48e Assemblée générale de Médecins Sans Frontières

15 et 16 juin 2019

RAPPORT ANNUEL 2018

www.msf.fr

Cholera vaccination à Kyangwali, OUGANDA
Photographe : **Geraint Hill**

MEDECINS SANS FRONTIERES

à L'(U)sine - La Plaine-Saint-Denis

48e Assemblée générale
de Médecins Sans Frontières

Cholera vaccination à Kyangwali, OUGANDA
Photographe : **Geraint Hill**

MEDECINS SANS FRONTIERES

SOMMAIRE

48e Assemblée générale de Médecins Sans Frontières

Camp de Kutupalong-Balukhali, BANGLADESH
Photographe : **Bérengère Guais**

Introduction 5
Charte 7
Rapport moral 2018 9
Rapport d'activités 2018 23
Les orientations du Plan Stratégique 2017-2019 25
Faits marquants 2018 et Perspectives 2019 27
1. Le portefeuille d'activités et la dynamique opérationnelle 27
2. Les urgences 29
3. Les projets en zones de conflits 29
4. La réponse aux endémies et épidémies 31
5. Violences hors conflits 32
6. Les problématiques médicales 33
7. Les prises de paroles marquantes 35
8. Les ressources humaines 37
9. Recherche et innovation 39
10. Evaluation et Retour d'expérience 39
11. Organisation 40
Rapport du trésorier 2018 43
Les missions de A à Z 53
Les satellites de Médecins Sans Frontières 179
Répertoire 201

Soins d'urgence à Bama, État de Borno, NIGERIA
Photographe : **Nitin George**

Introduction

Ce document, réalisé en avril/mai 2019, est un descriptif des activités de la section française de Médecins Sans Frontières pour l'année 2018 (et les débuts de 2019).

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

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

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

Ce document sera complété, après l'Assemblée Générale annuelle des 15 et 16 juin 2019, avec le rapport moral du président, le rapport financier du trésorier et la composition du nouveau conseil d'administration issu du vote du 16 juin pour devenir le Rapport Annuel 2018 qui sera disponible début juillet 2019 au siège de Médecins Sans Frontières.

Cette assemblée générale 2019, qui se tient à La Plaine-Saint-Denis (Seine-Saint-Denis), est la 48ème Assemblée générale de l'association Médecins Sans Frontières, créée le 20 décembre 1971.

Charte

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

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

b. 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.

c. Ils s'engagent à respecter les principes déontologiques de leur profession et à maintenir une totale indépendance à l'égard de tout pouvoir, ainsi que de toute force politique, économique ou religieuse.

d. Volontaires, ils mesurent les risques et périls des missions qu'ils accomplissent et ne réclameront pour eux ou leurs ayants droit aucune compensation autre que celle que l'association sera en mesure de leur fournir.

Aweil, SOUDAN DU SUD
Photographe : **William Davies**

Rapport moral 2018

Rapport moral 2018

Chers amis, collègues, associés,

Je vous souhaite la bienvenue à cette 48ème assemblée générale de Médecins Sans Frontières. Dire cela, c'est entrevoir que nous fêterons notre demi-siècle d'existence dans deux ans tout juste. Et y voir l'occasion de porter une appréciation sincère sur ce que nous sommes devenus, un géant opérationnel mais aussi un géant de bureaucratie, et l'occasion aussi de se projeter sur les années à venir, nos projets et notre mode d'organisation. Cette réflexion, je nous invite à la débuter dès à présent et même si -bien évidemment- ce rapport moral sera l'occasion d'un retour sur l'année écoulée, il sera parsemé de réflexions destinées à amorcer ce chantier bien plus ambitieux. Je souhaite y associer pleinement les membres de notre association.

Avant d'en venir au portrait opérationnel et institutionnel de notre association, j'aimerais partager avec vous ma joie d'avoir vu cette année la libération en RDC de notre collègue **Mukanos.** Il est en liberté conditionnelle et nous espérons toujours lui obtenir la grâce présidentielle. Mais c'est pour rappeler que nous sommes toujours sans nouvelle de nos trois collègues disparus, Richard, Romy et Philippe. Je pense à eux.

I. Éléments de politique médico-opérationnelle

Décrire notre portefeuille opérationnel aujourd'hui, c'est faire le constat d'une grande diversité, même si notre priorité reste les contextes de guerre et les urgences. Il est la traduction d'une véritable politique opérationnelle, qui traduit notre ambition d'interpréter notre mission sociale de manière large, équilibrée, de faire des choix et de renoncer à l'ambition de couvrir tous les pays, tous les domaines. Je suis heureux de cette approche. Ce portefeuille reste dynamique : en 2018, il y a eu 23 ouvertures de projets et 15 fermetures. Nous sommes aujourd'hui présents dans 32 pays, pour un total de 88 projets.

