18 d'accès difficile. Cette crise s'accompagne d'une instabilité institutionnelle marquée par deux coups d'État, de tensions ethniques liées au recrutement massif de volontaires pour la défense de la patrie, et d'un rétrécissement des libertés publiques.

Depuis la prise de pouvoir du capitaine Ibrahim Traoré en septembre 2022, la réponse militaire s'est intensifiée, avec une mobilisation nationale, des lois contraignantes et des opérations offensives. Sur le plan international, les autorités ont rompu avec la France et renforcé leur coopération avec la Russie, la Turquie et la Chine. En juillet 2024, l'Alliance des États du Sahel, formée avec le Mali et le Niger, s'est constituée en confédération, officialisant la rupture avec la CEDEAO.

En 2024, 4 048 incidents ont été recensés, causant 10 937 morts, 2 844 blessés, 2 478 arrestations et 926 enlèvements. Les civils sont ciblés à la fois par les forces régulières et les groupes armés, selon des critères ethniques ou géographiques. Les attaques majeures de l'année incluent le massacre de Barsalogho (près de 300 morts), l'attaque d'un convoi à Boungou, et celle de l'église de Kounla (26 fidèles tués).

Plus de deux millions de personnes sont déplacées, dans un contexte d'accès humanitaire fortement entravé (engins explosifs, contrôles irréguliers, taxation, attaques de convois). En 2024, le gouvernement a annoncé le retour d'un million de déplacés, sans garanties d'accompagnement. Les humanitaires sont confrontés à des arrestations, des violences, et des attaques directes, comme celles visant MSF à Djibo. La réquisition de civils pour des opérations de sécurité et l'adoption de la devise « La patrie ou la mort, nous vaincrons » illustrent la radicalisation du discours étatique.

▪ Contexte Humanitaire et Sanitaire

Selon l'Enquête Démographique et de Santé de 2021, le taux de mortalité des enfants est de 30 pour 1 000 naissances vivantes, et le risque de mortalité juvénile est de 18 ‰, portant le risque global infanto-juvénile à 48 ‰. Les principales maladies restent le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition, les maladies diarrhéiques, les infections sexuellement transmissibles et la tuberculose. Le fardeau des maladies non transmissibles progresse, incluant anémie, diabète, maladies cardiovasculaires, troubles mentaux, maladies génétiques et traumatismes routiers.

La mortalité maternelle, bien qu'en baisse, reste préoccupante : 198 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2021. Les besoins non satisfaits en planification familiale concernent 16 % des femmes en union, et jusqu'à 95 % chez les femmes non mariées sexuellement actives. En 2023, la malnutrition aiguë globale a atteint 10,7 % dans la province du Balé (Boucle du Mouhoun). Le pays a connu plusieurs épidémies : chikungunya, rougeole et surtout dengue.

La situation humanitaire reste critique, aggravée par l'insécurité persistante. En mars 2023, on comptait plus de 2 millions de personnes déplacées internes, bien que les données actualisées soient difficilement accessibles. En 2024, plus de 30 communes, dont 9 chefs-lieux de province, sont sous blocus armé, limitant fortement l'accès humanitaire. Les axes d'approvisionnement sont inaccessibles sans escorte militaire, et les opérations de reconquête compliquent davantage l'accès aux soins.

Dans la Boucle du Mouhoun, région particulièrement touchée, les villes de Nouna, Tougan et Solenzo sont assiégées. De nombreuses formations sanitaires sont fermées (33 %) ou fonctionnent à minima (14 %), laissant une large part de la population sans accès aux soins. Le manque de ressources humaines, notamment d'agents de santé, est accentué par les déplacements forcés et les restrictions sécuritaires, entravant la réponse humanitaire.

PRÉSENCE MSF

En 2023-2024, OCBA intervient dans les régions de l'Est, du Sahel et du Haut-Bassin, avec des projets à Fada, Kantchari, Dori, Gorom-Gorom, Gorgadji et Bobo-Dioulasso. Elle apporte un soutien aux personnes déplacées et aux communautés hôtes, et développe également des activités de formation via *l'Académie MSF pour les Soins de Santé*.

OCG est active dans les régions du Centre-Nord et du Sahel, avec des interventions à Kaya, Kongoussi, Pissila et Djibo. Elle se concentre sur la prise en charge des personnes déplacées et la fourniture de services chirurgicaux.

OCP opère dans la région de la Boucle du Mouhoun, notamment à Dédougou, Tougan et Nouna. Elle y propose des soins de santé primaires et secondaires via des cliniques mobiles, des consultations externes et des hospitalisations. Les activités incluent également la santé mentale, maternelle et infantile, ainsi que des actions communautaires ciblant les déplacés internes et les résidents.

PROJET : DEDOUGOU - BOUCLE DU MOUHOUN

■ Historique du projet

La région de la Boucle du Mouhoun, parmi les plus touchées par l'insécurité au Burkina Faso, a vu la situation se dégrader rapidement depuis l'ouverture du projet MSF en 2021. Cette détérioration a entraîné des déplacements massifs de population, une pression croissante sur les structures de santé et une réduction drastique de l'accès humanitaire.

À Nouna, un blocus de longue durée a mis la ville sous perfusion humanitaire. À Bomborokuy, une offensive majeure en mai 2024 a vidé les villages et provoqué des déplacements vers Nouna. À Djibasso, bien que la situation soit plus calme, l'approvisionnement reste difficile. En mai 2024, 51 % des formations sanitaires du Sourou étaient fermées, et les autres ne fonctionnaient qu'à minima.

■ Configuration du projet

Le projet est installé au sein du district de Dédougou et s'étend sur le district de Nouna. À Dédougou, les activités sont déployées au Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) Secteur 3 (consultations

générales, santé maternelle, prise en charge des violences sexuelles, appui psychosocial, PCI, promotion de la santé), au Centre Médical Urbain (hospitalisation, pédiatrie, médecine adulte, transfusion, nutrition, référencement), dans deux cliniques mobiles (Secteur 5 et Sourì), et avec un appui ponctuel au Centre Hospitalier Régional et au Centre Régional de Transfusion Sanguine.

À Nouna, les activités, réalisées au CSPA Communal 1 (consultations générales, référencement, réponse aux urgences) et via un réseau d'agents de santé à base communautaire (ASBC), sont suivies à distance avec des visites ponctuelles.

■ Bilan 2024

L'année 2024 a été marquée par la consolidation des activités à Dédougou, malgré un contexte sécuritaire toujours instable. Le projet a maintenu un haut niveau de consultations au CSPA Secteur 3 et dans les cliniques mobiles, tout en renforçant l'appui au CMU. À Nouna, les activités ont été maintenues en supervision bimestrielle, malgré les difficultés d'accès.

Malgré ces contraintes, MSF a poursuivi ses efforts pour améliorer la qualité des soins, renforcer la collaboration avec les autorités sanitaires, et adapter ses interventions aux réalités du terrain.

	2021	2022	2023	2024
Nb nouvelles hospitalisations (Pédiatrie+ Médecine adulte)	712	518	1 298	3 255
Nb de consultations prénatales	114	4 680	9 555	11 474
Nb de consultations générales	48 226	84 205	129 123	148 140
Nb de consultations par les agents communautaires	3 089	17 857	17 143	8 091
Nb victimes de violences sexuelles		8	20	13

PROJET : TOUGAN - BOUCLE DU MOUHOUN

■ Historique du projet

Le district sanitaire de Tougan, situé dans la Boucle du Mouhoun, est soumis à un blocus depuis janvier 2023, provoquant une pénurie de biens essentiels, la fuite du personnel soignant et un effondrement quasi total des services de santé, dans un contexte marqué par un afflux massif de personnes déplacées internes. En novembre 2023, plus de 56 000 déplacés étaient recensés à Tougan, chef-lieu de la province du Sourou.

Après une suspension des activités pour des raisons sécuritaires, Médecins Sans Frontières a procédé à une évaluation des besoins dans la région et proposé un projet visant à rétablir l'accès aux soins médicaux et chirurgicaux d'urgence, à améliorer la prise en charge des survivantes de violences sexuelles et à restaurer les services d'eau, d'hygiène et d'assainissement. Les activités ont officiellement débuté à l'hôpital de Tougan le 1er juillet 2024, à la suite d'un accord signé avec les autorités sanitaires, dans un environnement toujours marqué par une forte instabilité sécuritaire.

■ Configuration du projet

Le projet de Tougan concentre son action sur la prise en charge des urgences médico-chirurgicales à l'hôpital de la ville, en s'adressant à l'ensemble de la population, à l'exception des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes (y compris pour les accouchements par césarienne), déjà couverts par

la gratuité des soins de l'État. L'appui de Médecins Sans Frontières se déploie dans plusieurs services clés de l'établissement, notamment les urgences, le bloc opératoire, les unités d'hospitalisation en chirurgie, médecine interne, pédiatrie, ainsi que l'unité dédiée aux survivantes de violences sexuelles intégrée à la maternité. L'hôpital dispose de 91 lits. Par ailleurs, MSF prend également en charge les coûts liés aux références sanitaires vers le Centre hospitalier régional de Koudougou.

■ Bilan 2024

L'ouverture du projet en juillet 2024 s'est heurtée à de nombreuses difficultés, notamment la suspension rapide des mouvements du personnel pour raisons sécuritaires, un climat de méfiance de la population envers l'hôpital en raison des événements violents passés, et des ruptures fréquentes de médicaments dues à des retards logistiques. L'accès au CMA reste limité, les centres de santé périphériques référant peu vers Tougan à cause de l'insécurité.

	2024 (6 mois)
Nb d'urgences médicales hospitalisées	364
Nd d'urgences chirurgicales hospitalisées	18
Nb d'urgences pédiatriques hospitalisées	200
Nb de références en hospitalisations	256

FRANCE	
Type d'intervention : Populations réfugiées et migrantes, catastrophe naturelle Nombre de projets : 4 Dépenses 2024 : 5 658 k€ Financements institutionnels : aucun	Personnels : Local : 52 International : aucun Autres centres opérationnels MSF : aucun

CONTEXTE DU PAYS

▪ Contexte Politique

Au niveau européen, la tendance à l'externalisation des frontières s'est renforcée avec l'adoption du Pacte Asile et Immigration et la signature de nouveaux accords bilatéraux entre l'UE et le Liban ou l'Égypte. Ces politiques ont été mises en lumière par plusieurs rapports du collectif Lighthouse, dénonçant le soutien européen aux refoulements opérés par les autorités tunisiennes, marocaines et mauritaniennes, ainsi que la complicité de Frontex avec les garde-côtes libyens.

Frontex a enregistré une baisse de 36 % des « entrées irrégulières » dans l'UE, notamment en Méditerranée centrale (-64 %), conséquence probable du durcissement des politiques migratoires en Tunisie et en Libye. En revanche, la route Atlantique vers les Canaries a connu un doublement des arrivées, avec un coût humain estimé à plus de 5 000 morts.

Au Royaume-Uni, les arrivées ont augmenté en 2024 (près de 37 000 contre 30 000 en 2023), faisant de cette année la plus meurtrière dans la Manche avec 76 décès. L'arrivée au pouvoir des travaillistes n'a pas modifié la politique migratoire à la frontière franco-britannique.

En France, après une année 2023 marquée par des tensions autour du projet de loi asile et immigration, l'année 2024 a vu l'adoption de ce texte en janvier, malgré la censure de plusieurs dispositions par le Conseil constitutionnel. Cette loi a néanmoins conduit à un durcissement des conditions d'accueil, de vie et d'intégration des personnes étrangères. La pression sur l'Aide Médicale d'État (AME) s'est maintenue, les gouvernements successifs exprimant leur volonté de la restreindre par voie réglementaire.

▪ Contexte Humanitaire et Sanitaire

Le système de santé et d'action sociale français, bien que garantissant un haut niveau de prise en charge, demeure en situation de fragilité. Le contexte budgétaire tendu fait peser un risque accru sur son financement, avec des répercussions particulièrement marquées pour les personnes migrantes. Les dispositifs d'hébergement sont saturés, les structures de soins gratuites sous-dotées, et les moyens varient fortement selon les territoires.

Les mineurs non accompagnés (MNA) sont confrontés à des politiques restrictives d'accueil, tandis que les dispositifs existants peinent à s'adapter aux besoins spécifiques des personnes migrantes. Par ailleurs, les évolutions législatives récentes renforcent les restrictions d'accès à la prise en charge sociale et médicale des personnes étrangères en situation irrégulière, en particulier à travers la remise en cause persistante de l'AME.

Certaines Agences Régionales de Santé (ARS) poursuivent néanmoins leurs efforts pour améliorer l'accès aux soins des personnes précaires, en élaborant des programmes en concertation avec les

acteurs de terrain, dont MSF. Mais le fossé entre les ambitions affichées et la réalité reste profond, les obstacles structurels et politiques limitant fortement l'impact de ces initiatives.

PRÉSENCE MSF

Après la fin de l'opération Calais-Grande-Synthe (2015-2016), MSF a lancé en décembre 2017 un projet en Île-de-France centré sur l'accueil de jour multidisciplinaire pour les mineurs non accompagnés en recours, complété en 2018 par un dispositif d'hébergement, puis par une clinique mobile à destination des populations précaires, principalement migrantes.

À la suite d'une opération d'hébergements d'urgence menée en 2019-2020 à Paris, Marseille, Montpellier et Bordeaux, un projet pérenne a été ouvert à Marseille, d'abord axé sur l'hébergement (18 places) des mineurs non accompagnés en recours, puis élargi à des activités médicales externes (2022) et à un accueil de jour inter-associatif (2024).

Un nouveau projet a vu le jour à Calais en avril 2023, structuré autour de deux volets : un dispositif de soins somatiques et de santé mentale en activité externe, et un centre d'accueil de jour pour mineurs non accompagnés en transit. En parallèle, un programme d'hébergement hivernal en hôtel a été mis en œuvre au premier trimestre 2024 à Calais pour mineurs non accompagnés et familles exilées.

Enfin, à l'été 2024, MSF est intervenue à Mayotte dans le cadre d'une opération d'urgence en réponse à une épidémie de choléra, mobilisant des équipes en eau, hygiène et promotion de la santé.

PROJET : ÎLE-DE-FRANCE

■ Historique du projet

Après les démantèlements des camps de Calais et Grande-Synthe en 2016, MSF a lancé un programme en Île-de-France en appui aux MNA, visant à faire reconnaître leur présomption de minorité, à promouvoir des évaluations standardisées par les conseils départementaux, et à garantir 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 plusieurs dispositifs d'hébergement.

À partir de 2021, un hébergement de 20 places a été remplacé par deux maisons de 10 places chacune, dédiées à des garçons mineurs non accompagnés très vulnérables. En parallèle, un dispositif de 10 places pour jeunes filles a été mis en place, géré par Utopia/Accueillons, en réponse à leur présence croissante à l'accueil de jour. Le plaidoyer de MSF a contribué à l'ouverture de deux dispositifs pérennes à Paris (75 places EMA et 40 places CHU Emile Zola) et au maintien de la mise à l'abri des jeunes filles après une évaluation négative.

Face à une hausse importante des admissions à Pantin, des limitations ont été instaurées dès 2021. Le projet a traversé une crise interne en 2023, marquée par une suspension partielle des activités et la fin du partenariat avec Utopia. La reprise en 2024 s'est faite dans un contexte de réduction des activités associatives et de fragilisation des dispositifs institutionnels, notamment pour les jeunes filles et les familles. L'ouverture par la Mairie de Paris de la Halte Diderot, un accueil de jour pour mineurs non accompagnés en recours, a marqué une reconnaissance institutionnelle du besoin. Dans ce contexte, le projet a recentré ses objectifs sur la prise en charge des jeunes filles mineures non accompagnées en recours.

▪ Configuration du projet

Le projet Île-de-France repose sur trois dispositifs complémentaires. Le centre d'accueil de jour de Pantin, ouvert du lundi au vendredi, s'adresse aux mineurs non accompagnés déboutés de l'évaluation de minorité. Il propose une prise en charge pluridisciplinaire structurée autour de trois pôles : santé somatique, santé mentale et accompagnement sociojuridique. Les critères de sortie incluent un placement par le juge des enfants ou un accompagnement vers des solutions alternatives en l'absence de reconnaissance de minorité.

Le dispositif d'hébergement Passerelle comprend deux maisons de 10 lits chacune, destinées aux mineurs non accompagnés déboutés vivant à la rue et/ou en situation de grande vulnérabilité. L'inclusion se fait depuis l'accueil de jour, sur la base de critères de fragilité psycho-somatique ou d'exposition à des risques de violence. L'accompagnement est pluridisciplinaire, avec des sorties vers l'Aide sociale à l'enfance ou d'autres solutions d'insertion.

Enfin, une clinique mobile hebdomadaire est déployée à la Porte de la Villette pour les populations précaires, notamment migrantes. Elle mobilise une équipe soignante bénévole (médecin, infirmier-ère), une assistante sociale, un logisticien et un agent de sécurité. Des cliniques mobiles ponctuelles sont également organisées dans des lieux de vie alternatifs, comme les squats d'Utopia à Bagnolet.

▪ Bilan 2024

L'année 2024 a été marquée par une réorientation progressive du projet vers l'accueil et l'hébergement des jeunes filles mineures non accompagnées en recours. À partir de fin juin, les nouvelles inclusions ont été limitées aux jeunes filles, tandis que les garçons présents ont été progressivement réorientés, notamment vers la Halte Humanitaire.

Cette réorientation s'accompagne d'un renforcement de la prise en charge, notamment sur les enjeux liés à la santé des femmes et aux violences sexuelles et sexistes. Un travail de cartographie des partenaires spécialisés est en cours pour adapter les parcours de soins et les modalités d'accompagnement. Les cliniques mobiles à la Porte de la Villette ont été maintenues, et le dispositif a été étendu à d'autres lieux de vie alternatifs, notamment à Bagnolet au second semestre.

	2021	2022	2023	2024
Nb de passages au centre de Pantin	8 928	7 784	6 055	5 300
Nb de mineurs non accompagnés inclus	911	452	303	331
Nb de consultations paramédicales	2 491	3 381	2 394	2 600
Nb d'interventions en santé mentale	2 592	2 653	1 025	437
Nb de prises en charge à l'aide sociale à l'enfance	191	200	37	114
Clinique Mobiles : Nb consultations	n/d	1 293	823	1 385

PROJET : MARSEILLE

▪ Historique du projet

Le projet MSF à Marseille a débuté en janvier 2020 avec un centre d'hébergement et d'accueil de jour pour mineurs non accompagnés primo-arrivants et en recours, en réponse à la présence massive de jeunes à la rue, aggravée par le premier confinement. Dès juillet 2020, le projet se recentre sur les

mineurs non accompagnés en recours, à la suite d'une amélioration relative de la prise en charge des primo-arrivants.

En décembre 2021, un nouveau lieu d'hébergement est mis à disposition par la mairie de Marseille. L'accompagnement interdisciplinaire se concentre progressivement sur les jeunes les plus vulnérables. À partir de 2022, le projet développe un volet d'activités externes axé sur l'accès aux soins, face au constat d'un grand nombre de jeunes non pris en charge par le Conseil Départemental. Ce volet se structure en 2024 avec un renforcement des ressources humaines. En parallèle, un accueil de jour (GR1) est ouvert en partenariat avec le Secours Catholique, JUST, Yes We Camp, la Ligue de l'Enseignement et avec le soutien de la mairie. Ce lieu de répit propose une prise en charge interdisciplinaire, des permanences d'accès aux soins assurées par MSF, et depuis octobre 2024, une activité groupale de soutien psychologique.

▪ Configuration du projet

Le projet s'articule autour de deux dispositifs principaux. L'hébergement MSF comprend 18 places pour MNA en recours et 2 lits d'urgence. L'admission repose sur des critères de vulnérabilité médicale et sociale. Les jeunes sont accompagnés par une équipe pluridisciplinaire assurant un suivi médical, social, juridique et psychologique.

Les activités externes se déclinent en plusieurs volets. Le premier est centré sur l'accès aux soins, avec des consultations médicales et de la médiation en santé, organisées selon trois modalités : permanences au GR1, consultations dans les squats, et maraudes auprès des jeunes en situation de rue. Le second volet concerne le soutien logistique aux squats (nourriture, articles non alimentaires, interventions ponctuelles). MSF participe également à la coordination du centre d'accueil de jour GR1, en consortium avec plusieurs partenaires. Enfin, une activité santé mentale a été lancée en octobre 2024.

Le projet est accompagné d'un plaidoyer local, notamment sur les freins à l'accès aux soins (en lien avec l'ARS) et sur les recours contre le Conseil Départemental concernant l'hébergement. Les critères d'admission, de prise en charge et de sortie sont définis pour chaque activité, avec une priorisation des jeunes les plus vulnérables

▪ Bilan 2024

L'année 2024 a été marquée par un durcissement notable de la reconnaissance de minorité, tant lors de l'évaluation initiale (64 % de déboutés en 2023 contre 31 % en 2019) que lors des recours (38 % de décisions favorables en 2024 contre 56 % en 2023). Les délais d'application des ordonnances de placement provisoire se sont allongés, parfois jusqu'à la majorité des jeunes, et font souvent l'objet d'appels du Département. Cette situation a réduit les sorties de l'hébergement, allongé la durée moyenne de séjour et limité les nouvelles admissions. Le projet a donc resserré ses critères d'entrée sur les jeunes en recours présentant une forte vulnérabilité, tout en explorant des stratégies juridiques alternatives (asile, TSEM).

Le renforcement des activités externes a permis une meilleure identification des jeunes vulnérables. Une médiatrice en santé a été recrutée pour assurer un screening dans les squats et orienter vers les permanences médicales du GR1.

	2022	2023	2024
Nb de jeunes hébergés	59	34	24
Nb admissions	43	16	8
Nb de sorties	27	18	9
Nb de suivis médicaux complexes pour les jeunes hébergés dans la maison MSF	n:d	19	52
Nb de consultations psychologiques pour les jeunes hébergés dans la maison MSF	n:d	229	445
Nb de suivis médicaux en activités externes	34	83	653

PROJET : CALAIS LITTORAL NORD

■ Historique du projet

Une mission exploratoire menée entre mars et mai 2022 a conduit à la proposition d'un projet à Calais structuré autour de deux volets : un accueil de jour pour jeunes exilés (mineurs en transit sans demande de reconnaissance de minorité en France) et des activités externes. Ce projet, initialement prévu pour deux ans, vise à améliorer l'état de santé des personnes exilées en transit sur le littoral nord et à documenter les effets des politiques migratoires franco-britanniques.

Face au refus de la mairie de Calais d'autoriser l'ouverture d'un accueil de jour, le projet a été lancé en avril 2023 par le développement d'activités externes centrées sur les soins somatiques et psychologiques auprès des personnes exilées vivant à Calais. En juillet 2023, un accueil de jour pour mineurs non accompagnés a été ouvert, malgré le risque d'un arrêté de fermeture.

Le projet s'inscrit dans un contexte de durcissement des politiques migratoires britanniques, marqué notamment par l'accord de relocalisation des demandeurs d'asile vers le Rwanda et le renforcement de la coopération franco-britannique et des dispositifs de contrôle à la frontière.

■ Configuration du projet

Le projet s'articule autour de trois axes principaux. L'accueil de jour pour mineurs exilés, unique dans le Calaisis, offre un espace de répit, des activités socio-éducatives et un relais vers la mise à l'abri via France Terre d'Asile. Il est complété par des activités d'« aller-vers » dans les lieux de vie pour identifier les jeunes et maintenir le lien.

Le volet santé somatique repose sur une clinique mobile et des permanences infirmières, avec un accompagnement vers les structures de soins, notamment la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Le volet santé mentale cible les personnes les plus vulnérables, en errance ou en situation d'urgence, via des consultations sur les lieux de vie ou des orientations vers des dispositifs spécialisés.

■ Bilan 2024

L'année 2024 a été marquée par une consolidation des activités dans un contexte de forte collaboration avec le tissu associatif local et de liens réguliers avec les institutions (PASS, préfecture, mairie). L'accueil de jour a maintenu une fréquentation variable selon les flux migratoires, avec un renforcement de l'orientation vers la mise à l'abri et un partenariat accru avec ECPAT. Toutefois, des lacunes ont été relevées dans l'intégration de l'accès aux soins, en raison notamment de l'irrégularité de la présence psychologique.

Les activités de santé mentale ont été fortement sollicitées, en lien avec la précarité des personnes en errance et l'absence de réponse institutionnelle adaptée, notamment pour les rescapés de naufrages. Quant au volet santé somatique, il a connu une interruption partielle entre juillet et septembre, faute de personnel infirmier. L'activité, encore peu structurée, combine information, orientation, cliniques mobiles et accompagnements vers les soins. Une redéfinition de ses objectifs et de son public cible est prévue.

Enfin, le projet a mis en place une capacité de réponse aux urgences, notamment à travers un dispositif d'hébergement hivernal temporaire (janvier à mars 2024), destiné aux mineurs non accompagnés et familles non pris en charge par les dispositifs institutionnels. Dans ce cadre, 71 mineurs non accompagnés ainsi que 87 familles ont pu être hébergés.

	2024
Nb de passages à l'accueil de jour	2 019
Nombre de jeunes suivis à l'accueil de jour	177
Nb de consultations de santé somatique	1 257
Nb d'actes en santé mentale	470

URGENCES A MAYOTTE

En 2024, Médecins Sans Frontières est intervenue à Mayotte dans le cadre de deux urgences. D'abord, face à l'épidémie de choléra déclarée entre mai et août, MSF a déployé des activités de prévention dans plusieurs quartiers précaires (Kaweni, Passamainty, Vahibé, Mirereni), en renforçant l'accès à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement, et en menant des actions de sensibilisation en collaboration avec des associations locales.

Ensuite, à la suite du passage du cyclone Chido en décembre, MSF a mis en place des cliniques mobiles dans les zones les plus touchées, réalisant plus de 6 600 consultations jusqu'en mars 2025. L'intervention s'est concentrée sur le traitement de pathologies liées au manque d'eau potable et sur la réhabilitation d'installations hydrauliques. Ces réponses ont également permis de documenter et de dénoncer les profondes inégalités d'accès aux soins et aux services de base dans les quartiers les plus vulnérables de l'île.

HAÏTI	
Type d'intervention : conflit armé	Personnels :
Nombre de projets : 2	Local : 720
Dépenses 2024 : 18 956 k€	International : 46
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Depuis le séisme de 2010, Haïti traverse une crise politique chronique, aggravée par l'instabilité institutionnelle et la montée de la violence. Les scandales politico-financiers de 2018-2019, les émeutes « pays lock » et la pandémie de 2020 ont successivement paralysé le pays. L'assassinat du président Jovenel Moïse en 2021 a marqué un tournant, plongeant le pays dans un vide institutionnel. Trois Premiers ministres se sont succédé en moins d'un an, sans élections, et les structures de gouvernance sont désormais relayées par des mécanismes de transition fragiles.

En avril 2024, un Conseil Présidentiel de Transition a été instauré pour rétablir la sécurité et organiser des élections d'ici fin 2025. Mais la faiblesse des institutions et la méfiance généralisée envers les autorités alimentent l'instabilité. Les gangs, réunis sous la coalition Vivansam depuis février 2024, contrôlent plus de 80 % de Port-au-Prince. Les violences, les déplacements massifs, les violences basées sur le genre et les kidnappings sont endémiques. Le mouvement d'autodéfense Bwa Kalé, infiltré par la police, multiplie les exécutions extra-judiciaires.

L'économie est en crise, avec une inflation de 46 % et un pouvoir d'achat en chute libre. L'accès aux biens est entravé par les fermetures de l'aéroport et le contrôle des voies d'approvisionnement par les gangs. L'intervention internationale reste limitée : la Mission multinationale d'appui à la sécurité (MMASS), appuyée par le Kenya, peine à stabiliser la situation, tandis que la Chine et la Russie ont bloqué le retour des casques bleus. Le Core Groupe (Espagne, US, Canada, France, Vatican et UE) et la CARICOM (Communauté des Caraïbes), en lien avec les élites économiques haïtiennes, influencent fortement la transition politique. Le limogeage du premier ministre Gary Conille, remplacé par Alix Didier Fils-Aimé, illustre la fragilité du processus en cours.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

Le climat de violence persistant dans plusieurs quartiers de Port-au-Prince et dans des villes comme l'Artibonite continue de provoquer des déplacements massifs de population et de perturber l'accès aux soins. Depuis fin 2022, la crise sanitaire s'est aggravée, notamment en raison de la pénurie de carburant, de la fuite du personnel médical et de la fermeture de nombreuses structures de santé. En 2024, moins de 30 % des hôpitaux du pays sont pleinement fonctionnels. L'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti, principal centre hospitalier du pays, est fermé depuis février 2024 à la suite d'attaques répétées de gangs.

Le départ massif de professionnels de santé, facilité par le Programme Biden, a accentué les pénuries de personnel, comme à l'hôpital de Mirebalais où 22 % des effectifs ont quitté le pays. Les structures de MSF ont également été touchées : l'hôpital de Cité Soleil a suspendu ses activités à trois reprises en 2023, celui de Tabarre entre juillet et août, et l'ensemble des activités MSF à Port-au-Prince ont été

interrompues en novembre 2024 après des agressions de policiers contre le personnel et les patients. La reprise a été permise par des appels publics au respect des structures médicales, sans pour autant garantir une sécurité durable.

L'épidémie de choléra, réapparue en octobre 2022, se poursuit sans flambée majeure en 2024, bien que des zones comme Cité Soleil et Sarthe restent régulièrement touchées. Le risque d'une reprise en 2025 demeure élevé. Selon OCHA, plus d'un million de personnes sont déplacées dans le pays en 2025, soit un triplement en un an, illustrant l'ampleur de la crise humanitaire.

PRÉSENCE MSF

MSF est présent en Haïti depuis plus de 30 ans. Après une première phase entre 1991 et 1999, MSF France est revenu en 2004 à la suite d'inondations majeures. Depuis, OCB a développé un centre de traumatologie à Port-au-Prince, puis une unité spécialisée dans les grands brûlés à Drouillard, transférée à Tabarre en 2021. L'hôpital de Tabarre assure aujourd'hui la prise en charge des cas graves de traumatologie.

Face à l'intensification des violences, OCB a fermé son centre d'urgence à Martissant et relocalisé ses activités à Turgeau, puis à Carrefour, où un hôpital de traumatologie de 25 lits a été ouvert fin 2023. OCB soutient également l'hôpital communautaire de Port-à-Piment pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgence depuis 2022.

OCA, actif depuis 2015 dans la prise en charge des victimes de violences sexuelles, a fermé son projet dans l'Artibonite en mai 2024. À Port-au-Prince, après la fermeture de la maternité CRUO en 2018, OCA mène des activités mobiles et WASH auprès des déplacés.

En 2024, MSF a également répondu à un afflux massif de brûlés à Port-au-Prince, à la suite d'une explosion similaire à celle du Cap Haïtien en 2021. L'évolution majeure de l'année est la mise en œuvre d'un projet dynamique à Cité Soleil, combinant soins primaires, secondaires, cliniques mobiles et réponse aux urgences, en lien avec Tabarre.

PROJET : TABARRE

■ Historique du projet

L'hôpital de Tabarre, initialement ouvert par MSF-OCB en 2010 après le séisme, a été repris par OCP en 2019. Il assure une prise en charge d'urgence 24/7 pour les victimes de traumatismes sévères (violences ou accidents) et de brûlures graves, dans un contexte de violence urbaine croissante et de pénurie de services spécialisés à Port-au-Prince.

En 2021, l'activité brûlés a été transférée de Drouillard à Tabarre, une décision d'abord temporaire devenue permanente face à l'insécurité. L'unité de traitement des grands brûlés, unique en Haïti, reçoit des patients de tout le pays. MSF y propose notamment des soins spécialisés comme le masque 3D pour la restauration faciale.

Le projet assure ainsi une prise en charge d'urgence 24/7 pour les victimes de traumatismes sévères (violences ou accidents) et de brûlures graves, dans un contexte de violence urbaine croissante et de pénurie de services spécialisés à Port-au-Prince.

Face à une crise sécuritaire persistante et imprévisible, il maintient une capacité d'adaptation pour répondre aux afflux massifs de blessés.

■ Configuration du projet

L'hôpital de Tabarre est une structure entièrement gérée par MSF, intégrée dans la pyramide sanitaire haïtienne. Il comprend un service d'urgences (4 lits d'accueil, 3 postes de déchoquage, 5 lits d'observation), suivi de deux circuits distincts : traumatologie (50 lits) et brûlologie (25 lits), avec une capacité extensible en cas d'afflux massif. Un service ambulatoire assure le suivi post-opératoire, les pansements, la physiothérapie, la réadaptation et le soutien psychosocial.

Situé dans le quartier industriel de Tabarre, à proximité de zones sous tension, l'hôpital est protégé par une société de sécurité privée et bénéficie d'un appui ponctuel de la Police Nationale d'Haïti. Il reçoit des patients de toute l'aire métropolitaine et, pour les brûlés, de tout le pays. L'établissement n'est pas communautaire mais répond à une demande nationale.

■ Bilan 2024

Entre janvier et octobre 2024, près de la moitié (47 %) des patients admis aux urgences traumatologiques de l'hôpital de Tabarre présentaient des blessures liées à des actes de violence. Un nombre préoccupant d'enfants blessés par balle a été observé, incluant d'anciens enfants associés à des groupes armés. En moyenne, 11 % des victimes de violence étaient des mineurs de moins de 18 ans, dont un tiers étaient des filles, et la moitié avait moins de 15 ans. La grande majorité de ces jeunes patients (91 %) souffraient de blessures par arme à feu. Par ailleurs, les accidents de la voie publique représentent également une part importante des admissions. Le profil dominant des patients blessés est celui de jeunes hommes de moins de 40 ans, en bonne santé antérieure.

Dans un climat marqué par une défiance croissante et des campagnes de désinformation ciblant MSF, des actions de communication sont en cours afin de réaffirmer les principes d'éthique médicale et la neutralité de l'organisation.

	2021	2022	2023	2024
TRAUMA				
Nb d'admissions	1 075	1 113	886	944
Nb d'interventions chirurgicales	4 278	4 180	3 451	3 287
Nb de séances physio en ambulatoire	NA	7 972	7 764	9 124
Durée moyenne de séjour (j)	14,2	11,5	14,5	15,7
Mortalité hospitalière	2,8%	2,6%	2,6%	3,0%
BRÛLES				
Nb d'admissions	1 211	240	263	254
Nb d'interventions chirurgicales	4 278	2 824	2 833	2 080
Nb de séances physio en ambulatoire	1 252	5 046	5 811	4 845
Durée moyenne de séjour (j)	14,2	18,5	29,7	25,3
Mortalité hospitalière	0.9%	26,4%	12,9%	14,0%

PROJET : CITE SOLEIL

■ Historique du projet

En 2011, MSF a ouvert un centre de traumatologie à Drouillard, prenant en charge les victimes de violence, d'accidents de la voie publique et de brûlures. Après la fermeture des services de pédiatrie et

de médecine en 2013, l'organisation a recentré ses activités sur les brûlures, avec l'ouverture du Centre des Brûlés d'Haïti (CBH) en 2015. En 2019, la décision a été prise de rouvrir l'hôpital de traumatologie de Tabarre, fermé fin 2018. En 2021, des affrontements violents ont entraîné le transfert définitif des activités brûlures à Tabarre, tandis qu'une salle d'urgence restait active à Drouillard. En 2022, l'hôpital a fermé un mois en raison de violences, avant une réouverture progressive. En 2023, l'hôpital a de nouveau fermé temporairement face à une recrudescence des violences et des activités de prise en charge des violences sexuelles ont été intégrées. Entre février et avril 2024, les violences se sont intensifiées et en juin, un service d'hospitalisation de 25 lits a été ouvert pour la médecine générale adulte et pédiatrique.

■ Configuration du projet

L'hôpital de Drouillard dispose d'une salle d'urgence de 12 lits, incluant des espaces pour le déchocage, les accouchements et l'observation. Depuis juin 2024, un service d'hospitalisation (IPD) de 25 lits est opérationnel, réparti entre 15 lits pédiatriques et 10 adultes. L'hôpital comprend également un service de consultations générales pour adultes et enfants, ainsi qu'une prise en charge complète des victimes de violences sexuelles, incluant un accompagnement médical, psychologique et social. Les services annexes comprennent la stérilisation, la buanderie, la radiologie, le laboratoire et la restauration des patients.

Le centre de consultations de St Marie à Brooklyn, en partenariat avec la Fondation St Luc, assure la continuité des soins et peut être transformé en poste médical avancé (PMA) en cas de pic de violence. Les activités communautaires couvrent la sensibilisation, le soutien aux matrones avec des kits d'accouchement, et la constitution d'un pool de donneurs de sang. Elles sont réalisées par l'intermédiaire d'une vingtaine d'agents de santé communautaire.

■ Bilan 2024

L'année 2024 a été marquée par une augmentation des violences et de la fréquentation de l'hôpital. La hausse significative des victimes de violences sexuelles est à mettre en regard des actions de sensibilisation auprès de la population et des gangs qui ont permis un accès des victimes aux centres de prise en charge.

Malgré ce contexte, le projet a maintenu ses activités essentielles, avec l'ouverture en juin du service d'hospitalisation mentionné ci-dessus et une réorientation des activités communautaires sur la surveillance et l'analyse des besoins sanitaires. Le contexte local reste extrêmement précaire : Cité Soleil, enclave urbaine densément peuplée et marginalisée, subit les effets conjugués de la pauvreté extrême, de l'effondrement des services publics et de la domination des gangs.

	2023	2024
Consultations	30 192	38 090
Passages aux urgences	5 443	9 770
Admissions en hospitalisation	414	610
Nb d'interventions chirurgicales	162	
Victimes de violences sexuelles	279	1 442

IRAN	
Type d'intervention : accès aux soins	Personnels :
Nombre de projets : 1	Local : 39
Dépenses 2024 : 1 072 k€	International : 2
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCG

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Depuis le début de l'année 2024, l'Iran traverse une période de bouleversements politiques majeurs. Les élections législatives et de l'Assemblée des experts du 1er mars ont enregistré un taux de participation historiquement bas de 41 %, révélant une profonde défiance envers le système politique. Le 19 mai, un accident d'hélicoptère a coûté la vie au président Ebrahim Raïssi, au ministre des Affaires étrangères et à plusieurs hauts responsables. Conformément à la Constitution, une élection présidentielle anticipée a été organisée, aboutissant à la victoire du réformateur Masoud Pezeshkian, partisan d'un dialogue avec l'Occident. Ce dernier adopte une posture pragmatique en collaborant avec les conservateurs, dans un système toujours dominé par le Guide suprême Ali Khamenei et les institutions contrôlées par les durs du régime.

Sur le plan économique, la situation reste critique : dette publique croissante, dépréciation de plus de 30 % de la monnaie nationale et inflation dépassant les 40 %. L'Iran demeure isolé sur la scène internationale, en raison des sanctions occidentales liées à son programme nucléaire, à ses violations des droits humains et à son soutien à des groupes armés. Les tensions régionales se sont intensifiées après l'attaque inédite de l'Iran contre Israël en avril 2024, suivie de représailles israéliennes sur le sol iranien en octobre. L'assassinat de figures clés du Hamas et du Hezbollah à Téhéran et Beyrouth a encore aggravé la situation. Parallèlement, l'Iran fait face à des menaces internes, notamment des attentats revendiqués par des groupes armés comme l'État islamique Khorasan et Jaish al-Adl.

Enfin, la question migratoire devient un enjeu national. L'Iran accueille environ 8 millions de réfugiés, principalement afghans, dont 2,8 millions sont enregistrés. Le gouvernement a durci sa politique migratoire : construction d'un mur frontalier, injonction au départ des étrangers non documentés d'ici mars 2025, et désignation des migrants comme responsables de la crise économique. Malgré la transformation institutionnelle de l'agence en charge des étrangers (de BAFIA à CAFIA), les lourdeurs administratives continuent de freiner les opérations humanitaires.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

La population iranienne vieillit et les maladies non transmissibles représentent 76 % des décès, principalement les maladies cardiovasculaires (46 %) et les cancers (13 %), en hausse en raison du tabagisme et de la pollution de l'air. Les sanctions internationales continuent de freiner les investissements dans les infrastructures de santé et la production pharmaceutique, limitant l'importation de médicaments spécialisés malgré une forte demande. En 2023, environ 100 médicaments essentiels étaient en rupture, et les pénuries persistent, aggravées par la hausse des prix, les retards d'importation et le manque de subventions.

Le système de santé est fragilisé par l'exode massif du personnel médical : plus de 6 000 médecins et infirmiers ont quitté le pays en deux ans, et 2 500 à 3 000 infirmiers émigrent chaque année. Plus de la moitié de la population vit dans des zones où l'offre médicale est inférieure à 38 médecins pour 10 000 habitants. L'Iran affirme garantir une couverture santé universelle via le régime Salamat, étendu aux réfugiés enregistrés depuis 2015. Toutefois, seuls les Afghans titulaires d'une carte Amayesh peuvent y accéder, moyennant 93 euros par personne et par an. Les réfugiés non enregistrés doivent payer des tarifs touristiques, 3 à 5 fois plus élevés que ceux des Iraniens.

Le HCR finance l'assurance santé pour les réfugiés les plus vulnérables, mais le nombre de bénéficiaires est passé de 120 000 en 2021-2022 à 95 000 en 2023-2024, affectant gravement les patients atteints de maladies graves. La toxicomanie, qui toucherait 3 à 5 % de la population selon des estimations non officielles, reste fortement liée au VIH/SIDA. Les usagers de drogues, souvent discriminés dans les structures de santé, évitent les centres médicaux par crainte d'arrestation. L'accès aux soins reste extrêmement limité pour les réfugiés sans papiers et les Iraniens les plus pauvres.

PRÉSENCE MSF

Les premières interventions de MSF en Iran remontent aux années 1990, en réponse à des catastrophes naturelles et à la situation sanitaire des réfugiés. En 2012, un projet a été lancé à Téhéran Sud pour soutenir les personnes en situation de grande vulnérabilité (sans-abris, usagers de drogues, travailleuses du sexe). Un projet similaire a vu le jour à Mashhad en 2018, avec un accent sur le traitement de l'hépatite C. En 2019, MSF a participé à la réponse aux inondations dans plusieurs provinces. En 2020, une tentative de déploiement d'un hôpital de campagne à Ispahan, en coordination avec le ministère de la Santé, a été annulée sous pression politique, révélant les tensions persistantes sur l'acceptation de MSF. Depuis 2022, le projet de Téhéran Sud est géré par MSF OCG, qui a également ouvert un nouveau projet à Kerman en avril 2024.

PROJET : MASHHAD

■ Historique du projet

MSF était déjà présente à Mashhad, deuxième plus grande ville d'Iran et capitale de la province du Khorasan Razavi, dès 1996 pour fournir des soins de santé primaires, de l'éducation sanitaire et des orientations vers des soins secondaires aux réfugiés afghans. Cette intervention a duré environ dix ans. Le projet actuel a été relancé en avril 2018, en raison de la position stratégique de Mashhad, proche de la frontière afghane, et de la forte présence de migrants, principalement afghans. La ville compte environ 7 000 usagers de drogues sans-abris, exclus des services de santé, et la prévalence de l'hépatite C parmi les usagers de drogues injectables y est élevée (22 % dans les camps visités par MSF).

Depuis le retour des Talibans en 2021, la province a connu un nouvel afflux massif de réfugiés. En juin 2022, 2,2 millions d'Afghans étaient enregistrés en Iran avec des laissez-passer temporaires. Les nouveaux arrivants ont d'abord été accueillis dans un camp de transit à Sefid Sang, puis relogés à Torbat-e Jam. MSF a lancé un soutien en santé mentale dans cette zone dès octobre 2021, transféré en 2023 à son partenaire local, la Society for Recovery Support.

La décision initiale de fermeture du projet n'a pas été maintenue en raison de l'escalade des tensions régionales consécutive aux frappes iraniennes contre Israël en avril 2024, soulignant la nécessité de préserver une présence humanitaire dans ce contexte instable.

■ Configuration du projet

Le projet comprend une clinique fixe à Golshahr, offrant des soins gratuits aux réfugiés afghans et usagers de drogues. Deux cliniques mobiles à Sakhteman et Ghorghi desservent les populations marginalisées avec triage, consultations médicales et psychologiques, médicaments et promotion de la santé. MSF intervient aussi dans les camps obligatoires pour le dépistage et le traitement de l'hépatite C. Le partenariat avec l'Université Médicale de Mashhad facilite la passation future. La Society for Recovery Support (SRS), partenaire local, mène des activités de santé mentale à Torbat-e Jam et de réduction des risques à Esmael Abad.

■ Bilan 2024

En 2024, le projet de Mashhad a poursuivi ses activités, ciblant les réfugiés afghans et les Iraniens vulnérables. La coordination de Téhéran a été transférée à Mashhad, fusionnant les fonctions de coordination et de projet. Le contexte reste contraint : retards administratifs, départs de personnel médical, difficultés d'approvisionnement en médicaments. La mise en service de la troisième clinique mobile n'a pas pu avoir lieu comme prévu, en raison de délais administratifs liés à l'obtention de l'autorisation de travail auprès de la CAFIA.

Indicateurs	2021	2022	2023	2024
Consultations médicales en clinique mobile	7 619	9 645	16 259	15 874
Consultations médicales et de santé mentale à la clinique Golshahr	4 266	3 931	5 974	6 477
Patients traités pour l'hépatite C	386	408	347	293
Références vers des services de consultation externes	2 865	3 308	2 838	2 760
Références vers des services d'hospitalisation externes	47	55	20	23

JORDANIE	
Type d'intervention : Accès aux soins pour victimes de conflit Nombre de projets : 1 Dépenses 2024 : 12 196 k€ Financements institutionnels : aucun	Personnels : Local : 213 International : 14 Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCBA, OCG

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

La Jordanie, souvent perçue comme un îlot de stabilité au cœur d'une région en proie aux tensions, est une monarchie parlementaire dont la politique étrangère repose sur un réseau diversifié de partenaires. Cette orientation lui a permis d'éviter les grandes crises régionales. Amman s'est imposée comme un centre régional pour les sièges d'organisations humanitaires, d'entreprises et de missions diplomatiques. L'économie jordanienne, peu dotée en ressources naturelles, dépend du tourisme, des transferts de fonds et de l'aide internationale.

Le paysage politique et démographique jordanien reste profondément marqué par le conflit israélo-arabe. Plus de 60 % des près de dix millions d'habitants sont d'origine palestinienne. Le pays a absorbé plus de deux millions de réfugiés palestiniens, ce qui pèse lourdement sur ses ressources. Bien que la Jordanie ait échappé aux bouleversements majeurs du Printemps arabe, des manifestations ont conduit le roi Abdallah II à initier des réformes politiques face à la crise économique et au chômage.

Ces dernières années, les priorités sécuritaires se sont recentrées sur la lutte contre le radicalisme, le contrôle des frontières et la surveillance militaire accrue au nord. La frontière syrienne reste instable, marquée par des affrontements réguliers avec des trafiquants de drogue. L'attaque de 2024 contre la base de Tower 22 a révélé la vulnérabilité du pays face aux milices régionales.

Le conflit à Gaza constitue une source majeure d'inquiétude. La Jordanie soutient la population via des hôpitaux de campagne et des opérations d'aide, tout en redoutant un nouvel afflux de réfugiés depuis Gaza ou la Cisjordanie. Les relations diplomatiques avec Israël se sont tendues : l'ambassadeur jordanien a été rappelé, et Israël n'a pas renvoyé le sien à Amman. Malgré l'aide américaine continue, la guerre a aggravé la situation économique, affectant le tourisme et les échanges via la mer Rouge. La montée en popularité du Hamas dans la région, y compris en Jordanie, reflète un changement politique, illustré par les 31 sièges remportés par le Front d'Action Islamique au Parlement.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

La Jordanie accueille plus de 1,3 million de réfugiés syriens. Les camps d'Al Za'atari et d'Al Azraq, qui abritent environ 120 000 personnes, sont particulièrement touchés par les réductions d'aide internationale. Les coupes budgétaires du Programme Alimentaire Mondial en 2023 et 2024 ont affecté 100 000 réfugiés syriens vivant en dehors des camps. Les opportunités d'emploi restent limitées à des postes peu qualifiés, freinant leur intégration et réduisant les perspectives de retour en Syrie. Contrairement à d'autres pays de la région, la Jordanie a refusé les expulsions, tout en appelant à des conditions favorables au retour volontaire.

La situation est également critique pour près de deux millions de réfugiés palestiniens, dont l'accès aux services essentiels fournis par l'UNRWA est menacé par des difficultés financières. La communauté internationale oriente progressivement son soutien vers une intégration de l'aide humanitaire dans les politiques nationales jordaniennes, une approche que le Royaume accueille avec prudence, craignant qu'elle n'implique une installation durable des réfugiés syriens.

Le système de santé jordanien comprend 117 hôpitaux totalisant environ 14 000 lits, dont 69 établissements privés, 31 publics, 15 militaires et 2 universitaires. Les cliniques de soins primaires offrent des services essentiels, avec des médicaments subventionnés. L'industrie pharmaceutique nationale garantit un approvisionnement régulier, renforçant la position régionale du pays dans le domaine médical. Des progrès notables ont été réalisés dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile, ainsi que dans l'expansion des infrastructures sanitaires.

Le tourisme médical, en plein essor entre 2021 et 2023 après la levée des restrictions liées à la pandémie, constitue un pilier économique important. Toutefois, les tensions régionales en 2024 pourraient en compromettre la dynamique.

PRÉSENCE MSF

La présence de Médecins Sans Frontières en Jordanie se concentre principalement sur les besoins régionaux plutôt que sur le contexte humanitaire propre à la Jordanie, à l'exception de l'impact de la crise syrienne.

MSF OCP a géré à distance depuis la Jordanie plusieurs projets en Irak (de 2006 à 2011), puis à partir de 2012, en Syrie. Entre 2013 et 2020, plusieurs interventions ont été menées en réponse à la crise syrienne en Jordanie même dont un hôpital pédiatrique dans le camp de Zaatar, et des services de maternité, de néonatalogie, de santé mentale pédiatrique et psycho-sociale à Irbid et dans la région de Mafraq. Depuis 2006, le programme de chirurgie réparatrice, basé à Amman, prend en charge les blessés de guerre de la région (irakiens, yéménites, syriens, palestiniens, ainsi qu'une partie des Jordaniens vulnérables). Par ailleurs la coordination de la mission en Jordanie sert de plaque tournante pour plusieurs rôles régionaux clés (biomédecine, énergie, approvisionnement, santé mentale...).

Depuis 2021, date de fermeture des projets de MF OCA ciblant les réfugiés syriens, les autres centres opérationnels de MSF ne mènent plus d'intervention en Jordanie. Pour autant, Amman reste un hub stratégique. Les bureaux décentralisés de MSF OCA, OCBA et OCG y développent des capacités et techniques et opérationnelles régionales (surveillance sanitaire, santé mentale, recrutements, pilotage à distance de projets en Syrie).

La Jordanie joue un rôle clé dans la réponse à Gaza avec l'ouverture du « Corridor jordanien » en décembre 2023. Face à la fermeture du point de passage de Rafah, ce corridor est devenu une voie d'approvisionnement d'urgence, coordonnée par l'unité logistique d'urgence intersectionnelle basée à Amman sous l'égide d'OCP.

PROJET : AMMAN – HOPITAL DE CHIRURGIE RECONSTRUCTIVE

■ Historique du projet

Initié en 2006 en réponse à la guerre en Irak, le projet de chirurgie réparatrice de MSF à Amman s'est progressivement élargi sous l'effet des conflits liés au Printemps arabe. Il accueille désormais des patients yéménites, syriens, palestiniens, ainsi que des Jordaniens vulnérables.

L'objectif général du programme est de réduire l'impact physique et psychologique de la violence sur la population vulnérable de la région du Moyen-Orient en fournissant des traitements de chirurgie réparatrice orthopédique, plastique et maxillo-faciale de haute qualité, ainsi que des services complets de réhabilitation médicale, psychologique et physique. Le projet adopte une approche de réhabilitation globale visant le meilleur résultat fonctionnel et social possible pour ses patients.

Les patients sont orientés vers Amman lorsqu'ils sont jugés "intraitables" dans leur pays d'origine, en raison de la complexité des soins requis, du manque d'accès aux services médicaux ou de leur situation socio-économique.

■ Configuration du projet

Situé dans le quartier de Marka, à l'est d'Amman, MSF gère la quasi-totalité des activités d'un hôpital privé de cinq étages, à l'exception du laboratoire général et du service de radiographie, qui restent sous la responsabilité de l'établissement. Le programme repose sur un réseau de responsables de liaison médicale dans les pays d'origine des patients, ainsi que sur un poste de physiothérapeute de réseau chargé du suivi des cas à domicile.

L'hôpital dispose de 150 lits pour les patients, répartis sur 4 étages, auxquels s'ajoutent plus de 35 lits pour les proches et accompagnateurs. Une capacité d'accueil supplémentaire de 30 lits est disponible dans un hôtel à Amman pour les patients ambulatoires et leurs accompagnateurs. Le service ambulatoire comprend une salle d'urgence avec deux lits, cinq salles de consultation et une pharmacie. L'établissement est équipé de trois blocs opératoires (dont deux complets et un pour les interventions mineures), d'une salle de réveil, d'une unité de soins intensifs de deux lits, d'un service de stérilisation centrale et d'un cabinet dentaire.

Parmi les autres services figurent un département de physiothérapie et d'ergothérapie, un service d'impression 3D de prothèses et d'orthèses, un service de santé mentale, une école, un laboratoire de microbiologie, une pharmacie centrale, une buanderie, un service de restauration, des bureaux administratifs, un espace d'accueil, une aire de jeux et une cafétéria. Des ateliers de maintenance biomédicale et un entrepôt logistique complètent les installations.

■ Bilan 2024

En 2024, la liste d'attente identifiée par le réseau des responsables de liaison médicale comptait 277 patients, dont près de la moitié provenaient du Yémen, environ un quart d'Irak, plus de 15 % de Jordanie et environ 10 % de Palestine.

Le programme Antibiotic Stewardship s'est poursuivi avec rigueur, notamment le dépistage et la décolonisation du staphylocoque SARM. Tous les cas de chirurgie plastique ont été systématiquement dépistés, ce qui a permis d'éliminer les infections post-opératoires liées aux exoprothèses. Aucune infection de ce type n'a été signalée en 2024.

Le département de santé mentale a renforcé ses activités transversales. L'équipe de soutien aux patients, a mené des actions de sensibilisation au handicap et à l'accessibilité en Irak, et organisé des sessions d'information à Sanaa avant l'arrivée des patients. Des activités de réinsertion ont également été développées : 32 patients ont suivi des formations professionnelles, certaines ayant abouti à la création d'activités dans leur pays d'origine. Un espace social et récréatif a été aménagé dans l'hôpital, incluant une aire de jeux pour enfants. Enfin, un bazar et une exposition d'art ont permis de valoriser les œuvres réalisées lors des séances d'art-thérapie.

En 2024, les activités hospitalières sont restées stables avec 420 admissions dont 71% en orthopédie, 17% en chirurgie plastique et 12% en chirurgie maxillo-faciale.

Depuis son lancement, le projet a enregistré plus de 8 100 admissions pour plus de 5 400 patients, et réalisé plus de 17 800 interventions chirurgicales.

	2021	2022	2023	2024
Nb moyens de passages au bloc par patients	1,9	1,5	1,4	1,6
Proportion d'annulations de chirurgie dans les 24h précédant le passage prévu au bloc	5%	7%	5%	2,6%
Proportion d'infections post-opératoires	4%	4%	5%	4%
Proportion de infections liées au cathéter central à insertion périphérique	1%	2%	0%	3%

KENYA	
Type d'intervention : Violences urbaines, maladies chroniques Nombre de projets : 2 Dépenses 2024 : 7 216 k€ Financements institutionnels : aucun	Personnels : Local : 221 International : 19 Autres centres opérationnels MSF : OCB, OCG

CONTEXTE DU PAYS

▪ Contexte Politique

Depuis son indépendance en 1963, le Kenya est marqué par une présidence forte. L'introduction du multipartisme en 1992 a ouvert une nouvelle ère politique, mais les élections ont régulièrement été sources de tensions. Celles de 2007, 2017 et 2022 ont toutes été contestées, avec des violences communautaires, des manifestations et des accusations de fraude. Entre 2023 et 2024, des protestations massives ont secoué le pays, culminant en juin 2024 avec l'envahissement du Parlement par des jeunes manifestants ("Gen Z"), causant 61 morts, 27 disparitions et plus de 400 blessés. Ces mobilisations ont été alimentées par la hausse du coût de la vie liée à la loi de finances de 2023, affectant également les opérations d'ONG comme MSF.

Depuis l'adoption de la Constitution de 2010, le pays a engagé une décentralisation importante, redistribuant les ressources vers des régions historiquement marginalisées. Sur le plan sécuritaire, les attaques d'Al-Shabaab ont diminué de 36 % début 2024 par rapport à l'année précédente, bien que la menace persiste dans certaines zones frontalières. Classé pays à revenu intermédiaire depuis 2014, le Kenya subit une baisse des financements bilatéraux et une pression accrue sur les ONG. Son inscription sur la liste grise du GAFI (Groupe d'Action Financière) en 2024 a terni sa réputation financière et pourrait freiner les investissements étrangers.

En mai 2024, la loi sur les organisations d'utilité publique a été promulguée, offrant un cadre plus souple aux ONG, bien que ses implications restent à clarifier.

▪ Contexte Sanitaire

Le système de santé kényan repose sur une gouvernance décentralisée, du niveau national aux comtés. Le ministère de la Santé conserve la responsabilité des politiques, avec des organes comme le NASCOP, la KEMSA ou la Division des maladies non transmissibles. La restructuration du National AIDS Control Council en National Syndemic Diseases Control Council reflète une approche intégrée face à la double charge des maladies infectieuses et chroniques. La réforme de l'assurance santé a conduit à la création de trois fonds distincts, avec le lancement du Social Health Insurance Fund prévu en octobre 2024, bien que des inquiétudes persistent sur son efficacité et son accessibilité.

Le Kenya fait face à des crises climatiques croissantes, avec 1,2 million de personnes en insécurité nutritionnelle en 2024, et une recrudescence des maladies liées aux inondations et à la chaleur. Le pays a répondu à plusieurs épidémies, dont le choléra, la rougeole, la polio, le paludisme et la leishmaniose. Les maladies non transmissibles représentent une part croissante de la mortalité, avec 57 % des décès liés à ces maladies sont imputables aux cancers, au diabète et aux maladies respiratoires. Le traitement

du diabète reste limité (7 % de couverture effective), et l'hypertension touche 23 % des adultes, mais seulement 4 % sont correctement traités. La drépanocytose est l'hémoglobinopathie la plus fréquente rencontrée au Kenya.

Le VIH reste un enjeu majeur, avec une prévalence de 4,9 % et des disparités marquées selon le sexe et les régions. En 2023, le Kenya atteignait les objectifs 95-95-95, mais le gel temporaire des financements PEPFAR en 2025 a entraîné la fermeture de nombreux centres de soins.

Enfin, les inégalités urbaines, la violence et l'exclusion sociale, notamment dans les bidonvilles de Nairobi, aggravent les problèmes de santé mentale et l'accès aux soins. La baisse de l'accès à la planification familiale et le sous-financement des soins secondaires accentuent les vulnérabilités sanitaires.

PRÉSENCE MSF

Depuis 1987, MSF maintient une présence importante au Kenya, initialement pour soutenir ses opérations au Soudan. En 1991, l'organisation ouvre son premier projet dans le pays, en réponse à l'afflux de réfugiés du Soudan du Sud et de Somalie. Depuis 1996, MSF OCP est active à Nairobi, avec des projets centrés sur la violence urbaine (Eastlands/Mathare) et la prise en charge du VIH, de la tuberculose et des maladies chroniques (Homa Bay). MSF OCB a réorienté ses activités vers la préparation et la réponse aux urgences. MSF OCG intervient dans le camp de réfugiés de Dadaab et à Mombasa, auprès des jeunes populations vulnérables exclues des soins.

Nairobi est devenue un centre régional stratégique pour MSF, accueillant des cellules opérationnelles décentralisées (OCP, OCA, OCBA), des équipes de coordination pour la Somalie, des unités logistiques, ainsi que le siège de la section MSF East Africa. Plusieurs fonctions de soutien sont mutualisées, comme l'atelier mécanique commun et le service de santé du personnel.

PROJET : EASTLANDS - RÉPONSE AUX VIOLENCES URBAINES

■ Historique du projet

MSF a commencé à travailler à Nairobi en 1996 au travers d'un projet de soins de santé primaires gratuits dans le quartier d'Eastlands, en partenariat avec l'organisation locale Upendo, avant de confier ces activités au Ministère de la Santé en 2004. En réponse à la forte prévalence du VIH, MSF a inauguré en 2001 la première clinique VIH à Mathare pour prouver la faisabilité du traitement du VIH dans les pays à faible revenu. Un programme de lutte contre la tuberculose résistante aux médicaments a été ajouté en 2005 et transféré au ministère en 2018.

Après les violences post-électorales de 2007, un programme de soins pour les victimes de violences sexuelles. Avec l'accroissement du financement des programmes VIH en 2013, MSF a transféré ces activités à la AIDS Health Care Foundation. Une évaluation des besoins en 2012 a révélé une prévalence élevée de violence sexuelle, conduisant MSF à étendre ses activités de soins aux victimes, incluant un service d'urgence médicale pour Mathare, Huruma et Eastleigh, avec des ambulances médicalisées et un soutien à l'hôpital Mama Lucy Kibaki.

En 2014/2015, MSF a décentralisé la gestion des cas de violences sexuelles, confiant la responsabilité au personnel infirmier dans les centres de santé du ministère. Une étude sur la victimisation a mis en lumière la vulnérabilité des adolescents, menant à l'ouverture d'une clinique pour jeunes en 2021. Ces initiatives sont toutes menées en collaboration avec le Ministère de la Santé.

Le projet Eastlands vise ainsi à améliorer l'accès aux soins d'urgence et à la prise en charge des violences sexuelles dans les quartiers informels de Nairobi Est.

▪ Configuration du projet

La réponse aux violences sexuelles est menée depuis la clinique de Lavender House et quatre installations du ministère (cliniques « Tumaini »), offrant des services médicaux complets, psychosociaux, et juridiques, incluant une hotline gratuite. Elle comprend aussi un volet d'assistance juridique aux survivants et coopère avec d'autres organisations pour offrir des services de protection. Depuis fin 2019, la Lavender House propose des soins d'avortement sécurisé jusqu'à 22 semaines, avec un protocole spécifique pour les grossesses de 22 à 26 semaines. La majorité des traitements est réalisée à domicile.

Depuis cette clinique, MSF fournit également des soins médicaux d'urgence pré-hospitaliers à Mathare, Eastleigh, et Huruma grâce à un centre d'appels et des ambulances médicalisées opérant 24/7. Les services incluent la stabilisation et la référence à des établissements de santé secondaires et tertiaires. La structure est également équipée pour répondre aux incidents avec afflux massif de victimes.

La Youth Friendly Clinic (YFC), située au Centre de Santé Dandora II à Nairobi, est conçue et gérée en collaboration avec les jeunes de Dandora, des acteurs clés locaux et le Ministère de la Santé. Elle offre des services médicaux et sociaux pour les 10-24 ans, incluant santé sexuelle et reproductive, santé mentale, consultations générales, mentorat et activités éducatives. Des journées dédiées ciblent les groupes vulnérables (personnes handicapées, sans-abri, travailleuses domestiques).

▪ Bilan 2024

En 2024, MSF a renforcé ses capacités d'intervention en soins médicaux d'urgence avec des ressources additionnelles dédiées ainsi que la qualité des soins (comité de contrôle et prévention des infection mis en place, introduction d'une prophylaxie antirabique, intégration de l'équipe de promotion de la santé). Par ailleurs, MSF a répondu à plusieurs afflux massifs de victimes résultant de manifestations violentes.

Dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, un second espace a été ouvert à Lavender House. Le modèle d'avortements sécurisés à domicile a été pleinement adopté (plus de 90 % des cas), réduisant les références externes, et deux cliniques Tumaini sont en cours de transfert au Ministère de la Santé.

La Youth Friendly Clinic a poursuivi ses activités avec une forte implication des jeunes. Une évaluation des besoins a été menée à Korogocho.

	2021	2022	2023	2024
Lavender House & cliniques Tumaini				
Nb de consultations aux urgences	13 880	15 956	15 785	15 215
Nb de consultations en santé sexuelle et reproductive	1 330	2 696	3 221	2 430
Nb de nouveaux cas de violences sexuelles	4 380	4 593	4 885	4 416
Interruptions volontaires de grossesse	556	1 313	2 290	3 021
Youth Friendly Clinic				
Nb de consultations	3 646	4 789	5 316	7 315
Nb de consultations en santé sexuelle et reproductive	2 499	3 086	3 573	5 191
Nb de nouveaux cas de violences sexuelles	142	192	202	187
Interruptions volontaires de grossesse	49	109	204	354

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 pour répondre à la forte prévalence du VIH dans l'ancienne province de Nyanza et à l'absence de soins adaptés. Des services gratuits de dépistage, de conseil et de traitement des infections opportunistes ont été mis en place à l'hôpital de Homa Bay. En 2001, MSF a introduit les premiers antirétroviraux gratuits dans une structure publique au Kenya. L'accès aux traitements s'est amélioré progressivement, permettant une décentralisation des soins, et la clinique B a été transférée au ministère de la Santé en 2014.

En 2014, après une enquête épidémiologique menée à Ndhiwa révélant une incidence parmi les plus élevées au monde, MSF a lancé un projet pour réduire la transmission du VIH de 50 %, combinant stratégies biomédicales et dépistage mobile. En 2018, MSF a renforcé les soins pour adultes à l'hôpital de Homa Bay, et en 2021, le projet s'est réorienté vers les maladies chroniques. Les activités VIH à Ndhiwa ont été transférées au Ministère de la Santé et à ses partenaires fin 2022.

Le projet de Homa Bay vise aujourd'hui à améliorer la prise en charge des maladies chroniques dans un contexte de transition épidémiologique et de sous-financement du système de santé. Il couvre le diabète, l'hypertension, l'asthme, l'épilepsie, la bronchopneumopathie chronique obstructive, le VIH, la tuberculose, et depuis 2023, la drépanocytose.

■ Configuration du projet

MSF soutient les services médicaux pour adultes (hospitalisation générale et tuberculose) du Homa Bay Referral Hospital (HBRH) qui comprennent 4 services pour 90 lits grâce à un appui en ressources humaines (personnel supplémentaire, formation et encadrement du personnel), à des protocoles et procédures médicaux standardisés, un laboratoire d'hospitalisation avec des tests sur le lieu de soin, et en soutenant les campagnes de don du sang et la banque de sang. La clinique post-hospitalisation a été ajoutée en 2018 pour améliorer le suivi des patients et réduire la mortalité après leur sortie, ainsi que le traitement du sarcome de Kaposi avec de nouveaux médicaments (chimiothérapie).

Depuis 2020, un système de triage et des unités de soins intensifs (6 lits par service) ont été mis en place pour améliorer la prise en charge des cas critiques. En 2024, les soins palliatifs ont été intégrés au projet.

En parallèle, MSF déploie un modèle décentralisé de prise en charge des maladies chroniques dans deux centres de santé primaires (Marindi et Nyalkinyi), avec des protocoles simplifiés, un réseau de référence renforcé et un volet communautaire pour assurer la pérennité après transfert au Ministère de la Santé.

■ Bilan 2024

La qualité des soins dans les services d'hospitalisation adultes a été renforcée en termes d'infrastructure (installation d'oxygène à haut débit) ou de personnel. Le programme d'Antibiotic Stewardship a permis une amélioration des prescriptions de l'ordre de 26 %. Pour les soins palliatifs, l'introduction de nouveaux outils de dépistage a amélioré l'identification des patients éligibles (près d'un tiers des patients dépistés), et 30 patients ont été intégrés au programme de soins à domicile.

Le traitement du sarcome de Kaposi a été optimisé avec l'introduction de la chimiothérapie à base de Paclitaxel (89 patients traités), et des améliorations ont été apportées à la préparation sécurisée et à la surveillance des effets indésirables.

Dans les centres de santé de Marindi et Nyalkinyi, les soins chroniques ont été étendus, avec une hausse des nouvelles inscriptions, notamment pour le diabète de type 2 et la drépanocytose. L'introduction des modèles de soins différenciés a amélioré la rétention et les résultats cliniques. Une stratégie d'engagement communautaire a été mise en initée pour améliorer le dépistage.

	2021	2022	2023	2024
Services de médecine interne				
Admissions	3 006	3 043	4 013	3 649
Mortalité	18%	15%	16%	18%
% VIH positifs	33%	47%	40%	38%
Clinique post-hospitalisation				
Nb de patients à suivre	1 161	1 269	1 310	1 201
% mortalité à 2 mois après la sortie	11%	6%	8%	16%
Sarcome de Kaposi : nb de chimiothérapies initiées	71	68	68	89
Sarcome de Kaposi : Taux de guérison	82%	78%	67%	75%
Centres de santé				
Nb de consultations de maladies chroniques	676	596	471	932

Par ailleurs, entre janvier et août 2024, MSF est intervenue en réponse à des incidents avec afflux massif de victimes et à des violences urbaines à Nairobi. À la suite de l'incendie d'Embakasi, 106 patients ont été stabilisés, dont cinq en état critique. Dans le cadre des manifestations politiques, des ambulances ont été prépositionnées dans le centre-ville de Nairobi, et un appui a été apporté pour améliorer le triage à l'hôpital national Kenyatta.

MSF a également répondu à plusieurs situations d'urgence liées aux inondations de mai 2024, venant en aide à des populations déplacées. À Mathare, les équipes ont réalisé 40 consultations médicales, installé dix latrines mobiles sur deux sites, distribué des vêtements dans neuf zones, assuré la distribution d'eau par camions-citernes dans quatre emplacements, et fourni des comprimés de purification de l'eau. À Homa Bay, des cliniques mobiles ont permis d'effectuer 300 consultations, tandis que des articles non alimentaires — couvertures et moustiquaires — ont été distribués, accompagnés de l'installation de latrines. À Mai Mahiu, dans le comté de Nakuru, MSF a soutenu 293 personnes déplacées hébergées dans une école et a fait don de fournitures médicales au centre de santé local pour le traitement des blessures.

LIBERIA	
Type d'intervention : Accès aux soins (pédiatrie, santé mentale) Nombre de projets : 2 Dépenses 2024 : 3 472 k€ Financements institutionnels :	Personnels : Local : 74 International : 14 Autres centres opérationnels MSF : WaCA

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Le Libéria, premier État africain indépendant en 1847, a connu une instabilité prolongée après le coup d'État militaire de 1980 mené par Samuel Doe, suivi de deux guerres civiles (1989-1997, 1999-2003) ayant causé près de 250 000 morts et un million de déplacés. En 2003, l'ONU déploie une force de maintien de la paix (UNMIL) et soutient un gouvernement de transition, avant l'élection d'Ellen Johnson Sirleaf en 2005, première femme présidente en Afrique, réélue en 2011.

En 2018, George Weah accède au pouvoir après avoir remporté 14 des 15 comtés, marquant la première transition constitutionnelle en plus de 70 ans. Son mandat est marqué par des tensions internes au sein de sa coalition. L'UNMIL quitte le pays en mars 2018.

Les élections de 2023, bien que précédées de quelques incidents violents (18 morts au total), se déroulent globalement dans le calme. Le second tour, organisé en novembre, est remporté par Joseph Boakai. Weah reconnaît sa défaite avant l'annonce officielle, assurant une transition pacifique.

L'économie reste fragile, avec une inflation élevée en 2023 due à la guerre en Ukraine, à la hausse des prix alimentaires et à la dévaluation du dollar libérien. Le système de santé est structuré en trois niveaux (primaire, secondaire, tertiaire) et cinq échelons administratifs.

L'élection de 2023 a eu un impact sur les opérations de MSF, le Ministère de la Santé n'ayant pas pu réintégrer le personnel du centre de santé de Barnesville comme prévu au second trimestre 2024.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

Le Libéria présente des taux de mortalité parmi les plus élevés au monde : mortalité maternelle (742 décès pour 100 000 naissances vivantes), néonatale (37 pour 1 000), infantile (63 pour 1 000) et des moins de cinq ans (93 pour 1 000). La couverture vaccinale reste faible, avec seulement 51 % des enfants recevant tous les vaccins de base et une couverture nationale de la rougeole de 59 %. La malnutrition chronique touche 30 % des enfants de moins de cinq ans, dont 10 % de manière sévère.

Les principales causes de morbidité et de mortalité sont évitables : paludisme, infections respiratoires aiguës et diarrhée. Les maladies non transmissibles, dont la santé mentale et l'épilepsie, représentent 43 % des décès. Environ 400 000 personnes souffrent de troubles mentaux, d'épilepsie ou de dépendances, dont 130 000 de formes sévères. La stigmatisation aggrave leur situation, avec des discriminations fréquentes.

Les épidémies d'Ebola (2014-2016) et de COVID-19 ont fortement fragilisé le système de santé, affectant les infrastructures, le personnel et les approvisionnements. Les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes restent les plus vulnérables.

Malgré l'engagement du gouvernement à consacrer 9,5 % du budget national à la santé en 2023, le système reste sous-financé et incapable de répondre aux besoins. La densité du personnel de santé est de 12,8 pour 10 000 habitants, bien en dessous des recommandations de l'OMS (23) et des projections pour la couverture universelle (54,5). La disponibilité des médicaments essentiels a chuté de 72,5 % en 2021 à 64,9 % en 2022.

PRÉSENCE 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.

En 2017, les activités de MSF OCP ont été réorientées pour inclure des services de chirurgie pédiatrique et intensifier les formations au Barnesville Junction Hospital (BJH), ainsi qu'ouvrir un programme de santé mentale communautaire. Pendant l'épidémie de COVID-19 de 2020, MSF a soutenu le Ministère de la Santé pour ouvrir un Centre de Traitement COVID-19 à Monrovia et mener des campagnes de sensibilisation. En 2021, lors de l'alerte Ebola en Guinée, MSF a mis en place un système de surveillance, construit des unités d'isolement, et formé le personnel en prévention des infections dans les comtés de Lofa et Nimba.

En 2022, MSF a décidé de fermer l'hôpital pédiatrique BJH et a recentré ses activités sur l'épilepsie et la santé mentale. En 2023, MSF a créé une unité pédiatrique de 30 lits au Centre de Santé de Barnesville et a mené des réponses d'urgence à la malnutrition aiguë sévère et à la rougeole dans trois comtés.

Faute de ressources suffisantes face aux autres crises, MSF-OCP a pris la décision de mettre un terme à ses interventions, transférant le projet pédiatrique de Barnesville au ministère de la Santé et le projet épilepsie et santé mentale à MSF-WaCA.

PROJET : CENTRE DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES DE BARNESVILLE

■ Historique du projet

Après la fermeture de l'hôpital pédiatrique Barnesville Junction Hospital (BJH) en 2022, la capacité en lits pédiatriques à Monrovia a chuté de 30 %, MSF assurant auparavant 92 des 287 lits disponibles. Cette fermeture risquait de surcharger les structures existantes, alors que la ville ne disposait que d'un quart des lits nécessaires pour sa population pédiatrique.

Une revue des données de 2018 à 2022 a révélé une hausse marquée de la malnutrition infantile : plus de 50 % des enfants de 6 mois à 5 ans dépistés au triage du BJH étaient malnutris en juin 2022. Une enquête menée en septembre 2022 a confirmé un taux de malnutrition aiguë globale de 26,6 % et sévère de 12,7 % dans le comté urbain de Montserrado, avec des niveaux élevés également dans les comtés de Grand Cape Mount et Bomi.

Face à cette situation, MSF a proposé, en partenariat avec le Ministère de la Santé, de moderniser un centre de soins primaires situé à 8 km du BJH pour y installer une capacité d'hospitalisation pédiatrique de 25 lits. Ce projet, lancé en décembre 2022, s'inscrit dans le plan national visant à transformer 137 centres de soins primaires en structures de soins secondaires. L'accord avec le Ministère repose sur un appui technique, avec du personnel majoritairement détaché du ministère et temporairement rémunéré par MSF. En septembre 2023, le MoH a indiqué que les élections de 2023 compromettaient

sa capacité à reprendre l'activité en 2024. Il a été convenu de prolonger le projet jusqu'en septembre 2024 pour permettre une transition progressive et renforcer la qualité des soins.

▪ Configuration du projet

L'unité pédiatrique du centre de soins de santé primaire de Barnesville comprend 25 lits dans une structure semi-permanente : 5 lits pour les urgences, 5 lits de soins intensifs de niveau zéro, 9 lits pédiatriques, 9 lits pour le programme thérapeutique nutritionnel interne et 2 lits d'isolement. Les soins incluent la stabilisation, les soins intensifs, l'hospitalisation pédiatrique et la prise en charge nutritionnelle. MSF assure un appui technique et médical, ainsi que logistique.

Les soins sont réservés aux enfants de moins de 15 ans. Le Ministère de la Santé gère les activités ambulatoires (consultations externes, nutrition ambulatoire, soins obstétricaux et néonataux de base). Les cas adultes et chirurgicaux sont référés à d'autres structures publiques.

Le personnel comprend 16 employés MSF, 63 agents du Ministère de la Santé, tous financés temporairement par MSF. En cas de saturation, MSF assure les références vers des hôpitaux secondaires et tertiaires.

▪ Bilan 2024

En 2024, MSF a concentré ses efforts sur l'amélioration de la qualité des soins pédiatriques, en renforçant les compétences du personnel à tous les niveaux : soins directs, approche centrée sur le patient, supervision et gestion.

Sur 22 mois d'activité, plus de 2 700 consultations ont été réalisées aux urgences, avec 2 600 admissions et 98 références vers des hôpitaux pour des cas complexes.

En termes d'infrastructures, MSF a construit l'ensemble des blocs d'hospitalisation (triage, urgences, soins intensifs, pédiatrie, nutrition, isolement), une zone de gestion des déchets, un forage avec plus de 12 000 litres de stockage, un mini-laboratoire pour la production d'eau potable, un bloc administratif, des sanitaires pour patients, personnel et visiteurs, un entrepôt pharmaceutique à température contrôlée, un espace de stockage temporaire, une salle de conférence, et un système de drainage relié au canal municipal. L'installation a été équipée d'un système solaire et d'un transformateur pour garantir l'alimentation continue des urgences, des soins intensifs et du laboratoire. La passation du projet a suivi un calendrier prédéfini, mais a été marquée par des difficultés liées à l'intégration du personnel par le Ministère de la Santé, qui, faute de financement, n'a pu recruter qu'un nombre limité d'agents. Le transfert, initialement prévu au bout de 12 mois, s'est avéré trop ambitieux compte tenu des capacités financières limitées du ministère.

	2022	2023	2023
Nb consultations en salle d'urgence	60	1 564	1 117
Nb d'hospitalisations	62	1 430	1 102
Nb d'admissions au centre nutritionnel	26	599	540
Nb de cas de paludisme		769	800

PROJET : MONROVIA – SANTÉ MENTALE / ÉPILEPSIE

■ Historique du projet

Les troubles de la santé mentale et l'épilepsie sont des maladies négligées au Liberia, où les soins psychiatriques et neurologiques sont presque inexistants. La population dispose de peu de connaissances sur ces affections, souvent attribuées à la sorcellerie et perçues comme contagieuses. Bien qu'une loi sur la santé mentale ait été bien conçue, elle n'a pas encore été imprimée ni diffusée, et aucun budget n'est prévu pour sa mise en œuvre par le Ministère de la Santé. Le pays ne dispose que d'un seul hôpital psychiatrique, E.S. Grant à Monrovia, d'une capacité de 80 lits, fonctionnant difficilement avec moins de deux psychiatres.

En 2015, après la déclaration d'éradication d'Ebola au Liberia, MSF-OCP a ouvert une clinique pour les survivants d'Ebola, qui faisaient face à la stigmatisation et à l'exclusion. En 2016, la clinique a été fermée pour intégrer les soins dans le système de santé général et éviter de maintenir les patients dans leur traumatisme. Cette fermeture a révélé de nombreux besoins non satisfaits en matière de santé mentale à Monrovia, conduisant à la création du programme actuel de santé mentale en 2017. Ce projet s'inspire des directives du Programme d'action Mental Health Gap de l'OMS (mh-GAP), impliquant les communautés et les aidants dans le traitement et le suivi des patients, en lien avec les centres de soins de santé primaires. L'objectif est d'adapter ce modèle au contexte libérien et de documenter les résultats pour favoriser sa réplique.

Suite à la décision de retrait de MSF-OCP et de passation du projet à MSF-WaCA de la mission MSF au Liberia, le projet vise désormais à maintenir les services pour la cohorte de patients existante dans le comté de Montserrado.

■ Configuration du projet

MSF intervient en appui à cinq structures de santé dans le comté de Montserrado, dont quatre établissements publics et un semi-gouvernemental. Clara Town, West Point et Pipeline sont situés en zone urbaine, tandis que RCD Marshall (Mango Town) et Bensonville se trouvent en zone rurale.

Le soutien de MSF comprend des incitations financières pour le personnel du Ministère de la Santé, la fourniture de médicaments, ainsi que l'appui aux visites communautaires et aux activités de sensibilisation. Les consultations en santé mentale sont assurées en ambulatoire cinq jours par semaine. Des visites à domicile, des suivis et la recherche des patients perdus de vue sont réalisés dans les communautés. Les soins communautaires incluent la détection des patients, le traitement clinique, le conseil psychosocial, le suivi et l'orientation. En cas de risque aigu d'auto-mutilation ou de danger pour autrui, les patients adultes sont référés à l'hôpital psychiatrique E.S. Grant. Les patients épileptiques nécessitant des soins continus sont orientés vers l'hôpital privé Elwa.

■ Bilan 2024

En préparation de son désengagement, MSF-OCP a concentré ses efforts sur l'amélioration de la qualité des soins et le renforcement des capacités locales. Plus de 10 sessions de formation ont été organisées pour le personnel clinique et communautaire, couvrant les soins centrés sur la personne, les droits des patients, la pédiatrie en santé mentale, la prise en charge de l'épilepsie, la gestion du deuil et l'usage de substances. Des études de cas et des discussions cliniques ont permis de renforcer l'autonomie décisionnelle des équipes.

En collaboration avec l'équipe sanitaire du comté de Montserrado, les rôles des points focaux en santé mentale, des responsables de centres de santé et des membres des cliniques ont été définis. Des formations spécifiques ont été dispensées à chacun de ces groupes et des internes en psychiatrie ont été accueillis dans le cadre de stages pratiques dans les cliniques.

MSF WACA a confirmé sa reprise du projet à la suite d'une évaluation menée en juillet. Un protocole d'accord a été signé, officialisant le transfert des activités à partir du 1er décembre 2024.

	2021	2022	2023	2024
Cohorte en fin d'année	2 613	2 856	2 422	2 865
Nb de consultations	20 247	21 448	21 253	18 311
Nb de consultations individuelles de soutien psychologique	3 674	3 181	3 026	3 185

LIBYE	
Type d'intervention : accès aux soins et protection, catastrophe naturelle Nombre de projets : 3 Dépenses 2024 : 7 248 K€ Financements institutionnels : aucun	Personnels : Local : 102 International : 22 Autres centres opérationnels MSF : aucun

CONTEXTE DU PAYS

▪ Contexte Politique

Depuis l'échec de l'offensive de Haftar sur Tripoli en 2020, la Libye reste marquée par une stabilité fragile. Une coopération croissante s'est développée entre les gouvernements de l'Est et de l'Ouest, bien que la situation demeure tendue. En août 2024, une crise à la Banque centrale a provoqué un réaligement des milices à Tripoli, révélant la volatilité du paysage sécuritaire.

Sur le plan international, les lignes de soutien se sont estompées. La Turquie, historiquement alliée de l'Ouest, renforce ses liens avec l'Égypte et les Émirats arabes unis, tout en acceptant la présence russe en Libye. Elle cherche désormais à obtenir des contrats de reconstruction dans l'Est, illustrant une approche plus opportuniste.

En Tunisie voisine, le président Kaïs Saïed a prolongé son mandat après une victoire électorale en septembre 2024, précédée d'arrestations de ses opposants. Le climat reste incertain pour la société civile. Malgré un refus d'aide du FMI, la Tunisie continue de bénéficier du soutien migratoire de l'UE, mais fait face à de graves difficultés économiques.

En 2025, la Libye demeure divisée, bien que les alliances internes et externes évoluent. La fragmentation militaire, l'absence de perspectives électorales et l'augmentation des flux migratoires, notamment en provenance du Soudan, maintiennent un statu quo instable.

▪ Contexte Humanitaire et Sanitaire

Les migrants et réfugiés en Libye font face à un accès très limité aux soins de santé primaires et secondaires, aggravé par des violences ciblées. Les ONG comme MSF, IRC et IMC assurent les soins de base et orientent vers des hôpitaux privés, tandis que d'autres acteurs utilisent parfois le secteur public. Le Ministère de la Santé et le Centre national de lutte contre les maladies manifestent une volonté d'agir sur les enjeux de santé publique liés aux migrants, mais ces initiatives restent dépendantes des individus. Le secteur public libyen dispose d'un éventail de soins spécialisés et d'un système de soins primaires fonctionnel, mais souffre de pénuries chroniques de médicaments et de problèmes de qualité. Face à ces limites, MSF s'appuie de plus en plus sur des achats locaux, avec un processus de vérification fournisseur par fournisseur.