Deux chiffres me frappent, tant ils disent sur la croissance récente de notre organisation : à mon arrivée à la présidence, les dépenses opérationnelles pour l'année 2013 se montaient à 133 millions. Six ans plus tard, elles se situent à 250 millions. Ce quasi-doublement, je ne le regrette pas tant il me semble qu'il a bénéficié à nos patients. Pour autant, il n'a pas été exempt d'effets indésirables, et il paraît judicieux de marquer les prochaines années par une pause relative de cette croissance.

Certaines des ouvertures ont été planifiées – je pense par exemple au projet **oncologie** au Mali ou au projet au **Somaliland,** mais la plupart l'ont été du fait des urgences, que ce soit dans le cadre d'une réponse à des épidémies de choléra (au Niger ou en **RDC** Katanga) ou de rougeole, également en RDC, ou à la prise en charge de victimes de conflits. Et je pense particulièrement ici au **Yémen,** où nous avons maintenu un fort dynamisme opérationnel. J'y reviendrai dans un moment. Nous sommes également intervenus au **Mozambique,** à la suite du passage des cyclones Kenneth et Idai en mars dernier. Là, nous avons pu mettre en place des activités en eau et assainissement, un domaine sur lequel nous avons beaucoup investi ces dernières années. Pourtant, ces interventions en situation de catastrophes naturelles continuent de poser

de nombreuses questions : elles sont massives, signifient un engagement financier et humain important et, le plus souvent, des résultats qui nous laissent insatisfaits vu le nombre peu significatif de patients pris en charge par nos équipes.

Les donateurs continuent pourtant de nous suivre et leur contribution a été majeure : ce sont plus de 500 000 euros qui ont été récoltés dans ce cadre rien qu'en France, et 12 millions à l'international. J'aimerais que là encore nous soyons le plus transparents possibles avec eux.

Cette année a également vu notre retour en Somalie ou, pour être plus exact, pour un programme au **Somaliland.** Nous y avons initié un projet de prise en charge de patients tuberculeux. Cette intervention nous permet de rester au contact d'une région, la Corne de l'Afrique, où nous n'étions quasiment plus présents ces dernières années.

Quel bilan tirer de notre opération au nord Kivu en réponse à **l'épidémie d'Ebola ?** Malgré notre engagement à profiter de l'après-2014-15 pour nous préparer, nous n'avons pas réussi à nous inscrire de façon satisfaisante dans « la Riposte ». C'est une déception sensible de cette année passée : malgré nos ambitions d'être plus opérationnels pour gérer un ou des centres de traitement de patients, nous ne sommes pas satisfaits. Nous avons certes participé au traitement des malades au sein d'équipes intersectionnelles en 2018, nous avons tenté d'améliorer la prise en charge thérapeutique avec de nouveaux traitement et encouragé la vaccination. Les équipes de terrain, les responsables du siège et les dirigeants du mouvement de tous ordres n'ont compté ni leur temps ni leur énergie.

Pour autant, la réussite n'est pas au rendez-vous : dans le cadre de la réponse MSF, nos opérations sont restées largement cantonnées à un rôle logistique (partage des tâches en intersection), les contraintes sécuritaires ont été un frein énorme au déploiement, elle est restée encore une fois trop cantonnée aux centres fermés. Alors même que d'autres organisations, plus petites – Alima par exemple –, se montraient beaucoup plus dynamiques. Il semble que -comme pendant l'épidémie de 2014 en Afrique de l'Ouest-, les précautions des soignants pour se protéger aient encore inhibé une meilleure prise en charge des patients. Mais c'est sur le système de réponse en général qu'une lumière crue est jetée : des investissements massifs, notamment par l'Organisation Mondiale de la Santé, une spirale d'insécurité, d'où les enjeux de détournements de l'argent de la dépense ne sont pas absents et, au final, une épidémie qui est hors de contrôle aujourd'hui. Et pourtant, cette intervention n'était pas exempte de possibilités : une volonté affichée de mieux prendre en charge les malades, des médicaments disponibles, des vaccins… Les mois à venir pourraient nous donner l'occasion, dans le cadre du projet d'utilisation d'un nouveau vaccin, produit par Johnson & Johnson, de relancer une dynamique.

Notre mission au Yémen reste, comme c'est le cas depuis plusieurs années, un bel élément de fierté opérationnelle. Nous parvenons à rester réactifs, très présents, utiles, malgré un contexte toujours difficile. Notre gestion de la sécurité y a été efficace. L'espace de travail en zone houthi n'est pas satisfaisant, mais il est à comparer avec celui, très limité, très contrôlé, de nos collègues des autres organisations. En zone sud, c'est une très grande instabilité qui domine : les affrontements avec les Houthis ont laissé place, à Aden par exemple, à une situation extrêmement chaotique, où les violences entre gangs, les réseaux organisés sur des bases familiales ou tribales, s'ajoutent à d'autres, plus politiques. Début avril, un patient de notre hôpital a ainsi été enlevé puis exécuté, ce qui a conduit à l'interruption des admissions pendant plusieurs semaines. Et ensuite, à la relance d'activités de networking auprès d'acteurs d'une très grande variété.

Et, entre les deux, les lignes de front restent très animées : nous avons ouvert deux nouveaux projets hospitaliers ces douze derniers mois, à Mokha, puis à Hodeidah. Le second a été ensuite passé à nos collègues de la section suisse. Ces deux projets ont été l'occasion d'illustrer les progrès effectués en matière de construction hospitalière, aux côtés des deux Centres de traitement Ebola construits en RDC, et venant à la suite de l'hôpital de Cox Bazar construit au Bangladesh. Après des années où ces projets s'illustraient surtout par les dépassements de budget et de délais, c'est une grande réussite.

Ce que je retiendrai également du Yémen, c'est la question du détournement de l'aide et, plus généralement, des doutes qui pèsent sur le diagnostic et la mise en œuvre des secours par une partie du système de l'aide. On a vu se propager ces dernières années les alertes à la famine au Yémen, appuyées sur des chiffres tirés d'on ne sait

où, en matière de mortalité, de malnutrition ou de populations dans le besoin. Nous avons d'ailleurs publiquement contesté ces lectures, dominantes dans les médias et dans la communication de beaucoup d'ONG et des Nations unies.

Ces chiffres ont permis d'accroitre ou de maintenir la délivrance d'aide médicale et alimentaire à des niveaux très élevés. Et il est probable que ces secours aient permis à la population yéménite d'échapper au pire. Reste que le contrôle exercé sur ces secours est notoirement insuffisant, notamment du fait des blocages des Houthis. Les détournements y semblent très importants. Il convient de notre côté d'être très vigilants sur cette question.

Plus généralement d'ailleurs, j'en profite pour rappeler que cette question des détournements, nous pourrions la considérer plus attentivement : du Nigéria à l'Ouganda, nous avons eu récemment à constater notre vulnérabilité à la fraude. Nous ne pouvons pas nous satisfaire de cette situation, et j'appelle donc à une mobilisation plus grande de nos opérations pour lutter contre ce phénomène.

En République centrafricaine, quatre projets se poursuivent malgré le niveau d'insécurité et les violences exercées contre la population et les ONG. C'est d'ailleurs le pays où le mouvement MSF connaît le nombre le plus important d'incidents de sécurité graves. Récemment, dans la région de Paoua, notre ancrage historique dans le pays, un massacre a coûté la vie à une cinquantaine de personnes, preuve s'il en était de la très grande violence toujours présente dans le pays.

Au Sahel (Nigeria, Mali, Niger) nous maintenons des opérations dans des environnements sécuritaires très précaires là aussi. Les activités de MSF OCP dans le Borno ont diminué après le déploiement d'autres ONG dans la région depuis 2017. Au Niger, nous avons démarré un projet transfrontalier avec le Nigeria, des contacts avec des groupes armés non Etatique ayant été développés en 2018. Pourtant, l'attaque de notre bureau en avril 2019, revendiquée par un journal de l'Etat islamique a montré la grande fragilité de notre présence dans la région.

Nous restons très investis sur **l'aide aux migrants,** et même si ces opérations demeurent marginales au sein de notre portfolio, elles continuent d'occuper une place importante dans notre communication publique et nos discussions internes. C'est aussi parce qu'elles nous permettent une réflexion originale sur nos modes opérationnels et nos modes de collaboration au travail, deux questions qui sont au cœur de nos préoccupations actuelles.

Modes de collaboration au travail d'abord, parce qu'elles nous enjoignent de travailler entre départements et à cheval entre plusieurs pays, à être réellement « sans frontières ».

Modes opérationnels ensuite, parce que ces activités, en France en particulier, mais en Méditerranée et en Libye également nous invitent à l'ouverture aux autres. Et même nous y obligent.

Nos activités de soutien aux mineurs isolés à Paris et en banlieue sont organisées avec plusieurs associations, dont le Comède ; à la frontière franco-italienne, nous travaillons avec la Cimade, Médecins du Monde, Amnesty international, le Secours Catholique. Nous organisons l'hébergement citoyen avec Utopia 56. Et lorsque nous avons décidé d'intenter une action en justice contre l'Etat français pour demander la suspension de la cession par la France de bateaux aux garde-côtes libyens, c'est aux côtés de sept autres associations que nous l'avons fait, dont le Gisti, et toujours Amnesty international. Ces alliances de circonstance sont importantes car elles sont une illustration que le repli sur soi qui caractérise parfois trop nos relations aux autres acteurs de l'aide n'est ni souhaitable ni utile. Nous en parlions en des termes similaires l'année dernière : la volonté de cultiver notre autonomie opérationnelle ne doit pas être comprise comme la défense d'un isolationnisme qui aurait pour conséquence de nous priver d'informations utiles à la mise en place de nos activités voire de nous priver d'accès aux populations.