La Libye reste un pays de transit et de destination pour les migrants, dont beaucoup fuient le conflit au Soudan. Le traitement des migrants a été qualifié de « crimes contre l'humanité » par une mission d'enquête indépendante en 2023, en raison de détentions arbitraires, violences sexuelles, extorsions et exécutions extrajudiciaires.

Les interceptions en mer, soutenues par l'UE et l'Italie, se soldent par des détentions systématiques dans des conditions inhumaines. En 2024, 2 328 migrants sont morts en Méditerranée. Les voies de

sortie et de protection internationale restent extrêmement limitées. En Tunisie, les migrants sont confrontés à des refoulements, des blocages aux frontières et une réduction de l'accès aux soins et à la protection.

PRÉSENCE MSF

MSF est présente en Libye en raison des violences extrêmes et délibérées envers les non-Libyens (demandeurs d'asile, réfugiés, migrants), privés d'accès aux soins et de droits fondamentaux. L'organisation est intervenue pour la première fois en 2011, lors du « Printemps arabe » devenu guerre civile. En 2017, MSF a recentré ses activités sur la situation humanitaire des migrants, notamment les régimes de détention et d'interception.

MSF OCP s'est retirée de l'Est en 2018, et MSF OCA a cessé ses activités à Tripoli en août 2023, tout en maintenant sa mission de recherche et de sauvetage en Méditerranée.

En Tunisie, la situation s'est fortement détériorée en 2023 après un accord migratoire avec l'UE et un durcissement du régime, entraînant violences, expulsions vers la Libye et l'Algérie, et une réduction de l'accès aux soins pour les migrants.

PROJET : CÔTE OUEST

■ Historique du projet

À la suite de la fermeture des centres de détention ciblés par le projet Nafusa en novembre 2020, MSF a lancé le projet Côte Ouest pour étendre ses activités communautaires à Zawiya, Sabratha et Zuwara. En 2022, une campagne menée par la municipalité a entraîné l'arrêt de la majorité des activités, à l'exception des soins de santé primaires, de la gynécologie et de la protection au centre Al Baraka. En 2023, MSF a progressivement repris ses opérations : ouverture d'un centre de jour pour la santé mentale et la protection, relance des distributions de nourriture et de biens non alimentaires en porte-à-porte, et reprise de la coopération avec le Centre national de contrôle des maladies (NCDC) de Zuwara pour la tuberculose. Depuis début 2024, l'accès aux visas s'est stabilisé, permettant la reprise des consultations médicales dans le centre de jour dès janvier.

■ Configuration du projet

Le projet Côte Ouest vise à améliorer l'accès aux soins pour les migrants à Zuwara, dans un contexte de discrimination systémique et de faible acceptation sociale. MSF soutient le centre de santé publique Al Baraka, où sont dispensées des consultations de soins de santé primaires et de gynécologie cinq jours par semaine, principalement pour des patients non Libyens. Des services de santé mentale et de protection y sont intégrés, bien que limités. MSF mène également des consultations de tuberculose deux jours par semaine au centre du NCDC de Zuwara, incluant le dépistage, le suivi et la fourniture de médicaments. Un centre de jour permet d'assurer des activités de santé mentale et de protection sur rendez-vous ou en accès libre, et depuis début 2024, des consultations médicales centrées sur la santé sexuelle et reproductive y sont proposées deux jours par semaine. Les activités de proximité, suspendues depuis juillet 2022, ont pu reprendre en septembre 2024, y compris l'accès au port pour les débarquements.

■ Bilan 2024

En 2024, MSF a renforcé l'accès des migrants aux soins à Zuwara, avec une fréquentation accrue des centres et une amélioration des parcours de soins pour les cas vulnérables. Des liens ont été établis vers des solutions d'hébergement hors de Zuwara et des opportunités de sortie de Libye. Le projet a consolidé ses relations avec les autorités locales, facilitant la reprise des activités de proximité et l'accès au port. La collaboration avec le Croissant-Rouge a été relancée pour soutenir l'accès humanitaire. Toutefois, l'environnement reste instable : arrestations massives, menaces envers les migrants, et refus fréquents de soins dans les hôpitaux publics et privés. Le suivi des patients tuberculeux reste difficile en raison de leur mobilité. Le projet a aussi été confronté à l'épuisement du personnel et à des difficultés de rétention, notamment pour les équipes internationales. La distribution alimentaire a été réévaluée à deux reprises, avec un suivi post-distribution en cours. Malgré une visite à Al Assa fin 2023, l'accès aux centres de détention reste très limité.

	2021	2022	2023	2024
Al Baraka – Nb consultations gynécologie	N/A	1 583	1 517	3 568
Al Baraka – Nb consultations soins de santé primaires	1 128	5 163	2 954	5 760
Camps – Nb consultations soins de santé primaires	3 188	1 873	0	198
Nb de références pour hospitalisations	241	454	293	144
Nb de références pour consultations	163	635	201	322
Nb références externes pour protection	553	715	231	349
Nb de bénéficiaires des distributions alimentaires	78	70	90	601

PROJET : TRIPOLI / MISRATA

■ Historique du projet

Le projet initial de MSF à Misrata s'est concentré sur les soins de santé primaires pour les migrants dans les centres de détention, aux points de débarquement et à Beni Walid. En 2019, MSF a établi une collaboration avec le NCDC (Centre national de contrôle des maladies) de Misrata pour soutenir les consultations externes, ce qui a permis l'ouverture d'une unité de tuberculose à l'hôpital d'Ezreeq en 2020, intégrant également des services de santé mentale et de protection. En 2021, un abri a été ouvert à Misrata pour les migrants les plus vulnérables.

Parallèlement, OCA menait des activités à Tripoli dans cinq centres de détention du DCIM, avec deux cliniques mobiles et un appui au traitement de la tuberculose à l'unité d'Abu Sitta et au NCDC. Après la fermeture de ces activités, OCP a élargi la couverture de son projet pour y intégrer Tripoli.

■ Configuration du projet

Le projet vise à améliorer l'accès aux soins pour les migrants vulnérables, en particulier les femmes et les enfants, tout en renforçant la prise en charge de la tuberculose. À Misrata, MSF gère une unité de tuberculose de 16 lits à l'hôpital public d'Ezreeq, dont deux lits de soins intensifs ajoutés en 2024, en collaboration avec le NCDC. L'abri pour femmes et enfants, relocalisé en septembre 2024 dans les anciens locaux du Croissant-Rouge libyen à proximité du centre de l'UNHCR, accueille jusqu'à 20 personnes.

À Tripoli, MSF soutient le NCDC par des formations sur la tuberculose et développe des activités mixtes médicales et de protection dans le centre de détention de Bir al Ghanem, avec une extension progressive vers la communauté. Des références vers les soins secondaires sont assurées, notamment pour les mineurs isolés via le centre JMC.

■ Bilan 2024

En 2024, MSF a poursuivi ses activités à Misrata tout en préparant un désengagement progressif : la fermeture de la consultation externe du NCDC est en cours, et des options de passation de l'unité de tuberculose sont explorées avec le ministère de la Santé. L'unité a été reconnue par le NCDC, et deux lits de soins intensifs ont été mis en service.

À Tripoli, l'accès au centre de détention de Bir al Ghanem a été rétabli, permettant des visites hebdomadaires et la négociation de libérations de mineurs non accompagnés. Les références vers les structures secondaires (Al Rayan, JMC) ont diminué comme prévu. Le protocole de traitement de la tuberculose a été adapté aux populations mobiles, malgré les difficultés d'accès aux médicaments nécessaires et les contraintes d'importation. Le projet a connu des retards dans sa montée en charge à Tripoli, en raison du partage de l'équipe de gestion entre les deux sites.

		2021	2022	2023	2024
Consultations médicales	Nb consultations	14 128	13 302	11 398	3 459
	Références reçues	91	54	196	127
	Références externes	358	280	299	53
Santé des femmes	Consultations pré et post natales	6 648	5 245	3 935	n/a
Tuberculose	Cohorte	112	1 603	1 354	148
Santé mentale	Nb sessions individuelles	1 128	938	869	2 051
	Nb sessions de groupe	1 063	389	472	145

PROJET DERNA

■ Historique du projet

Une période de chaleur exceptionnelle sur la mer Méditerranée a bloqué la tempête Daniel devant la Libye, provoquant de fortes pluies la veille du 11 septembre. Plusieurs villes ont été inondées et touchées. Dans la nuit du 10 au 11 septembre, deux barrages en amont de Derna (Al Bilad, Abu Mansur) se sont effondrés, inondant et détruisant un quart de la ville de Derna en quelques heures. Au 19 septembre, au moins 4 000 personnes sont mortes, plus de 8 500 sont portées disparues et plus de 40 000 ont été déplacées.

Dans le cadre de la réponse aux inondations survenues, MSF a mis en œuvre une intervention d'urgence entre septembre 2023 et janvier 2024 en étroite coopération avec le Ministère de la Santé et le Centre national de de contrôle des maladies.

■ Configuration du projet

L'intervention comportait deux volets principaux. Un premier volet destiné à soutenir deux centres de soins de santé primaires avait pour objectif d'assurer l'accès aux soins de santé primaires pour la population de la zone desservie par ces centres. Les activités comprenaient des consultations

médicales pour adultes et enfants, la fourniture de médicaments et de matériel, ainsi que la surveillance sanitaire. Le second volet était consacré à la santé mentale, avec pour objectif de réduire la souffrance, d'améliorer les mécanismes d'adaptation des personnes affectées et de prévenir le développement de troubles mentaux.

▪ **Bilan 2024**

Cette intervention a permis de fournir 14 826 consultations de soins de santé primaires. En matière de santé mentale, 223 séances de groupe et 1 213 consultations individuelles ont pu être effectuées. En complément, des donations de biens non alimentaires, de véhicules et de produits pharmaceutiques ont été réalisées pour une valeur totale d'environ 120 k€.

MALAWI	
Type d'intervention : Epidémie / Endémie	Personnels :
Nombre de projets : 2	Local : 287
Dépenses 2024 : 5 649 k€	International : 23
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : aucun

CONTEXTE DU PAYS

▪ Contexte Politique

Indépendant depuis 1965, le Malawi est une démocratie multipartite stable organisant des élections tous les cinq ans depuis 1995. Après l'annulation des élections de 2019 pour irrégularités, Lazarus Chakwera (MCP) et Saulos Chilima (UTM) ont été élus en 2020 à la tête d'une coalition, à l'issue de plus d'un an de manifestations pacifiques. Le pays reste presque complètement dépendant de l'aide internationale, tandis que son économie agricole, dominée par le tabac, est fragilisée par le changement climatique. Plus de la moitié de la population vit dans la pauvreté et un cinquième dans l'extrême pauvreté. En novembre 2023, une dévaluation de 44 % de la monnaie locale a aggravé la crise économique, marquée par une inflation élevée, des pénuries de carburant et d'aliments, et une insécurité alimentaire aiguë touchant 22 % de la population. À l'approche des élections de septembre 2025, les tensions sociales pourraient s'intensifier dans un contexte de pauvreté persistante et de corruption endémique.

▪ Contexte Humanitaire et Sanitaire

Le système de santé malawite reste fragile et dépend fortement de financements extérieurs, notamment du HSJF (Health Services Joint Funds). Le retrait soudain des Etats-Unis en 2025 laisse craindre un impact majeur sur les programmes VIH, tuberculose et paludisme. Malgré cela, des progrès notables ont été réalisés : la mortalité maternelle est passée de 444 à 349 décès pour 10 000 naissances vivantes, et celle des enfants de moins de 5 ans de 84 à 38 pour 1 000. Le choléra, endémique, a connu une flambée historique en 2023, aggravée par la tempête Freddy. En 2024, 28 % de la population était en insécurité alimentaire aiguë, notamment dans les districts de Chikwawa, Nsanje et Balaka. Le cancer du col de l'utérus reste la première cause de mortalité par cancer chez les femmes, représentant 37 % des nouveaux cas en 2020. Un plan stratégique 2022–2026 vise son élimination d'ici 2030. Les populations clés, notamment les travailleuses du sexe et les hommes ayant des rapports avec des hommes, restent fortement touchées et font face à une stigmatisation limitant leur accès aux soins.

PRÉSENCE MSF

MSF-OCP est présent au Malawi depuis 1986, initialement pour assister les réfugiés mozambicains dans le district de Mwanza. En 1994, un projet de lutte contre le SIDA a été lancé, étendu aux populations locales en 1995, puis au district de Chiradzulu en 1997, où MSF a introduit les traitements antirétroviraux (ART) en 2001. Ce projet emblématique, ayant traité jusqu'à 35 000 patients, a évolué vers une prise en charge des cas complexes avant d'être transféré aux autorités sanitaires en septembre 2023. Depuis 2017, MSF développe un programme complet contre le cancer du col de l'utérus à Blantyre et Chiradzulu. En 2021-2022, un hôpital de campagne de 60 lits a été mis en place pour

renforcer le service Covid-19 du Queen Elizabeth Central Hospital. MSF soutient également deux organisations communautaires de travailleuses du sexe à Dedza et Neno. En 2023, MSF a participé à la réponse nationale à l'épidémie de choléra.

PROJET : CANCER DU COL DE L'UTERUS

■ Historique du projet

Face aux lacunes en matière de prévention et de prise en charge du cancer du col de l'utérus, MSF a lancé en 2017 un projet à Blantyre, en partenariat avec le ministère de la Santé. Depuis fin 2023, un nouveau standard de soins est mis en œuvre dans dix centres de santé et au niveau communautaire via un camion mobile. Ce standard combine promotion de la vaccination HPV, dépistage et traitement des lésions précancéreuses. À l'hôpital Queen Elizabeth, MSF soutient depuis 2019 les services de consultations, chimiothérapie, soins palliatifs et chirurgie, avec une montée en charge constante. La décentralisation de certains soins (physiothérapie, soins palliatifs, cas bénins) a débuté en 2022. Le laboratoire d'histopathologie, opérationnel depuis 2022, continue d'être renforcé. En 2024, l'ouverture du centre de radiothérapie IBCC a permis d'intégrer cette modalité dans le parcours de soins. Le projet inclut également un appui social, psychologique et éducatif aux patientes, et un système de dossier médical électronique mis en place depuis 2022.

Le projet s'inscrit dans le plan stratégique national 2022–2026 et bénéficie de partenariats avec des acteurs internationaux (OMS, GAVI, IGCS, PEPFAR, UNICEF, UNFPA). Il participe activement au groupe technique national sur le cancer du col. La vaccination HPV reste un défi, notamment en raison de la difficulté à atteindre les filles de 9 à 14 ans, cible des nouvelles recommandations de l'OMS.

■ Configuration du projet

Le projet est implanté à l'hôpital Queen Elizabeth Central Hospital (QECH) à Blantyre, centre de référence pour les 13 districts de la région Sud du Malawi, soit près de 7,8 millions d'habitants. Il s'appuie sur une collaboration étroite avec le Ministère de la Santé, l'université KUHeS et les structures de santé périphériques. En 2024, les activités sont structurées autour de plusieurs composantes : dépistage dans dix centres de santé et via une unité mobile ; soins curatifs au QECH incluant consultations, chimiothérapie, chirurgie et soins palliatifs ; décentralisation des soins palliatifs, du traitement des lésions bénignes, et de la physiothérapie post-radiothérapie dans les districts.

■ Bilan 2024

En 2024, MSF a poursuivi le dépistage dans dix centres de santé et via une unité mobile, en renforçant l'usage de l'auto-prélèvement et l'intégration des données via le dossier médical électronique. À l'hôpital QECH, les consultations gynécologiques, les chimiothérapies et les soins palliatifs ont continué d'augmenter, soutenues par l'ouverture du centre de radiothérapie IBCC. La décentralisation des soins palliatifs a été étendue à 11 districts, celle des lésions bénignes à 5 districts, et la physiothérapie post-radiothérapie à 1 district. Le laboratoire d'histopathologie a été consolidé, bien que des efforts restent nécessaires pour améliorer les délais de rendu. Le partenariat avec l'International Gynecology Cancer Society a permis d'intégrer un chirurgien certifié, mais la formation devra être relancée en 2025. MSF a également renforcé sa participation au groupe technique national, tout en maintenant des activités de sensibilisation communautaire. Malgré un contexte institutionnel fragile, les relations avec les autorités sanitaires et hospitalières ont été préservées, et les dispositifs de soutien psychosocial, éducatif et logistique aux patientes ont été maintenus.

	2021	2022	2023	2024
Dépistage initial VIA (25-49 ans)	9 614	17 972	14 365	4 955
Cas positifs VIA (25-49 ans)	137	212	129	35
Nb de cas de precancer traités	137	199	274	600
Nb de traitements chirurgicaux	296	460	525	502
Nb d'inclusions soins palliatifs	441	474	359	339
Nb de nouvelles radiothérapies		14	49	33
Nb de patients mis sous chimiothérapie		401	437	459

PROJET : SUPPORT A DES ORGANISATIONS DE TRAVAILLEUSES DU SEXE DANS LE DISTRICT DE NENO

■ Historique du projet

Entre 2014 et 2020, MSF OCB a mis en œuvre le projet « Corridor » dans quatre districts, dont Neno, pour fournir des services VIH/TB et de santé sexuelle et reproductive aux travailleuses du sexe. Ce modèle communautaire incluait un accompagnement non médical, des soins essentiels et un appui juridique de base. À la fin du projet, deux organisations communautaires ont été créées, mais leur autonomie est restée limitée. Entre 2021 et 2023, MSF Afrique du Sud a soutenu leur structuration, tandis que MSF OCP a été sollicité pour combler des lacunes médicales. Depuis, MSF OCP appuie Tikondane Care Group (TCG) à Zalewa, dans le district de Neno, en partenariat avec les autorités sanitaires locales. Le projet s'inscrit dans un contexte de forte stigmatisation, de pauvreté et de violences structurelles, avec une collaboration croissante mais encore fragile avec les autorités sanitaires et les acteurs locaux.

■ Configuration du projet

Le projet, mis en œuvre à Dedza et Zalewa (district de Neno), vise à améliorer l'accès aux soins pour les travailleuses du sexe à travers des cliniques mobiles coorganisées avec les organisations communautaires locales (CBOs) et les autorités sanitaires. L'objectif est de renforcer l'autonomie des CBOs tout en assurant une offre de soins intégrés, incluant la santé sexuelle et reproductive, la santé mentale, la prévention du cancer du col de l'utérus, le dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles, la PrEP orale et injectable, et les soins post-violences sexuelles. L'approche repose sur un modèle pair-à-pair, avec une équipe MSF réduite (coordination médicale, infirmière-sage-femme, conseiller en santé mentale, agent de promotion de la santé, chargé de données). MSF OCB soutient le renforcement des capacités des CBOs, tandis que MSF OCP développe des partenariats pour assurer leur viabilité financière.

■ Bilan 2024

En 2024, les cliniques mobiles ont poursuivi leurs activités dans les zones ciblées, avec une amélioration de la confidentialité grâce à l'aménagement du véhicule. Les CBOs ont renforcé leurs compétences en dépistage en santé mentale et en promotion de la santé, et participent désormais à la formation de nouveaux pairs. La collaboration avec les structures du Bureau de Santé du District s'est intensifiée, notamment pour les référencement VIH, HPV et VIA. L'introduction de la PrEP injectable a été

amorcée, bien que l'adhésion à la PrEP reste limitée par peur de stigmatisation ou par une sous-estimation du risque d'infection. Les difficultés sont nombreuses : discriminations dans les structures de santé, pénuries de fournitures, accès limité aux services d'avortement sécurisé et de vaccination, et absence de soutien structuré pour les hommes et mineurs travailleurs du sexe. Les violences sexuelles restent fréquentes, avec un accompagnement encore insuffisant en santé mentale. Les CBOs peinent à couvrir leurs frais de fonctionnement, et les accords formels avec les autorités sanitaires ne sont pas finalisés. Malgré cela, l'acceptation communautaire du projet s'est renforcée, notamment grâce aux actions de sensibilisation menées avec les forces de l'ordre.

Les principales activités réalisées par ces organisations sont présentées ci-dessous :

	2023	2024
Nb de consultations	1 802	3 027
Nb de consultation de planning familial	597	1 047
Nb de personnes sensibilisées (promotion de la santé)	2 374	2 508
Nb d'avortements sécurisés	70	100

MALI	
Type d'intervention : Conflit armé, Epidémie / Endémie Nombre de projets : 3 Dépenses 2024 : 13 154 k€ Financements institutionnels : aucun	Personnels : Local : 523 International : 37 Autres centres opérationnels MSF : OCB, OCBA

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Depuis 2012, le Mali fait face à une crise sécuritaire persistante marquée par les violences de groupes affiliés à Al-Qaïda et à l'État islamique, des conflits communautaires, des tensions politiques internes et une instabilité régionale qui s'étend vers les pays voisins du Golfe de Guinée et du nord saharien. La situation politique est dominée par un régime militaire installé à la suite du coup d'État de 2020, sous la présidence du Colonel Assimi Goïta. Ce régime s'est progressivement détourné de ses partenaires traditionnels pour renforcer ses alliances avec des puissances comme la Russie, la Chine ou la Turquie. Le 6 juillet 2024, le Mali, le Burkina Faso et le Niger ont renforcé leur union politique et militaire par la création d'une confédération dans le cadre de l'Alliance des États du Sahel (AES), après leur retrait de la CEDEAO en janvier.

Face à la détérioration sécuritaire, les autorités ont accru la répression contre les médias, l'opposition et la société civile, réduisant l'espace civique et accentuant les tensions diplomatiques. Bien que les humanitaires rencontrent quelques obstacles administratifs et logistiques, leurs mandats et activités ne sont pas globalement remis en cause par les autorités. Sur le terrain, trois fronts se distinguent : au nord, les Forces Armées Maliennes (FAMA) et leurs alliés russes ont repris du terrain, mais subissent également des pertes significatives ; au centre, les affrontements opposent les forces progouvernementales au groupe JNIM dans un conflit complexe ; au sud, l'expansion du Groupe de Soutien à l'Islam et aux Musulmans (JNIM) depuis le Burkina Faso affecte de nouveaux cercles. La situation s'est complexifiée avec les attaques inattendues du JNIM à Bamako en septembre 2024, poussant à une révision des mesures de sécurité, notamment un couvre-feu partiel. Les tensions entre groupes armés, les violences intercommunautaires et les blocus aggravent la crise humanitaire. En juillet, 517 incidents sécuritaires ont été recensés, un record annuel, dont 43 % attribués au JNIM.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

La situation humanitaire au Mali reste critique, aggravée par l'insécurité, les déplacements forcés de populations, les vulnérabilités structurelles du pays et les effets du changement climatique. Les violences armées, les blocus et la présence d'engins explosifs improvisés ont conduit à la désertification de nombreux villages dans les régions du Centre et du Nord, provoquant une augmentation significative des besoins humanitaires. Plus de 700 000 personnes sont actuellement en situation d'insécurité alimentaire aiguë, dont 54 % sont des enfants, tandis que 2,8 millions de personnes supplémentaires vivent sous pression alimentaire.

En juillet 2024, les régions de Ségou et Mopti ont été durement touchées par des inondations ayant affecté 125 000 personnes, causé 50 décès et fait plus d'une centaine de blessés.

La crise humanitaire, étroitement liée à la dégradation sécuritaire, demeure volatile, en particulier dans les zones du Centre et du Nord. Elle provoque des mouvements de population, tant à l'intérieur qu'au-delà des frontières, avec une augmentation du nombre de personnes déplacées recensées dans les districts sanitaires de ces régions.

Le système de santé reste fragile : bien que 96 % des structures soient théoriquement fonctionnelles, seulement 89 % sont effectivement accessibles, l'accès étant entravé par l'insécurité, le manque de personnel, d'équipements et d'intrants médicaux. La couverture vaccinale est fragile, en particulier dans les zones difficiles d'accès, avec un taux de 52,2 % pour la polio et 77,5 % pour la rougeole.

Sur le plan épidémiologique, 9 541 cas suspects de dengue ont été enregistrés en 2024, avec un taux de létalité de 0,9 %. La rougeole connaît une recrudescence depuis 2023, avec 681 cas suspects en 2024, ce qui a conduit à une campagne de vaccination à l'échelle nationale.

Par ailleurs, la situation nutritionnelle s'est fortement détériorée par rapport à l'année précédente, avec une augmentation de 28 % des cas de malnutrition aiguë modérée et de 21 % des cas de malnutrition aiguë sévère.

Le nombre de décès maternels a également augmenté de 21 % en un an (702 décès en 2024 contre 579 en 2023).

Enfin, les violences sexuelles sont en nette hausse, principalement en lien avec l'insécurité et les déplacements forcés.

PRÉSENCE MSF

MSF est présente au Mali depuis 1985 à travers trois sections opérationnelles : OCP, OCBA et OCB, avec des projets répartis dans plusieurs régions du pays.

OCP mène depuis 2009 un projet médico-nutritionnel à Koutiala, centré sur les enfants de zéro à cinq ans. À Tenenkou, depuis 2016, il met en œuvre un programme combinant soins de santé communautaires et secondaires, avec une attention particulière portée à la santé maternelle et infantile. À Bamako, il appuie depuis 2018 la prise en charge des cancers du col de l'utérus et du sein, un projet dont la clôture est prévue en décembre 2024.

OCBA est actif à Ansongo depuis 2012, où il offre des soins de santé primaires et secondaires, avec une forte composante communautaire répartie sur 33 sites. Depuis 2015, il soutient également six centres de santé à Kidal, situés en ville et en périphérie. À Douentza, il intervient depuis 2017 avec un programme de soins de santé de base et hospitaliers. À Koro, il a lancé en 2019 un projet temporaire en réponse aux violences communautaires. À Gao, depuis 2022, ses équipes répondent aux besoins médicaux liés aux déplacements de population provoqués par les affrontements entre groupes armés.

OCB intervient à Niono depuis 2019 avec un programme combinant soins d'urgence, pédiatrie, maternité, nutrition, ainsi que soins primaires et communautaires. Un projet de chirurgie orthopédique y est actuellement en cours de développement. Il est également présente à Niafunké et Nampala, où il soutient l'accès aux soins de santé communautaires.

PROJET : KOUTIALA

■ Historique du projet

Le projet Koutiala est né en réponse à la crise nutritionnelle sévère de 2005 au Sahel. En 2009, le district de Koutiala est identifié comme prioritaire, avec des taux alarmants de mortalité infantile (132/1000)

et infanto-juvénile (237/1000), ainsi qu'une malnutrition aiguë globale à 15,8 % et sévère à 6,6 %. Initialement centré sur la nutrition, le projet s'élargit rapidement à une réponse pédiatrique globale face aux pics saisonniers de paludisme.

Entre 2010 et 2014, le programme RONI est lancé à Konséguela, puis étendu à 4 autres centres de santé communautaires (CSCOM). Le soutien de MSF passe progressivement à 40 CSCOM en 2021. De 2012 à 2016, un programme pilote de chimio-prévention du paludisme saisonnier est mis en œuvre, avant son intégration au programme national.

En 2013, un département de bactériologie est créé, suivi en 2019 par l'ouverture d'une unité pédiatrique de 185 lits au centre de référence (CSREF).

Fin 2022, une réorientation stratégique est actée autour de trois axes : recentrage sur 16-20 CSCOM, renforcement de 4 CSCOM frontaliers, et transfert progressif des responsabilités hospitalières au Ministère de la Santé. En 2023, MSF cesse son appui à 20 CSCOM et élabore avec le Ministère un "plan de durabilité", amorcé en septembre avec le recrutement de personnel pédiatrique et la fermeture de l'unité des brûlés en août 2024.

▪ Configuration du projet

Le projet Koutiala, implanté dans le district sanitaire depuis 2009, vise à améliorer l'accès et la qualité des soins pédiatriques et nutritionnels pour les enfants de moins de 5 ans, en réponse aux pics saisonniers de paludisme et à la malnutrition. Il repose sur deux volets complémentaires : un volet soins de santé primaires dans 16 CSCOM en période creuse, étendus à 20 CSCOM (avec 4 urbains) en période de pic, et un volet soins de santé secondaires au CSREF de Koutiala, hôpital de référence du district.

Le CSREF abrite une unité pédiatrique de 185 lits (pédiatrie générale, URENI, urgences, néonatalogie), complétée par 8 bâtiments annexes (138 lits) activés en période de forte affluence. Le soutien MSF inclut : supervisions formatives, approvisionnement en médicaments, appui financier, renfort en personnel, et activités communautaires via 178 agents paludisme dans 36 aires de santé.

MSF gère également un laboratoire de bactériologie, renforce la banque de sang, et assure les services annexes (pharmacie, stérilisation, maintenance, déchets).

▪ Bilan 2024

L'année 2024 a marqué une étape importante dans la mise en œuvre du plan de réorientation du projet Koutiala, avec des avancées concrètes vers la pérennisation des activités.

16 centres de santé communautaire (CSCOM) ont bénéficié du soutien de MSF. Toutefois, quatre d'entre eux — Molobala, Sanguela, Tièrè et Sougoumba — n'ont pu être supervisés en raison du contexte sécuritaire. Pendant la période de pic, quatre CSCOM urbains supplémentaires ont été intégrés à l'intervention. Les activités sont restées globalement stables sur les CSCOM ruraux, avec une moyenne mensuelle de 3 680 consultations pour les enfants de moins de cinq ans.

Un outil d'aide au diagnostic (E-care) a été introduit dans douze CSCOM, et est utilisé dans environ 65 % des consultations. Une évaluation à mi-parcours est en cours pour en améliorer l'utilisation. En parallèle, les activités de stimulation nutritionnelle (StimNut) ont été étendues à l'ensemble des CSCOM accessibles.

À l'hôpital, le transfert de la néonatalogie au ministère de la Santé a été reporté, suite aux réserves émises par le médecin-chef du district. Plusieurs initiatives innovantes ont été lancées ou poursuivies, telles que la lutte contre l'antibiorésistance (AMR), notamment au travers de l'outil Antibioigo, et le

déploiement d'E-Care. L'Académie MSF a certifié 89 infirmiers et aides-soignants, avec une stratégie post-formation en cours de mise en œuvre pour garantir l'appropriation et la pérennisation des acquis. L'unité des brûlés pédiatriques a été fermée en août 2024, en l'absence de capacité du district à en assurer la reprise. Le transfert de la néonatalogie vers la maternité est actuellement à l'étude.

Par ailleurs, le laboratoire du Centre de santé de référence a été renforcé par l'acquisition de nouveaux équipements en hématologie et biochimie. Enfin, le déploiement de l'approche centrée sur le patient ainsi que celui de StimNut sont en place, avec des premiers résultats jugés prometteurs.

	2021	2022	2023	2024
Nb de passages aux urgences	13 532	13 268	11 047	11 643
Nb d'admissions en pédiatrie	5 789	6 236	4 953	5 012
Nd d'admissions en néonatalogie	456	462	475	498
Nb d'hospitalisations en centre nutritionnel intensif	3 224	3 035	2 758	3 254
Nb d'admissions nutritionnelles en ambulatoire	3 815	2 770	1 724	1 737
Nb de consultations moins de 5 ans dans les centres de santé communautaires	128 813	115 197	58 301	61 180
Nb de consultations réalisées par les agents paludisme	15 921	19 727	20 873	17 533
Nb d'inclusion santé préventive de l'enfant	18 467	21 374	10 364	9 826

PROJET : TENENKOU

■ Historique du projet

Le projet Ténenkou a été lancé en 2016 pour répondre aux difficultés d'accès aux soins, avec des cliniques mobiles dans les villages et un appui au CSREF (consultations pour femmes en âge de procréer, maternité, bloc opératoire et néonatalogie). L'objectif initial était de réduire la morbi-mortalité générale, en particulier chez les femmes et les enfants.

En 2018, face à la forte transmission du paludisme pendant la saison des pluies, la prise en charge saisonnière a été intégrée via des agents paludisme. En 2019, MSF initie la rénovation du CSREF de Tuniana, plus spacieux, mais le transfert est annulé pour raisons sécuritaires. En 2020, le projet s'élargit à la pédiatrie (5-15 ans), à la médecine interne et aux urgences, en partenariat avec IRC, tout en maintenant la prise en charge des enfants de 2 mois à 5 ans et de la malnutrition.

La dégradation sécuritaire en 2022 entraîne la suspension des cliniques mobiles et le développement d'une stratégie communautaire : 33 sites agents paludisme sont transformés en sites agents de santé communautaires et matrones. Un plan d'afflux massif de blessés est mis en place avec des kits prépositionnés dans 4 CSCOM. En 2023, les affrontements entre FAMa et groupes armés aggravent l'insécurité, poussant à renforcer les activités communautaires et à adopter un suivi à distance. Le nombre de sites ASC passe à 50. IRC cesse son appui à 12 CSCOM.

En 2024, les cliniques mobiles et la supervision de proximité reprennent. Les travaux de construction d'un bloc temporaire et d'une zone d'isolement au CSREF sont lancés. IRC maintient son appui à la malnutrition mais se retire de la pédiatrie, poussant MSF à élargir son soutien aux enfants de 2 mois à 5 ans. En juillet, débute le programme de formation de l'Académie MSF au CSREF, avec deux cursus : Soins Infirmiers Cliniques de Base et Soins Cliniques en Obstétrique et Santé de la Femme.

▪ Configuration du projet

En 2024, MSF assure une prise en charge médicale gratuite au CSREF de Ténenkou et à travers un réseau communautaire structuré autour de 50 sites d'agents de santé communautaires (ASC) et de matrones. Le CSREF bénéficie d'un appui complet couvrant les urgences, la pédiatrie, la médecine interne, la maternité, la néonatalogie, le bloc opératoire, le laboratoire, la banque de sang et les services de support.

Les activités communautaires incluent la consultation, le dépistage nutritionnel, la prise en charge des cas simples et la référence des cas graves, ainsi que la sensibilisation et l'orientation des femmes enceintes et allaitantes.

▪ Bilan 2024

En 2024, MSF a renforcé son dispositif pour répondre aux besoins croissants dans un contexte sécuritaire instable. La relance des cliniques mobiles et de la supervision de proximité a permis de rétablir un lien direct avec certaines communautés isolées. Le soutien au CSCOM central de Ténenkou a contribué à désengorger le CSREF, particulièrement sollicité durant le pic paludisme et les déplacements de population. L'extension du réseau communautaire à 50 sites ASC a permis de maintenir une couverture minimale dans les zones inaccessibles, malgré l'impossibilité de superviser régulièrement les activités en périphérie.

	2021	2022	2023	2024
Nb de passages aux urgences	2 558	2 756	2 845	3 799
Nb d'admissions en néonatalogie	321	299	380	447
Nb d'hospitalisations Médecine interne et pédiatrie	1 657	1 654	1 843	2 052
Nb de consultations générales et spécialisées gynéco	12 447	16 296	19 898	19 239
Nb de consultations obstétriques (pré et post natales, planning familial)	9 669	11 111	12 172	12 680
Nb d'admissions en Maternité (Gynéco-obstétrique)	1 574	1 665	1 711	2 117
Nb d'accouchements	1 139	1 243	1 260	1 561
Nb de femmes référées par les matrones	n/a	2 009	8 112	17 870
Nb patients traités par agents paludisme	33 042	34 139	27 291	33 435
Nb de patients activités de santé communautaire	n/a	12 220	26 210	36 579

Par ailleurs, en réponse aux inondations de septembre 2024, MSF a mis en place une intervention d'urgence à Ténenkou ville. L'activité, planifiée pour une durée d'un mois et demi, a consisté principalement en la réalisation de consultations médicales ambulatoires (1 314 au total, soit environ 50 par jour) et en la distribution de kits d'hygiène et de biens non alimentaires à 62 ménages sinistrés.

PROJET : ONCOLOGIE

▪ Historique du projet

Face à une forte prévalence des cancers féminins au Mali, souvent diagnostiqués tardivement, MSF a lancé en 2018 un projet d'oncologie à Bamako, en réponse à des besoins critiques en prévention, traitement et soins de support. L'objectif du projet est d'améliorer la détection, la prise en charge et l'accompagnement des femmes atteintes de cancers féminins, tout en rendant les outils diagnostiques et thérapeutiques accessibles.

Après un appui ponctuel à la radiothérapie, MSF initie les soins palliatifs au CHU du Point G, puis élargit son intervention en 2020 à la chimiothérapie, au dépistage, à la santé mentale et à la chirurgie.

En 2021, un laboratoire d'anatomopathologie est inauguré, accompagné d'une unité de coordination du parcours de soins. Le projet se recentre en 2022 sur les cancers du sein et du col de l'utérus. En 2023, une grève hospitalière du personnel du Ministère de la Santé pousse MSF à organiser des chirurgies dans une clinique privée et à référer certaines patientes à Lomé.

En 2024, MSF annonce un désengagement progressif, prolongé jusqu'en 2025 à la demande des autorités. Un comité de pilotage est mis en place pour accompagner cette transition dont dépend la poursuite éventuelle des certaines activités.

▪ Configuration du projet

Depuis la suspension du dépistage, les activités sont concentrées au CHU du Point G, avec un appui à l'hémato-oncologie (consultations, chimiothérapie, hospitalisation), à la chirurgie, à la gynécologie, aux soins palliatifs, à l'unité de liaison et au laboratoire d'anatomopathologie. L'hospitalisation est dotée d'une capacité de 15 lits dont 6 consacrés à la chimiothérapie de longue durée. Le volet soins de support et palliatifs se poursuit sans changement majeur. Il s'agit d'une seule et même équipe qui assure les soins palliatifs et soins curatifs, sein/col et autres cancers. MSF prend en charge les intrants intrants de chimiothérapie pour les patientes de la cohorte , les intrants du service hématologie, et les références en gynécologie et chirurgie.

Le soutien logistique inclut la gestion des déchets, l'hygiène, la maintenance, la stérilisation et l'archivage.

▪ Bilan 2024

L'année a été marquée par la mise en œuvre du plan de désengagement. Le dépistage est ainsi suspendu en mars 2024 et les nouvelles inclusions en mai.

Les examens sont désormais centralisés au CHU Point G. La radiothérapie, indisponible localement, a été assurée ponctuellement à Lomé, en attendant la mise en service du nouvel équipement à l'hôpital du Mali.

Malgré la réduction des activités, MSF a maintenu un appui structurant : fourniture continue des intrants de chimiothérapie, soutien aux soins chirurgicaux et palliatifs, coordination du parcours de soins, et accompagnement psychosocial.

	2021	2022	2023	2024
Nb de femmes dépistées	81 612	88 874	70 044	13 789
Nb de femmes incluses dans la cohorte de prise en charge du cancer du sein/cancer du col de l'utérus	645	712	559	266
Nb de nouvelles consultations Soins de support et palliatifs	525	472	459	469
Nb total de consultations Soins de support et palliatifs	5 799	5 325	5 786	6 284
Nb d'actes de traitements spécifiques patientes cancer du sein/col de l'utérus (chimiothérapie, chirurgie)	2 135	2 427	2 705	2 107

MAURITANIE	
Type d'intervention : populations réfugiées et migrantes Nombre de projets : 1 Dépenses 2024 : 358 k€ Financements institutionnels : aucun	Personnels : Local : 19 International : 7 Autres centres opérationnels MSF : WaCA

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

La Mauritanie, pays sahélien riche en ressources naturelles (fer, or, cuivre), reste confrontée à des défis socio-économiques structurels, notamment une forte pauvreté rurale et une dépendance marquée aux importations alimentaires, aggravée par les sécheresses récurrentes. L'accès aux services essentiels demeure inégal, particulièrement dans les régions de l'intérieur comme le Hodh El Chargui, à la frontière malienne, caractérisée par un mode de vie pastoral vulnérable aux aléas climatiques et par un afflux important de réfugiés maliens fuyant l'insécurité.

Sur le plan politique, le pays connaît une stabilité relative dans un environnement régional instable. Cette stabilité est le fruit d'une stratégie sécuritaire préventive, combinant surveillance renforcée, présence militaire accrue aux frontières et dialogue avec d'anciens jihadistes. Grâce à cette approche et au renforcement de la coopération internationale, notamment via le G5 Sahel, la Mauritanie n'a enregistré aucune attaque majeure sur son sol depuis plus d'une décennie, contrairement à ses voisins directs.

Cependant, les défis sécuritaires persistent, en particulier dans l'est du pays où les trafics transfrontaliers, la proximité avec les groupes armés au Mali et l'afflux massif de réfugiés (plus de 100 000 personnes depuis fin 2023 selon le HCR) exercent une pression croissante sur les ressources locales, les pâturages et le système de santé. Ces tensions latentes pourraient fragiliser les équilibres sociaux dans des zones déjà précaires.

Sur le plan diplomatique, la Mauritanie conserve une position de neutralité relative entre l'Algérie et le Maroc concernant la question du Sahara occidental. Les relations avec le Maroc, historiquement tendues, se sont récemment apaisées autour de coopérations économiques et sécuritaires, notamment à travers le corridor stratégique de Guerguerat. Les relations avec l'Algérie, quant à elles, restent solides bien que certaines incursions militaires récentes aient généré des frictions ponctuelles.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

La Mauritanie fait face à une pression humanitaire croissante, liée à la détérioration sécuritaire au Mali et à l'évolution des routes migratoires africaines. Le pays accueille aujourd'hui plus de 273 000 réfugiés maliens, dont près de 110 000 vivent dans le camp de M'bera, situé dans la région du Hodh El Chargui. Depuis octobre 2023, des dizaines de milliers d'autres réfugiés se sont installés hors camp dans cette même région, aggravant la pression sur des ressources locales déjà limitées. Parallèlement, la Mauritanie s'impose comme pays de transit majeur pour les migrants subsahariens en route vers l'Europe : en 2024, plus de 12 000 départs vers les îles Canaries ont été recensés, contre un peu plus de 2 000 l'année précédente, avec des pertes humaines dramatiques sur la route atlantique.

Sur le plan sanitaire, la fragilité du système de santé reste un enjeu majeur, malgré une structuration pyramidale (niveau central, régional et périphérique) et les efforts du gouvernement et de ses partenaires. Les services de santé spécialisés sont concentrés à Nouakchott, tandis que dans des régions comme le Hodh El Chargui, les soins de base restent difficilement accessibles en raison du manque d'infrastructures, de ressources humaines et de médicaments essentiels. Le financement du système repose en grande partie sur les ménages (45 %), aggravant les inégalités d'accès.

Les maladies transmissibles (paludisme, tuberculose, infections respiratoires) demeurent les principales causes de morbidité et de mortalité, tandis que la malnutrition aiguë globale touche 11,2 % des enfants de moins de 5 ans (Unicef, 2022). Les maladies chroniques, en augmentation, restent mal prises en charge, et les groupes les plus vulnérables sont les femmes enceintes, les enfants, les populations rurales et les réfugiés.