Les déplacements de la population mondiale, on le sait, vont se poursuivre. Et nous devons constater que les candidats à la migration continuent de se voir opposer des barrières multiples, très souvent violentes, sur fond de discours xénophobes et nationalistes. C'est donc un investissement de long terme que celui-là.

L'année dernière, nous constations la difficulté croissante d'opérer en Méditerranée, pour porter secours aux migrants qui tentent la traversée vers l'Europe, soit parce que tel était leur projet initial, soit pour fuir les terrifiantes conditions de vie qui règnent en Libye. Les choses se sont encore largement détériorées et, à l'automne, l'Aquarius, le navire opéré conjointement par SOS Méditerranée

et MSF Amsterdam, a dû cesser ces activités, sous les contraintes administratives et judiciaires. Il est prévu que les opérations de secours du partenariat SOS Méditerranée-MSF Amsterdam reprennent, nous continuerons à les soutenir. Quant à la situation des migrants en Libye, elle ne s'est guère améliorée non plus. Mais le même bal des cyniques et des hypocrites, libyens et européens, accompagnés par l'impuissance ou le manque de volonté des organisations intergouvernementales, conduit à la perpétuation de cette situation. Reste que nous avons tout au long de l'année continué à exercer notre rôle d'alerte, un rôle d'autant plus important que les témoins des naufrages en mer ont été écartés par les États européens, et que l'accès des journalistes est très limité en Libye.

Un mot sur la relance de nos activités **en Colombie,** dans le cadre d'une mission conjointe avec OCG en direction des Vénézuéliens ayant fui la violence et la précarité des conditions de vie dans leur pays. Nous ne sommes pas présents au Venezuela, mais 3 centres opérationnels MSF le sont. En revanche, il est possible que notre ancrage en Colombie soit durable. Cette situation est peut-être à observer comme un signe de la nécessité de réinvestir le continent sud-américain, en proie à des difficultés sociales et politiques ainsi qu'à des situations de très grandes violences. Nous pourrons y envisager des partenariats de diverses natures avec les sections déjà présentes ainsi que l'association régionale d'Amérique latine.

J'aimerais enfin mentionner **la Syrie,** parce que cette mission me tient particulièrement à cœur. Le pays a été le lieu de violences incroyables et nous n'avons malheureusement jamais pu y jouer le rôle que nous aurions aimé y jouer. Le conflit, ces dernières années, s'est déroulé sans nous ou presque. Les zones gouvernementales nous sont restées interdites depuis le début du conflit en 2012 ; les zones sous contrôle de l'État islamique nous l'ont été tout autant dès la fin de l'année 2013, début 2014. Puis ce sont les zones kurdes qui sont devenues infréquentables ou presque. Quant aux frontières turco-syriennes et jordano-syriennes, elles sont devenues quasi hermétiques. En juillet 2018, plusieurs collègues de la section suisse se sont retrouvés détenus aux mains de l'administration syrienne. Ils ont finalement été libérés en début d'année. Puis, il y a tout juste deux semaines, des collègues de plusieurs nationalités ont été arrêtés par la police turque, sous des accusations de soutien au terrorisme kurde. Ils ont depuis été expulsés du pays.

Cette situation est terrible, et sans pointer du doigt la responsabilité de quiconque chez nous, je ne peux que constater, malgré un engagement constant, de forts investissements et quelques belles réussites, l'échec global de notre intervention dans ce pays.

A Gaza, en raison de la répression féroce de l'armée israélienne sur les manifestations de la « Marche du retour », nous avons mené plus de 2000 interventions chirurgicales, sur un total de 650 patients de mars à décembre. Et ce n'est pas fini : tout se passe comme si ce conflit alimentait la plus grande population de jeunes handicapées du monde. Les fractures ouvertes se comptent par milliers et toutes s'infectent. Les foyers d'ostéites et les déficits osseux qu'elles provoquent constituent une immense cohorte de patients à reconstruire. La tâche est si énorme, que même si cet évènement survenait en France, nos structures hospitalières auraient de la peine à absorber tous ces patients. Que dire alors ? L'immense défi que représente cette prise en charge, nous pouvons en prendre une part, mais nous ne pouvons l'assumer seuls. Il nous faut trouver des partenaires capables de procéder à de la chirurgie reconstructrice, des spécialistes, des ressources financières. Et tenter d'évacuer les patients vers des endroits où ils pourront être pris en charge. Nous avons déjà pu envoyer une vingtaine de malades à Amman, mais cela reste une goutte d'eau dans la mer.

La situation des Gazaouis a constitué une part importante de notre communication publique de cette année. Dans un premier temps, nous avons alerté sur le très grand nombre de blessés submergeant chaque vendredi les hôpitaux de Gaza et sur l'extrême sévérité des blessures infligées par les tirs à balle réelle de l'armée israélienne. A partir de l'été 2018, l'ampleur des manifestations, et donc de leur répression, a diminué, tout comme l'attention médiatique. Nous avons eu alors à cœur de contribuer à mettre au jour la véritable urgence sanitaire que représentent désormais les milliers de blessés exposés aux infections et aux handicaps à vie, à cause de blessures graves et complexes, extrêmement difficiles à traiter sur place.

Par ailleurs, peut-être vous souvenez-vous qu'en décembre 2015, à l'occasion de l'exposition « In Between Wars », qui entendait illustrer le cycle de violences auquel était exposée la population

de Gaza, le CRIF nous avait accusés de faire « l'apologie du terrorisme ». Nous avons porté plainte en diffamation. Le procès s'est tenu il y a quelques semaines, nous devrions être en mesure de vous donner des nouvelles en septembre prochain.

Parlant de Gaza, on ne peut aujourd'hui que constater la place centrale de la **chirurgie** dans nos activités, une place devenue habituelle ces dernières années, entre projets en mode urgence et ceux menés dans des pays détruits par les conflits.

Au Yémen, nous avons mené, en 2018, près de 4000 interventions dans les hôpitaux d'Aden, de Khamer, de Mokha et d'Hodeida. Je suis allé visiter la mission mi-décembre 2018 et j'ai rencontré une équipe travaillant sous les bombardements de la coalition avec un courage et un dévouement qui ont suscité mon admiration.

Néanmoins, au global, notre activité chirurgicale a un peu diminué en 2018, malgré la réouverture d'un projet à l'hôpital de Rutshuru en RDC. En revanche, elle s'est encore plus complexifiée : après la prise en charge des brulés – incarnée principalement par notre projet à Port-Au-Prince, à Haïti, et la chirurgie reconstructive à Amman depuis plus de 10 ans et à Gaza tout récemment, notre défi est celui de la chirurgie **pédiatrique** – défi qui se traduit par les activités que nous menons à Monrovia. Signalons également que, pour la première fois en 2018, nous avons pu poser une prothèse de hanche, à Amman. Ce geste, courant dans les pays du Nord, reste marqué par les incertitudes liées aux risques d'infections. Voilà un autre signe de l'élargissement de notre palette de soins, un moyen d'affirmer la priorité à la qualité médicale que nous affichons.

L'aspect plus complexe à gérer de cette spécialisation est connu : la chirurgie générale n'existe plus dans nos formations européennes alors même que nos activités requièrent ces compétences. Des discussions sont en cours pour déterminer la pertinence de mettre en place des programmes de formation chirurgicale de base destiné à des médecins exerçant en milieu isolé pour pallier cette carence (césarienne, laparotomie d'urgence et traitement des fractures), dans des hôpitaux comme Aweil au Soudan du Sud, ou au nord du Cameroun.

L'ambition de mieux répondre aux besoins des patients en élargissant notre offre de soins, c'est ce qui a justifié l'ouverture il y a quelques années d'un chantier de **« traitement des cancers ».** Cette réflexion produit ces premiers résultats. Deux missions de traitement du cancer ont en effet bien avancé cette année. D'abord au Malawi, pour le traitement du cancer du col de l'utérus, où nos combinons des activités de prévention par la vaccination contre le HPV, de laboratoire, de colposcopie, de conisation du col de l'utérus et de chirurgie. En outre, nous aurons bientôt accès à la radiothérapie. Au Mali, les cibles sont le cancer de l'utérus et le cancer du sein, avec pour commencer la mise en place de soins palliatifs, avant d'aller plus en avant cette année avec un programme de diagnostic précoce ainsi que la prise en charge curative d'une cohorte de patientes, conjointement avec le ministère malien de la santé.

Commencé en 2016, le programme de lutte contre **l'hépatite C au Cambodge** a démontré sa faisabilité de traitement à grande échelle : plus de 8000 patients traités en 2018. Comme pour le SIDA, on imagine une stratégie de « scaling up », avec une politique de décentralisation des traitements pour arriver à les distribuer à grande échelle, et inciter le ministère de la santé cambodgien à passer de Phnom Penh à la totalité du Cambodge et le débarrasser du virus. Les génériques de médicaments antiviraux à action directe sont disponibles dans les pays à faibles revenus parfois à hauteur de $70 US, à comparer au $80 000 que doivent débourser les malades infectés aux Etats-Unis. C'est ici que l'on comprend l'action positive de la Campagne d'accès aux médicaments et de la DNDi sur cette pathologie. Il reste encore à travailler sur le coût du diagnostic, la mesure de la charge virale, qui reste encore très élevée.

En ce qui concerne **le SIDA,** nous devrions finaliser cette année le projet de Ndiwa au Kenya. Les données ne sont pas encore définitivement connues, mais il semble que nous soyons près de réussir. Si l'objectif de programme proposé par l'OMS – le slogan des trois 90% : 90% de HIV dépisté, 90% de SIDA traités, et 90% de charge virale indétectables – à grande échelle semble tout à fait illusoire, peut-être aurons-nous ainsi prouvé que dans un environnement contrôlé et en investissant de manière importante, l'objectif est accessible.