Dans des zones comme Bassikounou, la présence massive de réfugiés met à rude épreuve un système de santé local déjà sous tension. Le camp de M'bera bénéficie d'un appui du HCR et du programme Inaya (Banque mondiale), mais les besoins sanitaires et humanitaires dépassent largement les capacités existantes, dans un contexte marqué par l'insécurité alimentaire, l'accès limité à l'eau potable et la faiblesse des infrastructures.

PRÉSENCE MSF

MSF a commencé ses activités en Mauritanie dans les années 1990, avec une première mission menée par OCP en réponse à un afflux de réfugiés maliens dans le département de Bassikounou. Cette intervention s'est poursuivie jusqu'en 1998, date à laquelle la majorité des réfugiés ont pu regagner le Mali dans un contexte d'apaisement politique et sécuritaire.

Entre 2012 et 2018, OCB a pris le relais avec la mise en œuvre d'un programme d'envergure à Bassikounou, centré sur la prise en charge des soins de santé dans le camp de M'bera et le soutien à l'hôpital local, alors encore un centre de santé.

En 2024, WaCA a lancé un projet axé sur les migrations dans la région de Nouadhibou, en complément d'une intervention similaire au Sénégal.

PROJET : BASSIKOUNOU

■ Historique du projet

En réponse à l'aggravation du conflit au Mali, OCP a lancé en 2024 une intervention à Bassikounou, débutant par une phase exploratoire en juin-juillet, suivie d'une « explo-action » dès août, combinant réponse d'urgence et évaluation des besoins. Les opérations ont démarré en novembre, avec une enquête de santé réalisée début 2025. Le projet cible principalement les réfugiés maliens installés hors du camp de M'bera depuis octobre 2023, tout en incluant les populations réfugiées plus anciennes et les communautés hôtes. L'intervention, centrée sur la prise en charge des violences, vise également à assurer une veille sur les mouvements de population dans l'ensemble du Hodh El Chargui.

■ Configuration du projet

Depuis novembre 2024, MSF propose une offre de soins de santé primaire sur cinq sites (Douenkara, Elmekhel – Ewlad Zeid, Saramassa, Metrewagh et Abague) dans le département de Bassikounou, zones où se sont installés des réfugiés maliens hors camp, à proximité des communautés hôtes. L'intervention repose sur un modèle de cliniques mobiles, permettant une offre de soins intégrée, gratuite et ouverte

à tous, réfugiés comme populations hôtes. Elle comprend les consultations médicales générales, les soins de santé sexuelle et reproductive, la prise en charge des violences basées sur le genre, les services de santé mentale, le dépistage et la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, la vaccination, ainsi que les référencement d’urgence vers les hôpitaux de Bassikounou ou de Néma, avec une prise en charge financière pour les cas urgents.

Les cliniques sont assurées par une équipe conjointe composée de personnel MSF et de soignants de la Direction Régionale de l’Action Sanitaire (DRAS). La fréquence de passage varie selon les sites, avec une rotation hebdomadaire ou bimensuelle. Entièrement mobiles, les cliniques s’appuient sur l’installation et le repli de tentes à chaque mission, bien que des structures semi-permanentes soient en cours de construction sur les sites les plus fréquentés pour améliorer les conditions de consultation et l’efficacité du dispositif.

La fréquentation est soutenue, dépassant souvent les 100 consultations par jour et par site, mais la lourdeur logistique du système, les contraintes d’installation, et les barrières linguistiques, limitent la capacité à répondre à la totalité des demandes malgré un personnel soignant important mobilisé.

■ **Bilan 2024**

Après quelques mois d’intervention, plus de 70 % des patients pris en charge sont des réfugiés, confirmant les besoins identifiés lors de l’enquête préliminaire.

Les données de morbidité révèlent une prédominance marquée des infections respiratoires aiguës, représentant 43 % des consultations générales, tandis que l’anémie constitue l’un des principaux motifs de consultation gynéco-obstétrique avec une prévalence de 16 %. Par ailleurs, la demande en santé mentale ne cesse de croître, renforçant la pertinence d’une approche holistique et intégrée de la prise en charge médicale.

	2024
Nb de consultations	20 733
Dont de moins de 5 ans	18%
Dont % de réfugiés	72%
Nb de consultations malnutrition aiguë sévère	50
Nb de consultations gynéco-obstétriques	258
Dont % de réfugiés	58%

NIGER	
Type d'intervention : Epidémies / Endémies	Personnels :
Nombre de projets : 1	Local : 249
Dépenses 2024 : 7 656 k€	International : 16
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCBA, OCG, WaCA

CONTEXTE DU PAYS

▪ Contexte Politique

Depuis le coup d'État du 26 juillet 2023, le Niger est dirigé par des militaires qui ont progressivement militarisé l'administration locale. Le cadre législatif reste suspendu, sans perspective de retour à l'ordre constitutionnel. Sur le plan diplomatique, le pays s'est rapproché de partenaires comme la Russie, la Turquie et l'Iran, entraînant le départ des forces françaises, allemandes et américaines. Le 16 septembre 2023, le Niger, le Mali et le Burkina ont fondé l'Alliance des États du Sahel (AES), devenue confédération le 6 juillet 2024, avec Niamey pour capitale. Le 28 janvier 2024, ces trois pays ont officialisé leur retrait de la CEDEAO.

Les sanctions régionales et internationales continuent d'impacter lourdement la population, notamment à travers la fermeture prolongée de la frontière avec le Bénin, principal accès maritime. Le corridor d'importation via Cotonou a été remplacé par celui de Lomé, plus long et risqué, entraînant des retards et une hausse des prix des denrées de base de près de 40 % en juin 2025 par rapport à l'année précédente.

Sur le plan sécuritaire, l'armée nigérienne est confrontée à une multiplication des fronts. À l'Ouest, l'État Islamique au Grand Sahara (EIGS) et le Groupe de soutien à l'islam et aux musulmans (JNIM) intensifient leurs attaques dans la zone des trois frontières, ciblant forces de sécurité et civils, et étendent leur influence vers le Sud. À l'Est, Boko Haram et Province de l'État islamique en Afrique de l'Ouest (ISWAP) poursuivent leurs offensives dans la région de Diffa. Au Sud, les régions de Maradi et Tahoua subissent des attaques transfrontalières d'une violence inédite. Au Nord, des groupes armés locaux comme le Mouvement Populaire pour la Libération de l'Azawad (MPLJ), issus de revendications touarègues, alimentent les tensions internes dans un contexte de trafics multiples.

La crise politique a entraîné une réduction significative de l'aide humanitaire. L'espace humanitaire s'est restreint, avec l'imposition d'escortes militaires, des procédures administratives complexes et l'expulsion d'ONG comme le CICR en février 2025. La suspension de l'aide américaine (USAID) aggrave la situation, notamment dans les zones de conflit comme Tillabéry et Diffa, où les besoins en nourriture, soins et protection sont critiques. Ces restrictions compromettent gravement la capacité des acteurs humanitaires à répondre aux urgences.

▪ Contexte Humanitaire et Sanitaire

Le Niger, vaste pays sahélien de 25 millions d'habitants, se distingue par une population très jeune : les moins de 5 ans représentent 20 % de la population et l'âge médian est de 15 ans. La croissance démographique reste l'une des plus élevées au monde, avec un taux annuel de 3,9 %.

Les épidémies de choléra, rougeole et méningite persistent, malgré un programme élargi de vaccination (PEV) opérationnel. Le paludisme demeure la première cause de mortalité et de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans, avec une recrudescence saisonnière de juin à décembre. Maradi affiche la deuxième incidence la plus élevée du pays (200,1‰) et une létalité de 0,1 %. À Madarounfa, le taux d'incidence chez les moins de 5 ans atteint 1343,8‰, le deuxième plus élevé du pays.

L'insécurité alimentaire chronique et la malnutrition sévissent depuis près de deux décennies. Au niveau national, 47 % des enfants de moins de cinq ans présentent un retard de croissance, 12,2 % souffrent de malnutrition aiguë globale, 2,4 % de malnutrition aiguë sévère et 55,5 % d'anémie. Maradi reste la région la plus touchée.

La crise politico-sécuritaire a aggravé les ruptures d'approvisionnement en médicaments et intrants nutritionnels, entraînant une hausse du nombre d'enfants malnutris. Le protocole national PCIMA, révisé en 2023, promeut l'usage de farines enrichies locales pour la prise en charge de la malnutrition modérée, dans un contexte de désengagement du PAM et de réorientation des financements européens.

Le système de santé reste confronté à de nombreux défis, avec une couverture sanitaire à moins de 5 km estimée à 55,45 % en 2023. La politique de gratuité des soins pour les moins de 5 ans, instaurée en 2006, demeure largement sous-financée.

PRÉSENCE MSF

MSF est intervenue pour la première fois au Niger en 1985 et y maintient une présence permanente depuis 2001. Cette année-là, MSF OCP a lancé le projet de Madarounfa, marquant le début de la prise en charge médicale de la nutrition. Les premières années ont été marquées par des innovations majeures, notamment lors de la crise de 2005, avec l'introduction du traitement ambulatoire et du Plumpy Nut. Entre l'expulsion d'OCP en 2008 et son retour en 2014, l'ONG FORSANI a poursuivi les activités. En 2021, un afflux massif de patients venus du nord du Nigeria (Katsina) a ravivé l'attention sur la crise nutritionnelle, conduisant à l'ouverture en 2022 du plus grand projet nutritionnel d'OCP dans le pays.

D'autres sections de MSF sont également actives au Niger : MSF OCBA intervient à Agadez (migrants), Tillabéry (soins primaires) et Diffa (maternité et hospitalisation) ; MSF OCG est présente à Zinder (nutrition et paludisme) et Torodi (soins primaires) ; MSF WACA mène des projets nutrition et paludisme à Maradi (Guidan Roumji) et Tahoua (Madaoua). Enfin, Epicentre gère un centre de recherche à Maradi.

PROJET : MADAROUNFA

■ Historique du projet

Le projet nutritionnel et pédiatrique du district de Madarounfa a été ouvert en 2014, à la suite de la passation avec l'ONG FORSANI, qui l'avait repris après l'expulsion de MSF en 2008. Il cible les enfants de moins de 5 ans, avec un volet ambulatoire dans cinq centres de santé intégrés (Madarounfa, Safo, Gabi, N'Yelwa, Dan Issa) et un volet hospitalier.

En 2017, une hospitalisation saisonnière pour le paludisme a été ouverte à Dan Issa, accompagnée de relais communautaires. Fin 2019, la pédiatrie ambulatoire a été introduite dans les centres de santé intégrés (CSI). En 2021, les CSI de Guidan Roundji et Sarkin Yama, ainsi qu'une unité paludisme à Madarounfa, ont été ajoutés temporairement en période de pic.

L'année 2020 a été marquée par une pluviométrie exceptionnelle, provoquant une hausse des cas de paludisme et des ruptures d'antipaludéens, nécessitant le recours à des substituts. En 2021, une vague massive de patients malnutris sévères venus de Katsina (Nigeria) a submergé le projet. L'ouverture d'un projet nutritionnel dans cette zone en mai n'a eu d'effet sur les admissions à Madarounfa que l'année suivante.

Début 2022, une révision stratégique a conduit à la fermeture de la néonatalogie, à l'élargissement du soutien aux Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire pour la Malnutrition Aiguë Modérée (CRENAM), et à une implication renforcée dans la Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier (CPS). La capacité de l'unité pédiatrique a été portée à 60 lits, intégrant urgences, soins intensifs et quelques lits de Centre de Récupération Nutritionnelle Intensive (CRENI). L'objectif est de réduire d'au moins 30 % le pic saisonnier de malnutrition et de passer d'une prise en charge précoce à une prévention nutritionnelle, en lien avec le lancement du vaccin antipaludique prévu dans le plan triennal 2024-2026.

▪ Configuration du projet

L'hôpital de district, structure publique, dispose de 138 lits hors période de pic, dont 19 en médecine adulte, 12 en chirurgie et 12 en maternité. MSF soutient la prise en charge des enfants de moins de 5 ans dans les services d'urgences, soins intensifs, pédiatrie, CRENI, isolement, consultations pour pathologies chroniques (VIH, TB, drépanocytose), banque de sang et laboratoire. Un appui est également apporté au Programme Élargi de Vaccination (PEV) et à l'approche centrée patient.

Dans les CSI de Dan-Issa, Madarounfa, Safo, Gabi et N'Yelwa, MSF intervient cinq jours par semaine pour les soins ambulatoires : CRENAS, CRENAM, consultations pédiatriques, promotion de la santé, et soutien au PEV. Une unité d'hospitalisation saisonnière de 45 lits est ouverte à Dan Issa pendant les pics. La case de santé d'In Radi, rattachée au CSI de Madarounfa, est également appuyée pour le suivi nutritionnel et les consultations pédiatriques. Les références sont assurées par le Ministère de la Santé. MSF appuie 65 relais communautaires dans cinq aires de santé pour le dépistage de la malnutrition aiguë, du paludisme non compliqué, des diarrhées simples, la promotion de la santé, la recherche des abandons et le dépistage des signes de gravité respiratoire.

▪ Bilan 2024

L'année 2024 a été marquée par une pénurie d'intrants nutritionnels et un déficit de financement des partenaires, entraînant une hausse des admissions de 17 % au CRENAS et de 91 % au CRENI.

À l'hôpital, la chimioprophylaxie du paludisme pour les drépanocytaires a été poursuivie (39 patients enrôlés sur 40 ciblés), et le diagnostic de la tuberculose chez les enfants malnutris a progressé (+84 % par rapport à 2022) grâce à l'implémentation du nouvel algorithme OMS. Le dépistage du VIH au CRENI n'a pas été réalisé, le circuit étant en cours de définition avec les autorités.

L'approche centrée patient a été renforcée avec une responsable dédiée et des avancées dans l'organisation des visites, la diffusion d'information, les groupes de parole et les entretiens individuels. Les conditions d'hospitalisation ont été améliorées par la construction de 215 lits en dur et l'inclusion de moustiquaires dans les kits d'admission depuis août.

La collaboration avec le Ministère de la Santé s'est intensifiée avec l'intégration de personnel pendant le pic palu, et la réalisation de formations dédiées.

L'approche communautaire a été renforcée avec l'identification de 11 relais supplémentaires (passage à 65) et l'activité WASH communautaire, incluant les transhumants, a été réalisée dans les zones à risque de choléra (N'Yelwa, Safo).

	2021	2022	2023	2024
Nb consultations relais communautaires	40 418	40 541	33 985	33 325
Nb d'admissions en CRENAM	-	17 411	36 667	30 270
Nb d'admissions en CRENAS	27 167	18 542	24 901	29 162
Nb d'hospitalisations en CRENI	9 601	5 305	5 165	9 858
Nb de consultations pédiatriques	92 359	120 731	125 254	120 051
Nb d'hospitalisations pédiatriques	9 229	7 744	10 736	14 323
Nb de présentations aux urgences	16 806	14 999	18 104	26 002
Nb d'admissions aux Soins intensifs	5 288	4 462	5 468	7 238
File active drépanocytose		307	723	953

NIGERIA	
Type d'intervention : Populations déplacées, accès aux soins, catastrophes naturelles Nombre de projets : 3 Dépenses 2024 : 16 387 k€ Financements institutionnels : aucun	Personnels : Local : 932 International : 46 Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB, OCBA, OCG, WaCA

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Depuis 2009, le Nigeria est confronté à une insécurité croissante, notamment avec l'insurrection de Boko Haram dans le Nord-Est. La stratégie de l'État islamique en Afrique de l'Ouest, fondée sur la taxation des civils, combinée aux retours forcés imposés par l'État de Borno, a poussé les populations vers des zones contrôlées par des groupes armés, restreignant l'accès humanitaire. En avril 2024, Maiduguri a été déclarée zone interdite aux humanitaires, entraînant l'arrêt des financements du Bureau de l'Assistance Humanitaire (BHA).

Depuis 2011, les conflits entre éleveurs peuls et agriculteurs haoussa dans le Nord-Ouest et le Centre-Nord ont dégénéré en banditisme, avec des enlèvements contre rançon visant les civils. En juillet 2024, cette région représentait 42 % des incidents sécuritaires et 75 % des enlèvements. En 2023, on a compté 10 039 décès liés à la violence (+75 %) et 6 269 victimes d'enlèvements (+28 %).

Les violences quotidiennes incluent attaques armées, enlèvements, explosifs, barrages routiers, tensions ethno-religieuses et agitation séparatiste dans le Sud-Est. L'indice de pauvreté multidimensionnelle (IPM) est de 0,257, révélant une forte précarité. L'inflation a atteint 34,19 % en juin 2024, un record en 28 ans, due à la suppression des subventions sur l'essence et à la dévaluation du naira. En juin 2024, l'inflation des prix de l'alimentation a culminé à +40,87 %. Ces hausses ont déclenché des manifestations nationales en juillet 2024, causant une vingtaine de morts et des dizaines d'arrestations.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

Les Nigériens font face à une dégradation continue de la situation sanitaire et nutritionnelle. Les soins de santé primaires rencontrent de graves difficultés, notamment dans le nord-est et le nord-ouest, en raison du sous-financement et de l'insécurité. Le système de santé souffre d'une fuite massive des professionnels vers le Royaume-Uni et les États-Unis.

Selon la Banque mondiale (2020), les dépenses de santé du Nigeria représentent 3,38 % du PIB, contre une moyenne mondiale de 6,5 %, plaçant le pays parmi les quinze plus faibles au monde. Les principaux défis sanitaires concernent la malnutrition croissante, la rougeole et le paludisme dans le nord, avec des risques épidémiques persistants.

PRÉSENCE MSF

MSF OCP est présente au Nigeria depuis 1996. En 2024, il gère trois projets : santé maternelle et néonatale à Jahun (Jigawa), soins pédiatriques à Maiduguri (Borno), et nutrition à Katsina, transféré à

la mission régulière en décembre 2023. Depuis juillet 2023, OCP collabore avec la Fondation Kalthum pour la Paix (KFP) pour des interventions médicales rurales à Borno.

En 2024, les six sections de MSF sont actives dans 11 États : Borno, Cross River, Jigawa, Zamfara, Kano, Katsina, Kebbi, Sokoto, Benue, Bauchi et Ebonyi. OCA intervient à Zamfara (nutrition et pédiatrie) et à Sokoto (noma). OCB est présent à Borno (nutrition, santé reproductive), Kebbi (nutrition), et Ebonyi (fièvre de Lassa). OCBA opère à Zamfara (pédiatrie, santé maternelle, nutrition). OCG est actif à Bauchi (nutrition, déplacés internes). WACA intervient à Kano (nutrition, soins obstétricaux de base) et à Cross River (soutien aux soins primaires).

PROJET : JAHUN

■ Historique du projet

Le projet de Jahun est un projet à long terme lancé en 2008, avec pour objectif initial de soutenir le Ministère de la Santé de l'État de Jigawa dans la prise en charge des fistules à l'hôpital général de Jahun. Dès 2010, le projet s'est élargi aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence, en intégrant la prise en charge des fistules dans un centre obstétrical, afin de réduire la mortalité maternelle, les mortinaissances et les séquelles liées aux fistules dans la zone de Jahun et ses environs.

En 2015, MSF a mis en place une stratégie de décongestion en partenariat avec des centres de santé primaires pour soutenir les accouchements sans complications. En 2023, le projet a commencé à appuyer les services de prise en charge des violences sexuelles à l'hôpital et une feuille de route commune, impliquant autorités sanitaires de l'État et du niveau fédéral et partenaires, a été définie pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles dans l'État de Jigawa.

■ Configuration du projet

Le projet de Jahun fournit des soins de santé primaires et secondaires gratuits aux femmes enceintes et aux patientes atteintes de fistules vésico-vaginales. Il soutient également les services de planification familiale, la prise en charge des violences sexuelles et les soins d'avortement sécurisé. Les activités, centrées sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence sont menées à l'hôpital général de Jahun, en collaboration avec le Ministère de la Santé de l'État de Jigawa. En sus des salles d'accouchements, l'hôpital dispose de 56 lits d'hospitalisation et de 15 lits de soins intensifs, ainsi que d'une unité néonatalogie de 25 lits. Le service dédié à la prise en charge des fistules vésico-vaginales est doté de 55 lits.

Le projet dispose de quatre centres de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (BEmONC) dans la zone de couverture : Jahun, Aujara, Miga et Taura. Il est également lié à deux centres de référence tertiaires pour les cas compliqués : l'hôpital universitaire Aminu Kano à Kano et l'hôpital spécialisé Rasheed Shekoni à Dutse. Des activités communautaires de promotion de la santé sont menées avec l'implication des leaders locaux.

■ Bilan 2024

En 2024, MSF a poursuivi ses efforts pour améliorer la qualité des soins obstétricaux et néonataux à Jahun. Plusieurs formations ont été organisées : soins aux nouveau-nés, soins d'avortement sécurisé, prise en charge des violences sexuelles, physiothérapie, santé mentale, échographie, et pédiatrie. Les services de violences sexuelles et d'avortement sécurisé ont été renforcés, en lien avec le Ministère de la Santé, qui en assure désormais le leadership. MSF a également collaboré avec les

autorités pour la mise en place d'un foyer d'attente pour les femmes enceintes et d'un service de physiothérapie.

	2021	2022	2023	2024
Hospitalisation gynéco-obstétrique	12 219	12 621	13 919	14 360
Admissions néonatalogie	2 197	1 912	1 868	1 968
Accouchements hors césariennes	5 356	5 985	6 448	5 864
Premières consultations prénatales (BEmONCs)	17 691	19 344	18 940	22 968
Total accouchements (BEmONCs)	8 757	9 557	9 308	11 931
Nb actes chirurgicaux	2 976	2 545	2 531	2 661
Admissions fistules	335	330	328	341
Nb chirurgies fistules	263	250	276	307
Nb de victimes de violences sexuelles		1	10	36
Nb d'avortements sécurisés	12	17	18	76
% Motalité maternité	2.1	1.1	1.1	1.5

PROJET : BORNO / MAIDUGURI

■ Historique du projet

Les projets de MSF OCP à Maiduguri ont débuté en juillet 2014, en réponse à l'intensification des violences des extrémistes jihadistes dans l'État de Borno et à l'arrivée massive de personnes déplacées internes dans la ville. Entre 2014 et 2016, les interventions d'urgence se sont rapidement diversifiées, donnant lieu à trois projets distincts dans les zones de Maiduguri, Dikwa, Bama et Monguno. Ces projets comprenaient des activités telles que le dépistage nutritionnel, des programmes ambulatoires de nutrition thérapeutique, la distribution de vivres et d'eau, des activités médicales mobiles, des campagnes de chimioprévention du paludisme saisonnier, de vaccination contre la rougeole et de vaccination préventive, ainsi que des services de soins secondaires et un système de surveillance sanitaire actif. Les interventions d'urgence ont été arrêtées en 2017.

En parallèle, MSF OCP a commencé à soutenir les services d'hospitalisation pour enfants à Gwange III PHCC dès 2016, en réponse à la crise nutritionnelle. Ce volet a ensuite été confié à MSF OCB, tandis que MSF OCP recentrait ses activités sur les soins de santé secondaires pour les enfants de 1 mois à 15 ans. Entre octobre 2022 et août 2023, le projet s'est enrichi d'un service de Mini-Lab à l'hôpital de Gwange et d'un programme médical rural dans trois zones difficiles d'accès de la collectivité locale voisine de Jere, en partenariat avec la Kalthum Foundation for Peace (KFP).

Ce projet vise à présent à réduire la morbidité et la mortalité excessives chez les enfants de 1 mois à 15 ans affectés par le conflit, en leur fournissant des soins essentiels et secondaires gratuits.

Les choix opérationnels ont été guidés par la persistance des déplacements, les crises nutritionnelles, les épidémies, les dysfonctionnements du système de santé et les besoins non couverts en soins pédiatriques secondaires pour les déplacés et les communautés hôtes vulnérables. Huit ans après la réorientation du projet pédiatrique de Gwange, une nouvelle phase du projet est envisagée avec des objectifs clairs et une stratégie de sortie définie.

▪ Configuration du projet

Il est implanté dans l'enceinte du centre de soins de santé primaires Gwange III, où MSF gère exclusivement les services pédiatriques hospitaliers, tandis que les consultations externes pour tous les âges sont assurées par l'Agence étatique de développement des soins de santé primaires.

Il comprend le triage, les urgences, les soins intensifs, deux services d'hospitalisation, et des unités d'isolement pour les maladies à potentiel épidémique (rougeole, coqueluche, diphtérie) ainsi que pour les patients porteurs d'organismes multirésistants. L'hôpital est doté d'une capacité d'hospitalisation variant entre 88 et 218 lits en fonction de la saison paludéenne.

MSF gère également un laboratoire, un service de transfusion sanguine, et un mini-laboratoire pour les hémocultures. La logistique hospitalière, l'approvisionnement médical et les références vers les hôpitaux tertiaires sont assurés par MSF. Des activités de promotion de la santé sont menées dans les zones de desserte de l'hôpital. Pendant la saison des pluies, MSF soutient la gestion décentralisée des cas de paludisme dans huit sites de dépistage et de traitement, en partenariat avec les centres de santé primaires du Ministère de la Santé.

Depuis août 2023, un projet d'intervention médicale rurale est mis en œuvre dans trois zones difficiles d'accès de la zone administrative de Jere, en partenariat avec la Kalthum Foundation for Peace, avec un accès sécurisé validé par les autorités.

▪ Bilan 2024

En 2024, MSF a poursuivi ses efforts pour améliorer l'accès aux soins de santé secondaires et étendre ses activités vers les zones rurales difficiles d'accès. Plusieurs actions concrètes ont été mises en œuvre pour atteindre cet objectif.

Des formations en simulation et en échographie portable (POCUS) ont été organisées pour renforcer les compétences cliniques du personnel. Les normes de prévention et de contrôle des infections ont été consolidées, notamment par la création d'un service d'isolement dédié aux patients porteurs d'organismes multirésistants. Un protocole d'accord a également été signé avec le Ministère de la Santé pour intégrer son personnel dans la gestion du pic de paludisme et cinq sites de dépistage et traitement ont été intégrés aux centres de santé primaires.

Les activités de promotion de la santé ont été étendues de trois à cinq sites avec des organisations communautaires sur les zones de desserte de l'hôpital de Gwange.

Le partenariat avec la Kalthum Foundation for Peace a permis le lancement d'un projet d'intervention médicale dans trois localités reculées du LGA de Jere, avec un élargissement prévu à cinq sites début 2025.

Malgré ces avancées, des défis persistent : la présentation tardive des patients et les retards internes à l'hôpital ont contribué à une mortalité élevée aux urgences. Le contexte humanitaire reste marqué par une insécurité alimentaire chronique, des épidémies récurrentes et des ruptures d'approvisionnement, notamment en vaccins et kits de traitement du choléra. La réduction des financements a également contraint plusieurs partenaires à diminuer leur soutien aux centres de santé primaires.

	2021	2022	2023	2024
Projet de Maiduguri				
Consultations aux urgences	26 634	26 803	39 223	41 529
Consultations générales	18 509	34 663	41 492	42 286
Paludisme : Test et traitement (activité de proximité)	7 581	46 553	80 240	72 437
Admissions	15 556	16 553	17 025	19 263
Taux d'occupation des lits	108	98	90	93
% Taux de mortalité	4.6	3.9	4.3	5.7
Projet RUMEDI - Fondation Kalthum pour la Paix				
Consultations générales			14 840	32 644
Nb de cas de malaria			5 060	14 329
Nb infections respiratoires aiguës			3 702	6 140
Nb patients traités – diarrhées			1 349	3 222

Par ailleurs, l'intervention d'urgence menée en réponse à une épidémie de diphtérie et initiée en août 2023 s'est achevée en mai de cette année. Elle a permis de prendre en charge 1 447 patients.

PROJET : KATSINA

■ Historique du projet

MSF OCP a initié ses activités dans l'État de Katsina en 2005 avec la prise en charge de 12 700 enfants souffrant de malnutrition aiguë en l'espace de six mois. L'intervention a toutefois été interrompue à la suite du refus des autorités locales de renouveler le protocole d'accord, en raison notamment de la visibilité donnée à la problématique nutritionnelle et du nombre important de patients, excédant les capacités d'accueil des structures de santé.

En 2021, l'afflux massif de patients nigériens dans le projet nutritionnel de Madarounfa, au Niger, combiné à une intensification du conflit dans l'ouest de Katsina, a conduit MSF à relancer ses activités dans la région. Quatre centres de santé ont été réactivés dans la zone de Jibia, suivis de l'ouverture d'un centre de traitement de la malnutrition aiguë sévère (ITFC) à Kofar Sauri et d'un centre ambulatoire (ATFC) à Kofar Marusa.

L'année 2022 a vu un renforcement des capacités avec l'ouverture d'un nouvel ATFC à Mashi, ainsi qu'un second ITFC à l'hôpital Turai Yar'Adua, en réponse à une hausse des admissions. En 2023, deux ATFC supplémentaires ont été déployés à Majigiri et Sonkaya pour améliorer l'accès aux soins pendant le pic saisonnier, avant d'être transférés au Ministère de la Santé. La même année, l'ITFC de Kofar Sauri a été renforcé par l'intégration d'une clinique pluridisciplinaire offrant des services médicaux, un soutien psychosocial, des soins aux victimes de violences et un accès à la planification familiale. L'ATFC de Mashi, quant à lui, a été transféré à Première Urgence Internationale.

Ce projet vise aujourd'hui à réduire la morbidité et la mortalité liées à la malnutrition aiguë sévère chez les enfants, tout en intégrant des soins de santé pour les femmes.

■ Configuration du projet

Le projet nutritionnel de MSF à Katsina repose sur une approche intégrée combinant traitement hospitalier de la malnutrition aiguë sévère, prise en charge ambulatoire et services médicaux complémentaires à destination des femmes et des enfants. Deux ITFC restent opérationnels, dont celui

de Kofar Sauri qui héberge la clinique Salama. Cette dernière assure une offre complète de soins médicaux généraux, de santé reproductive, de soutien en santé mentale et de prise en charge des violences. La capacité du centre de Kofar Sauri varie entre 70 et 250 lits en fonction des périodes de pics, auxquels s'ajoute désormais une capacité additionnelle d'urgence de 150 lits à l'hôpital Turai Yar'Adua.

Le réseau ambulatoire est structuré autour de centres situés dans les zones de Jibia (Riko, Daddara, Magama, Gurbin Magaria/Jibia) et de Katsina (Kofar Marusa), avec un suivi continu des sites de Majigiri et Sonkaya, transférés au Ministère de la Santé fin 2023. À Mashi, l'accompagnement à Première Urgence Internationale se poursuit sous forme d'appui technique, de renforcement des capacités et de fourniture de produits nutritionnels.

Cette configuration s'appuie sur une coordination étroite avec les autorités sanitaires locales, tout en tenant compte des contraintes sécuritaires et logistiques de la région.

■ Bilan 2024

L'année 2024 a été marquée par une intensification significative des activités nutritionnelles et médicales dans l'État de Katsina. Les centres de traitement ambulatoires (ATFC) ont connu une fréquentation exceptionnelle, avec jusqu'à 1 200 enfants accueillis certains jours. Pour faire face à cette situation, MSF a mobilisé des moyens humains et logistiques importants, recrutant et formant plusieurs centaines de personnes, et déployant jusqu'à 400 lits supplémentaires.

L'ensemble du dispositif a permis d'absorber la hausse des admissions : 95 149 enfants ont été pris en charge dans les ATFC, tandis que 23 198 admissions ont été enregistrées dans les centres de traitement hospitaliers (ITFC).

Dans une optique de prévention, MSF a mis en œuvre, entre mars et mai, le programme « mère MUAC », qui a permis de former 2 843 mères à la détection précoce de la malnutrition par la mesure du périmètre brachial. Ce dispositif a facilité l'orientation vers les structures de soins de 1 879 enfants malnutris. Parallèlement, les activités de promotion de la santé ont été renforcées, afin d'améliorer l'adhésion aux traitements et de limiter les abandons.

La clinique Salama, intégrée à l'ITFC de Kofar Sauri, a poursuivi son offre pluridisciplinaire. Entre janvier et juin, 1 457 consultations médicales ont été assurées, 241 femmes ont eu accès à une méthode de planification familiale, 41 survivantes de violences sexuelles ont été prises en charge, et 28 soins post-violence ont été prodigués.

L'approvisionnement en aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (RUTF) a été soutenu par l'UNICEF avec 20 000 boîtes utilisées en 2024.

L'ATFC de Mashi, transféré à Première Urgence Internationale en 2023, a continué de bénéficier d'un appui technique et logistique de MSF tout au long de l'année 2024. Cet accompagnement a inclus des formations, la fourniture de matériel médical, ainsi que la dotation de 5 000 boîtes de RUTF.

La montée en charge des activités, dans un environnement toujours complexe sur le plan sécuritaire et politique, a nécessité une adaptation constante des équipes. Des efforts importants ont été déployés pour limiter les déplacements du personnel, préserver les conditions de sécurité, et maintenir des canaux de communication stables avec les autorités locales. Une attention particulière a été portée à la sensibilisation des nouveaux agents du Ministère de la Santé aux principes et politiques de MSF, ainsi qu'au renforcement de l'éthique et des procédures internes.

		2022	2023	2024
Centres nutritionnels ambulatoires	Nb d'admissions	97 594	78 204	95 149
Centre nutritionnel intensif	Nb d'admissions	13 511	15 225	23 198
	Durée Moyenne de séjour	5	4	4
	Mortalité	8%	4%	4,6%
Consultations paludisme	Nb de diagnostics		46 922	15 201
	Nb d'enfants pris en charge		38 438	10 332
Autres activités	Nb de transfusions	2 060	1 956	1 956
	Nb de violences sexuelles		72	79
	Nb d'avortements sécurisés		31	27

OUGANDA	
Type d'intervention : accès aux soins	Personnels :
Nombre de projets : 1	Local : 90
Dépenses 2024 : 2 703 k€	International : 11
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCG

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

L'Ouganda, depuis son indépendance, a connu des périodes de troubles marquées par des dictatures militaires brutales et des guerres civiles jusqu'à l'arrivée au pouvoir de Yoweri Museveni en 1986 après une guerre de guérilla. Sous sa présidence, le pays a retrouvé une stabilité politique et une croissance économique, malgré les critiques concernant les interventions de l'Ouganda dans les conflits régionaux et sa politique répressive en matière de droits humains, notamment envers la communauté LGBTQI+. L'insurrection menée par l'Armée de Résistance du Seigneur (LRA) et les Forces Démocratiques Alliées (ADF), toutes deux considérées comme terroristes, a pris fin vers 2007, bien que l'ADF ait repris des activités violentes récemment.

Au niveau régional, l'Ouganda joue un rôle majeur, notamment dans la Mission de l'Union africaine en Somalie contre Al-Shabaab. La stabilité du pays est menacée par des conflits dans les pays voisins, notamment le Sud-Soudan et la RD Congo, où l'Ouganda a des interventions militaires actives.

Politiquement, le parti de Museveni, le Mouvement de résistance nationale (NRM), domine depuis 1986. Les élections de 2021 ont vu une forte opposition de la part de Bobi Wine et son parti, la Plateforme d'unité nationale (NUP), avec des violences électorales marquées. Des lois sévères contre les homosexuels ont été introduites en 2023, entraînant des critiques internationales et des sanctions économiques, bien que la Cour constitutionnelle ait annulé en 2024 certaines parties de cette législation relatives au droit à la santé, à la vie privée et à la liberté de culte.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

L'Ouganda accueille 1,8 million de réfugiés, principalement originaires de la République démocratique du Congo et du Soudan du Sud. Le taux de mortalité brut parmi cette population est de 0,06 décès pour 1 000 personnes, tandis que la mortalité maternelle est de 29 décès pour 100 000 naissances vivantes. Le sous-financement des services humanitaires a sérieusement affecté les soins de santé disponibles pour les réfugiés, avec un budget de 5 dollars américains par réfugié par an, bien en deçà des 85 dollars recommandés par l'Organisation mondiale de la santé. L'arrivée constante de nouveaux réfugiés entraîne une surpopulation et surcharge les infrastructures de santé.

L'Ouganda présente l'une des incidences de drépanocytose les plus élevées au monde, avec environ 20 000 à 25 000 naissances touchées par an et une mortalité infantile très élevée (70–80 % des enfants atteints décèdent avant 5 ans).

En ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive des adolescents, environ 45 % des filles âgées de 15 à 19 ans ont déjà eu des relations sexuelles, mais la législation ougandaise n'autorise pas la promotion des contraceptifs pour les adolescentes, sauf en cas de grossesse antérieure. Le taux de natalité chez les adolescentes est de 128 pour 1 000. Chaque année, environ 6 000 femmes et

adolescentes meurent de causes évitables liées à la grossesse. Bien que l'avortement soit légal dans des circonstances limitées, environ 54 avortements non sécurisés pour 1 000 femmes se produisent chaque année.

En matière de violence sexuelle et de grossesse chez les adolescentes, environ 16 % des femmes âgées de 15 à 49 ans ont subi des violences sexuelles. Le taux élevé de grossesses adolescentes est attribué à des facteurs tels que la ruralité et le faible niveau d'éducation. À Kasese, le mariage des enfants est courant et les violences sexuelles représentent 70 % des crimes signalés.

Pour ce qui est du VIH/SIDA, en 2021, 89 % des personnes vivant avec le VIH en Ouganda connaissaient leur statut et 95 % de celles sous traitement avaient une charge virale indétectable.

Concernant la drépanocytose, la prévalence du trait drépanocytaire est de 13,3 % et dépasse 20 % dans certains districts. Chaque année, environ 20 000 enfants naissent avec cette maladie, dont beaucoup ne survivent pas jusqu'à l'âge adulte.

L'Ouganda a connu plusieurs épidémies d'Ebola, et en 2024 une épidémie de variole simienne (Mpox). Le paludisme reste endémique avec des poussées épidémiques, représentant une part importante des consultations et des hospitalisations.

En ce qui concerne le changement climatique, l'Ouganda est particulièrement vulnérable du fait de sa dépendance à l'agriculture et fait face à un risque accru d'inondations. L'impact sur la sécurité alimentaire est préoccupant, plaçant certaines zones du pays à un niveau de faim "sérieux".

PRÉSENCE MSF

MSF est présente en Ouganda depuis 1980, avec une première réponse à une crise nutritionnelle dans le Karamoja. Au fil des décennies, l'organisation est intervenue dans de nombreuses régions pour répondre à des urgences médicales, humanitaires et épidémiques, notamment auprès des réfugiés rwandais, congolais et sud-soudanais, mais aussi lors d'épidémies majeures telles que l'Ebola, le choléra, la rougeole, ou encore la CoViD-19. MSF a également mené des projets structurants dans la prise en charge du VIH/TB, de la malnutrition, de la santé mentale, des violences sexuelles, et dans l'accompagnement des adolescents ou des communautés de pêcheurs. Les dernières années ont été marquées par des interventions en contexte de grands déplacements de population, avec des activités mobiles, hospitalières et communautaires dans les zones frontalières, les centres de transit et les camps de réfugiés.

Trois entités de MSF sont présentes en Ouganda, centrées sur les opérations (MSF OCP), l'approvisionnement régional (MSF OCG), et la recherche (Epicentre en collaboration avec l'Université de Mbarara).

PROJET : KASESE – CLINIQUE POUR ADOLESCENTS

■ Historique du projet

MSF a initié ses activités dans l'ouest de l'Ouganda en 2016, à la suite d'une évaluation menée entre août 2014 et janvier 2015 dans les districts de Kasese, Rubirizi et Kamwenge. Cette étude a révélé qu'à Kasese, les adolescents âgés de 10 à 19 ans étaient confrontés à des problèmes de santé reproductive tels que des abus, des grossesses précoces, des violences sexuelles et des avortements non sécurisés, exacerbés par la pauvreté et la stigmatisation.

En réponse, MSF a mis en place plusieurs initiatives : en 2015, une clinique pour adolescents avec des heures d'ouverture étendues et divers services incluant la santé reproductive et la prise en charge du

VIH. En 2016, la clinique a réduit ses heures et a commencé à collaborer avec Marie Stops International pour certaines prestations. De 2017 à 2019, MSF a étendu ses activités aux soins prénataux et à la contraception, et a réagi à des urgences comme les inondations à Kilembe. En 2020, la clinique a été intégrée dans un centre de santé municipal pour une meilleure inclusion dans les soins généraux. Des évaluations ont souligné la nécessité d'impliquer davantage la population cible et d'améliorer les soins centrés sur la personne, avec des projets spécifiques pour la drépanocytose et la santé mentale lancés en 2022. En 2023, MSF a consolidé ses activités et finalisé le rapport de capitalisation des sites de débarquement. La stratégie de sensibilisation est en cours de réévaluation pour mieux intégrer la prévention des abus et améliorer l'engagement des adolescents dans leurs soins.

■ Configuration du projet

Le projet, basé sur la stratégie "One-Stop", vise à offrir des soins complets en un seul lieu aux adolescents âgés de 10 à 19 ans à la Kasese Adolescent Clinic (KAC). Cette stratégie permet de fournir une gamme complète de services médicaux et de soutien, incluant l'éducation à la sexualité, l'implication des adolescents dans les activités communautaires et cliniques, ainsi que le développement d'un modèle de soins conforme aux directives de l'OMS et du Ministère de la Santé.

Les consultations médicales à la KAC couvrent le traitement des infections respiratoires supérieures, du paludisme et des infections cutanées. La clinique intègre également le diagnostic, la prévention et le traitement de la drépanocytose, avec des consultations spécifiques pour différentes tranches d'âge. Les services prénatals et postnatals sont fournis aux adolescentes enceintes et aux jeunes mères, MSF prenant en charge les frais des césariennes.

Les grossesses précoces sont souvent dues à une faible utilisation de la planification familiale, aux mariages d'enfants, aux violences sexuelles et à des facteurs socioéconomiques. La KAC offre des services de santé sexuelle et reproductive, incluant le traitement des infections sexuellement transmissibles, la contraception, la vaccination contre le virus du papillome humain (HPV), et des soins pour les survivants de violences sexuelles. MSF fournit des soins post-avortement et des services d'avortement sécurisé conformément aux lois ougandaises. La KAC dispose également d'un laboratoire pour les tests de diagnostic rapide et d'un centre de loisirs pour améliorer l'accès aux soins et promouvoir la santé.

■ Bilan 2024

Au cours de la période, les activités de promotion de la santé ont été déployées au sein du Kasese Adolescent Centre (KAC), dans six écoles et au niveau communautaire. Grâce à l'appui d'un anthropologue MSF, des groupes de discussion ont été organisés avec des adolescents, afin d'adapter les approches du projet à leurs besoins spécifiques.