La **Campagne d'accès aux médicaments essentiels** fête aujourd'hui ses vingt ans d'existence. Elle élargit sa cible, passant du soutien à l'accès aux médicaments pour les pays à faibles revenus à l'accès pour tous, incluant les pays nantis, car

le problème est devenu général : plus personne n'échappe aux ruptures de stocks, ni aux tarifs exorbitants exigés par les fabricants, que ce soit pour le traitement de l'hépatite C ou l'insuline pour les diabétiques, ou encore les traitements des cancers. La campagne veut proposer des alternatives à cet état de fait et surtout dénoncer le système qui le produit. C'est le sujet d'un des deux débats de demain.

Nos débats sont également le moment pour rappeler que nous soignons des gens, et pas des maladies. **Remettre le patient au centre de nos activités,** voilà le slogan le plus répandu et le plus consensuel du moment au sein du Mouvement. Je suis heureux de constater l'énergie qui anime nos équipes en la matière. Nos efforts d'innovation en matière d'amélioration du diagnostic sont ainsi un moyen d'améliorer les prises en charge individuelles. Le « mini lab », laboratoire de bactériologie mobile dont il a déjà été question ici va être testé à Haïti le mois prochain. C'est un outil qui devrait nous permettre de cartographier les résistances aux antibiotiques, notamment en Afrique où les données sont rares, les traitements en majorité empiriques et les erreurs diagnostiques et la stimulation de résistance très fréquentes.

Pour améliorer le diagnostic encore davantage, la mise en place du projet « POCUS » va être élargie. Il s'agit de banaliser l'utilisation de l'échographie et de la faire pratiquer par tous les cliniciens. Outre l'investissement en matériel, il va falloir dispenser une formation sur tous les terrains pour donner accès à cette technique à nos praticiens, et les conduire à mieux examiner les patients en consultation. Il va permettre également de mieux sélectionner les malades graves pour de les diriger au plus vite vers un traitement urgent.

L'accès à l'avortement s'est bien développé cette année, élément supplémentaire de notre volonté de répondre aux besoins exprimés par les patientes : nous avons réalisé 70 % d'interruptions volontaires de grossesse en plus par rapport à l'année précédent, incluant cette possibilité dans des missions non spécialisées sur la santé des femmes.

S'il subsiste encore des barrières, je peux affirmer que le changement est enfin en train de se produire. D'à peine une centaine de femmes qui ont demandé de l'aide pour un avortement en 2015 pour l'ensemble des missions tous centres opérationnels confondus et ont reçu une réponse médicale, MSF en est à 4 000 en 2017 et à plus de 11 000 au cours de la dernière année. Les équipes de terrain commencent à reconnaître le problème et s'efforcent de trouver une solution sur tous les continents, dans tous les contextes et anticipent les tensions qu'elle peut induire. Avec l'exposition « À propos de l'avortement » organisée en 2018 à Paris et la communication de la Journée internationale de la femme de 2019, MSF assume publiquement sa politique et ses mesures en matière d'avortement et est mieux préparée à faire face aux critiques qui vont inévitablement venir le contester.

Enfin, j'aimerais saluer le travail de l'équipe **d'Amman,** particulièrement dynamique en matière d'approche centrée sur le patient. Des réflexions de plusieurs ordres, pratiques, anthropologiques, sont en cours pour accueillir mieux encore les blessés de guerre au sein du projet de chirurgie reconstructrice. Ces avancées sont le fruit d'une dynamique commune entre le département des opérations, le département médical et le Crash.

Ces dynamiques collaboratives se sont également incarnées, notamment en matière de formation ou de travaux d'évaluation. Je pense ici particulièrement à la revue des opérations au Borno, coordonnée par le Crash avec l'appui d'Epicentre et qui a fait l'objet d'un atelier de restitution et discussion il y a une semaine, ou encore à la mise en place, dans le cadre d'un projet international financé par le TIC, du Master en « Pratiques humanitaires », le LEAP, pour lequel le Crash, l'unité de formation MSF UK et Epicentre ont conjointement oeuvré. Ces collaborations me permettent d'insister à nouveau sur la richesse qu'apporte ce décloisonnement entre nos disciplines et nos départements.

Avec Epicentre, notre travail collaboratif en matière de recherche s'est enrichi ces dernières années, sur le front des maladies infectieuses en particulier : traitement, diagnostic et aussi vaccination. L'apport d'Épicentre a également permis l'analyse des résultats, pour les patients, des activités liées à la prise en charge des victimes de violence, à Amman, Gaza et Nairobi par exemple.