En lien avec les autorités sanitaires locales, des formations sur la variole simienne (Mpox) ont été dispensées, portant sur la définition de cas, le triage, l'alerte et la coordination avec l'équipe de surveillance du district.

Dans le cadre de la prise en charge de la drépanocytose, des formations ont été organisées sur la gestion de la douleur et le partenariat avec l'hôpital de Fort Portal se poursuit, avec la participation hebdomadaire d'un pédiatre spécialiste du sujet au sein de la clinique du KAC. La réorganisation des plannings de consultation a permis d'améliorer la qualité des échanges entre soignants et patients. Tous les patients suivis pour drépanocytose font l'objet d'une évaluation systématique de leurs besoins en santé mentale et en accompagnement social, avec suivi si nécessaire.

Dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, des formations ont été dispensées sur l'utilisation des contraceptifs et la prise en charge des complications post-avortement sécurisé.

En santé mentale, une cartographie des parties prenantes au niveau local et national a été réalisée afin d'établir des canaux de référencement clairs pour les patients. Enfin, des sessions de sensibilisation ont été animées auprès des adolescentes en consultation prénatale, en particulier sur la dépression post-partum.

	2021	2022	2023	2024
Nb de consultations générales et de santé sexuelle et reproductive	14 618	21 972	22 063	20 733
Nb de victimes de violences sexuelles	82	131	89	59
Nb d'avortements sécurisés	667	747	878	1 409
Nb de consultations anténatales	6 026	6 278	6 576	7 764
Nb de consultations au planning familial	598	613	1 448	1 379
Nb de consultations en santé mentale (nouveaux patients)		153	138	118
Nb de consultations drépanocytose		880	1 547	1 154
Nb de références	819	1 322	1 631	

PAKISTAN	
Type d'intervention : Accès aux soins, Epidémie/Endémie Nombre de projets : Dépenses 2024 : 3 086 k€ Financements institutionnels : aucun	Personnels : Local : 163 International : 11 Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Le Pakistan, cinquième pays le plus peuplé au monde, fait face à des défis persistants : pauvreté, violence, déplacements, instabilité politique et économique, catastrophes naturelles, et afflux de réfugiés afghans. Environ un tiers de la population vit sous le seuil de pauvreté, affectée par l'inflation et le manque d'opportunités. Les inondations de 2022 ont causé d'importants dégâts, et les crues récurrentes continuent de fragiliser les infrastructures. En 2024, un gouvernement de coalition dirigé par la Ligue Musulmane du Pakistan (PML-N) a été formé, avec Shehbaz Sharif comme Premier ministre. Malgré l'emprisonnement d'Imran Khan, le Mouvement du Pakistan pour la Justice (PTI) reste influent, notamment au Khyber Pakhtunkhwa, où les tensions avec le pouvoir central persistent. L'insécurité s'est aggravée, avec une hausse de 57 % des actes de militantisme, notamment au Khyber Pakhtunkhwa et au Baloutchistan. Les attaques contre les campagnes de vaccination, les tensions communautaires et les menaces contre les projets liés au Corridor économique Chine-Pakistan ont entraîné un durcissement sécuritaire s'appliquant également aux humanitaires.

En réponse à la montée de l'insurrection, le gouvernement a lancé une nouvelle opération militaire, intitulée « Azm-e-Istehkam ». Toutefois, le gouvernement de la province de Khyber Pakhtunkhwa (KP) ainsi que la population locale l'ont rejetée, refusant tout nouvel épisode de déplacement forcé. Le Pakistan accuse l'Afghanistan d'héberger les membres du TTP (Tehrik-e-Taliban Pakistan), ce qui a entraîné un renforcement des contrôles aux frontières et le rapatriement des ressortissants afghans non enregistrés. Le Pakistan a renforcé ses contrôles frontaliers et expulsé plus de 600 000 Afghans sans papiers, tandis que 1,45 million de réfugiés enregistrés ont vu leur séjour prolongé jusqu'en juin 2025.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

Le Pakistan dispose d'un système de santé fragile, marqué par un sous-investissement chronique, une gouvernance faible et des inégalités sociales. L'accès aux soins reste limité, en particulier pour les femmes, les enfants et les populations déplacées. Le pays affiche des indicateurs préoccupants, notamment parmi les femmes et les enfants : 140 décès maternels pour 100 000 naissances, 40 décès néonataux et 54 décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances. La malnutrition, la faible couverture vaccinale et les épidémies récurrentes (polio, dengue, VIH, typhoïde, hépatite C, choléra) aggravent la situation. En 2024, 32 cas de polio ont été signalés, principalement au Baloutchistan et au Sindh. Le Pakistan est aussi l'un des pays les plus touchés par la tuberculose, avec plus de 637 000 cas en 2023. La leishmaniose cutanée reste endémique, avec jusqu'à 100 000 cas par an. Les catastrophes naturelles récurrentes soulignent l'insuffisance de la préparation aux urgences.

PRÉSENCE MSF

MSF est présent au Pakistan depuis les années 1980, initialement pour soutenir les réfugiés afghans. Malgré son statut de pays à revenu intermédiaire, le Pakistan connaît de fortes inégalités d'accès aux soins, aggravées par les catastrophes climatiques. MSF cible les groupes vulnérables : femmes, nouveau-nés, déplacés, réfugiés afghans, et patients atteints de maladies négligées ou de maladies à fort impact sanitaire.

MSF OCP intervient dans la vallée de Tirah depuis 2022 pour fournir des soins primaires à 25 000–35 000 personnes, et gère des projets contre la leishmaniose cutanée à Peshawar et Bannu. Un programme de tuberculose multirésistante a été lancé à Gujranwala en 2021.

MSF OCA est active au Baloutchistan (nutrition, urgences, santé maternelle et infantile), et MSF OCB au Sindh avec un nouveau projet de tuberculose pédiatrique à Karachi.

PROJET : KHYBER PAKHTUNKHWA

■ Historique du projet

Leishmaniose Cutanée : Face à la forte prévalence de la maladie et à la réponse limitée du Ministère de la Santé, MSF a lancé un programme de lutte contre la leishmaniose cutanée au Khyber Pakhtunkhwa. En 2018, les activités ont débuté au Government Naseerullah Khan Babar memorial Hospital (GNKBMH) de Peshawar, puis à Bannu en 2019. Deux sites ont été ouverts en 2021 à Badabher et Telaband ; ce dernier a fermé en avril 2023, et Badabher fermera en octobre 2024. MSF prévoit de soutenir la clinique de Dogra en 2024/2025 et discute avec le MoH d'un essai clinique sur de nouveaux traitements.

Soins de Santé Primaires à Tirah : En mai 2022, MSF a ouvert des services de soins primaires dans la vallée de Tirah pour les populations récemment retournées après plus de huit ans de déplacement autour de Peshawar. En 2024, une clinique mobile a été lancée à Surkhas pour répondre aux besoins d'une population voisine.

Soins Maternels et Néonataux à Dogra : Après la fermeture de l'hôpital de Peshawar, MSF a proposé une nouvelle activité à l'hôpital de Dogra (district de Khyber), en raison de l'absence de soins néonataux et de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (CEmONC) pour 800 000 personnes.

■ Configuration du projet

Le projet de MSF au Khyber Pakhtunkhwa comprend trois volets : la prise en charge de la leishmaniose cutanée, les soins de santé primaires à Tirah, et un futur appui aux soins maternels et néonataux à Dogra.

MSF gère actuellement trois sites de leishmaniose cutanée (GNKBMH et Badabher à Peshawar, Khaleefa Gul Nawaz Memorial Hospital à Bannu), tous intégrés aux infrastructures du Ministère de la Santé. Les services incluent diagnostic, traitement, soutien à l'adhérence, et éducation thérapeutique. À Tirah, la clinique de Mehrban Killay propose consultations générales et d'urgences, consultations anténatales et postnatales, dépistage nutritionnel, éducation sanitaire, pharmacie, tests de laboratoire, accouchements d'urgence et stabilisation avant transfert sur des établissements de Peshawar. Une clinique mobile dessert Surkhas.

■ Bilan 2024

En 2024, MSF a poursuivi l'ajustement de sa stratégie en leishmaniose cutanée avec la fermeture de Badabher, un renforcement du plaidoyer pour l'approvisionnement en méglumine, et la préparation d'un essai clinique de non-infériorité sur de nouvelles modalités de traitement.

À Tirah, les activités ont été consolidées avec de nouveaux recrutements et une décentralisation des tâches. La clinique mobile de Surkhas a fonctionné de manière intermittente compte en raison des contraintes sécuritaires.

À Dogra, le protocole d'accord a été soumis en mars, et les négociations se poursuivent. Néanmoins, le soutien prévu à l'hôpital a été réajusté au regard des enjeux de sécurité, avec une première phase centrée sur les soins néonataux et la leishmaniose cutanée, avant d'étendre aux soins obstétricaux hospitaliers et à la chirurgie.

Activité	Indicateurs	2022*	2023	2024
Leishmaniose cutanée	Nb d'admissions	2 010	3 709	5 081
Services de santé primaires (Tirah)	Consultations générales	14 085	26 265	41 519

* De mai à décembre pour Tira

PROJET : PUNJAB TUBERCULOSE

■ Historique du projet

Dans un pays où l'incidence annuelle de la tuberculose atteint 611 000 cas, dont 16 000 cas de tuberculose multirésistante (MDR-TB) ou résistante à la rifampicine (RR-TB), MSF a ouvert en décembre 2021 un site de « Gestion Programmatique de la Tuberculose Résistante » (PMDT) à Gujranwala (Punjab), ville de 5,96 millions d'habitants sans structure dédiée. En partenariat avec le Ministère de la Santé, les programmes nationaux et provinciaux de lutte contre la tuberculose, l'Hôpital d'Enseignement de Gujranwala et les autorités locales, le projet vise à améliorer la détection et la prise en charge des cas, à mener des recherches opérationnelles et à renforcer le plaidoyer. En 2022, une équipe mobile a été déployée pour le dépistage, le suivi des patients perdus de vue, l'éducation sanitaire et la prévention à domicile. En 2023, les efforts se sont concentrés sur l'amélioration des soins centrés sur le patient, l'élargissement des partenariats et le lancement d'un concept de recherche opérationnelle sur trois ans.

■ Configuration du projet

Le site PMDT de Gujranwala est basé à l'Hôpital d'Enseignement de Gujranwala, avec des fournitures médicales et une infrastructure assurées par le Ministère de la Santé. Le projet vise à améliorer la détection et la prise en charge de la tuberculose résistante, en suivant une approche de soins centrés sur le patient. Les activités fixes incluent consultations, traitement de la tuberculose multirésistante, soutien psychosocial, promotion de la santé, diagnostics, gestion des comorbidités, référencement et suivi. Les activités mobiles couvrent les visites à domicile, le dépistage des contacts, l'éducation sanitaire familiale, la livraison de médicaments et le suivi des rendez-vous manqués.

Le projet s'articule également sur une collaboration avec Mercy Corps, la Pakistan Anti-TB Association et d'autres acteurs locaux dans le domaine de la tuberculose pour la détection et le plaidoyer.

▪ Bilan 2024

En 2024, les activités du PMDT se sont consolidées, avec une hausse du nombre de cas détectés (14,5 cas/mois contre 11,4 en 2023) et une augmentation de la cohorte, principalement sous régime BPaL/M. Le projet a renforcé la gestion des comorbidités (diabète), mis en place une ligne téléphonique de soutien psychosocial. Un nouvel algorithme a été introduit pour le dépistage pédiatrique, faisant passer la proportion d'enfants inscrits de 4 % à 9 %.

En termes d'approche centrée sur le patient, des groupes de soutien et des outils de retour patient (questionnaires, comité intégrant patients et pairs aidants...) ont été initiés, et une charte du patient a été mise en place.

L'activité de sensibilisation a été réorientée vers l'utilisation du GeneXpert et le référencement des cas non-répondants aux traitements de première ligne.

	2021	2022	2023	2024
Nb de patients enregistrés dans la cohorte	7	139	136	210

PALESTINE	
Type d'intervention : conflit armé Nombre de projets : 2 Dépenses 2024 : 32 037 k€ Financements institutionnels : 67 k€	Personnels : Local : 275 International : 48 Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB, OCBA

CONTEXTE DU PAYS

▪ Contexte Politique

La Palestine couvre une superficie de 6 020 km², répartie entre la Cisjordanie (5 655 km²) et la bande de Gaza (365 km²). La population est estimée à 5,48 millions d'habitants en 2023, dont 60 % vivent en Cisjordanie et 40 % à Gaza. La densité démographique est extrêmement contrastée : 557 habitants/km² en Cisjordanie contre 5 853 à Gaza, ce qui en fait l'un des territoires les plus densément peuplés au monde. La population palestinienne est très jeune, avec 37,3 % des individus âgés de moins de 15 ans et seulement 5,7 % de plus de 65 ans. Le taux de pauvreté atteint 32,8 % à l'échelle nationale, mais les écarts sont considérables : 12 % en Cisjordanie contre près de 64 % à Gaza (Banque mondiale, 2023).

Depuis 1967, Israël occupe la Cisjordanie, Jérusalem-Est et la bande de Gaza, formant les territoires palestiniens occupés (TPO). L'Accord d'Oslo des années 1990 a instauré une reconnaissance mutuelle entre Israël et les Palestiniens, et transféré certaines compétences à l'Autorité Palestinienne. Mais depuis 2007, les TPO sont divisés entre deux entités : le Fatah, qui dirige l'Autorité Palestinienne en Cisjordanie, et le Hamas, qualifié d'organisation terroriste par la majorité des pays occidentaux, qui contrôle Gaza. Sur le plan politique, la Palestine traverse une crise chronique alimentée par 56 ans d'occupation israélienne, 16 ans de blocus de Gaza, des divisions internes persistantes entre le Fatah et le Hamas, et un manque de respect du droit international humanitaire et des droits humains. Le paysage politique palestinien reste fragmenté et gelé, sans échéances électorales à venir.

En Cisjordanie, l'Autorité Palestinienne n'exerce qu'une autorité partielle, dans un contexte où les dynamiques de pouvoir sont dominées par Israël. Depuis 2023, la situation s'est fortement détériorée. Les violences de colons sont en hausse, encouragées par une impunité quasi systématique. Les opérations militaires israéliennes se sont intensifiées, avec usage d'armes lourdes dans les zones densément peuplées et déploiements militaires fréquents dans les camps et les villes palestiniennes. La Cisjordanie connaît également une annexion de facto accélérée : multiplication d'avant-postes illégaux, confiscations de terres, transferts de compétences administratives vers des institutions civiles israéliennes, et restrictions accrues à la mobilité des Palestiniens. Deux systèmes légaux coexistent désormais dans le même territoire, l'un pour les colons israéliens, l'autre pour les Palestiniens. Sur le plan humanitaire, l'accès aux soins est entravé par les check-points, les raids dans les hôpitaux, et les arrestations du personnel médical. L'OMS a recensé plus de 750 attaques contre des structures de santé entre octobre 2023 et mars 2024. Les populations vulnérables – femmes, enfants, personnes

âgées, habitants des zones rurales – subissent une pression constante. La santé mentale est particulièrement affectée, dans un contexte d’insécurité chronique, de harcèlement quotidien et de pertes multiples.

Soumise à un blocus strict par Israël et l’Égypte depuis 2007, Gaza se trouvait déjà dans une situation humanitaire désastreuse avant l’escalade majeure d’octobre 2023. Les massacres perpétrés par le Hamas, suivis de la riposte militaire israélienne, ont entraîné une campagne de bombardements d’une intensité inédite. Plus de 90 % des hôpitaux ont été endommagés, et seuls quelques hôpitaux de campagne restent partiellement fonctionnels. Au 23 mars 2025, l’OMS faisait état de plus de 50 000 morts et 113 000 blessés. Depuis le début de la guerre, Gaza est confrontée à un effondrement généralisé de ses infrastructures. Les offensives terrestres dans le nord, à Khan Younis puis à Rafah ont provoqué plusieurs vagues de déplacements massifs, souvent dans des conditions humanitaires extrêmement précaires. Les hivers rigoureux, l’absence d’abris imperméables, les inondations et les coupures prolongées d’eau et d’électricité ont aggravé la situation, causant notamment la mort de nourrissons par hypothermie. Plus de la moitié des infrastructures civiles ont été détruites, sans que les objectifs militaires annoncés par Israël aient été atteints.

L’aide humanitaire reste gravement entravée. Depuis octobre 2023, les camions commerciaux sont interdits d’entrée et les convois humanitaires sont soumis à des restrictions croissantes. Les interruptions dans l’acheminement de vivres et de carburant, combinées aux pillages, ont provoqué des pénuries critiques et une flambée des prix.

La situation demeure également dangereuse pour les travailleurs humanitaires. L’UNRWA a perdu 284 membres de son personnel depuis le début de la guerre. MSF a perdu 10 collègues, et de nombreux autres ont perdu des membres de leur famille. D’autres organisations humanitaires ont également été ciblées, notamment IRC/MAPUK en janvier, World Central Kitchen en avril 2024, ainsi que UNDSS en mai et UNOPS en mars 2025.

Les mécanismes de protection et de coordination humanitaire ont été affaiblis, exposant davantage les équipes aux bombardements et aux attaques ciblées.

Face à ce contexte dramatique, les besoins humanitaires demeurent immenses, avec une population déplacée plusieurs fois, privée d’accès aux soins, à l’eau potable, à l’alimentation et à un logement digne. Les perspectives de paix ou de désescalade semblent extrêmement limitées à court terme.

PRÉSENCE MSF

MSF est présente en Palestine depuis 2000, avec des activités adaptées aux besoins spécifiques de chaque région. En Cisjordanie, OCP intervient à Naplouse, Tubas et Qalqilya, principalement en santé mentale. OCBA est active à Hébron et Jénine, avec un programme de santé mentale et des cliniques mobiles. OCB soutient également une structure de santé à Jénine.

Dans la bande de Gaza, la présence s’est intensifiée face à l’urgence. OCP, OCBA et OCB y mènent des activités complémentaires. À Khan Younès, MSF soutient l’hôpital Nasser (urgences chirurgicales et néonatales) et gère des cliniques, dont Al-Qarara (santé sexuelle et reproductive) et Al-Attar (soins ambulatoires). À Deir Al-Balah, MSF opère un hôpital de campagne, plusieurs centres de santé (Al-Hekker, Al-Martyr’s) et soutient les soins aux personnes en situation de handicap. À Gaza-ville, MSF

gère une clinique et appuie le centre Sheikh Radwan (soins prénataux et postnataux). L'hôpital Al-Aqsa, à Deir Al-Balah, reçoit un appui pour la prise en charge des plaies complexes et des brûlures.

PROJET : GAZA

▪ **Historique du projet**

MSF a commencé ses opérations à Gaza en 1989, initialement centrées sur la santé mentale, jusqu'à leur suspension en 2011 par décision du Ministère de la Santé. En réponse aux conflits récurrents (2009, 2012, 2014, 2018, 2021, 2022, 2023), le projet a évolué pour inclure la prise en charge des brûlures dès 2017, devenant un acteur majeur dans ce domaine. L'approche ambulatoire a été privilégiée, combinant soins médicaux, pansements, kinésithérapie et soutien psychosocial. Des missions de chirurgie plastique ont été organisées à l'hôpital Shifa.

La Grande Marche du Retour en 2018 a profondément transformé le projet : nouveaux objectifs, stratégie médicale et chirurgicale, organisation, ressources humaines, logistique, collecte de données et plaidoyer. En 2019, l'activité ostéomyélite a été pleinement intégrée avec une approche pluridisciplinaire avant d'être réduite trois ans plus tard pour recentrer les soins sur les cliniques ambulatoires. En 2023, le dispositif avait été rationalisé à trois cliniques, deux unités de brûlés, un laboratoire et un appui à l'unité reconstructive de Nasser. Depuis octobre 2023, la guerre a contraint MSF à adapter régulièrement ses activités face aux offensives militaires et aux déplacements massifs de population.

▪ **Configuration du projet**

Le projet MSF à Gaza repose sur une stratégie multi-composantes, adaptée à un contexte de guerre prolongée. L'objectif principal est de garantir l'accès à des soins spécialisés pour les victimes de brûlures et de traumatismes liés au conflit, tout en assurant une réponse aux besoins de santé primaire et mentale dans un environnement extrêmement contraint.

Le dispositif comprend plusieurs structures :

- À l'hôpital Nasser (gouvernorat de Khan Younès), MSF intervient dans les services ambulatoires, hospitaliers, deux blocs opératoires (orthopédie et brûlures), ainsi qu'en santé mentale.
- À Gaza-ville, la clinique MSF propose des soins de santé primaire, de la physiothérapie, des pansements et des services de santé sexuelle et reproductive.
- L'hôpital de campagne (MFH, Mobile Field Hospital) déployé par MSF assure des soins pédiatriques d'urgence, une hospitalisation et un accompagnement psychosocial.

Toutes les structures sont gérées par MSF, à l'exception de l'hôpital Nasser, qui reste sous autorité du Ministère de la Santé.

▪ **Bilan 2024**

L'année 2024 a été marquée par une intensification des hostilités, des déplacements massifs de population et une destruction généralisée des infrastructures. Malgré cela, MSF a maintenu ses activités médicales essentielles. À Nasser, les équipes ont poursuivi les soins chirurgicaux et hospitaliers, ainsi que le soutien en santé mentale. À Gaza-ville, les consultations de santé primaire et les soins spécialisés ont été renforcés, notamment en santé sexuelle et reproductive.

Le MFH a permis de répondre aux urgences pédiatriques dans un contexte de saturation hospitalière. La distribution d'eau potable a été cruciale face à l'effondrement des services de base (atteignant jusqu'à 100 m³/jour en mars 2025). MSF a également assuré des évacuations médicales, malgré la fermeture prolongée du point de passage de Rafah.

	2024
Nb de consultations générales	67 828
Nb de consultations en santé sexuelle et reproductive	6 316
Nb de présentations aux urgences	3 060
Nb d'admissions en hospitalisation chirurgicale	2 224
Nb d'admissions en hospitalisation pédiatrique	1 001
Nb d'interventions chirurgicales	5 775
Nb de sessions de physiothérapie	52 359
Nb de pansements	45 828
Nb de sessions individuelles de santé mentale	4 021

PROJET : NAPLOUSE

■ Historique du projet

La première mission exploratoire de MSF en Palestine a eu lieu en 1987, suivie par l'ouverture d'un programme de santé mentale en Cisjordanie en 1994, destiné aux personnes souffrant de troubles psychologiques après la première Intifada. Depuis, OCP et OCBA sont restés actifs sans interruption dans le domaine de la santé mentale à Jénine, Hébron et Gaza.

En 2004, face à l'intensification des violences, des incursions militaires, de la construction du mur et de la multiplication des checkpoints limitant l'accès aux soins, MSF France a lancé un projet de santé mentale à Naplouse. Ce projet répondait à une vulnérabilité croissante liée à la dégradation socio-économique (chômage, criminalité, violences familiales) en offrant des soins spécialisés pour les cas modérés à graves et comblant un manque criant de personnel qualifié en psychologie clinique dans la région.

Le projet de Naplouse vise aujourd'hui à offrir un accès aux soins de santé mentale et à la santé des femmes, en particulier dans les zones enclavées et exposées à la violence. Il cible les cas modérés à graves, les survivants de violences sexuelles et les personnes affectées par les violences des colons et de l'armée israélienne.

■ Configuration du projet

Le dispositif comprend trois cliniques de santé mentale (Naplouse, Qalqilya, Tubas), une équipe mobile pour les consultations de proximité, et un appui aux centres de santé primaires dans les zones rurales. Des formations sont dispensées aux premiers intervenants, personnels paramédicaux et équipes d'urgences hospitalières pour améliorer la prise en charge des traumatismes. Le projet intègre également une stratégie de plaidoyer et de documentation des violences, avec la publication de rapports.

■ Bilan 2024

En 2024, MSF a recentré ses activités sur la santé mentale et la santé des femmes, après avoir constaté que les besoins en soins primaires relevaient davantage d'un manque de médicaments que de

personnel médical. Les activités externes ont été réorientées vers le soutien psychosocial et la santé sexuelle et reproductive, incluant la planification familiale et les soins liés aux violences sexuelles. Le projet a poursuivi la formation des premiers intervenants et renforcé son appui aux points de stabilisation. Une collaboration a été amorcée avec trois services d'urgences hospitaliers pour évaluer les besoins en soins post-opératoires.

	2021	2022	2023*	2024
Nouveaux patients	178	160	111	337
Nb de sessions (psychologues)	2 783	2 387	2 107	2 895
Nb de consultations travailleurs sociaux	1 156	2 180	1 791	1 153
Nb de consultations psychiatriques	862	651	369	574
Nb de consultations victimes de violences sexuelles			62	63
Nb de consultations générales				2 229

* données jusqu'à septembre

PAPOUASIE NOUVELLE GUINEE	
Type d'intervention : violences	Personnels :
Nombre de projets : 1	Local : 15
Dépenses 2024 : 1 413 k€	International : 7
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : aucun

CONTEXTE DU PAYS

▪ Contexte Politique

La Papouasie-Nouvelle-Guinée, indépendante depuis 1975, est l'un des pays les plus diversifiés au monde, avec 11,8 millions d'habitants répartis sur 22 provinces. Située sur la "Ceinture de Feu", elle subit régulièrement des séismes, éruptions volcaniques, tsunamis et glissements de terrain. Le pays est gouverné par un système parlementaire, mais reste l'un des États les plus fragiles au monde, miné par une gouvernance inefficace, des élections violentes, une corruption généralisée et un secteur public défaillant. La criminalité y est parmi les plus élevées au monde, alimentée par des inégalités extrêmes, des conflits intercommunautaires et des violences liées au genre, aux accusations de sorcellerie ou à l'intimidation politique. Malgré d'importantes ressources minières et gazières, les bénéfices profitent peu à la population, majoritairement rurale. Le pays est aussi un enjeu stratégique entre puissances occidentales et Chine, avec un accord de sécurité signé avec les États-Unis. Le processus d'indépendance de Bougainville reste bloqué, suscitant des tensions politiques internes.

▪ Contexte Humanitaire et Sanitaire

Le système de santé, décentralisé, souffre d'un manque criant de ressources humaines, d'infrastructures vétustes et d'un accès limité, surtout en zones rurales. Bien que les soins primaires soient censés être gratuits, des frais illégaux sont souvent imposés pour pallier les retards de financement. L'État finance 79 % des dépenses de santé, le reste étant couvert par des dons et les ménages. Les services religieux, notamment chrétiens, assurent près de 50 % des soins en milieu rural, mais leur coordination est affaiblie par des divisions internes. Le pays fait face à un double fardeau sanitaire : maladies transmissibles persistantes et forte progression des maladies non-transmissibles, responsables de 44 % des décès dès 2008. La mortalité maternelle atteint 192 décès pour 100 000 naissances, et un enfant sur 13 meurt avant cinq ans, souvent de maladies évitables. La couverture vaccinale reste très faible, entre 26 % et 52 %, avec une tendance à la baisse.

PRÉSENCE MSF

MSF OCP est intervenue pour la première fois en 1993 à Bougainville, lors du conflit, puis à deux reprises en 1998 et 2011, notamment pour répondre à une épidémie de choléra. En 2014, un projet tuberculose a été lancé à Kerema (province du Golfe), suivi en 2015 d'un second à Gerehu (District de la Capitale Nationale), en réponse à l'urgence sanitaire nationale. Après 7 et 8 ans d'activités, ces projets ont été remis aux autorités provinciales avec des résultats positifs sur les cas sensibles et

résistants. En juillet 2024, un nouveau projet a démarré dans la province de Jiwaka pour améliorer l'accès aux soins pour les survivants de violences. Une évaluation est en cours à Lae (province de Morobe) pour un projet sur le cancer. MSF OCA a également mené des projets à Lae (2006–2013) et Tari (2008–2016) pour les victimes de violences sexuelles et familiales. Aujourd'hui, seul MSF OCP est active dans le pays.

PROJET : JIWAKA

À la suite d'une évaluation menée en août 2023, MSF a lancé un projet en juillet 2024 dans la province de Jiwaka, visant à améliorer l'accès aux soins pour les survivants de violences liées aux conflits tribaux, aux violences sexuelles et basées sur le genre, aux accusations de sorcellerie et aux violences domestiques.

Le projet s'appuie sur les structures de santé primaires comme point d'entrée pour le repérage précoce et le traitement des survivantes de violences sexuelles et basées sur le genre.

Dans le district pilote de Jimi, des évaluations fonctionnelles ont été menées afin d'analyser les capacités existantes et les besoins des structures. L'évaluation du site pilote a été finalisée en septembre 2024, et d'autres évaluations sont prévues selon la planification du projet.

Parallèlement, un plan de formation a été élaboré. Les premières formations ont été initiées à destination des agents de santé communautaires, volontaires et personnels des centres de soutien, avec des modules couvrant les soins d'urgence, la prise en charge des maladies courantes (paludisme, tuberculose, malnutrition, diarrhées aiguës, infections respiratoires), ainsi que l'accompagnement psychosocial adapté au contexte culturel local. Un accent particulier a été mis sur les compétences en prise en charge des violences sexuelles et de gestion des blessures.

Tous les participants ont également été formés à une approche culturellement adaptée des premiers secours psychologiques, intégrant l'identification et l'orientation des cas de violences y compris sexuelles. Les volets liés aux urgences médicales ont couvert la réanimation de base, le triage, la gestion des traumatismes orthopédiques, des plaies et brûlures, la réponse aux urgences massives, la stabilisation avant transfert et les critères de référence vers des niveaux de soins supérieurs.

Afin d'adapter les interventions aux réalités locales, un anthropologue médical accompagne l'équipe sur le terrain, contribuant à la contextualisation des messages et des pratiques de soins.

MSF collabore avec le Plan stratégique de développement du secteur de la santé du Ministère national de la santé pour plaider en faveur du financement des structures de santé de district et des centres de soutien familial dans la province de Jiwaka. MSF a également participé à la révision des normes nationales de collecte de données pour les centres de soutien, ainsi qu'au processus en cours de révision des politiques nationales de santé et de genre.

Par ailleurs, les liens avec le Ministère du développement communautaire et des affaires religieuses, et plus particulièrement avec le Secrétariat national sur les violences basées sur le genre, MSF ayant pris part à la révision de la stratégie nationale, avec un accent particulier sur son application dans les Hautes-Terres.

PHILIPPINES	
Type d'intervention : Epidémie/Endémie	Personnels :
Nombre de projets : 1	Local : 53
Dépenses 2024 : 1 577 k€	International : 4
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : aucun

CONTEXTE DU PAYS

▪ Contexte Politique

En 2025, les élections générales aux Philippines ravivent les tensions politiques, avec des risques de violences, notamment dans certaines zones urbaines comme Tondo. Le scrutin parlementaire inaugural dans la région autonome du Bangsamoro pourrait exacerber les rivalités locales et les tensions avec le gouvernement central. Le rapprochement stratégique avec les États-Unis accentue les frictions avec la Chine autour de la mer de Chine méridionale. Par ailleurs, les atteintes persistantes à la liberté de la presse fragilisent la défense des droits fondamentaux, notamment en matière de santé.

▪ Contexte et Sanitaire

Le système de santé philippin reste confronté à des défis majeurs malgré certains progrès. La tuberculose, dont la prévalence est parmi les plus élevées au monde, continue de se propager, aggravée par les ruptures de médicaments et les effets durables de la pandémie. Le pays fait également face à une hausse des maladies non transmissibles. Il figure parmi les plus exposés aux effets du changement climatique, avec une hausse des maladies vectorielles (dengue, leptospirose) et respiratoires, ainsi que des impacts liés à la sécheresse et au manque d'eau. Les personnes atteintes de maladies chroniques, les populations à faibles revenus et les communautés isolées sont les plus vulnérables.

Le budget santé demeure insuffisant et souvent influencé par des priorités politiques locales. Plus de la moitié des dépenses de santé sont à la charge des patients. Le pays exporte massivement ses professionnels de santé, ce qui fragilise l'offre locale. L'épidémie de VIH progresse rapidement dans les populations à risque. Enfin, la consommation de drogues reste préoccupante, avec 1,7 million d'usagers estimés en 2021.

PRÉSENCE MSF

MSF est présent aux Philippines depuis 1984. Après une intervention majeure en 2013/2014 suite au typhon Haiyan/Yolanda, MSF OCP a établi une mission régulière en 2015. Depuis, l'organisation a mené diverses interventions : réponses aux catastrophes naturelles, soutien en soins primaires dans la Région autonome Bangsamoro, et projet pour les enfants des rues. Depuis 2021, un projet tuberculose est en cours à Tondo.

PROJET : TONDO

▪ Historique du projet

Le projet a été lancé en 2021 pour répondre à la forte prévalence de la tuberculose dans les quartiers urbains défavorisés de Tondo, plus grand bidonville de Manille, et au besoin urgent d'un accès à des soins

adaptés et accessibles. Il s’inscrit également dans les objectifs nationaux et internationaux de lutte contre la tuberculose, en promouvant des approches innovantes dans la mise en œuvre de la cascade de soins en milieu communautaire. Ces innovations incluent l’utilisation de diagnostics assistés par ordinateur pour l’interprétation des radiographies pulmonaires, un modèle de soins décentralisé intégrant l’investigation des contacts et le traitement préventif, ainsi qu’une approche centrée sur le patient et portée par la communauté.

L’objectif général est de développer un modèle de soins renforçant le diagnostic et le traitement de la tuberculose dans les zones ciblées, selon une approche intégrée « Rechercher, Traiter, Prévenir », à la fois efficace, moins dépendante en ressources et transférable aux autorités locales.

▪ **Configuration du projet**

Le projet est mis en œuvre dans les districts 1 et 2 de Tondo, à Manille, selon un modèle 100 % communautaire structuré autour de trois piliers : la promotion de la santé, la détection active des cas et le soutien aux patients.

Le dépistage repose sur l’utilisation d’un camion mobile équipé de radiographie thoracique et du logiciel CAD4TB, complété par la collecte de crachats sur site et l’analyse par GeneXpert en laboratoire, suivie d’une évaluation médicale.

Le projet collabore avec des partenaires au niveau communautaire, avec les habitants, les leaders locaux et les patients, au niveau du district, avec les coordinateurs de santé, au niveau municipal avec le Département de la Santé de Manille et les autorités locales et au niveau régional, avec le Metro Manila Center for Health Development.

Depuis septembre 2024, le projet a entamé une phase de transition vers une configuration allégée.

▪ **Bilan 2024**

En 2024, MSF a poursuivi ses efforts pour consolider un modèle de soins communautaire, malgré un contexte marqué par des tensions politiques et des ruptures persistantes de stocks de médicaments. Une stratégie de plaidoyer a été élaborée pour influencer les politiques nationales et locales, notamment sur la question des ruptures de stocks, bien que certaines actions aient été reportées en raison des élections barangay.

Les activités de terrain ont été maintenues, mais affectées par les pénuries de médicaments avec générant de la fréquentation des sessions de dépistage, des retards dans l’initiation et l’achèvement des traitements préventifs, et une diminution du taux de succès thérapeutique. En réponse, MSF a intensifié le suivi des patients et adapté ses pratiques pour limiter l’impact de ces contraintes.

	2022	2023	2024
Nb de personnes dépistées	3 282	11 591	19 125
Nb de cas de tuberculose diagnostiqués	218	540	583
Taux de succès thérapeutique	84%	86%	69%
Nb de contacts domestiques (tous âges) investigués	137	293	558
Nb de contacts domestiques ayant commencé la Thérapie Préventive	48	82	168

REPUBLIQUE CENTREAFRICAIN	
Type d'intervention : conflit armé, accès aux soins, épidémies / endémies Nombre de projets : 3 Dépenses 2024 : 18 044 k€ Financements institutionnels : aucun	Personnels : Local : 786 International : 62 Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB, OCBA

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Le gouvernement centrafricain est resté stable en 2024, malgré un paysage politique dominé par le pouvoir en place et une opposition quasi inexistante. Les premières élections locales depuis plus de 40 ans sont prévues pour avril 2025, suivies des présidentielles en décembre. Les médias, majoritairement alignés sur le régime, relaient des discours polarisés entre propagande anti-Ouest et anti-Est.

La levée complète de l'embargo sur les armes en 2024, facilitée par un rapprochement diplomatique avec la France, a ouvert la voie à des contrats d'armement avec la Russie et la Chine. Une mission du Processus de Kimberley a inspecté le pays, laissant entrevoir une possible levée de l'embargo sur les diamants. L'exploitation minière reste artisanale, sans avancée économique notable. Le chômage, l'accès aux soins et à l'éducation demeurent critiques, dans un contexte de corruption persistante.

Sur le plan sécuritaire, le gouvernement regagne progressivement du terrain. À l'ouest, les 3R restent actifs, tandis qu'à l'est, les groupes armés sont désorganisés, laissant place à une forte criminalité rurale. Un nouveau groupe, le CPC-F, est né d'une scission entre Bozizé et Darassa. Des opérations de démobilisation, désarmement et réinsertion ont été menées par la Minusca et les Forces Armées Centrafricaines tout au long de l'année.

L'espace humanitaire se réduit. Une loi de 2019 sur les ONG a été appliquée en 2024, renforçant les contraintes administratives. Un projet de loi sur les « agents étrangers » est en discussion. Plusieurs ONG internationales, dont le CICR, ont subi des saisies de véhicules, et des arrestations d'étrangers ont eu lieu, certains accusés d'espionnage ou de terrorisme.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

Le système de santé centrafricain reste extrêmement fragile, avec des indicateurs parmi les plus alarmants au monde. L'espérance de vie est de 53 ans, la mortalité infantile atteint 100 décès pour 1 000 naissances vivantes, et la mortalité maternelle reste stable à 829 décès pour 100 000 naissances. Malgré la poursuite de la structuration du système de santé, soutenue principalement par la Banque Mondiale et le Fonds Mondial, les défis sont majeurs. Le pays souffre d'un manque criant de structures sanitaires, d'un déficit massif en personnel médical, et de dysfonctionnements quotidiens liés aux détournements de ressources, aux ruptures d'approvisionnement, ainsi qu'à l'accès irrégulier à l'eau et à l'électricité.

L'accès aux soins demeure difficile, coûteux et de faible qualité. Les conditions de fonctionnement des établissements de santé restent précaires, et les efforts de réforme peinent à produire des résultats visibles. Le système reste largement dépendant de l'aide extérieure, dans un contexte de gouvernance sanitaire encore très fragile.

PRÉSENCE MSF

Médecins Sans Frontières est présente en République Centrafricaine depuis 1997. Quatre sections opérationnelles (OCA, OCB, OCBA et OCP) y mènent actuellement 10 projets, pour un budget annuel d'environ 70 millions d'euros.

Les interventions couvrent les soins primaires et hospitaliers, les soins pédiatriques et maternels, la lutte contre le paludisme, le soutien à la chirurgie, la prise en charge des victimes de violences sexuelles, les soins d'avortement sécurisé, ainsi que la tuberculose et le VIH.

La complémentarité entre sections est principalement géographique. La majorité des projets sont mis en œuvre en partenariat avec le Ministère de la Santé Publique.

PROJET : BRIA

■ Historique du projet

En juillet 2013, MSF ouvre un projet à l'hôpital de Bria pour offrir des soins de santé primaires et secondaires en pédiatrie à la population de la Haute-Kotto (114 000 personnes, dont 87 000 dans la sous-préfecture de Bria). À partir de 2016, des flambées de violences entraînent une partition de la ville, rendant l'accès aux soins difficile sur plusieurs axes. En réponse, MSF met en place dès 2017 des cliniques mobiles dans les localités de Kolaga, Agbagba, Gbama, Lafolo, Mbroutchou, Horlo et Bounbou 2, avant d'étendre un soutien permanent à ces FOSAs (formations sanitaires de premier niveau), ainsi qu'à celles d'Awalawa et Ngoulia.

Le projet MSF à Bria vise aujourd'hui à offrir des soins de santé primaires aux enfants de moins de 15 ans et à prendre en charge les survivants de violences sexuelles de moins de 18 ans.

■ Configuration du projet

Le projet s'appuie sur des sites de consultations externes du site de déplacés PK3 et à l'hôpital régional universitaire de Bria (HRUB). Il soutient également les soins secondaires pédiatriques, une clinique pour les maladies chroniques non transmissibles, ainsi que la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et la tuberculose, en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique.

Depuis janvier 2024, MSF cogère le laboratoire de l'hôpital, incluant une banque de sang, et appuie trois postes de santé et trois points de prise en charge communautaire en périphérie, avec renforcement des capacités, dotation en médicaments essentiels et sensibilisation sur les violences sexuelles.

■ Bilan 2024

L'amélioration progressive du contexte sécuritaire, bien que toujours instable, a conduit à une réorientation stratégique. MSF s'est désengagée des FOSAs du district de la Ouaka et trois nouvelles structures (Kolaga, Kpava, Mbeti) du district de Bria ont été réhabilitées et intégrées dans le dispositif externe.

À l'hôpital, le transfert du service de consultation de l'hôpital au Ministère de la Santé Publique a été amorcé afin de désengorger la structure et se conformer aux standards nationaux. Le service VIH/TB a ainsi pu être rélocalisé, et les espaces réorganisés. Le laboratoire a été aménagé avec intégration d'une banque de sang, et des formations ont été dispensées aux équipes, notamment sur les équipements de laboratoire et aux superviseurs.

	2021	2022	2023	2024
Nb consultations	62 9954	69 162	73 676	71 661
Nb passage aux urgences	220	5 352	9 197	14 737
Nb d'admissions en pédiatrie et néonatalogie	3 978	4 175	4 944	5 312
Nb consultations maladies non transmissibles	364	1 171	1 169	1 166
Nb consultations pour violences sexuelles	182	243	231	202
Nb interruptions de grossesse	70	7	31	153

PROJET : CARNOT

■ Historique du projet

Le projet Carnot débute en 2009 dans un contexte de crise nutritionnelle, avant d'être réorienté en 2011 vers la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et la tuberculose à l'hôpital de Carnot (HDC), avec un appui à trois centres de santé. En 2012, les hospitalisations et consultations pédiatriques sont intégrées à l'hôpital, suivies en 2014 par un soutien à la médecine interne et au Programme Élargi de Vaccination.

En 2015, les consultations pédiatriques sont transférées au centre de santé de Charpente, soutenu jusqu'en 2018, date de sa passation à la Croix-Rouge Française. La décentralisation des soins VIH débute en 2016, et la prise en charge des maladies non transmissibles est lancée en 2019.

Les activités de prise en charge des violences sexuelles démarrent en 2021, suivies en 2022 par l'ouverture d'un laboratoire simplifié de microbiologie. En 2023, MSF soutient l'association RECAPEV pour la recherche des perdus de vue et poursuit la décentralisation.

Le projet vise aujourd'hui à améliorer l'accès à des soins médicaux de qualité pour les enfants de 0 à 15 ans, les personnes vivant avec le VIH, la tuberculose, les maladies non transmissibles et les survivants de violences sexuelles.

■ Configuration du projet

À l'hôpital de district de Carnot, MSF soutient les services pédiatriques (76 lits, dont 10 en néonatalogie, 10 en soins intensifs, 42 en hospitalisation générale et 14 en CNTH), la médecine interne adulte et tuberculose (28 lits), ainsi que la Clinique de Suivi pour les maladies chroniques. L'organisation prend également en charge la gestion des déchets, l'approvisionnement en eau et électricité, la maintenance, l'hygiène hospitalière et la distribution de rations sèches.

MSF fournit les intrants nécessaires aux services de radiologie, laboratoire et pansements, avec un appui en ressources humaines via du personnel du Ministère de la Santé primé. En périphérie, trois centres de santé (Mboula, Mbelou, Ndinguri) bénéficient d'un appui pour la décentralisation des soins VIH, tuberculose et victimes de violences sexuelles, avec primes au personnel et au COGES. MSF assure aussi le référencement des patients ciblés depuis quatre centres vers l'hôpital.

■ Bilan 2024

En 2024, les indicateurs d'utilisation de l'hôpital sont restés dans les normes, avec une baisse de 6 % du taux de mortalité en médecine interne grâce à un plan d'action ciblé. Les revues de morbi-mortalité ont repris, et la télémédecine a été utilisée pour améliorer la qualité des soins. L'approche centrée sur

le patient a été renforcée (soins palliatifs, traitement de la douleur, formations MhGap), et des formations en soins d'urgence ont été dispensées. La construction de la nouvelle pédiatrie a été initiée. La Clinique de Suivi a vu une amélioration des indicateurs VIH et l'autonomisation de 43 patients diabétiques de type 1. Des séances de capacitation ont été menées, et un partenariat avec FINI TI LAKOUE a permis un soutien psychosocial renforcé.

En externe, la collaboration avec le district s'est améliorée pour les supervisions et la commande d'intrants. Le soutien au centre de Mboula a été arrêté et trois nouveaux centres ont été soutenus pour la décentralisation.

	2022	2023	2024
Nb de passages aux urgences pédiatriques	36 079	8 663	8 420
Nb d'admissions en pédiatrie	4 596	4 269	3 687
Nb d'hospitalisation médecine interne	920	1 002	1 087
Nouveaux cas de victimes de violences sexuelles	70	105	161
Nb consultations maladies non transmissibles	11 966	10 462	8 356
Nb d'hospitalisation de patients VIH	246	271	314
Nb interruptions de grossesse	180	257	333
Nb de références	1 278	1 182	933

PROJET : SICA

■ Historique du projet

À la suite des violences de décembre 2013, un projet chirurgical est ouvert à l'hôpital communautaire de Bangui, puis transféré au Centre national hospitalier universitaire de Bangui (CNHUB). En 2015, à la demande du Ministère de la Santé, MSF quitte le CNHUB en raison d'un accord de réhabilitation signé avec le Maroc.

En 2017, les activités sont relocalisées dans un espace provisoire au sein de la structure privée SICA. Un pré-triage est mis en place en 2020 pour réorienter les cas simples vers les structures périphériques, et le programme SVS est transféré à OCBA. La pandémie de COVID-19 entraîne une révision des critères d'admission, l'exclusion des brûlures et une réduction de la capacité d'accueil de 81 à 65 lits.

Le service de santé mentale est lancé en 2021. En 2023, les patients porteurs de bactéries multi-résistantes (BMR) sont transférés dans un nouveau bâtiment.

Le projet SICA vise à offrir des soins chirurgicaux d'urgence gratuits pour les adultes de plus de 15 ans, dans un contexte où l'accès aux soins à Bangui reste limité, coûteux et de faible qualité.

■ Configuration du projet

L'hôpital, entièrement géré par MSF, dispose de 72 lits (extensibles à 90 en cas d'afflux massif), d'un service de pré-triage, d'une salle des urgences, de deux blocs opératoires, d'une salle de réveil, de soins intensifs, de quatre services d'hospitalisation (orthopédie, viscérale, isolement BMR, soins de suite et de réadaptation), d'un service de consultation ambulatoire, de kinésithérapie, de santé mentale, de radiologie, d'un laboratoire général et d'un laboratoire de microbiologie équipé d'Antibiogo depuis 2024. Une pharmacie hospitalière complète le dispositif.

Le projet s'inscrit dans un réseau de références à Bangui, avec des collaborations en cours avec le CICR, le CHRAM, l'ONG Cuamm, Handicap International et le Complexe pédiatrique, notamment pour la chirurgie pédiatrique, la rééducation et l'hébergement.

■ Bilan 2024

En 2024, plusieurs actions ont été menées pour renforcer l'approche centrée sur la personne : ateliers internes, développement de l'initiative des pairs aidants, réflexion sur le soutien aux patients vulnérables et début de la collecte active de l'expérience patient. Des efforts restent nécessaires pour améliorer l'implication des accompagnants et prévenir les abus.

Un atelier sur les bactéries multi-résistantes (BMR/BHR) a permis d'identifier des pistes d'amélioration : hiérarchisation des pathogènes, priorisation des isolements, et promotion de la santé. La capacité d'accueil limitée, la durée prolongée des hospitalisations et les conditions de vie en isolement restent des défis.

Le projet a poursuivi les discussions avec le CICR et le CHRAM pour décentraliser certaines activités (rééducation, pansements, hébergement). Des échanges ont également été engagés avec Cuamm et le Complexe pédiatrique pour un appui en chirurgie infantile.

	2021	2022	2023	2024
Nb d'admissions aux urgences	2 640	2 892	3 517	4 284
Nb d'admissions en hospitalisation	1 056	1 008	1 066	1 488
Nbre d'interventions chirurgicales	3 444	4 260	3 984	4 608
Nb de séances kinésithérapie	15 408	14 052	17 725	15 636
Nb de consultations	11 725	11 964	12 580	17 676
Nb de consultations santé mentale	465	1 884	3 817	2 260

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO	
Type d'intervention : conflit armé, épidémie / endémie	Personnels : Local : 459 International : 72
Nombre de projets : 5	
Dépenses 2024 : 23 151 k€	Autres centres opérationnels MSF : OCA,
Financements institutionnels : 20 k€	OCB, OCBA, OCG, WaCA

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

La République Démocratique du Congo (RDC) connaît une croissance démographique rapide, estimée à 3,3 % par an. Sa population majoritairement jeune reste confrontée à une extrême pauvreté. Le PIB par habitant était de 627,5 USD, et malgré une croissance de 8,4 % en 2023, l'inflation (19,9 %) et la dépréciation du franc congolais (-21,6 %) ont aggravé la précarité. La RDC figure parmi les cinq pays les plus pauvres au monde.

Cette fragilité économique est exacerbée par une crise sécuritaire persistante. Depuis 2022, la résurgence du groupe armé M23, soutenu par le Rwanda, a ravivé les violences dans l'est du pays. En 2024, appuyé par les RDF (Rwanda Defense Force), il a consolidé ses positions dans le Nord-Kivu, notamment à Sake, Kibirizi et Kayna. Début 2025, le M23/AFC a lancé une offensive majeure, prenant successivement Sake, Minova, puis Goma, provoquant la mort d'au moins 2 900 personnes. Peu après, Bukavu et Walikale sont également tombées. Ces avancées ont entraîné des déplacements massifs, avec plus de 7,3 millions de déplacés internes recensés, dont 2 millions autour de Goma fin 2024.

Les camps de déplacés, déjà surpeuplés, ont été vidés de force ou abandonnés sous la pression du M23. Des stocks humanitaires, notamment ceux du PAM, ont été pillés. L'approvisionnement de Goma est gravement perturbé, entraînant une flambée des prix et une insécurité alimentaire aiguë : 25,6 millions de personnes sont en situation de crise. Les violences sexuelles, les assassinats ciblés et les recrutements forcés se multiplient, y compris dans les hôpitaux. MSF rapporte un nombre sans précédent de cas de violences sexuelles dans ses structures.

Face à l'avancée du M23, les Forces armées de la République démocratique du Congo (FARDC) ont renforcé leurs alliances avec les Wazalendo, les Forces démocratiques de libération du Rwanda (FDLR), et des forces étrangères, dont les troupes burundaises, des mercenaires européens, et les forces de la Southern African Development Community (SADC). L'armée congolaise a également intensifié l'usage de drones et remis en service des avions de chasse. La présence militaire ougandaise, initiée dans le cadre de l'opération Shujaa contre les ADF (groupe d'origine ougandais devenu lié à l'Etat Islamique en Afrique centrale), s'est accrue dans le Grand Nord et en Ituri, sans clarté sur ses objectifs actuels.

Le Conseil de sécurité des Nations Unies ainsi que la communauté internationale ont exhorté le Rwanda à retirer ses troupes de la République démocratique du Congo. Parallèlement, la Cour pénale internationale (CPI) a ouvert une enquête sur de possibles crimes contre l'humanité commis à Goma. Face à l'escalade des violences, la communauté internationale appelle à un cessez-le-feu immédiat et envisage des mesures de rétorsion, notamment des boycotts à l'encontre du Rwanda.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

Le secteur de la santé en République Démocratique du Congo reste confronté à de nombreux défis structurels et fonctionnels. Le plan de couverture sanitaire universelle (CSU), voté en 2022, n'a jamais été appliqué. Parmi les obstacles figurent un système de recouvrement des coûts inadapté, une faible allocation budgétaire, des dépenses des ménages trop élevées, une forte dépendance aux financements extérieurs, une mauvaise exécution du budget, une gouvernance défailante et une décentralisation encore largement théorique.

Dans la province du Nord-Kivu, la violence est aujourd'hui l'une des premières causes de mortalité. Ailleurs, les principales causes de décès varient selon les tranches d'âge : chez les enfants de moins de 14 ans, le paludisme, la pneumonie et la diarrhée prédominent ; chez les adultes de 15 à 49 ans, les accidents de la route, la tuberculose et le VIH sont les plus fréquents. Chez les femmes, la mortalité maternelle reste élevée, avec un taux de 843 décès pour 100 000 naissances vivantes.

La tuberculose et le VIH demeurent des problèmes majeurs de santé publique avec des écarts importants dans la prise en charge pédiatrique et l'accès aux tests de charge virale, notamment dans l'est du pays. L'incidence de la tuberculose est estimée à 319 cas pour 100 000 habitants, avec un taux de succès thérapeutique de 92 %.

La couverture vaccinale contre la rougeole est historiquement basse. En 2024, elle était estimée à 52 % pour les enfants de 12 à 23 mois, son plus bas niveau depuis 2003. Les épidémies, récurrentes tous les deux à trois ans, ont conduit à des campagnes de rattrapage nationales. Le choléra reste endémique, avec des flambées régulières à travers le pays. Les conflits armés et les déplacements de population aggravent la situation épidémiologique, tant pour le choléra que pour la rougeole. En 2024, la RDC a également été le pays le plus touché par le Mpox, avec 9 500 cas et 43 décès. Une campagne de vaccination a été menée par le ministère de la Santé, malgré des incertitudes sur les coûts et la disponibilité des doses. Le vaccin contre le paludisme a été intégré au Programme Élargi de Vaccination (PEV) dans 78 zones de santé. Son lancement au Kongo Central était prévu pour octobre 2024, mais des défis de financement persistent.

Enfin, bien que la RDC ait signé le protocole de Maputo en 2008, la mise en œuvre des Soins Complètes d'Avortement reste limitée. Les directives nationales, diffusées depuis 2021, rencontrent encore des résistances, notamment dans les structures confessionnelles. Leur application est plus aisée dans les structures publiques.

PRÉSENCE MSF

MSF OCP est actif en République Démocratique du Congo depuis 1981, avec une première intervention centrée sur la prise en charge des réfugiés ougandais lors de la guerre de Luwero. Aujourd'hui, MSF OCP intervient principalement dans la province du Nord-Kivu et dans les quatre provinces du Grand Katanga : Tanganyika, Haut Lomami, Haut Katanga et Lualaba.

Au Nord-Kivu, MSF OCP est présent à Goma (depuis 2015), Rutshuru (réouvert en 2018), Kibirizi et Bambo (depuis 2017), ainsi qu'à Binza. Ces projets sont principalement axés sur la réponse aux conflits armés et aux épidémies. Le projet de Goma, initialement centré sur le VIH/SIDA et les soins aux populations marginalisées, a vu son volet VIH transféré au ministère de la Santé en 2023. Les activités de santé reproductive et de prise en charge des victimes de violences sexuelles ont été intégrées à la réponse dans les camps de déplacés en 2024. Entre 2023 et 2024, MSF OCP a mené des interventions d'urgence à Kayna et dans les camps de déplacés de Rusayo, Elohim et Shabindo à Goma.

Dans le Grand Katanga, MSF OCP est présent depuis 1996. Après des projets à Kalemie (2001–2017), l'organisation mène depuis 2018 le projet URGEPI, axé sur la prévention et la réponse aux épidémies récurrentes de rougeole et de choléra.

Les cinq autres centres opérationnels de MSF sont également actifs en RDC. MSF OCB est présent à Kinshasa (projet VIH/SIDA et pool d'urgence couvrant 17 provinces), au Mai-Ndombe (conflit local), et au Nord-Kivu (Masisi, Nyiragongo, Goma). MSF OCBA intervient au Sud-Kivu (Bunyakiri, Mulungu) et au Maniema (Salamanbila). MSF OCA est actif à Mweso, Walikale et Goma (camps de déplacés, VVS, WASH), avec une mission au Sud-Kivu et un pool d'urgence. MSF OCG est présent en Ituri (Drodro, Angumu, Bunia) et mène des réponses épidémiques dans le Tshopo et les provinces voisines. Enfin, MSF WaCA est actif à Kinshasa (projet handicap), à Gemena (Sud Ubangi) et à Goma (choléra, appui à un centre de santé).

PROJET : RUTSHURU

■ Historique du projet

MSF est présent dans le territoire de Rutshuru depuis octobre 2005, avec des activités centrées sur les urgences médicales et chirurgicales, la malnutrition, la santé sexuelle et reproductive, les épidémies et les soins de santé primaires. Jusqu'en 2017, MSF soutenait l'ensemble des services de l'Hôpital Général de Référence (HGR) de Rutshuru. Après un retrait partiel, MSF a repris en 2018 une collaboration ciblée sur certains services médicaux, en partenariat avec le ministère de la Santé publique.

L'HGR bénéficie également d'un appui financier complémentaire de l'Union Européenne via EUP-FASS et d'un soutien technique de l'Université Libre de Belgique, dans le cadre de la stratégie de Couverture Santé Universelle.

La crise humanitaire liée aux affrontements entre le M23 et les forces gouvernementales en 2022-2023 a provoqué d'importants déplacements de population. Un projet d'urgence a été lancé dans la zone de santé de Rwanguba, évacué temporairement, puis réactivé de mai 2023 à février 2024 avec un appui à trois centres de santé. Un plan pluriannuel 2024-2026 a été élaboré avec l'HGR pour structurer les interventions futures.

Le projet Rutshuru de MSF vise à améliorer la qualité des soins dans la zone de santé de Rutshuru, en renforçant les ressources humaines et matérielles, les pratiques médicales, et la relation patient.

■ Configuration du projet

MSF intervient à l'Hôpital Général de Référence (HGR) de Rutshuru sur les services d'urgences, soins intensifs, chirurgie, l'unité nutritionnelle thérapeutique intensive (UNTI), soins pour les victimes de violences sexuelles, contraception et soins d'avortement sécurisé, ainsi que sur des services transversaux (laboratoire, stérilisation, imagerie, buanderie, prévention et contrôle des infections, promotion de la santé, etc.). L'hôpital dispose de 134 lits, avec des capacités supplémentaires en période de pic.

En périphérie, MSF soutient quatre centres de santé (Kalengera, Kinyandoni, et deux autres pour les activités liées aux violences sexuelles) avec des activités de santé primaire, nutrition, victimes de violences sexuelles et avortements sécurisés. Jusqu'en février 2024, trois centres de santé de la zone de Rwanguba ont également été appuyés. Un système de référencement est en place avec les hôpitaux de Bambo, Kibirizi, Binza et Rwanguba.

■ Bilan 2024

En 2024, la qualité des soins à l’HGR a été renforcée à travers la mise en œuvre de la Stratégie Pluriannuelle. Des actions concrètes ont été menées : création d’un comité de prévention et contrôle des infections, renouvellement des infrastructures (vestiaires, mobilier, tenues), formation à la stérilisation, et accréditation hospitalière. La prise en charge de la douleur a été améliorée via des formations hebdomadaires.

La stratégie communautaire a été renforcée dans quatre centres de santé pour la nutrition et deux pour les victimes de violences sexuelles, avec des travaux de réhabilitation à Kalengera et Kinyandoni. Des avancées ont été réalisées sur la gestion des abus (formations au personnel de l’hôpital et des centres de santé, mise en place d’un bureau de plaintes et d’une ligne verte), les infrastructures (mezzanine pharmacie, plateforme multi-épidémique, gestion des déchets), et le développement du personnel (formations médicales, logistiques, sécurité).

Rutshuru	2021	2022	2023	2024
Nb de passage aux urgences	9 384	12 492	10 250	11 047
Nb d’actes chirurgicaux	6 373	7 418	5 699	5 463
Nb d’admissions en chirurgie	2 232	2 709	2 251	2 356
Nb de passages en soins intensifs	1 066	1 118	1 066	1 127
Nb d’admissions en nutrition ambulatoire (UNTA)	1 986	2 413	2 376	1 752
Nb d’admissions en nutrition intensive (UNTI)	1 109	1 357	975	1 187
Nb de cas de violences sexuelles	457	337	330	1 507
Nb d’avortement sécurisés	12	36*	144	255

Le projet de Binza, mis en œuvre à l’Hôpital Général de Référence de la paroisse et dans quatre centres de santé, offrait une prise en charge complète incluant les consultations infirmières, une unité nutritionnelle thérapeutique ambulatoire (UNTA), la contraception, les soins pour violences sexuelles et avortements sécurisés, la vaccination, ainsi que des services d’urgence, hospitalisation pédiatrique, soins intensifs néonataux, laboratoire et santé mentale.

Il a été fermé en septembre 2024 en raison de l’évolution du contexte. Néanmoins, la couverture de la zone de santé de Binza se poursuit depuis Rutshuru, notamment pour les activités liées aux violences sexuelles et aux avortements sécurisés.

+	2021	2022	2023	2024
Nb de passage aux urgences	5 008	5 291	5 982	4 095
Nb d’admissions en nutrition ambulatoire (UNTA)	436	2 203	2 388	1 898
Nb d’admissions en nutrition intensive (UNTI)	338	583	664	475
Nb d’admissions en pédiatrie	3 603	4 257	3 950	2 178
Nb de cas de violences sexuelles	270	462	745	518
Nb d’avortements sécurisés	10	446	1 140	991

PROJET : BAMBO

■ Historique du projet

Début 2017, des conflits intercommunautaires ont éclaté dans le nord-ouest du territoire de Rutshuru et le sud de Lubero, provoquant des déplacements massifs avec un regroupement communautaire : les

Hutu à Bambo, les Nandé à Kibirizi. MSF a lancé le projet « KIBA » en 2018 pour soutenir ces deux zones de santé. Entre 2019 et 2022, le projet a été géré à distance depuis Rutshuru en raison de l'insécurité. Début 2022, KIBA devient autonome du projet Rutshuru, avec Bambo comme base principale. Fin 2022, l'offensive du M23 et le massacre de Kishishe entraînent une crise majeure dans la zone. MSF décide alors de scinder KIBA en deux projets distincts : Bambo et Kibirizi.

Le projet Bambo vise à améliorer l'accès aux soins de santé primaire et la qualité de la prise en charge médicale dans un contexte marqué par l'instabilité sécuritaire, la dégradation du système de santé et la crise nutritionnelle. Il couvre directement 70 000 personnes, soit 32 % de la population de la zone de santé.

En 2024, l'éloignement des lignes de front permet une relative stabilisation, malgré les séquelles de deux années d'instabilité sécuritaire.

■ Configuration du projet

Le projet est organisé autour de l'Hôpital Général de référence de Bambo et de quatre centres de santé (Mushababwe, Faraja, Kirumba et Kishishe).

Les centres de santé comprennent des services de consultation infirmières, une unité nutritionnelle thérapeutique ambulatoire (UNTA), des services de contraception, de prise en charge de violences sexuelles et d'avortements sécurisés, et de santé mentale. Ils gèrent également des activités de vaccination de routine et de relais communautaire. Ils réfèrent les patients sur l'hôpital de Bambo. Celui-ci comprend des services d'urgences, d'observation/stabilisation, de soins intensifs (20 lits), d'hospitalisation pédiatrique (38 lits), de santé mentale, de prise en charge des violences sexuelles ainsi qu'une unité nutritionnelle thérapeutique intensive de 20 lits (UNTI) et un laboratoire. Il dispose également d'un isolement épidémique avec 9 lits dédiés à la prise en charge du choléra et 32 lits à la rougeole. Il peut référencer des patients sur l'hôpital de Rutshuru.

■ Bilan 2024

Au cours de l'année 2024, plusieurs avancées concrètes ont été enregistrées dans la mise en œuvre des activités du projet. Une meilleure gestion des ressources a été rendue possible grâce à la rationalisation de l'utilisation des intrants médicaux et du matériel biomédical. Le centre de santé de Kishishe, qui avait été gravement affecté par des actes de pillage et contraint de fermer entre octobre 2023 et février 2024, a pu rouvrir et reprendre ses services, marquant une étape importante vers le rétablissement des soins dans cette zone.

L'introduction de l'outil numérique E-care a par ailleurs permis d'améliorer sensiblement la qualité des diagnostics, en particulier pour les infections respiratoires aiguës, tout en réduisant la consommation d'antibiotiques, contribuant ainsi à une approche plus rationnelle des traitements. Des améliorations notables ont également été apportées à la prise en charge des victimes de violences sexuelles, notamment grâce à une réorganisation des parcours de soins dans les centres de santé.

Malgré ces progrès, l'année a également été marquée par plusieurs difficultés. La mise en place d'un modèle intégré de soins pour les maladies chroniques dans les services de consultation n'a pas pu être réalisée, comme cela avait déjà été le cas en 2023. Le soutien attendu aux campagnes de vaccination, tant de routine que de riposte, n'a pas été effectif en raison des déplacements répétés de la population. En ce qui concerne les violences sexuelles, des retards dans la prise en charge persistent, et certaines zones restent encore en dehors du circuit de soins.

Enfin, des blocages dans l’approvisionnement en vaccins ont entravé la riposte à l’épidémie de rougeole survenue au cours de l’année.

	2021	2022	2023	2024
Nb de passages aux urgences	3 669	5 377	9 158	8 258
Nb de consultations	40 099	54 952	107 376	119 778
Nb d’admissions en nutrition ambulatoire (UNTA)	1 575	2 493	3 763	3 628
Nb d’admissions en nutrition intensive (UNTI)	514	893	1 382	1 446
Nb d’admissions en pédiatrie	1 869	2 437	4 856	6 354
Nb de cas de violences sexuelles	143	200	412	873
Nb d’avortements sécurisés	22	162	344	298

PROJET : KIBIRIZI

■ Historique du projet

Début 2017, des conflits intercommunautaires ont éclaté dans le nord-ouest du territoire de Rutshuru et le sud de Lubero, provoquant des déplacements massifs avec un regroupement communautaire : les Hutu à Bambo, les Nandé à Kibirizi. MSF a lancé le projet « KIBA » en 2018 pour soutenir ces deux zones de santé. Entre 2019 et 2022, le projet a été géré à distance depuis Rutshuru en raison de l’insécurité. Début 2022, KIBA devient autonome du projet Rutshuru, avec Bambo comme base principale. Fin 2022, l’offensive du M23 et le massacre de Kishishe entraînent une crise majeure dans la zone. MSF décide alors de scinder KIBA en deux projets distincts : Bambo et Kibirizi.

L’objectif du projet est de garantir un accès gratuit à des soins de qualité pour les populations affectées par les conflits.

Début 2024, l’intensification des combats entre le M23 et les FARDC dans la cité de Kibirizi provoque de nouveaux déplacements de populations vers le Sud-Lubero (Kirumba, Kayna, Alimbongo) et l’évacuation des équipes MSF. En juillet, la prise de contrôle de ces cités par le M23 entraîne le retour massif des déplacés à Kibirizi, suivi du redéploiement des équipes MSF, alors que la ligne de front s’éloigne.

■ Configuration du projet

Le projet Kibirizi s’inscrit dans une collaboration permanente entre l’Hôpital Général de Référence (HGR), le Centre de Santé de Référence (CSR) de Kibirizi et cinq centres de santé (Kalongé, Kibingu, Kashalira, Kasoko et le CSR Kibirizi).

Les centres de santé comprennent des services de consultations, une unité nutritionnelle thérapeutique ambulatoire (UNTA), des services de contraception, de prise en charge de violences sexuelles et d’avortements sécurisés, et de vaccination. Ils réfèrent les patients sur l’hôpital de Kibirizi.

Celui-ci comprend des services de triage et d’urgences, de soins intensifs (10 lits), d’hospitalisation pédiatrique (20-30 lits), de santé mentale, de prise en charge des violences sexuelles ainsi qu’une unité nutritionnelle thérapeutique intensive (UNTI) de 15 à 30 lits selon les pics et un laboratoire. Il dispose également d’un isolement épidémique avec 15 lits dédiés à la prise en charge du choléra ou de la rougeole.

■ Bilan 2024

L'année 2024 visait à stabiliser le projet, avec un accent porté sur la qualité des soins. Malgré un contexte sécuritaire très instable, des impacts positifs sont observés sur les services hospitaliers, nutritionnels, victimes de violences sexuelles et soins d'avortements sécurisés, notamment grâce au remboursement des transports. Les critères d'admissions aux services de consultation ont été recentrés sur les moins de 15 ans.

Dans le cadre de l'approche centrée sur le patient, un personnel d'accueil dédié au sein de l'Hôpital Général de Référence assure la sensibilisation des patients afin de favoriser leur compréhension et leur implication dans la prise en charge de leur santé. Au niveau communautaire, ce rôle est assuré par les relais communautaires, qui œuvrent le long des axes pour promouvoir les mêmes principes auprès des populations locales.

Les mouvements de population liés aux combats ont fortement réduit l'activité, en particulier à Kalongé et à l'hôpital, où près de 90 % des habitants ont fui. Les admissions en nutrition, pédiatrie et urgences sont restées faibles au premier semestre. Malgré cela, l'approche centrée sur le patient et la présence continue de MSF ont permis de maintenir une réponse médicale dans un contexte de grande vulnérabilité.

	2021	2022	2023	2024
Nb de passages aux urgences	7 187	6 892	7 462	5 547
Nb de consultations	43 681	53 329	125 497	113 913
Nb d'admissions en soins intensifs				976
Nb d'admissions nutrition UNTA	1 052	1 343	1 774	1 084
Nb d'admissions nutrition UNTI	475	548	1 174	679
Nb admissions pédiatrie	5 301	4 373	3 824	3 265
Nb de cas de violences sexuelles	86	191	819	2 945
Nb d'avortements sécurisés	0	69	489	1 133

PROJET : GOMA

■ Historique du projet

Lancé en 2015, le projet VIH de MSF à Goma a permis d'améliorer l'accès au diagnostic et aux soins pour les personnes vivant avec le VIH, en collaboration avec le Ministère de la Santé. En 2023, après avoir atteint ses objectifs, MSF a transféré les activités VIH aux structures nationales.

Entre novembre 2022 et mars 2024, la reprise et l'intensification des combats entre les forces armées congolaises (FARDC) et le groupe armé M23 dans le Nord-Kivu ont provoqué plusieurs vagues de déplacements massifs vers Goma et ses environs. Ces mouvements successifs ont débuté par la création de sites de déplacés sur l'axe nord (notamment à Kanyaruchinya) en novembre 2022, suivie d'un second afflux sur l'axe ouest entre janvier et février 2023. Après une relative stabilisation des populations à mi-2023, une nouvelle détérioration sécuritaire à l'automne a entraîné un afflux supplémentaire de déplacés vers Goma et Sake. En février 2024, les offensives du M23 ont vidé les sites de Sake et Bweremana, entraînant le déplacement de plus de 46 000 ménages vers Goma et Minova et la création d'une dizaine de camps informels supplémentaires.

À la fin de l'année 2024, le nombre de personnes déplacées dans la périphérie de Goma était estimé entre 600 000 et 800 000. La grande majorité vit dans des camps surpeuplés et précaires, tandis qu'un plus petit nombre est accueilli dans des structures collectives (écoles, églises) ou par des familles hôtes – une configuration moins fréquente que dans d'autres parties du Nord-Kivu. Une enquête nutritionnelle et de mortalité menée en 2024 dans plusieurs sites (Rusayo, Shabindu, Elohim) a mis en évidence une dégradation alarmante des conditions de vie et des indicateurs de santé. L'intensification du conflit depuis octobre 2023 a accru la pression sur un système de santé déjà fragile, aggravé par des lacunes structurelles et une réponse humanitaire insuffisante.

Les besoins les plus urgents exprimés par les populations déplacées concernent l'accès à l'eau, à la nourriture, à l'assainissement et à un hébergement décent. Les conditions sanitaires dans les camps informels sont particulièrement préoccupantes, avec un risque élevé d'épidémies, notamment de choléra. La présence d'hommes armés dans ou autour des sites contribue à une insécurité accrue et à une recrudescence des violences, y compris sexuelles.

Face à cette situation, MSF OCP a réorienté ses activités et déployé des interventions d'urgence dans trois camps à Goma.

■ Configuration du projet et bilan 2024

Le projet s'est initialement appuyé sur 3 centres de santé (Rusayo, Kashaka, Lac Vert Bulengo) avec des services de consultations médicales, de santé mentale, de prise en charge des survivantes de violences sexuelles et d'avortements sécurisés. Compte-tenu de l'ampleur des besoins, ces dernières ont été étendues à deux autres centres de santé (CCLK, Murara)

En parallèle, un soutien a été apporté à l'Hôpital Général de Référence de Kyeshero, incluant la pédiatrie, et réponse aux afflux de blessés avec une prise en charge chirurgicale limitée aux cas moins graves.

La prise en charge de la malnutrition a été organisée en utilisant des postes de santé avancés dans les camps de Rusayo, Kashaka et Lac Vert Bulengo pour la malnutrition aiguë sévère et le centre de santé de Kashaka pour la malnutrition aiguë modérée. La prise en charge de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complications a été gérée depuis l'unité nutritionnelle thérapeutique intensive (UNTI) de l'hôpital de Kyeshero.

Des actions dans le domaine de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement (WASH) ont également été réalisées.

	2024
Nb de consultations générales	88 147
Malnutrition aiguë sévère	4 252
Malnutrition aiguë modérée	4 148
Nb d'admissions en nutrition intensive (UNTI)	1 525
Nb de cas de violences sexuelles	16 597
Nb d'avortements sécurisés	781

PROJET : URGEPI

■ Historique du projet

Les provinces du Grand Katanga sont régulièrement touchées par des épidémies de rougeole et de choléra, malgré des taux de couverture vaccinale administratifs supérieurs à 95 %. Ces épidémies

récurrentes, tous les 1 à 2 ans, s'expliquent par une couverture réelle souvent insuffisante, un accès limité aux soins, le non-respect par le gouvernement des engagements de co-financement des Activités de Vaccination Supplémentaire (AVS), et un système de surveillance défaillant. En réponse, MSF OCP a lancé en 2018 le projet URGEPI, avec pour objectif de développer des stratégies permettant d'agir en amont pour réduire la fréquence des épidémies, en partenariat avec les autorités sanitaires. Depuis son ouverture, le projet a géré plusieurs épidémies de rougeole, tout en expérimentant des approches opérationnelles adaptées, négociées avec le Ministère de la Santé et les partenaires impliqués.

■ Configuration du projet

Le projet est basé à Lubumbashi, avec des partenaires comme Epicentre, GAVI, OMS, Unicef et la Fondation Gates. Le dispositif opérationnel du projet repose sur plusieurs volets complémentaires.

En matière de surveillance et d'investigation, le projet a mis en place un système renforcé permettant une détection rapide des alertes dans 18 zones de santé considérées comme prioritaires pour la rougeole, ainsi que dans 6 zones pour le choléra. Dans les autres zones, un seuil de suivi a été maintenu, reposant sur les données transmises via le système de notification du ministère de la Santé publique.

Concernant la confirmation diagnostique, un appui spécifique est apporté aux zones prioritaires afin de réduire les délais de confirmation des épidémies. Cela se traduit par un soutien financier pour le transport des échantillons, l'approvisionnement en kits de prélèvement, ainsi qu'un appui en ressources humaines et en intrants pour assurer le bon fonctionnement des laboratoires concernés.

Sur le plan de la prévention, le projet mène chaque année des campagnes de vaccination préventive (hors contexte épidémique) dans deux zones de santé prioritaires.

Pour la riposte, une assistance opérationnelle est déployée en réponse aux flambées de rougeole et de choléra, en appui aux divisions provinciales de la santé et aux équipes des zones de santé touchées.

Enfin, un volet de recherche opérationnelle permet d'alimenter les réflexions programmatiques à travers plusieurs études (sur le choléra à Bukama, sur la faisabilité du prélèvement par goutte de sang séché, sur les tests diagnostiques rapides pour le choléra).

■ Bilan 2024

L'actualisation des critères de priorisation a permis d'identifier 18 zones à risque rougeole et 6 pour le choléra. Deux investigations rougeole et deux explorations choléra ont été menées. Deux campagnes préventives ont été réalisées dans le Tanganyika, couvrant 28 aires de santé. Deux ripostes choléra ont eu lieu dans les zones de santé de La Kenya et Kikula, et une riposte rougeole a été effectuée dans les zones de Kansimba et Manono. Le circuit de transport des échantillons a été renforcé dans le Tanganyika.

	2021	2022	2023	2024
Nb d'enfants vaccinés (riposte rougeole)	524 007	733 455	103 342	120 776
Nb d'enfants vaccinés (prévention rougeole)				61 376
Nb de cas de rougeole traités	5 164	11 021	1 732	281
Nb cas pédiatriques pris en charge (rougeole)	435	1 495	269	491
Nb d'enfants vaccinés PENT-PCV13				4 175
Nb de cas choléra pris en charge	1 892	500	2 597	1 829
Nb d'échantillons analysés	1 104	1 037	750	1 535

SOUDAN	
Type d'intervention : conflit armé	Personnels :
Nombre de projets : 2	Local : 267
Dépenses 2024 : 19 418 k€	International : 25
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB, OCBA, OCG

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

20 ans après le début de la guerre au Darfour, un nouveau conflit a éclaté au Soudan. Ce conflit trouve ses racines dans des rivalités politiques et militaires profondes. Le 15 avril 2023, l'armée soudanaise dirigée par le général Abdel Fattah al-Burhan affrontent les forces paramilitaires de soutien rapide (RSF) dirigées par Mohamed Hamdan Dagalo, également appelé général Hemedti (ancien adjoint d'al-Burhan). Créées en 2013 par l'ancien président Omar El Bechir, qui est actuellement poursuivi par la Cour pénale internationale pour crimes de guerre, crimes contre l'humanité et génocide, les FAR sont l'une des forces paramilitaires les plus puissantes du Soudan. Avant de diriger les FAR, Hemedti était le chef des Janjawids au Darfour, des combattants arabes nomades connus pour leur violence à l'encontre des tribus non arabes. Al-Burhan et Hemedti ont gouverné ensemble depuis 2019, dissolvant le gouvernement civil par un coup d'État en 2021, mais les relations étaient tendues entre eux, notamment sur le sujet de fusion de leurs forces.

Le conflit commence à Khartoum, où les RSF prennent rapidement le contrôle de nombreux quartiers. L'armée riposte par des bombardements massifs, causant de nombreuses victimes civiles. Les combats se propagent rapidement à d'autres régions, notamment le Darfour et le Kordofan. À El Geneina, la capitale du Darfour occidental, les habitants, déjà confrontés à des décennies de guerre et de déplacements forcés, sont piégés dans un cycle renouvelé de violences ethniques et d'attaques.

En août, environ 140 000 réfugiés soudanais se trouvent dans des camps surpeuplés au Soudan du Sud. En novembre, les RSF lancent une offensive au Darfour, prenant le contrôle des principales villes de la région et provoquant des massacres ethniques supplémentaires. En décembre, ils lancent de nouvelles offensives dans la région du Kordofan, avec des attaques sur Wad Medani, bastion de l'armée et capitale de l'État de Gezira. Les violences et les combats s'étendent jusqu'à Kassala, où des milliers de personnes fuient vers cette région à cause des combats à Al-Jazirah.

La guerre a exacerbé les conflits intercommunautaires, avec des massacres de masse et le déplacement des Masalit par les RSF et les milices alliées. D'autres groupes armés non arabes, tels que le Mouvement de libération du Soudan/Armée (SLM/A) et le Mouvement pour la justice et l'égalité (JEM), ont rejoint les forces de l'armée pour combattre les RSF. Le conflit est également devenu un théâtre de guerre par procuration régionale, avec l'Égypte soutenant principalement l'armée, et l'Iran fournissant des armes, y compris des drones. Les Émirats arabes unis (EAU) sont les principaux soutiens des RSF. D'autres puissances régionales ont également pris parti, avec l'Érythrée, inquiète des avancées des RSF vers ses frontières, soutenant généralement l'armée, tandis que l'Éthiopie semble favorable aux RSF.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

Le Soudan fait face à l'une des pires crises humanitaires au monde. Des milliers de personnes sont mortes dans les combats ou à cause des atrocités liées, et des millions d'autres souffrent de famine. Plus de sept millions de personnes ont été déplacées depuis avril 2023. Selon l'Organisation internationale pour les migrations, les proportions les plus élevées de personnes déplacées se trouvent dans le Darfour Sud, le Darfour Est, le Nil, Al Jazira et le Darfour Nord. De nombreux camps de déplacés sont surpeuplés, augmentant le risque d'épidémies, notamment pendant la saison des pluies.

Les besoins en soins de santé, en eau potable, en assainissement et en abris sont immenses. Le conflit a encore affaibli un système de santé déjà fragile, affectant la capacité des personnes à recevoir des traitements pour diverses maladies.

Les médicaments pour traiter les maladies chroniques sont en rupture de stock, et les structures de santé capables de prendre en charge les femmes enceintes sont extrêmement rares. La plupart ont été détruites ou endommagées par les combats, tandis que celles encore debout sont débordées, sous-équipées, manquent de personnel, de fournitures médicales et d'électricité. D'après l'Organisation mondiale de la santé, 80 % des structures sanitaires situées dans les zones de conflit ne sont plus fonctionnelles.

Parallèlement, la faim frappe des millions d'individus. Une personne sur deux ne dispose pas d'assez de nourriture, soit environ 25 millions de personnes. Le dernier rapport du Comité d'examen de la famine de l'IPC (Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire) indique que 638 000 personnes sont déjà en situation de famine ou à très haut risque d'y basculer.

PRÉSENCE MSF

Tous les centres opérationnels de MSF sont actuellement présents au Soudan, avec des interventions couvrant l'ensemble du territoire. À Khartoum et Omdurman, MSF soutient plusieurs hôpitaux et centres de santé malgré un contexte sécuritaire extrêmement tendu, notamment à Bashair (OCB), au Turkish Hospital (OCP), à Kalakla (OCBA), à Saudi et Saed Al Shuhada, ainsi que dans les quartiers est de la capitale (OCG) et à Thawra 76 pour la réponse WASH (OCA).

Dans les États du Nil Blanc, de Gedaref et de Kassala, les équipes mènent des réponses aux épidémies de choléra, de paludisme, de dengue, ainsi qu'une prise en charge nutritionnelle et des soins de santé primaire. Les camps de Tanedba, Um Rakuba, Gedaref ville et Al Fao font également l'objet d'interventions en faveur des déplacés. À Atbara (État du Nil), MSF poursuit ses activités hospitalières et d'urgence.

À l'ouest, la présence est particulièrement marquée dans les cinq régions du Darfour, avec des projets en cours à El Geneina, Foro Baranga, Kreinik, Mornei, Zamzam, Tawila, Sortony, Rokero, Zalingei, ainsi que dans plusieurs localités du Jebel Marra. L'offre de soins va de la prise en charge nutritionnelle aux hospitalisations adultes et pédiatriques, en passant par les urgences, la maternité, les épidémies et les activités communautaires.

Dans le Sud et l'Ouest Kordofan, MSF intervient à Tujur, dans la zone de Jabal occidental et à Muglad, tandis que dans le Nil Bleu, l'hôpital d'Ad-Damazine et des cliniques mobiles assurent une couverture sanitaire dans les zones reculées.

PROJET : KHARTOUM

■ Historique du projet

Le projet de Khartoum a été lancé fin mai 2023, en réponse à l'éclatement de la guerre. Le secteur de la santé soudanais, déjà fragile avant le conflit, a vu sa situation se détériorer de manière drastique, avec un effondrement des services publics dans de nombreuses régions. Les structures de santé souffrent d'un manque de matériel, de personnel, et d'un accès limité pour les habitants en raison de l'insécurité et des difficultés financières. Dans la capitale soudanaise, seuls 20 à 30 % des centres de santé sont encore fonctionnels et 70% des hôpitaux sont fermés.

Ce projet vise à fournir des soins médicaux d'urgence et un soutien nutritionnel aux populations touchées par le conflit, tout en réhabilitant les infrastructures de santé pour assurer la continuité des soins.

■ Configuration du projet

Dans une première phase, MSF a concentré ses efforts sur les services d'urgences et de chirurgie de l'hôpital turc, en renforçant les équipes médicales, en réduisant les pénuries de matériel et de médicaments, et en travaillant à améliorer la qualité des soins. Lors de certains pics de violence en 2023, les équipes de l'hôpital ont accueilli plus de 100 patients par jour, majoritairement des femmes et des enfants. Beaucoup arrivaient dans un état critique, à un stade avancé de la maladie, après avoir traversé les lignes de front à pied et parcouru plusieurs kilomètres pour atteindre l'établissement.

Dans un second temps, MSF a élargi son soutien à d'autres services hospitaliers à forte mortalité, notamment la médecine interne, la gynécologie-obstétrique et la pédiatrie.

Parallèlement, MSF a appuyé la remise en fonctionnement et le renforcement du réseau d'ambulances, afin d'assurer le transfert des blessés vers les structures de santé, dans les limites permises par la situation sécuritaire. L'organisation a également contribué à l'approvisionnement de plusieurs structures sanitaires, soit pour les rouvrir, soit pour pallier des ruptures, mais aussi pour le suivi des maladies non transmissibles et pour la santé sexuelle et reproductive.