Enfin, un petit mot sur les projets de la **Fondation Médecins Sans Frontières.** Le bilan des satellites est traditionnellement présenté en fin de rapport moral. Comme pour Epicentre, il me semble que les services rendus par la Fondation à nos opérations justifient une place particulière au sein de la partie mission sociale de ce rapport moral.

Après 3 ans de fonctionnement avec de nouveaux statuts, la Fondation a incontestablement gagné son pari de devenir un lieu ouvert favorisant l'innovation pour améliorer nos opérations de terrains. Après le succès du projet imprimante 3D au sein de l'hôpital d'Amman, nous avons franchi une nouvelle étape avec le développement d'une application ASTapp qui sera disponible sur tous les terrains dès 2020. ASTapp est une application gratuite, hors ligne, sur smartphone pour aider le personnel non expert, travaillant en milieux à ressources limités, à interpréter les antibiogrammes dans leurs activités courantes de laboratoire. Elle effectuera l'analyse des images d'antibiogrammes et fournira des conseils pour le traitement approprié du patient.

L'année 2018 a vu le codage de l'application, le processus de traitement d'image et le développement du 1er prototype. L'étape suivante est de travailler sur les messages à adresser aux utilisateurs ainsi que sur l'interface et le mode hors connexion. Une première version devra ensuite être testée sur le terrain et une évaluation comparative de la performance de l'outil devra également être lancée. L'application a reçu un prix de l'Innovation de la Fondation Google, pour un montant de 1.3 million de dollars.

Je voudrais en terminer avec cette première partie par **une courte réflexion sur notre communication publique.** Celle-ci est régie par plusieurs impératifs, dont les prises de position publiques et le rendu de comptes vis-à-vis du public et des usagers de nos services. Nous ne pouvons jamais nous satisfaire pleinement de ce que nous faisons : je crois impératif la nécessité de rapprocher notre communication publique de ce que nous nous disons entre nous. Affirmer sur le ton de l'évidence, comme je lis parfois dans les publications de notre mouvement que nous sommes guidés depuis toujours et sans défaut par la réflexion critique et le choix de la transparence sur nos difficultés est d'abord une forme de mensonge. C'est aussi la meilleure manière de s'intoxiquer soi-même. J'appelle nos dirigeants à plus de sincérité et de lucidité en la matière. Le monde de l'aide ne se résume pas à MSF ; MSF ne se résume pas à de flamboyantes réussites. En l'espèce, j'apprécie les efforts faits ici pour cultiver cet esprit critique, j'aimerais qu'il infuse davantage. Quant aux prises de parole publiques, je suis très attentif aux difficultés de nos équipes de communication, trop souvent prises dans des discussions bureaucratiques. Celles-ci, guidées par des logiques de protection de l'institution ou des procédures qui se nourrissent d'elles-mêmes sont extrêmement néfastes à l'esprit réactif qui doit nous guider. J'aimerais les assurer de ma volonté de peser pour simplifier ces mécanismes.

II. Bilan institutionnel

Lors de mon rapport moral de 2017, j'évoquais la forte croissance de notre association ces dernières années et du Mouvement international dans son ensemble. En 2018 nous avons subi un premier coup de frein, marquant un ralentissement de cette croissance autour de 2%. Nous avons cependant terminé l'année avec près d'un milliard de réserves financières et le déficit prévisionnel a été divisé par deux – de 200 millions à 100 millions d'euros. Nous ne sommes donc pas subitement devenus pauvres. Pourtant, les déficits combinés à des inquiétudes de trésorerie ont contraint à des fermetures de projets brutales et extrêmement contestables au regard des services rendus. Ce sont en effet des raisons budgétaires qui ont conduit à la fermeture du projet chirurgical de nos collègues espagnols à Gaza, alors même qu'ils auraient souhaité le maintenir. Dans un autre registre, c'est un arbitrage discutable, dans un contexte financier contraint, qui a conduit à la fermeture par OCB de leur projet de Tabard. Lorsqu'on constate la dégradation continue de l'accès aux soins à Haïti, nous mesurons bien, comme l'a fort bien dit notre directeur général après des semaines épuisantes de discussion liées au partage des ressources et du déficit, que « nous nous imposons des mesures coercitives sans nous soucier de leurs conséquences sur les opérations » - et sur les populations elles-mêmes. Ces négociations en période de crise financière, encore une fois toute relative, ont mis en lumière les dysfonctionnements du mouvement, et à tout le moins le manque d'esprit de solidarité qui y règne.

J'avais espéré être en mesure de convaincre mes collègues du Conseil d'administration international d'organiser un large débat sur nos intentions médico-opérationnelles et l'état de notre mouvement. Une conférence dans le prolongement de celle de La Mancha qui s'est tenue en 2006. Sans succès. Nous avons dû nous contenter d'un document considéré comme une base de départ non prescriptive supposée ouvrir des débats dans toutes les sections du Mouvement : « l'appel au changement ». Nous-mêmes, section française,

avons joué le jeu en organisant au sein de notre conseil d'administration des journées de réflexion pour formuler des propositions pour l'avenir tout en prenant soin d'analyser aussi les succès de MSF durant les 10 années passées. Nos collègues américains et australiens ont également partagé leur réponse à ce « call for change ».