PROJET : DARFOUR NORD

■ Historique du projet

L'État du Darfour-Nord est ravagé par la violence, entraînant le déplacement massif de la population, à la fois à l'intérieur et en dehors de la région. Près des lignes de front, les rares structures de santé encore fonctionnelles peuvent être submergées lorsque les combats sont les plus intenses.

L'insécurité et les difficultés d'accès qui en découlent peuvent entraîner des pénuries de personnel et de matériel et, parfois, rendre l'accès aux installations de santé impossible pour les travailleurs humanitaires.

Lancé en 2022, le projet vise à fournir des soins médicaux d'urgence et un soutien nutritionnel aux populations touchées par le conflit, tout en réhabilitant les infrastructures de santé locales pour assurer une continuité des soins. MSF assure également des interventions chirurgicales pour les blessés de guerre dans un hôpital à El Fasher, au Nord-Darfour, et soutient d'autres installations offrant des soins aux traumatisés à Omdurman, au nord-ouest de Khartoum.

Le camp de Zamzam, situé à une demi-heure d'El Fasher, abrite entre 120 000 et 485 000 personnes, selon les estimations. Il est le plus grand camp de déplacés du Soudan (peut être même d'Afrique). Les enquêtes nutritionnelles rapides menées entre le 1er octobre 2023 et la mi-janvier 2024 ont révélé des taux de malnutrition bien au-dessus des seuils d'alerte. Chez les enfants, le taux de malnutrition aiguë globale est de 23% et le taux de malnutrition aiguë sévère est de 7%. Chez les femmes enceintes et allaitantes, le taux de malnutrition aiguë globale est de 40%. Le taux de mortalité brut dans le camp est de 2,5 décès pour 10 000 personnes par jour.

Face à cette situation critique, MSF lance une intervention d'urgence dans le camp de Zamzam où l'on estime que 300 000 à 500 000 personnes se réfugient en 2023 et soutien la prise en charge hospitalière dans la région depuis le South Hospital et le Pediatric Hospital à El Fasher.

■ Configuration du projet

Au South Hospital, le service de maternité a été renforcé pour gérer les complications obstétricales et fournir des soins prénatals et postnatals. Les soins d'urgence et les interventions chirurgicales ont été renforcés pour traiter les traumatismes.

Au Pediatric Hospital, c'est dans la gestion des admissions pédiatriques et les soins intensifs pour enfants que MSF s'est investi, en réhabilitant les infrastructures existantes, ce qui a permis d'accroître la capacité d'accueil et la qualité des soins. MSF a également ouvert un centre de consultations externes à El Fasher pour répondre aux besoins de santé primaire et de nutrition.

Dans les camps de déplacés de Zamzam, MSF a mis en place des consultations générales pour adultes et enfants, des soins prénatals et postnatals, et la détection et prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et modérée. Des activités WASH (eau, assainissement et hygiène) ont été mises en œuvre pour améliorer les conditions de vie et prévenir les maladies. Un hôpital de 70 lits a été ouvert en mars 2024 à Zamzam comprenant services de consultations externes, urgences, prise en charge de la malnutrition aiguë modérée, pédiatrie, malnutrition aiguë sévère avec complications et gynécologie-obstétrique.

Pour la surveillance épidémiologique, un suivi actif des tendances de maladies infectieuses comme le paludisme et la dengue a été instauré, ainsi que des mesures de prévention et de contrôle pour limiter les épidémies.

Bilan 2024

■ Situation globale

L'année 2024 s'est déroulée dans un contexte sécuritaire extrêmement dégradé, marqué par de fortes restrictions de mouvement, des couvre-feux précoces, ainsi que par les sièges de Khartoum et d'El Fasher, qui ont lourdement affecté la mise en œuvre des activités.

L'approvisionnement a été bloqué à destination de ces deux villes, notamment par l'interception des camions en provenance de Kabkabiya par les Forces de soutien rapide entre le 2 juillet et le 25 septembre. Par ailleurs, de grandes difficultés ont été rencontrées pour l'obtention de visas et d'autorisations de déplacement, ce qui a directement impacté le déploiement du personnel et la réactivité face aux urgences.

Les équipes ont été particulièrement exposées. Des épisodes de violence ont conduit à une évacuation de l'équipe internationale d'El Fasher à la mi-mai, ainsi qu'à la suspension des activités de l'hôpital turc et au retrait de des équipes locales et internationale le 3 juillet. La gestion à distance des projets, avec des équipes locales en sous-effectif et confrontées à d'importants problèmes de communication (réseau instable et barrière linguistique), a compliqué la coordination et l'exécution des actions.

Malgré ce contexte, le maintien des opérations à Khartoum et au Darfour-Nord constitue un véritable succès, alors même que ces zones représentaient les deux épicentres des crises en 2024.

À Khartoum, le retrait de l'hôpital turc en juillet 2024, suivi d'un appui jusqu'en février 2025, a été source de frustration mais il représentait le minimum d'action possible dans une situation aussi contrainte.

■ Darfour Nord

Jusqu'en mai 2024, la ville d'El Fasher, sous contrôle du SLA-Minni Minawi (MM) et des Forces conjointes, était restée relativement à l'écart des affrontements. Cette situation a basculé lorsque MM a annoncé son soutien aux Forces armées soudanaises (SAF), provoquant une attaque des Forces de soutien rapide (RSF) et le déclenchement du siège d'El Fasher et du camp de Zamzam. Ce tournant sécuritaire a contraint les équipes de MSF à se replier sur le camp de Zamzam, seul espace encore partiellement accessible dans la région.

Face à la dégradation rapide de la situation, l'hôpital Sud et le centre pédiatrique Babiker ont été fermés dès mai, tandis que les activités ont été temporairement relocalisées vers l'hôpital Saudi (chirurgie) et Saed Al Shuhada (pédiatrie) en juin. En juillet, les conditions de sécurité ont conduit au retrait complet des équipes d'El Fasher. Le siège a également entraîné de sévères interruptions d'activités humanitaires entre août et octobre, touchant notamment la prise en charge nutritionnelle et les consultations ambulatoires adultes.

Dans le camp de Zamzam, la réponse humanitaire s'est intensifiée dans un premier temps. La capacité de prise en charge nutritionnelle a été renforcée avec l'extension du centre nutritionnelle thérapeutique ambulatoire (ATFC) existant, l'ouverture d'un hôpital et la mise en place d'un second centre ATFC. Deux interventions majeures ont marqué cette période : une campagne de vaccination contre la rougeole, qui a couvert 35 000 personnes, et une distribution alimentaire au profit de 52 000 bénéficiaires. Toutefois, à partir de décembre 2024, les bombardements du camp ont entraîné l'arrêt des activités dans certaines zones, avant une suspension totale des interventions en février 2025, suite à l'intensification des combats.

Dans ce contexte d'accès restreint, l'ouverture du projet de Tawila en octobre 2024 a constitué une adaptation stratégique majeure. Située dans une zone relativement épargnée par les combats, sous l'autorité du SLM–Abdel Wahid (SLM-AW), Tawila accueillait environ 120 000 habitants, dont 50 000 déplacés internes nouvellement arrivés. Vidée de sa population entre juin et août 2023 à la suite d'une attaque des RSF, la ville avait été progressivement réinvestie. Une mission exploratoire menée par MSF a mis en évidence l'absence quasi totale d'acteurs humanitaires et un système de soins rudimentaire, reposant uniquement sur des volontaires locaux.

Une enquête nutritionnelle réalisée en juillet 2024 par le Patient Helping Fund, avec le soutien d'Action contre la Faim, a révélé une situation alarmante : 35 % de malnutrition aiguë globale, dont 12,8 % de malnutrition sévère. Ces résultats ont confirmé la nécessité d'un déploiement rapide. Dès les premières semaines du projet, l'hôpital de Tawila a été entièrement réhabilité, et l'ensemble des services essentiels ont été remis en fonctionnement : consultations externes, urgences, médecine adulte, pédiatrie, gynécologie-obstétrique, bloc opératoire, nutrition ambulatoire et intensive. Parallèlement, trois campagnes de dépistage nutritionnel massif, accompagnées de distributions de suppléments thérapeutiques, ont permis de réduire la prévalence de la malnutrition de 30 % à 15 %.

Enfin, dans l'est du pays, MSF a également apporté une réponse à l'épidémie de choléra déclarée le 12 août 2024, avec le démarrage d'un projet à Wad El Heliew et Kassala le 23 août, permettant l'admission de 3 100 patients dans les centres de traitement du choléra (CTC).

Khartoum	2023	2024
Nb total de consultations	26 170	44 900
<i>Dont consultations anténatales</i>	4 200	6 792
<i>admissions en unité nutritionnelle ambulatoire</i>	4 536	n/a
Nb total d'hospitalisations	2 335	5 704
Nb de passage en salle d'urgence	13 163	12 857
Nb d'accouchements	1 111	1 539
Nb d'interventions chirurgicales	716	910

El Fasher, Zamzam, Tawila	2023	2024
Nb total de consultations	126 413	249 263
<i>Dont consultations anténatales</i>	17 362	19 436
<i>admissions en unité nutritionnelle ambulatoire</i>	2 355	20 637
<i>paludisme</i>	29 783	34 268
Nb total d'hospitalisations	7 871	8 853
<i>Dont admissions en unité nutritionnelle intensive</i>		907
Nb de passage en salle d'urgence	8 113	12 502
Nb d'interventions chirurgicales	452	622
Nb de doses – vaccination de routine	33 296	29 325

SOUDAN DU SUD	
Type d'intervention : accès aux soins, réponse aux urgences	Personnels : Local : 683 International : 50
Nombre de projets : 2	Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB, OCBA, OCG
Dépenses 2024 : 20 561 k€	
Financements institutionnels : aucun	

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Treize ans après son indépendance, le Soudan du Sud reste confronté à de profondes fragilités structurelles. Malgré la signature de l'accord de paix de 2018 et la formation d'un gouvernement de transition en 2020, les échéances politiques ont connu de nouveaux reports. Faute de progrès sur des prérequis clés (armée unifiée, recensement, réforme constitutionnelle, sort des déplacés), les élections prévues en décembre 2024 ont été repoussées à décembre 2026. La transition a ainsi été prolongée jusqu'en février 2025, puis à nouveau pour deux années supplémentaires.

Sur le plan politique, l'instabilité persiste, caractérisée par des remaniements fréquents, une gouvernance fragile, des tensions ethno-politiques, et des luttes pour l'accès au pouvoir. Bien qu'aucun conflit armé majeur n'ait été signalé en 2024, des violences localisées restent préoccupantes : affrontements intercommunautaires, vols de bétail, conflits fonciers et attaques de représailles se multiplient, notamment dans certaines régions où des groupes armés non-signataires de l'accord de paix demeurent actifs. L'insécurité est également nourrie par une hausse de la criminalité, en particulier dans l'Équatoria central, dans un contexte de dégradation économique sévère.

La crise économique s'est en effet accentuée en 2024. La livre Sud-Soudanaise a subi une forte dévaluation sur le marché noir, tandis que les salaires des fonctionnaires, y compris les forces de sécurité, n'ont pas été versés depuis près d'un an. Le conflit au Soudan voisin a par ailleurs entraîné des perturbations majeures des pipelines pétroliers, sur lesquels repose 90 % du budget de l'État, et provoqué un afflux de réfugiés et de rapatriés. Les pressions sur les ressources locales et l'insuffisance du financement humanitaire aggravent encore la situation.

Dans ce contexte, les acteurs humanitaires continuent de faire face à de nombreuses entraves, entre attaques contre les convois, extorsions, obstacles administratifs et climat d'insécurité ambiant. Malgré tout, la situation sécuritaire globale en 2024 est restée relativement stable par rapport à l'année précédente.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

Le système de santé Sud-Soudanais est structurellement sous-financé, reposant quasi exclusivement sur l'aide internationale. L'accès aux soins est extrêmement limité, avec un ratio alarmant d'un médecin pour 65 000 habitants, une couverture vaccinale inférieure à 50 % et des indicateurs sanitaires parmi les plus mauvais au monde, notamment une mortalité maternelle et infantile très élevée. Plus de 70 % des structures de santé sont quasiment dysfonctionnelles, souffrant d'un manque critique de personnel, d'infrastructures et de fournitures essentielles.

Des épidémies récurrentes de rougeole, d'hépatite E, de kala-azar, de méningite et de malnutrition affectent régulièrement le pays. La situation nutritionnelle reste préoccupante, avec des taux de malnutrition aiguë globale (MAG) entre 15 et 25 % dans de nombreuses régions.

Le désengagement des bailleurs internationaux accentue les tensions sur le système de santé. En 2023, le Health Pooled Fund (HPF), principal mécanisme de financement du secteur, s'est retiré de 8 des 10 hôpitaux du pays après s'être désengagé de plus de 200 centres de santé primaires en 2022. En juillet 2024, le programme HSTP (Health Sector Transformation Project), piloté par l'UNICEF, a remplacé le HPF. Faute de transition efficace, de nombreuses structures ont connu dès juillet une rupture en médicaments, personnel et équipements. Le financement annuel de ce nouveau programme s'élève à 130 millions USD et exclut pour le moment les hôpitaux d'Etat et universitaires.

Dans le même temps, la situation humanitaire se dégrade rapidement. L'arrivée de plus de 845 000 personnes depuis le Soudan voisin (dont 75 % de rapatriés), les inondations massives de 2024 affectant plus de 1,4 million de personnes, et une épidémie de choléra ayant touché plus de 24 000 personnes dans 32 comtés, aggravent les besoins. Le déficit de financement humanitaire persiste, dans un contexte de désengagement croissant des donateurs, notamment avec la suspension de l'aide américaine.

PRÉSENCE MSF

MSF OCP a été en 1978 la première section de Médecins Sans Frontières à intervenir dans ce qui était alors le Soudan à Port-Soudan. Cinq ans plus tard, ses activités ont été étendues dans ce qui est aujourd'hui le Soudan du Sud, travaillant auprès des réfugiés ougandais et de la population locale à Yei. Actuellement, cinq des six Centres Opérationnels de MSF (OCA, OCB, OCBA, OCG et OCP) sont actifs dans le pays, gérant de 13 à 15 projets orientés sur les conséquences du conflit.

MSF est présente dans les zones contrôlées tant par le gouvernement que par l'opposition (IO), offrant des soins de santé primaires, secondaires et mobiles. OCP entretient un lien historique avec l'État du Bahr el Ghazal du Nord, où elle a commencé ses activités en 1986 dans la ville d'Aweil. De plus, OCP est présente à Old Fangak, lieu de son deuxième projet, depuis 2014. Les conflits persistants, les besoins humanitaires considérables résultant des déplacements massifs et un système de santé défaillant ou inexistant justifient l'ampleur actuelle de l'intervention de MSF. Le Soudan du Sud représente l'un des plus grands volumes opérationnels de MSF au niveau mondial, que ce soit en termes de nombre de patients, de personnel ou de programmes.

PROJET : AWEIL

■ Historique du projet

Depuis 2023, le retrait du financement du Health Pooled Fund a profondément affecté l'hôpital d'État d'Aweil (ASH), entraînant des pénuries critiques de médicaments et de matériel médical. Cette situation a compromis le fonctionnement de plusieurs services clés, notamment les consultations externes, les hospitalisations adultes, la chirurgie et les soins prénatals. En réponse, MSF a recentré son soutien sur la chirurgie d'urgence adulte, en assurant la présence d'un anesthésiste et l'approvisionnement en médicaments peropératoires. Parallèlement, les services gérés par le ministère de la Santé restent largement dysfonctionnels, faute de ressources essentielles et d'une main-d'œuvre insuffisamment motivée.

Dans le même temps, la crise au Soudan voisin a généré un flux continu de réfugiés et de rapatriés vers le Soudan du Sud. Afin d'y répondre, MSF a mis en place en juin 2023 une unité de consultation externe dans le site d'accueil de Wedweil, destinée à prendre en charge les besoins médicaux des populations réfugiées et des communautés hôtes.

■ Configuration du projet

MSF soutient l'Hôpital d'État d'Aweil, un établissement de référence régional du Ministère de la Santé, en offrant des soins d'urgence maternels et pédiatriques pour les enfants de moins de 15 ans atteints de maladies graves nécessitant une hospitalisation, ainsi qu'une clinique de consultation externe pour le diabète de type 1. Les services médicaux auxiliaires incluent une banque de sang, un laboratoire avec microbiologie et une échographie au point de soins. Depuis 2016, MSF appuie un point de test et de traitement rattaché à la consultation externe de l'hôpital et gère un village de 72 lits dédié au traitement du paludisme pour réduire les cas graves pendant la saison de pointe.

MSF mène également des activités de sensibilisation, telles que la chimioprévention saisonnière du paludisme et le soutien saisonnier à deux établissements de consultation externe à Mapper et Nyalath pendant la saison de pointe du paludisme, ainsi que la mise en place de trois points de test et de traitement dans les unités de soins de santé primaires autour de la ville d'Aweil.

En tant qu'hôpital de référence pour l'État du Bahr el Ghazal du Nord, desservant une population de 1,3 million d'habitants, les soins de consultation externe générale, les hospitalisations pour adultes (médicales et chirurgicales), le traitement du VIH/SIDA, la tuberculose, les soins prénatals, la gestion des violences sexuelles et sexistes, la planification familiale et la santé reproductive des adolescents sont des services supplémentaires fournis par le Ministère de la Santé et d'autres acteurs de la santé. MSF sert de destination de référence pour les cas pédiatriques et maternels compliqués.

La capacité totale de l'hôpital est de 200 lits, comprenant 186 lits pédiatriques (56 pour les hospitalisations, 22 pour le centre thérapeutique nutritionnel, 10 pour l'unité de soins intensifs, 50 pour le service de chirurgie et 35 pour la néonatalogie) et 14 lits pour la maternité. Pendant les pics d'activité saisonniers récurrents notamment dues au paludisme, l'hôpital peut étendre sa capacité de 72 à 100 lits supplémentaires. MSF gère également le service des urgences (comprenant 2 postes de consultation, 2 lits de soins critiques et 5 lits d'observation), le bloc opératoire (2 salles d'intervention) ainsi qu'une clinique spécialisée pour les patients atteints de diabète de type 1.

■ Bilan 2024

L'État du Northern Bahr el Ghazal est régulièrement touché par des flambées de rougeole, liées aux déplacements de populations non vaccinées.

Lancée en juin 2023, une réponse d'urgence spécifique a été mise en place auprès de ces populations. Elle s'est achevée en mars 2024 avec plus de 26 500 consultations générales et 1 850 consultations de santé sexuelle et reproductive réalisées.

Une campagne de vaccination couvrant les cinq comtés de l'État, menée conjointement par le ministère de la Santé et l'OMS en mai 2024, a permis de réduire temporairement les admissions, en particulier à l'approche de la saison des pluies.

La fin du financement du Health Pooled Fund a entraîné la fermeture ou la mise en veille de nombreux centres de santé, tandis que les retards dans le déploiement du nouveau programme Health Sector Transformation Project (HSTP) ont laissé ces structures sans approvisionnement en médicaments. Cette rupture du système de santé primaire a entraîné une hausse importante des cas de malnutrition aiguë

sévère, avec une augmentation continue des admissions en unités de traitement intensif au cours des deux dernières années. L'année 2024 a été particulièrement marquée par un pic nutritionnel plus sévère qu'en 2022 et 2023, aggravé par la recrudescence du paludisme – principale comorbidité – et une résurgence de la rougeole.

Face à cette situation, les équipes MSF sont intervenues à plusieurs niveaux : prise en charge des cas sévères à l'hôpital d'Aweil, activités de sensibilisation communautaire, et réponse aux urgences telles que les épidémies de rougeole (1 826 cas traités) ou les afflux massifs de blessés. L'unité de consultation externe installée à Wedweil en soutien aux populations réfugiées et hôtes a été transférée à IRC en avril 2024, une fois la situation stabilisée et la présence d'autres acteurs assurée.

En parallèle, MSF a poursuivi ses efforts pour améliorer la qualité des soins à l'hôpital. Des actions concrètes ont été menées, telles que renforcement de l'information et de l'éducation des patients, montée en compétences du personnel MSF et du Ministère de la Santé notamment en termes de prise en charge des brûlures, et tenue régulière de revues de mortalité en pédiatrie et maternité.

Pour autant, l'insuffisance de lits hospitaliers lors des pics saisonniers continue de limiter la mise en œuvre des protocoles de prévention et contrôle des infections. La défaillance des centres de santé primaires, combinée à une coordination encore fragile entre les niveaux central et local du ministère de la Santé, compromet la continuité et la qualité des soins dans la région.

Sur le plan logistique, plusieurs améliorations ont été apportées, notamment la rénovation du service de kinésithérapie, la remise en service de l'incinérateur, le renforcement de l'accès à l'eau via un nouveau forage, ainsi que l'amélioration des équipements de distribution alimentaire. Les phases I et II du projet de construction ont également été achevées, avec la réalisation de plusieurs infrastructures clés telles que la pharmacie, l'entrepôt, ainsi que la réhabilitation de la radiologie et de la buanderie.

	2021	2022	2023	2024
Nb de présentations aux urgences		27 597	28 793	31 457
Nb d'admissions pédiatriques	7 744	10 611	8 996	11 967
Nb d'admissions en néonatalogie	1 913	2 221	2 673	2 721
Nb d'hospitalisations paludisme (<15 ans)	4 618	5 487	3 676	5 933
Nb d'admissions en nutrition intensive	748	887	1 222	1 829
Nb de patients admis au bloc	3 305	4 405	5 099	5 141
Nb d'accouchements par voie basse	5 856	6 620	7 474	7 664
Nb de césariennes	198	255	288	228
Nb d'interruptions de grossesse	627	702	780	784

PROJET : OLD FANGAK

■ Historique du projet

Médecins Sans Frontières a commencé ses opérations à Old Fangak en 2014 pour répondre à l'afflux de plus de 20 000 personnes déplacées et à une demande de soutien de South Sudan Medical Relief (SSMR). Initialement, l'intervention visait à soutenir une clinique débordée par l'augmentation de la population et les événements de victimes en masse. En l'absence de système de santé fonctionnel dans

la région, MSF a élargi sa réponse d'urgence et pris un rôle de premier plan dans le centre de soins de santé primaires. Le projet s'est étendu à New Fangak en 2016, avec l'augmentation des retours de population, mais avec des opérations limitées.

Entre 2018 et 2019, le contexte s'est stabilisé, et la stratégie s'est orientée vers la sensibilisation pour atteindre les populations éloignées. Des cliniques mobiles ont été lancées le long du fleuve Phow et du Nil Blanc. Étant donné le peu d'acteurs médicaux et la difficulté d'accès aux villages, une activité communautaire a été développée pour les maladies courantes telles que le paludisme, la diarrhée et le dépistage de la malnutrition à Haat.

En 2020, les cliniques mobiles ont été suspendues en raison de lacunes en ressources humaines, et New Fangak a été transféré à World Relief. En 2022, MSF a soutenu une unité de soins de santé primaires à Toch et facilité les références depuis Paguir. En 2023, MSF a renforcé les activités de consultation externe et interne, ainsi que les cliniques mobiles dans les axes nord et sud. Les activités des unités de soins de Kuerkan, Lele et Toch ont été transférées à World Relief en 2023.

■ Configuration du projet

South Sudan Medical Relief (SSMR) et MSF sont les seuls fournisseurs de soins de santé secondaires dans l'hôpital et la région. La capacité totale de l'hôpital est de 35 lits. Les services soutenus par MSF à l'hôpital incluent les consultations générales, les urgences, les hospitalisations, y compris le centre thérapeutique nutritionnel, et la maternité. Les cliniques et services auxiliaires comprennent les consultations prénatales et postnatales, la clinique de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, le programme élargi de vaccination et les références par bateau. Les activités de sensibilisation incluent des cliniques mobiles le long du fleuve Phow et du Nil Blanc ainsi que des activités communautaires dans 20 communautés déplacées et îles.

■ Bilan 2024

Le paludisme s'est maintenu à un niveau élevé avec un taux de positivité de 78 %, en lien avec les inondations récurrentes. Une hausse des cas est attendue avec l'intensification des pluies. Des cas sporadiques de rougeole ont été signalés depuis avril, conduisant à une campagne ciblée de vaccination menée par MSF avec l'appui du ministère de la Santé. Au total, 942 enfants de moins de cinq ans ont été vaccinés dans les structures de MSF et les villages avoisinants.

L'activité VIH a connu une augmentation marquée de la file active (+64,8 %), grâce à un dépistage renforcé et à l'intégration de la prévention de la transmission mère-enfant.

MSF a également mené la réponse à une épidémie d'hépatite E déclarée en septembre 2023, avec une prise en charge médicale, des interventions WatSan et une campagne de vaccination ciblant les femmes en âge de procréer (30 480 doses administrées et 682 cas traités).

La stabilité sécuritaire le long du corridor Tonga–Atar a favorisé les activités logistiques et les référencements médicaux.

Parmi les principales réalisations, MSF a formé neuf sage-femmes, structuré un circuit de don du sang, amélioré les conditions nutritionnelles avec l'installation d'une cuisine hospitalière, renforcé les mesures de prévention et contrôle des infections via un comité dédié, et poursuivi ses efforts de sensibilisation communautaire. Logistiquement, plusieurs infrastructures médicales et administratives ont été construites ou réhabilitées, un nouveau forage a été réalisé, et la construction d'une clinique fixe à Haat est en cours.

	2021	2022	2023	2024
Nb d'admissions en hospitalisation	2 888	2 576	2 578	2 838
Nb de consultations	41 092	45 636	53 676	49 844
Nb de consultations anténatales	5 363	4 775	4 823	5 074
Nb d'accouchements	504	476	591	563
File active VIH	117	196	327	300
Nb de consultations en activités externes	4 652	26 009	48 660	10 566

SYRIE	
Type d'intervention : conflit armé	Personnels :
Nombre de projets : 2	Local : 226
Dépenses 2024 : 5 029 k€	International : 8
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCB, OCBA

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Le conflit syrien, qui s'est étendu sur plus de treize années, a engendré une crise humanitaire d'ampleur, marquée par plus de 500 000 morts et le déplacement de plus de 10 millions de personnes. À l'origine de cette guerre complexe figurent plusieurs acteurs armés, dont les forces gouvernementales soutenues par l'Iran, la Russie et des milices alliées comme le Hezbollah, ainsi qu'une mosaïque de groupes rebelles sunnites et djihadistes.

Jusqu'à fin 2024, le régime syrien contrôlait environ 60 % du territoire, tandis que les autres zones étaient réparties entre le nord-est kurde sous l'influence du Parti de l'Union Démocratique (PYD), le nord-ouest dominé par le groupe Hay'at Tahrir al-Sham (HTS), et plusieurs enclaves sous contrôle turc. La Syrie, lourdement affaiblie économiquement, restait sous sanctions occidentales, tandis que le retour des réfugiés demeurait très limité. Le pays faisait également face à un problème croissant de production et de trafic de Captagon, malgré des engagements officiels pour y remédier.

Le séisme de février 2023 a permis au régime syrien de bénéficier d'un sursaut diplomatique, débouchant sur sa réadmission à la Ligue arabe en mai 2023. Néanmoins, la situation humanitaire est restée extrêmement fragile, en particulier dans le nord-ouest où la dépendance à l'aide transfrontalière, sous pression diplomatique, a été exacerbée par un veto russe en juillet 2023. Un accord temporaire renouvelé en janvier 2024 a permis la poursuite des livraisons, mais sans garantie durable.

Le 8 décembre 2024 marque un tournant majeur avec le retrait de Bachar Al-Assad de Syrie et la prise de Damas par les groupes rebelles, dirigés par HTS. Ce renversement fait suite à une offensive lancée le 27 novembre 2024 par HTS, qui contrôlait déjà la région d'Idlib avec l'appui de la Turquie. L'opération, baptisée « Dissuasion contre l'agression », visait à neutraliser les positions d'artillerie du régime bombardant les zones insurgées.

Le régime, alors politiquement et militairement isolé, n'a pu résister à cette avancée. Après leur entrée dans la capitale, HTS a établi un gouvernement de transition de trois mois, mené par Ahmed al-Sharaa (nom officiel d'Abou Mohamed al-Joulani). Ce dernier a nommé Mohammed al-Bashir au poste de Premier ministre. Le nouveau pouvoir s'est dans un premier temps appuyé sur le modèle du « gouvernement du Salut » instauré à Idlib, avant d'intégrer les structures étatiques existantes pour faciliter la transition administrative à tous les niveaux.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

Après plus de treize ans de conflit, la situation humanitaire en Syrie demeure critique et hautement instable. Plus de 16,7 millions de personnes nécessitent une aide humanitaire, tandis que 7,2 millions

sont déplacées à l'intérieur du pays, sans perspective de retour. La situation économique est catastrophique, aggravée par les sanctions : 90 % de la population vit sous le seuil de pauvreté.

Dans le nord-ouest syrien, sur une population de 5,2 millions, 4,4 millions ont besoin d'assistance, 3,5 millions sont déplacés internes, et 2,1 millions vivent dans des camps exposés à des conditions climatiques extrêmes. Le veto russe de juillet 2023 a mis en péril l'acheminement de l'aide transfrontalière, et bien qu'un accord temporaire ait été renouvelé en janvier 2024, les perspectives restent incertaines.

L'offensive de HTS et la chute du régime Assad en décembre 2024 ont provoqué une reconfiguration du pouvoir, mais la situation reste volatile. L'afflux récent de réfugiés en provenance du Liban (169 000 Syriens et 72 000 Libanais) vient aggraver les pressions sur les services existants, dont l'accès reste limité.

Le système de santé est gravement affecté : plus de 110 structures ont suspendu leurs activités depuis juillet 2024, dont 34 hôpitaux. D'ici fin 2024, 50 % des structures de santé fonctionnelles du NWS risquent de fermer. Les maladies endémiques (leishmaniose, H1N1, gale) sont en hausse, et les programmes de vaccination, bien que maintenus, sont très fragiles.

Les services de protection sont aussi en recul : 51 espaces pour femmes et filles ont fermé, laissant des centaines de survivantes de violences sexuelles sans assistance. Dans les camps, les conditions de vie se détériorent fortement, avec 70 % de l'eau livrée par camion, un manque d'assainissement, et des risques accrus d'épidémies.

PRÉSENCE MSF

L'intervention de MSF OCP en Syrie a commencé en 2011 par un soutien aux réseaux médicaux clandestins. Une unité de traumatologie chirurgicale a été établie en 2012 à Atmeh, près de la frontière turque, transformée en unité pour brûlés en 2013.

En 2014, l'enlèvement de collègues de MSF OCB, dans le sud de la province d'Idlib, a entraîné le retrait des équipes internationales de Syrie et nous a également conduits à développer une configuration de gestion à distance.

Un partenariat en 2021 avec l'ONG International Blue Crescent a temporairement permis la présence de personnel international en Turquie, mais des obstacles administratifs en 2023 ont forcé le déplacement de la coordination à Amman.

D'autres sections de MSF sont actives en Syrie : MSF OCB maintient actuellement une présence médicale active en Syrie à travers plusieurs structures réparties sur différents gouvernorats. L'organisation soutient sept structures de santé dans le gouvernorat d'Idlib, comprenant trois hôpitaux (Salqin, Bernas et Jisr-Ash-Shugur), deux centres de santé primaire (Al Maland et Hayer Jamous) ainsi que deux cliniques mobiles. Elle est également engagée dans les soins de santé primaire à Ghandorah, dans le gouvernorat d'Alep, et dans le gouvernorat d'Al-Hasakeh. Par ailleurs, une clinique mobile est opérationnelle dans la région rurale de Damas. MSF OCBA est présent dans les gouvernorats d'Idlib, Dar'a et Homs. À Idlib, l'organisation appuie les soins de santé primaire, la santé maternelle, la promotion de la santé, les activités WASH et des distributions ponctuelles. À Dar'a, OCBA appuie l'hôpital de Nawa et deux centres de santé, tandis qu'à Homs, deux autres structures de soins primaires bénéficient d'un appui. MSF OCA est présente dans le nord-est de la Syrie, où il soutient l'hôpital national de Deir ez-Zor ainsi que les services d'urgences et de soins obstétricaux de base à Abu Kamal. Des dons ponctuels sont également apportés à Palmyre. En périphérie de Damas, l'organisation appuie un centre de santé primaire situé en zone rurale.

PROJET : IDLIB

■ Historique du projet

La présence de MSF à Idlib a débuté en 2012 avec l'installation d'un centre de chirurgie, transformé en unité de brûlés en 2013. Après la fermeture d'un projet de soutien aux structures médicales en 2017, l'organisation a soutenu deux centres de soins de santé primaires (Tal Alkaramah et Albarakah) dans les camps d'Aldana - Deir Hasan, et a offert des services de santé via deux cliniques mobiles et une clinique spécialisée pour les maladies non transmissibles. À partir de 2021, des activités de santé mentale et de santé reproductive ont été intégrées dans les cliniques mobiles. En 2023, l'accent a été mis exclusivement sur les maladies non transmissibles dans les deux centres de santé. Cette même année, MSF a initié un soutien au centre de santé d'Ariha au sud d'Idlib en collaboration avec Al Ameen. Géré à distance depuis l'enlèvement des collègues de MSF OCB, le projet a pu recevoir des visites régulières de l'équipe de coordination suite au séisme de février 2023. Le projet se déroule dans une zone qui compte un grand nombre de personnes déplacées, à Atmeh et Aldana, avec plus de 500 000 habitants (80 % de déplacés).

■ Configuration du projet

Le projet se structure autour de quatre volets principaux : l'hôpital spécialisé pour les brûlés, des postes avancés de traitement des brûlures, des activités médicales externes (soutien aux soins de santé primaire, prise en charge des maladies chroniques, cliniques mobiles, promotion de la santé, etc.) ainsi que des actions de secours.

L'unité de brûlés d'Atmeh offre plusieurs services, dont un service d'urgences, 15 lits d'hospitalisation (dont 2 dédiés aux soins palliatifs et 1 lit d'observation avant transfert), une salle d'opération, un service de suivi post-opératoire ambulatoire, de la kinésithérapie ainsi qu'un accompagnement psychologique. Les interventions de chirurgie reconstructive ont repris de façon structurée en 2023. Les cas critiques sont référés vers la Turquie. L'unité de brûlés est connectée à trois postes avancés (à l'hôpital de Jesr Ash-Shughour, à l'hôpital Al Amal à Daret Ezzah, et à l'hôpital Al Andalus à Batbo) pour faciliter le suivi des patients dans des zones éloignées.

Les activités externes comprennent deux cliniques mobiles qui interviennent dans les camps et communautés hôtes de Deir Hassan. Elles offrent des consultations ambulatoires générales (adultes et enfants), de la promotion de la santé via les agents de santé communautaires, un appui en santé mentale et en santé des femmes (suivi de grossesse, post-natal, planification familiale).

MSF gère également deux cliniques pour maladies chroniques à Al Baraka et Tal Al Karama.

De plus, une structure de soins de santé primaire est soutenue dans la zone d'Ariha en partenariat avec Al Ameen, proposant des services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base, de la physiothérapie, de l'hémodialyse, des consultations médicales générales et pédiatriques, ainsi qu'un appui en santé mentale et en éducation sanitaire communautaire.

■ Bilan 2024

L'unité pour brûlés a apporté des améliorations notables dans plusieurs domaines tels que la gestion de la douleur, le développement d'une culture de soins centrée sur le patient, et le renforcement de l'hygiène hospitalière. Le transfert réussi vers un nouveau bâtiment hospitalier a également constitué une étape majeure, garantissant de meilleures conditions de soins.

Parallèlement, une attention particulière a été portée à la réhabilitation, avec un renforcement de la physiothérapie : augmentation du temps dédié aux séances pratiques, création d'un poste permanent

de physiothérapeute en thérapie occupationnelle, introduction des orthèses faciales classiques et préparation à l'intégration d'outils en impression 3D.

La mise en réseau de l'unité de soins avec des postes avancés dans trois localités a permis une nette amélioration du suivi des patients à distance, contribuant à faire chuter le taux de perdus de vue en consultation externe de 50 % à environ 20 %. Toutefois, des obstacles persistent, notamment en ce qui concerne les référencement vers des unités de soins intensifs pour les cas critiques, particulièrement en période hivernale ou lors de la fermeture de la frontière turque liée aux tensions sécuritaires.

Sur le plan des soins de santé sexuelle et reproductive, les avancées sont restées limitées, en raison du retard d'arrivée de l'équipe, de difficultés d'accès au projet, et de résistances de certains membres du personnel et autorités locales. En santé mentale, les besoins dépassent largement la capacité de l'équipe.

Dans le domaine des maladies chroniques, les cliniques ont introduit les stylos à insuline et les glucomètres à domicile, dans le cadre d'un projet pilote.

La capacité de réponse d'urgence a été mobilisée pendant les inondations de mai 2024. En coordination avec l'OMS, une formation à la gestion des afflux massifs de blessés a été dispensée au personnel de santé de la région.

Enfin, plusieurs formations internes ont été organisées tout au long de l'année, couvrant des thématiques clés telles que la gestion avancée des brûlures, la prévention des abus et la réhabilitation des brûlures faciales.

	2021	2022	2023	2024
Unités de Brûlés				
Nb de présentations aux urgences	5 794	6 327	7 853	8 340
Nb d'hospitalisations	488	473	697	670
Nb de passages au bloc	1 327	1 463	2 258	2 222
Nb de sessions individuelles de Physiothérapie	9 121	7 817	11 534	18 895
Activités externes				
Nb de consultations cliniques mobiles	27 151	37 516	33 075	33 730
Nb de consultations maladies chroniques	6 351	5 008	4 497	4 154
Nb de consultations de santé sexuelle et reproductive	8 476	15 742	12 015	11 549

PROJET : ALEP NORD

■ Historique du projet

Dans le nord du gouvernorat d'Alep, un projet de partenariat a été mis en place afin de renforcer l'accès aux soins de santé primaire pour les populations déplacées internes, confrontées à de nombreuses difficultés d'accès aux services de santé. L'objectif principal est de soutenir des ONG locales partenaires en leur apportant un appui à la fois financier et technique, leur permettant d'assurer leurs activités de manière efficace et continue.

Le modèle de partenariat varie en fonction de l'activité menée et du profil de l'organisation partenaire. Avec l'ONG turque IBC, MSF applique une approche de mise en œuvre directe complète, tandis qu'avec l'ONG syrienne Al Ameen, les opérations sont conduites avec une autonomie de gestion importante, bien que les standards MSF soient maintenus.

Selon les dernières estimations d'OCHA, la population dans la zone concernée dépasse 1,64 million de personnes, dont 1,12 million de déplacés internes et 1,37 million de personnes ayant besoin d'assistance humanitaire. Le projet soutient actuellement l'accès aux soins de santé pour environ 115 120 personnes, réparties sur quatre localités dans les zones d'Afrin, Azaz et Al-Bab.

L'objectif est d'assurer une offre de soins stable, de qualité, conforme aux standards de MSF, tout en répondant à une partie des besoins médicaux identifiés dans la région.

■ Configuration du projet

MSF collabore dans trois régions avec deux partenaires, IBC (International Blue Crescent) et Al Ameen, pour délivrer des soins de santé essentiels.

Dans la région d'Afrin, Al Ameen gère deux centres de soins de santé primaires (situés à Raju et Baadanli), une équipe mobile de surveillance, et a apporté pendant six mois son soutien aux départements pédiatrique et de maternité de l'Hôpital Général d'Afrin jusqu'à décembre 2023.

Les deux centres offrent des services de santé reproductive, de traitement des maladies non transmissibles, et des consultations pédiatriques et pour adultes. Le centre de Raju propose également des services obstétricaux et néonataux d'urgence de base.

IBC, actif dans les zones d'Azaz et d'Al-Bab, gère un centre de soins de santé primaires ainsi qu'une clinique mobile. Le centre de santé offre des consultations en santé reproductive, maladies non transmissibles, pédiatrie et pour adultes. La clinique mobile fournit des consultations en maladies non transmissibles, pédiatrie, santé adulte et reproductive, et santé mentale. Des agents de santé communautaires sont présents dans cinq camps.

■ Bilan 2024

L'un des défis identifiés a été l'augmentation du taux d'abandon de suivi (21 %) parmi la cohorte de patients atteints de maladies chroniques à Al-Bab, principalement liée à la mobilité élevée des populations déplacées. En réponse, la stratégie de suivi a été adaptée pour intégrer une approche centrée sur le patient, avec une meilleure flexibilité dans la planification des rendez-vous.

Parallèlement, un système de référencement efficace a été mis en place entre la clinique mobile opérant dans les camps d'Al-Bab et plusieurs établissements de santé de la région, dont l'hôpital Al-Farabi (spécialisé en santé de la femme et de l'enfant), l'hôpital général d'Al-Bab et l'hôpital général d'Al-Raa'i. Ce dispositif a renforcé l'accès aux soins spécialisés, en particulier pour les cas nécessitant une prise en charge hospitalière.

L'accès aux soins de santé mentale dans les camps d'Al-Bab a été renforcé par l'introduction d'un service de santé mentale au sein de la clinique mobile. En revanche, les activités de surveillance mobile menées dans la région d'Afrin ont été suspendues en juillet 2024, à la suite d'une évaluation ayant conclu à une pertinence limitée de cette modalité.

Le partenariat avec l'ONG turque IBC a pris fin en octobre 2024. Il a été remplacé par un nouvel accord avec l'organisation turque UGDD, assurant la continuité opérationnelle.

Un système de référencement pour les cas de violences basées sur le genre a également été instauré entre les projets en partenariat et d'autres structures de santé dans le nord d'Alep.

Enfin, le centre de santé primaire de Dabeq, situé dans la zone d'Azaz, a été fermé en raison d'une duplication des services avec d'autres structures à proximité. En parallèle, une nouvelle proposition a été développée pour la mise en place d'un service spécialisé de soins de maladies chroniques au sein de l'hôpital général d'Azaz.

	2022	2023	2024
Al Ameen – Centre de soins de Raju et Baadanli			
Nb total de consultations	67 606	71 967	66 303
Nb de consultations maladies chroniques	9 847	10 950	10 210
Nb de consultations santé sexuelle et reproductive	29 277	28 104	23 146
IBC - Clinique mobile d'Albab			
Nb total de consultations	12 157	27 850	27 850
Nb de consultations maladies chroniques	1 422	5 417	5 417
Nb de consultations santé sexuelle et reproductive	67	9 391	9 391
Al Ameen – Centre de soins et clinique mobile Ariha			
Nb total de consultations		39 295	39 295
Nb de consultations maladies chroniques		3 570	3 570
Nb de consultations santé sexuelle et reproductive		21 609	21 609
IBC – Centre de soins Dabiq			
Nb total de consultations		30 156	24 094
Nb de consultations maladies chroniques		3 804	3 198
Nb de consultations santé sexuelle et reproductive		8 267	8 113

TCHAD	
Type d'intervention : accès aux soins, réponses aux urgences, réfugiés Nombre de projets : Dépenses 2024 : 18 448 k€ Financements institutionnels : 632 k€ (Canada)	Personnels : Local : 697 International : 62 Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB, OCBA, OCG, WaCA

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Le Tchad, situé à la jonction stratégique entre le Sahel et l'Afrique centrale, est perçu comme un des derniers bastions de stabilité dans une région en crise. Historiquement allié de la France, le pays s'éloigne aujourd'hui de cette puissance au profit de nouveaux partenariats. Des tensions croissantes ont nourri un sentiment anti-français, tandis que les Émirats Arabes Unis investissent dans la région en échange d'un passage par le Tchad pour leur soutien au conflit soudanais. Des accords militaires récents avec la Hongrie rappellent ceux passés par la Russie avec d'autres pays africains, illustrant une diversification géopolitique.

Le Tchad est cerné par des foyers de crise persistants : guerre civile au Soudan, instabilités en Libye, en Centrafrique, au Nigeria et au Cameroun. Cette géographie conflictogène génère une pression sécuritaire constante. Le Tchad maintient une forte présence militaire sur plusieurs fronts, notamment dans la région du Lac Tchad et au Sud, mais l'Est est devenu un nouveau centre de tension majeur depuis l'éclatement du conflit soudanais en avril 2023. Cette crise a provoqué l'arrivée massive de 681 944 réfugiés soudanais et de 222 743 retournés tchadiens, s'ajoutant aux 588 770 réfugiés déjà présents. Cette pression migratoire pèse lourdement sur les ressources locales et le tissu social, exacerbant les tensions communautaires et tribales. Elle alimente également des craintes au sein des élites politiques et militaires tchadiennes, notamment quant à l'effet de contagion de ces tensions sur la cohésion de l'armée et du pouvoir en place.

Depuis l'assassinat du Maréchal Déby en 2021, le Tchad traverse une transition politique fragile. Son fils, Mahamat Idriss Déby Itno (MIDI), a pris le pouvoir à la tête d'un Conseil Militaire de Transition promettant une transition civile, un dialogue inclusif et des élections démocratiques. Ces promesses ont été progressivement abandonnées : la transition a été prolongée, les libertés restreintes, l'opposition politique muselée ou corrompue, et les manifestations violemment réprimées. L'élection présidentielle de mai 2024, entachée de fraudes et de violences, a consacré MIDI président de la Cinquième République. La défiance demeure forte, y compris dans l'appareil d'État. Sur le plan socio-économique, la situation est critique : inflation galopante (+18,8 % sur les produits alimentaires en 2023), pauvreté accrue, et inondations historiques aggravent la précarité des populations, alimentant un mécontentement diffus mais persistant.

■ Contexte Sanitaire

En 2024, la population du Tchad est estimée à 19,8 millions d'habitants, répartis sur une superficie de 1,3 million de km². Le pays affiche des indicateurs démographiques parmi les plus élevés au monde,

avec un indice de fécondité de 7,1 enfants par femme, un taux de natalité de 49,6‰ et un taux de mortalité de 14,8‰. Sur les 173 districts sanitaires que compte le pays, 158 sont fonctionnels, avec des niveaux de couverture et de performance très inégaux.

Sur le plan nutritionnel, les résultats de l'enquête SMART 2024 révèlent une prévalence nationale de la malnutrition aiguë globale de 10,8 %, dont 2,1 % de malnutrition aiguë sévère. Les disparités géographiques restent marquées : dans la zone saharo-sahélienne, qui regroupe 15 provinces du nord et de l'est, la malnutrition aiguë globale atteint 15,1 %, alors qu'elle reste à 6,5 % dans la zone soudanienne. Ces chiffres témoignent d'une situation nutritionnelle structurellement alarmante, aggravée par la dépendance du système aux intrants externes.

Le système de santé tchadien demeure marqué par des statistiques médico-sanitaires qui s'apparentent à une situation d'urgence chronique, à laquelle viennent s'ajouter de façon régulière des urgences aiguës. En 2024, plusieurs épidémies majeures sont en cours, dont la dengue, la diphtérie et l'hépatite E, mettant en évidence les failles du système de surveillance épidémiologique et la fragilité du Programme élargi de vaccination (PEV), affaibli par des ruptures d'intrants, la mobilité des populations et des lacunes logistiques persistantes. D'autres maladies à potentiel épidémique, telles que la rougeole, la méningite ou la fièvre jaune, font régulièrement l'objet de notifications de cas suspects.

Par ailleurs, le Tchad est le pays le plus impacté par le conflit armé au Soudan, avec plus de 45 % des réfugiés soudanais accueillis sur son territoire. Depuis le début du conflit en avril 2023, plus de 754 000 réfugiés et 216 000 retournés ont trouvé refuge dans les provinces de l'Ouadaï, du Sila, du Wadi Fira et de l'Ennedi Est. Ces arrivées massives ont entraîné une pression considérable sur les services de santé locaux, déjà fragilisés.

PRÉSENCE MSF

MSF OCP possède un long historique d'interventions au Tchad, débutant en 1977 une réponse au conflit national, qui s'est poursuivie jusqu'en 1984. De 2004 à 2010, l'organisation a mené plusieurs projets de soutien aux réfugiés soudanais à l'Est et centrafricains au Sud. Un programme de lutte contre le paludisme a été inauguré en 2010 à Moissala, au Sud, tout en continuant de répondre aux épidémies, à la malnutrition et à l'assistance aux réfugiés. Il a ensuite été réorienté sur un objectif de continuum de soins, de la communauté à l'hôpital, centré sur les soins maternels et infantiles et les femmes en âge de procréer.

En 2021, deux nouveaux projets ont vu le jour : le premier visant la prise en charge de la malnutrition à N'Djamena, transféré à la section West and Central Africa (MSF WACA) début 2023. Le second projet, initié à la suite d'une intervention urgente pour une épidémie de rougeole à Abéché au début de l'année, a été établi à Adré, combinant des efforts contre la malnutrition et le paludisme tout en renforçant le soutien pédiatrique et se préparant à un éventuel afflux de réfugiés ou de blessés.

Cinq autres sections de MSF sont présentes au Tchad pour des interventions locales et pour accéder au Darfour: MSF OCA mène des projets de santé materno-infantile à base communautaire dans les régions de Sila et de Hadjer-Lamis ; MSF OCG est engagé dans un projet de soutien aux programmes élargis de vaccination et dispose, comme MSF-OCBA, d'une équipe d'urgence pour l'Est du Tchad ; MSF WACA pilote un projet de nutrition à N'Djamena et soutient, comme MSF-OCB, les réfugiés au Wadi Fira.

PROJET : MOISSALA

■ Historique du projet

Initié en juillet 2010 à la suite d'une exploration, le projet était initialement orienté vers la lutte contre le paludisme, incluant à partir de 2020 la Chimio Prophylaxie Saisonnière. En 2018, le projet a été réorienté, intégrant un volet dédié à la santé des femmes et des enfants. Cette extension ciblait particulièrement le couple mère-enfant et les femmes en âge de procréer, y compris les adolescentes, avec une approche adaptée à ces groupes démographiques spécifiques. Le projet visait à établir un continuum de soins allant de la communauté à l'hôpital, à renforcer le système de référence et à créer un système de contre-référence efficace. L'approche préconisait une forte implication des patients et de leurs familles dans les parcours de soins, tant préventifs que curatifs, tout en tenant compte des perceptions des différentes communautés et en les intégrant activement dans le processus. Bien que l'objectif ne fût pas la pérennité immédiate, l'engagement du ministère de la Santé Publique visait à promouvoir le progrès des politiques de santé. Le projet mettait également l'accent sur l'innovation, avec l'introduction de nouvelles approches et pratiques médicales, des formations, ainsi que le développement de nouveaux outils et dispositifs.

L'année 2022 fut marquée par des divergences quant à la pertinence du projet conduisant en 2023, à une évaluation réalisée conjointement avec le Ministère de la Santé Publique. L'objectif du projet, réaligné avec les stratégies du Ministère de la Santé Publique et en collaboration avec les acteurs de santé locaux ainsi que la population, a été réaffirmé : réduire la morbidité et la mortalité chez les femmes enceintes, celles en âge de procréer, et les enfants de moins de 15 ans dans les districts de Moïssala, Dembo et Bekourou.

■ Configuration du projet

La collaboration entre le Ministère de la Santé Publique et MSF s'appuie sur une gouvernance partagée. Elle se déploie à travers un ensemble d'activités englobant tous les niveaux de la pyramide sanitaire des communautés ciblées jusqu'au niveau central.

Le projet soutient la continuité des soins préventifs et curatifs pour le couple mère-enfant et les femmes en âge de procréer dans les zones de Dembo et Bekourou, depuis le village jusqu'à l'hôpital, en passant par le centre de santé. Cette approche de santé communautaire participative inclut la prise en charge des enfants de 0 à 15 ans et des femmes, en couvrant la santé sexuelle et reproductive, et assure le référencement vers l'hôpital de référence de Moïssala.

Il appuie le Ministère de la Santé Publique pour fournir des soins généraux obstétricaux et pédiatriques de qualité à l'hôpital de Moïssala. Ceci comprend un soutien à la pédiatrie, à la néonatalogie, à la maternité, au bloc opératoire, ainsi qu'à d'autres services tels que la consultation prénatale hospitalière, la gestion des violences sexuelles et des interruptions volontaires de grossesse, et certains services supports comme la banque de sang, la pharmacie, et le laboratoire.

Il renforce également les efforts nationaux et provinciaux de prévention et de prise en charge du paludisme et d'autres pathologies majeures responsables de la mortalité des femmes et des enfants dans les trois districts. Cela comprend le soutien à l'approvisionnement en intrants essentiels, la mise en œuvre de la Chimio Prophylaxie Saisonnière sur 32 zones de santé, une recherche opérationnelle sur l'administration du vaccin antipaludéen R21, et la gestion des références médicales selon des critères spécifiques.

Il comprend enfin une capacité de réponse aux urgences sanitaires dans la province du Mandoul ainsi que dans les provinces des deux Logones.

■ Bilan 2024

L'année 2024 a été marquée par une dynamique renforcée de collaboration avec les autorités sanitaires. La réduction progressive de l'approvisionnement MSF en intrants paludisme au profit du système national s'est concrétisée, à l'exception des intrants nécessaires à la Chimio Prophylaxie Saisonnière (CPS) qui reste assurés par MSF. L'adoption du certificat MSF pour le suivi des cas de violences sexuelles par le Ministère de la Santé Publique (MSP), la relance des réunions et supervisions conjointes MSP–MSF, ainsi que l'organisation d'ateliers sur les avortements médicalisés ont consolidé les bases d'un partenariat opérationnel.

Le renforcement du continuum de soins pour le couple mère-enfant a permis d'améliorer l'accessibilité et la perception des centres de santé, désormais ouverts 24h/24, avec une fréquence accrue des consultations prénatales, postnatales et de planification familiale. Dans la zone de Dembo, le réseau d'agents de santé communautaires a presque doublé, passant de 22 à 43. L'intégration du volet watsan dans les activités médicales a également contribué à améliorer la prévention des maladies hydriques. Par ailleurs, des actions ciblées de vaccination de rattrapage ont permis d'atteindre près de 1 000 enfants de moins de cinq ans.

Dans les structures hospitalières, des aménagements importants ont été réalisés, notamment avec la création d'une salle de triage en maternité et la mise en place d'un espace dédié aux maladies chroniques telles que le diabète de type 1, la drépanocytose ou l'épilepsie pour une cohorte de 110 patients.

Enfin, la lutte contre le paludisme est restée une priorité. MSF a poursuivi l'appui curatif dans les structures de Moissala, Dembo et Beboro, tout en maintenant la distribution préventive de la CPS auprès d'environ 150 000 enfants dans ces trois districts sanitaires. Des études d'impact sont en cours, notamment en collaboration avec Swiss TPH et Epicentre, afin de mesurer l'efficacité des stratégies de CPS saisonnière sur la morbidité et la mortalité liées au paludisme.

	2021	2022	2023	2024
Nb d'admissions en pédiatrie	7 319	7 779	6 309	7 418
Nb d'admissions en néonatalogie	455	498	602	721
Nb d'accouchements à l'hôpital	1 077	1 416	1 251	1 488
Nb consultations < 15 ans dans les centres de santé Dembo & Beboro	23 947	21 761	23 801	26 172
Nb d'accouchements dans les centres de santé Dembo & Beboro	1 584	1 391	1 553	1 310

PROJET : ADRE

■ Historique du projet

Située à la frontière avec le Soudan, Adré constitue l'un des principaux points d'entrée vers le Tchad depuis le Darfour, au croisement des routes menant d'El Geneina à Abéché. MSF y ouvre un projet en août 2021, avec un focus initial sur la prise en charge pédiatrique, du paludisme et de la malnutrition aiguë sévère, tout en intégrant un dispositif de préparation aux urgences, notamment en cas d'afflux de réfugiés.

En 2022, le dispositif est renforcé face à l'arrivée de nouveaux déplacés soudanais. En 2023, le conflit armé au Darfour provoque des déplacements massifs vers le Tchad, avec un pic de violence à El Geneina en juin. MSF fait alors face à une affluence massive de blessés à Adré, et déploie une réponse d'urgence de grande ampleur : hôpital modulaire, chirurgie des traumatismes, extension des services de maternité, néonatalogie et pédiatrie, et ouverture d'un projet à Arkoum.

Entre avril 2023 et juin 2024, plus de 600 000 réfugiés et 180 000 retournés arrivent dans l'Est tchadien, dont près de la moitié dans le Ouaddaï. À Adré, MSF développe une capacité hospitalière jusqu'à 380 lits et multiplie les actions externes, notamment dans les camps et centres de santé.

En août 2024, le HCR recense plus de 629 000 réfugiés, dont 206 000 dans la zone d'Adré. Malgré un ralentissement relatif, les arrivées se poursuivent (environ 14 000 par mois). Les besoins humanitaires restent massifs, dans un contexte de sous-financement critique et de retard dans la création de nouveaux camps, accentuant la pression sur les structures existantes.

L'objectif du projet est aujourd'hui la réduction la morbi-mortalité des enfants de moins de 15 ans et des femmes en âge de procréer, et assurer un positionnement de réponse aux urgences dans la province du Ouaddaï.

■ Configuration du projet

Le projet MSF à Adré repose sur un dispositif médico-opérationnel intégré, déployé à la fois dans les structures sanitaires publiques (hôpital de district et centre de santé) et dans les zones frontalières. Il combine des activités hospitalières spécialisées, des soins de santé primaire renforcés, une capacité de réponse d'urgence et un dispositif communautaire ancré dans le territoire.

Au niveau hospitalier, le projet opère au sein de l'hôpital de district d'Adré, avec la gestion directe ou le soutien de plusieurs services cliniques clés : un service de pédiatrie complet (urgences, hospitalisation, soins intensifs, isolement, nutrition), une maternité avec bloc opératoire obstétrical, une néonatalogie, ainsi que la prise en charge chirurgicale des urgences. La banque de sang de l'hôpital est également gérée par MSF.

Au Centre de Santé d'Adré, les activités portent sur la consultation pédiatrique ambulatoire, la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée et sévère, ainsi que la prise en charge des soins obstétricaux de base et des services de santé sexuelle et reproductive.

À la frontière, MSF assure un dépistage nutritionnel systématique des enfants arrivants, permettant un repérage précoce des cas de malnutrition. La prise en charge psychosociale, intégrée aux activités pédiatriques, complète l'approche holistique du projet.

Sur le plan de la santé publique, MSF est intégré au système de surveillance épidémiologique du district sanitaire, participant à l'alerte et à la réponse, notamment en lien avec les flambées épidémiques. Une vaccination systématique des nouveaux entrants est assurée au point de passage frontalier, et MSF soutient également les campagnes de vaccination de masse et les interventions de chimio-prévention saisonnière du paludisme (CPS).

Enfin, le projet s'appuie sur un réseau communautaire structuré, composé de 34 relais communautaires et 14 agents de santé communautaire, mobilisés pour la sensibilisation, la promotion de la santé, et le lien entre les structures et les populations déplacées ou hôtes.

■ Bilan 2024

À partir de décembre 2023, dans un contexte de stabilisation relative du conflit au Darfour et de relocalisation progressive des réfugiés vers des camps plus éloignés, le projet entre dans une phase de

transition. Le nombre de consultations à l'hôpital diminue, notamment en pédiatrie et en chirurgie, reflétant également l'augmentation de l'offre de soins par d'autres acteurs humanitaires.

Durant le premier semestre 2024, le projet poursuit une réduction progressive de ses activités. En avril, l'appui au centre de santé de Hilouta prend fin, suivi en mai de la relocalisation du camp de transit d'Ambélia par le HCR, entraînant la fermeture de l'intervention MSF sur ce site. Les activités de chirurgie viscérale et orthopédique, ainsi que l'approvisionnement en eau au camp d'Alasha sont arrêtés en juin. Le mois d'après, la prise en charge chirurgicale est officiellement transférée au Ministère de la Santé, dans le cadre de la stratégie de transition vers la "main chirurgicale".

	2022	2023	2024
Nb de consultations totales	39 228	136 002	141 721
Nb présentation aux urgences	10 598	20 648	10 247
Nb d'hospitalisations	2 929	9 672	5 953
Nb de consultations prénatales	-	1 998	9 650
Nb d'accouchements	-	1 662	3 079
Nb d'interventions chirurgicales	-	2 986	3 084
Nb d'admissions en unité thérapeutique intensive	1 111	3 361	1 978
Nb d'admissions en unité thérapeutique ambulatoire	3 057	17 095	12 723
Nb de victimes de violences sexuelles	3	70	22
Nb d'avortements sécurisés	-	8	138
Nb de traitements antipaludiques administrés	10 442	20 682	12 149
Nb de doses de vaccins utilisés en routine	6 686	80 375	188 475

Par ailleurs, entre le 5 février et le 5 mai 2024, MSF est intervenue dans les départements de Mayo Kebbi Est et Ouest, autour de la zone de Djoddo Gassa, en réponse à une épidémie de rougeole. L'intervention visait à soutenir la prise en charge des cas simples et compliqués, dans un contexte de forte transmission. Au total, 1 755 cas de rougeole ont été pris en charge, dont 261 présentant des complications. Deux décès ont été enregistrés chez des enfants de plus de 5 ans. L'épidémie a également mis en lumière des besoins nutritionnels sous-jacents, avec 226 cas de malnutrition identifiés et traités dans le cadre de l'intervention.

YEMEN	
Type d'intervention : conflit armé	Personnels :
Nombre de projets : 3	Local : 541
Dépenses 2024 : 24 438 k€	International : 43
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB, OCBA, OCG

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Le conflit yéménite, amorcé en 2004, s'est progressivement transformé en une crise régionale de grande ampleur. Le mouvement Ansar Allah, plus communément désigné sous le nom de Houthis, a lancé une insurrection contre les forces gouvernementales, s'appuyant sur un rejet croissant du régime d'Ali Abdallah Saleh, particulièrement exacerbé par les soulèvements du Printemps arabe en 2011. En 2012, la transition politique voit le président Saleh céder le pouvoir à son vice-président, Abd Rabbo Mansour Hadi, dans un cadre de partage institutionnel avec l'opposition, notamment le parti Islah. Les Houthis exploitent alors les failles sécuritaires dans le nord du pays pour étendre leur contrôle, s'emparant de la capitale Sanaa en 2014. La fuite du président Hadi vers l'Arabie saoudite en 2015 provoque l'intervention militaire d'une coalition dirigée par Riyad contre les Houthis.

Depuis, plusieurs tentatives de paix ont eu lieu, notamment une trêve conclue en avril 2022, mais expirée six mois plus tard. Le statu quo qui prévaut depuis se caractérise par une instabilité chronique. Les principaux points de blocage incluent la volonté de l'Arabie saoudite de passer d'un rôle d'acteur militaire à celui de médiateur, ainsi que des désaccords persistants sur la gestion des ressources pétrolières et la rémunération des fonctionnaires publics.

Sur le plan territorial, les Houthis conservent une autorité incontestée dans le nord du pays, malgré certaines tensions internes. Ils y imposent une gouvernance idéologique stricte et poursuivent le développement de capacités militaires avancées, notamment via l'emploi de drones et de missiles balistiques. Le sud du pays reste quant à lui fragmenté entre plusieurs acteurs : le Conseil de transition du Sud, les forces fidèles à Tareq Saleh, le parti Islah et divers groupes armés. Les Émirats arabes unis y exercent une influence prépondérante, en soutenant activement certaines factions et en établissant une présence stratégique, notamment dans les zones littorales de l'ouest de Shabwa jusqu'à la mer Rouge. Leur engagement repose sur des considérations géopolitiques, liées notamment à la sécurisation des routes maritimes et des infrastructures portuaires.

En parallèle, l'Arabie saoudite maintient sa sphère d'influence à l'est du pays, en particulier dans les régions de Shabwa-Est et de l'Hadramaout. Elle poursuit des négociations indirectes avec les Houthis, qui ont abouti à des avancées significatives, notamment dans le contexte du rapprochement diplomatique avec l'Iran en mars 2023. L'accueil, en septembre de la même année, d'une délégation houthie à Riyad – accompagnée de médiateurs omanais – a constitué une étape majeure vers un éventuel accord politique.

Depuis l'escalade du conflit israélo-palestinien à Gaza, les Houthis ont accru leur implication militaire, ciblant notamment le sud d'Israël et intensifiant les attaques contre la navigation commerciale en mer Rouge. Ce couloir stratégique, par lequel transitent environ 17 000 navires et 20 % du commerce

conteneurisé mondial, est désormais au cœur de tensions géopolitiques majeures. La perturbation de cette route maritime a généré des répercussions économiques globales. En réaction, les États-Unis ont lancé, en décembre 2023, l'opération « Prosperity Guardian », une coalition navale multinationale, suivie par le déploiement, en février 2024, de l'opération européenne « Aspides », visant à assurer la sécurité des voies maritimes.

Après près d'une décennie de guerre ayant entraîné la mort de quelque 200 000 personnes, le conflit yéménite, longtemps marginalisé sur la scène internationale, attire désormais une attention renouvelée, du fait de ses implications stratégiques.

Ces développements offrent aux Houthis un triple levier. A l'échelle locale, ils consolident leur discours de résistance, se positionnant comme les principaux défenseurs de la cause palestinienne et opposants à l'influence israélo-américaine. A l'échelle régionale, ils renforcent leur capacité de négociation vis-à-vis de Riyad dans un contexte diplomatique en mutation et sur le plan international, ils obtiennent une visibilité inédite.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

Après près d'une décennie de conflit, le Yémen continue de faire face à l'une des crises humanitaires les plus graves au monde, malgré une réduction de l'intensité des combats depuis 2022. Selon le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (OCHA), environ 75 % de la population yéménite, soit 24,6 millions de personnes, ont besoin d'aide humanitaire, dont 13 millions nécessitent des soins de santé urgents. Le système de santé est en quasi-effondrement total, dépendant presque entièrement de l'aide internationale. Il existe deux ministères de la Santé distincts, à Sanaa et à Aden, travaillant séparément et reposant fortement sur l'aide extérieure. De nombreuses installations de santé sont détruites, non fonctionnelles ou sous-dotées en personnel qualifié.

L'absence prolongée de paiements des salaires du personnel du Ministère de la Santé, compensée uniquement par des incitations, a gravement affecté l'accès aux soins de santé de base. En 2023, les incitations ont été réduites de 65 %, aggravant la situation sanitaire. Les conséquences sont sévères : départ de personnel volontaire et spécialisé, fermetures d'établissements de santé, et augmentation de la morbidité et de la mortalité chez les femmes et les enfants.

Les populations les plus vulnérables, notamment les mères, les enfants, les populations déplacées et les migrants, sont en grand danger. En 2023, 17 millions de personnes étaient en insécurité alimentaire, 15,4 millions avaient besoin d'un accès à de l'eau potable et à des installations sanitaires, et 5,5 millions de femmes et de filles avaient un accès limité ou inexistant aux services de santé reproductive. Le financement humanitaire diminue, avec seulement 31,2 % des 4,34 milliards USD nécessaires pour 2023 sécurisés. Pour 2024, les besoins ont été revus à 2,8 milliards (soit une baisse de 35 %).

Les principales préoccupations sanitaires comprennent la situation nutritionnelle, avec environ un demi-million d'enfants et un quart de million de femmes enceintes et allaitantes souffrant de malnutrition aiguë et une réduction de l'aide alimentaire fournie par le Programme Alimentaire Mondial (PAM), ainsi que les épidémies. L'augmentation de ces dernières est la conséquence directe d'une couverture vaccinale de plus en plus faible chez les enfants, résultant de l'insécurité régnante, d'une stratégie de vaccination restrictive dans les zones contrôlées par les Houthis, de la diminution des services communautaires intégrés et de campagnes de propagande anti-vaccin sur les réseaux sociaux. Le Yémen a ainsi connu des augmentations significatives des cas de rougeole, de poliomyélite, de diphtérie et de choléra.

PRÉSENCE MSF

Médecins Sans Frontières a commencé ses activités au Yémen en 1986 et y est présente en continu depuis 2007. Cinq sections de MSF opèrent dans 13 hôpitaux à travers le pays et soutiennent plus de 12 autres établissements de santé répartis dans 11 gouvernorats.

Les principales zones d'intervention de MSF OCP sont Aden, Amran et Saada, fournissant des soins d'urgence et soutenant l'accès aux soins de santé. À Sanaa, OCP soutient également le service des urgences de l'hôpital gouvernemental Al-Kuwait ainsi que le Centre National de Laboratoires de Santé Publique dans le développement des activités microbiologiques. En plus de l'hôpital de traumatologie d'Aden dans le sud, OCP a soutenu diverses installations proches des lignes de front avec des services de réponse d'urgence, de bloc opératoire et de stabilisation. Ce soutien est progressivement réduit en fonction de l'évolution du conflit.

MSF OCBA intervient dans les gouvernorats de Hajjah, notamment à Abs et dans la ville de Hajjah, ainsi qu'à Hodeida. MSF OCA opère dans les gouvernorats de Taiz, couvrant à la fois la ville enclavée et Hoban au nord de Taiz, ainsi que dans le gouvernorat de Maarib où elle gère des cliniques mobiles. MSF OCG est actif dans les gouvernorats d'Ibb, dans la région de Kilo, et à Al Hudaydah, dans la région d'Ad Dhahi. De plus, ils gèrent une équipe d'urgence dans les gouvernorats d'Al Bayda et de Dhamar. MSF OCB travaille à Mocha dans le gouvernorat de Taiz, et à Ataq dans le gouvernorat de Shabwa.

PROJET : SANAA

Sanaa, centre des installations de référence les plus sophistiquées du pays, abrite les trois plus grands hôpitaux en termes de capacité de lits. MSF y supervise directement deux projets de soutien médical à l'hôpital Al-Kuwait (département des urgences et leishmaniose viscérale) et au Laboratoire Central National.

Depuis 2015, MSF coopère étroitement avec l'hôpital universitaire Al-Kuwait qui couvre les gouvernorats du nord et la ville elle-même. Cet hôpital permet en effet l'accès de la population à des soins de santé gratuits et à MSF d'être positionné en cas d'escalade de la situation à Sanaa. En outre, le suivi de l'activité des urgences permet de comprendre les tendances des épidémies et d'améliorer ainsi la réactivité.

Depuis 2021, MSF a développé une collaboration avec le Laboratoire Central National centrée sur la microbiologie pour les hémocultures afin de soutenir le programme de gestion des antibiotiques. Cette collaboration couvre l'orientation et l'amélioration du plan de traitement antibiotique, principalement pour les nouveau-nés, afin de réduire la mortalité, ainsi que la gestion de la prévention et du contrôle des infections à travers les alertes et le suivi d'épidémies.

PROJET: SAADA

■ Historique du projet

Le gouvernorat de Saada, bastion du mouvement Ansar Allah (AA) et l'une des régions les plus pauvres du Yémen, a été marqué par un cycle de conflits violents entre 2004 et 2010, avec six guerres entre le mouvement et l'armée yéménite. Pendant le Printemps arabe de 2011, le mouvement AA a étendu son contrôle au-delà de Saada, prenant la capitale Sanaa en 2014. L'influence tribale a diminué, certains cheikhs fuyant vers l'Arabie saoudite, tandis que ceux soutenus par AA ont pris des postes clés en 2017.

Le gouvernorat de Saada a été particulièrement ciblé par les frappes aériennes de la coalition dirigée par l'Arabie saoudite, recevant le plus grand nombre de raids aériens depuis le début de la guerre. Après la trêve de 2022, les victimes dans les districts frontaliers ont diminué, bien que des frappes irrégulières continuent. Le gouvernorat compte environ six lignes de front, restées calmes depuis la trêve.

En 2015, MSF a lancé un projet à l'hôpital de Haydan et au centre de santé de Majz, soutenant les urgences, la maternité et le système de transfert d'ambulance. Cette même année, l'hôpital de Haydan a été partiellement détruit par une frappe aérienne. En 2016, MSF a commencé à soutenir les centres de santé de Noushur et Yesneem, mais a retiré son personnel international après le bombardement de l'hôpital d'Abs. MSF a repris ses activités à l'hôpital de Haydan en février 2017, et initié sa reconstruction. Les activités de l'hôpital ont rapidement augmenté. En 2021, l'ouverture du bloc opératoire a renforcé la visibilité de l'hôpital. Après la trêve de 2022, le nombre de combattants admis a considérablement diminué tandis que les soins pédiatriques, de maternité et les consultations générales ont fortement augmenté. Depuis 2023, l'hôpital est devenu un centre de référence interdistrict, couvrant une population estimée à 260 000 personnes. La majorité des admissions aux urgences provient désormais de Haydan même.

L'objectif principal du projet est d'assurer un accès à des soins de santé primaires et secondaires de qualité, avec un accent particulier sur la santé maternelle et infantile.

▪ **Configuration du projet**

L'hôpital de Haydan fonctionne grâce au soutien de MSF, qui fournit des incitations pour le personnel, des médecins spécialisés, des équipements biomédicaux, un système de référence, du carburant, de l'électricité, de l'eau et assure la gestion des déchets. L'ensemble de l'établissement est géré par MSF en collaboration avec le directeur de l'hôpital du ministère de la Santé.

En 2024, l'hôpital propose une offre de soins complète avec une capacité de 72 lits. Les consultations externes sont assurées six jours sur sept, couvrant la médecine générale, la gynécologie, les maladies chroniques, la vaccination et les soins de pansements. Les urgences fonctionnent en continu, avec des espaces dédiés aux hommes, aux femmes et une zone rouge.

Le bloc opératoire est actif jour et nuit, incluant une salle d'opération, une salle de réveil et une équipe d'astreinte les soirs et week-ends. La maternité et l'unité néonatale, chacune dotée de 8 lits, sont également ouvertes 24h/24. Le service pédiatrique compte 14 lits, tandis que le centre de nutrition thérapeutique hospitalier en a 11, avec une capacité d'extension à 23 lits en période de pic.

L'unité de soins intensifs dispose de 3 lits pour les cas adultes, médicaux et chirurgicaux, et une unité d'isolement de 7 lits est en place. Le service d'hospitalisation adulte comprend 18 lits répartis entre médecine, gynécologie-obstétrique et chirurgie.

Enfin, plusieurs services transversaux soutiennent l'activité : laboratoire, banque de sang, radiologie, stérilisation, pharmacie et promotion de la santé.

▪ **Bilan 2024**

Depuis 2023, plusieurs groupes de travail pluridisciplinaires ont été mis en place à l'hôpital de Haydan pour améliorer la qualité des soins, notamment en consultation externe, hospitalisation, vaccination et transfusion. Une cohorte dédiée aux maladies chroniques a été structurée, limitant le nombre de patients à 650 pour garantir un suivi de qualité. Le programme de physio-stimulation pédiatrique a été renforcé pour les enfants souffrant de malnutrition. En 2024, MSF a recentré ses priorités sur la santé

maternelle et infantile, avec un appui renforcé à l'obstétrique/gynécologie, tout en mettant fin au soutien à la chirurgie, devenue marginale à Haydan.

	2021	2022	2023	2024
Nb de consultations générales	78 209	105 772	127 663	107 897
Nb de présentations aux urgences	10 719	17 710	20 563	22 235
% d'admission dans les structures MSF	25.50%	20.80%	20.3%	19.10%
Nb de consultations anténatales	6 412	8 834	10 760	7 255
Nb de consultations postnatales	284	2 155	2 527	1 883
Nb de consultations de planning familial	1 156	1 884	687	493
Nb d'accouchements	2 064	2 035	2 360	1 805
Nb hospitalisations pédiatriques	1 155	1 744	2 563	3 233
Nb d'admissions en néonatalogie	331	417	392	369
Nb d'admissions en centre nutritionnel intensif	663	722	961	762
Nb d'hospitalisations adultes	1 177	1 442	973	1 330
Nb d'admissions en soins intensifs	88	110	150	38
Nb d'actes chirurgicaux	1 894	2 230	1 419	1 532

PROJET : AMRAN

■ Historique du projet

Ce projet dans le gouvernorat d'Amran a débuté en 2010 en réponse à l'afflux de personnes déplacées internes provenant du gouvernorat de Sa'ada en raison du conflit entre Al-Houthis Ansar Allah (AA) et le gouvernement de Saleh. Les hôpitaux de Khamir et Huth ont été choisis comme centres des activités du projet, Khamir servant de principal lieu d'intervention et Huth comme satellite. Le projet s'est ensuite étendu à la lutte contre le paludisme dans les zones endémiques par des distributions de moustiquaires et à un soutien aux établissements de santé avant de se concentrer sur la prise en charge des traumatismes et des soins maternels et infantiles. La situation sécuritaire s'est améliorée fin 2014/début 2015 avec la prise de contrôle du gouvernorat d'Amran par AA. Fin 2021/début 2022, MSF a identifié l'hôpital de Habour pour un soutien en tant qu'hôpital rural et a fermé le centre de santé de Huth après dix ans d'intervention.

En 2023, MSF a rouvert l'établissement de Huth en réponse à une augmentation des cas de rougeole et de malnutrition, et a cessé de soutenir l'hôpital de Habour en raison de sa faible activité.

■ Configuration du projet

L'hôpital Al Salam de Khamir est une structure de santé du ministère de la Santé où MSF et le ministère de la Santé collaborent dans le cadre d'une "co-gestion". Cet hôpital sert d'hôpital de référence pour le gouvernorat nord, couvrant les districts nord de Bani Suraim, Harf Sufan, Al Ashah, Huth, Shaharah, Al Madan et Al Qaflah.

Les départements d'hospitalisation comptent 138 lits dont 28 pour la pédiatrie, 7 pour l'unité de soins intensifs pédiatriques, et 21 pour le centre de traitement thérapeutique. L'unité d'isolement dispose de 17 lits et l'unité néonatale de 24 lits. Le service d'hospitalisation adultes et l'unité de soins intensifs pour adultes comptent respectivement 32 et 3 lits, et l'hospitalisation gynéco-obstétrique 6 lits.

Les départements auxiliaires comprennent un laboratoire (incluant une banque de sang, un laboratoire, un échantillonnage de micro-laboratoire), la stérilisation, la radiographie, la blanchisserie et la cuisine.

Les activités de référence sont soutenues par des ambulances du ministère de la Santé principalement vers les hôpitaux de Sanaa.

Les activités externes incluent le centre de santé de Habur avec des services d'urgence, une salle de réanimation cardiorespiratoire, des consultations et hospitalisations pédiatriques, ainsi qu'une salle d'accouchement. Le centre de santé de Huth dispose de 25 lits pour une intervention d'urgence nutritionnelle.

▪ Bilan 2024

En 2024, le projet connaît une augmentation importante de l'afflux de patients, notamment en urgences, maternité, rougeole et malnutrition. Malgré l'ajout de 23 lits (portant la capacité à 138), le taux d'occupation reste égal ou supérieur à 100 %.

L'approche centrée sur le patient s'est renforcée à travers la mise en œuvre de la stratégie santé mentale et le renforcement des activités de promotion de la santé. Plusieurs dynamiques qualité ont été relancées ou consolidées : réactivation des revues morbi-mortalité, du comité d'hémovigilance, et amélioration du suivi des incidents critiques.

D'importants travaux ont été réalisés (réhabilitation du laboratoire, de la banque de sang, des services pédiatriques et nutritionnels, des toilettes d'isolement et de la zone déchets) et de nouveaux équipements ont été installés (incinérateur, autoclave, machine de radiographie). Afin de réduire l'empreinte carbone du projet, une centrale solaire a été connectée au réseau.

	2021	2022	2023	2024
Nb de présentations aux urgences	28 807	34 522	45 894	52 361
Nb de consultations anténatales	8 306	8 667	10 288	10 676
Nb de consultations de planning familial	2 907	3 468	3 760	4 282
Nb d'accouchements	2 856	3 429	4 001	4 361
Nb hospitalisations pédiatriques	2 890	3 566	4 776	4 737
Nb d'admissions en néonatalogie	1 108	1 118	919	862
Nb d'admissions en soins intensifs pédiatriques	490	672	664	714
Nb d'admissions en centre nutritionnel intensif	1 057	1 306	1 758	2 535
Nb d'hospitalisations adultes (hors chirurgie)	345	277	412	340
Nb d'admissions en chirurgie	2 218	2 595	2 665	2 892
Nb d'admissions en soins intensifs adultes	191	222	222	135
Nb d'actes chirurgicaux	3 506	3 879	3 808	4 050

Face à une flambée majeure de choléra, un dispositif d'urgence a été activé en mars 2024. Il a permis la prise en charge de plus de 8 000 patients en cinq mois avant sa clôture en août. L'hôpital de Huth a été transformé en centre de traitement du choléra de 120 lits, et 10 points de réhydratation orale ont été soutenus dans les districts de Khamir et Bani Suraim. Cette intervention s'est accompagnée d'une distribution de 2 000 kits d'hygiène pour contenir la propagation.

PROJET : ADEN

■ Historique du projet

MSF est présent à Aden depuis fin 2011, se concentrant initialement sur les cas de violence, puis en élargissant ses activités aux blessés de guerre. Depuis le grand conflit nord-sud de 2015, entre la coalition nordiste et la Résistance du Sud soutenue par la coalition dirigée par l'Arabie saoudite, le contexte à Aden a vu une diminution significative de la violence liée à la guerre. Cette relative accalmie a permis de se concentrer sur l'amélioration de la qualité des soins au centre de traumatologie, avec l'introduction de la fixation interne, l'amélioration de la prévention des infections et la mise en place d'un programme de gestion des antibiotiques pour traiter les cas compliqués post-chirurgicaux. Elle a également conduit à l'élargissement des critères d'admission pour inclure les accidents de la route et autres blessures traumatiques. Les activités externes soutiennent les établissements de santé proches des lignes de front et renforcent le système de référence.

En 2023, les tendances à la baisse de la prise en charge des blessés de guerre et à la hausse des accidents de la route se sont confirmées. Face à cette évolution, MSF a décidé de mettre fin aux activités du centre de traumatologie d'Aden.

■ Configuration du projet

Le Centre de Traumatologie d'Aden, une installation indépendante située à proximité de l'hôpital Al Sadaqa, traite les traumatismes viscéraux, thoraciques, vasculaires et orthopédiques, mais exclut les traumatismes neurologiques, de la colonne vertébrale et les brûlures graves, ces cas étant stabilisés et référés ailleurs si nécessaire. L'hôpital comprend les services des urgences, des soins intensifs, plusieurs unités d'hospitalisation, la fixation interne et des unités d'isolement, avec une capacité totale de 81 lits plus 10 sous tente.

Le centre dispose de trois blocs opératoires et d'une salle de réveil, ainsi que de services de suivi post-opératoire incluant des soins chirurgicaux, des pansements, des services de santé mentale et de physiothérapie. Le département de physiothérapie offre également des prothèses pour membres inférieurs en cas d'amputation. Un laboratoire de microbiologie, des programmes de gestion des antibiotiques et de prévention des infections sont en place.

■ Bilan 2024

En 2024, l'approche centrée sur le patient a été renforcée à travers l'introduction de nouvelles pratiques cliniques (anesthésie loco-régionale, échographie au lit du patient), la poursuite du suivi en santé mentale, et la réalisation d'une nouvelle enquête de satisfaction. L'équipe psychosociale a été davantage intégrée au circuit de soins, et des partenariats ont été initiés pour orienter certains patients vers des structures externes.

Sur le plan de la qualité des soins, plusieurs ont été relancés, et une dynamique de formation continue a été maintenue (65 personnels infirmiers diplômés).

La fermeture du centre d'Aden a été progressive entre septembre et novembre 2024. La continuité des soins est assurée jusqu'en février 2025.

	2020		2021	2022	2023
Nb de consultations aux urgences	4 531		4 771	6 107	8 490
Nb d'admissions à l'hôpital	2 062		2 330	2 829	2 105
Premiers passages au bloc	1 833		1 809	2 105	2 390
Nb de fixations internes	236		250	373	499
Nb d'actes chirurgicaux	6 911		6 610	7 284	8 102
Nd de sessions de physiothérapie	24 755		13 343	14 184	18 129
Nb de consultations santé mentales	81		850	1 634	1 964

Satellites de Médecins Sans Frontières

Satellites de Médecins sans Frontières

Les rapports annuels des satellites de Médecins Sans Frontières sont disponibles sur leurs sites respectifs.



Rapport annuel d'Epicentre :

https://epicentre.msf.org/sites/default/files/2025-06/Rapport_annuel2024_Epicentre.pdf



Rapport annuel de MSF Logistique :

https://www.msflogistique.org/media/127882/Rapport_Annuel_FR_UK_2024_A4.pdf



Rapport annuel de la Fondation MSF : https://fondation.msf.fr/sites/default/files/2025-06/FONDA_MSF_RA_2024.pdf

Abréviations

ACT	Polythérapies à base d'artémisinine (<i>Artemisinin-based combination therapies</i>)
AGI	Assemblée générale internationale
ARV	Antirétroviraux
AMR	Résistance antimicrobienne
ABR	Résistance aux antibiotiques
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 unisHepC 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 (<i>Infection Prevention Control</i>)
MDR-TB	Tuberculose multi-résistante
MHPSS	Soutien Psychosocial et santé mentale (<i>Mental Health and Psychosocial Support</i>)
MLT	Moyen et long terme
MBT	Maladies non transmissibles
MFH	Hôpital de campagne modulaire (<i>Mobile Field Hospital</i>)
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
RCA	République centrafricaine
RDC	République démocratique du Congo
RH	Ressources humaines
RSA	Accord de partage des ressources
SAC	Soins d'avortement sécurisés (<i>Safe Abortion Care</i>)
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
TB	Tuberculose
TIC	Fond d'investissement transformationnel (<i>Transformational Investment Capacity</i>)
VHC	Virus de l'hépatite C
VVS	Victimes de violences sexuelles
WACA	Centre opérationnel d'Afrique Centrale et de l'Ouest