Je voudrais profiter de ce rapport moral pour partager avec vous les grandes lignes de nos discussions.

« Adapter notre culture de travail à l'international »

A partir de cette année, 2019, l'alignement des plans stratégiques des 5 Centres Opérationnels signe une étape importante en matière de coopération au sein du mouvement. Nous allons tous en même temps définir les ambitions stratégiques et mettre en place un nouvel accord financier au niveau du mouvement. 2019 représente donc une occasion unique pour expérimenter de nouvelles relations entre centres opérationnels et de nouveaux modes opérationnels, collaboratifs, en pariant sur des alliances entre OC, des partenariats avec des associations locales, ou encore le soutien à l'émergence de nouvelles entités opérationnelles.

Pour commencer, les modes de fonctionnement de l'Accord sur le partage des ressources doivent être profondément revus. Le RSA3 fonctionne sur une répartition des financements entre sections non opérationnelles et sections opérationnelles fixée sur la base de projections de dépenses. Un tel système implique ainsi une perte d'autonomie de chacun sur sa gestion propre, car il dépend d'un accord international sur les projections de dépenses et d'une nécessaire cohérence entre les décisions prises sur les niveaux de dépenses et celles prises sur la répartition des financements. Pourtant, tensions et divisions au sein du mouvement sur ces deux dernières années ont détourné le RSA de ces objectifs initiaux.

Le RSA doit avoir pour objectif de prendre en considération le développement du mouvement dans son ensemble et non plus uniquement selon les logiques des centres opérationnels. Ce partage doit prendre en compte le besoin de financement des nouvelles entités qui émergent (WACA, SEAP, Camino) et permettre aux directorats opérationnels de répondre aux besoins nouveaux en fonction des événements. Il doit être beaucoup plus souple que le système actuel.

Le 4e accord de partage des ressources (RSA4) actuellement en discussion repose sur l'idée que nos donateurs, lorsqu'ils confient leurs dons à MSF, soutiennent notre action humanitaire collective et pas celle mise en œuvre par telle ou telle section. Les ressources financières du mouvement, dans leur globalité, sont ainsi mises au service du financement des opérations des directorats opérationnels, de nos investissements communs et des nouvelles entités. Construit pour éviter les écueils rencontrés ces dernières années, cet accord donne une signification renforcée au principe de solidarité puisqu'il s'agit d'un partage « non conditionné » des ressources.

« Mutual accountability »

Les accords successifs sur le partage des ressources devaient s'articuler avec un niveau de rendu de comptes mutuel élevé. Cela a été très insuffisamment le cas. Néanmoins, d'indéniables progrès ont été réalisés ces dernières années, notamment avec la « Typologie internationale » qui nous permet de quantifier selon des définitions d'activités et de critères communs le volume des opérations, avec l'organisation de « journées de réflexion opérationnelle », consacrées aux opérations du Borno et de Mossoul, l'année dernière, et aux épidémies, cette année. Nous commençons à débattre collectivement de la mise en œuvre d'opérations mais peu encore de la pertinence de nos programmes respectifs et de leur complémentarité. Le rapport entre leur coût et leur efficacité est une question cruciale à un moment où nous voulons volontairement limiter la croissance des OC.

L'accentuation des efforts de Mutual Accountabilty pourrait prendre plusieurs formes, non exclusives l'une de l'autre, et impliquer différentes composantes du mouvement. Les outils restent à être précisés mais plusieurs pistes peuvent d'ores et déjà être explorées : visites conjointes des directions de plusieurs OC ; visites également conjointes de membres de plusieurs Conseils d'administration, sélection par le Conseil d'Administration international (IB) de thématiques prioritaires à débattre, sélection d'objectifs sur des sujets spécifiques au niveau de l'Assemblée Générale Internationale, etc.

« Faire bouger les lignes au sein du mouvement »

La création et le renforcement des groupes opérationnels au milieu des années 2000 a permis d'or-

ganiser MSF en favorisant une émulation entre les cinq entités sur un plan opérationnel et une répartition négociée des ressources. Si ces accords ont permis d'éviter la création d'une méga structure onusienne de type « One MSF », ils ont eu pour conséquence de figer l'organisation. Il est aujourd'hui temps de franchir une nouvelle étape en permettant à de nouveaux entrants de remettre en question les modes de fonctionnement actuels et de retrouver une souplesse perdue. Nous observons et soutenons la création du directorat WACA qui a été imaginée par des cadres opérationnels de cette région du continent africain et qui ambitionne de travailler en réseau au plus près de nos terrains d'intervention. Nous en reparlerons au cours de cette assemblée générale. Nous appuyons aussi le développement de SEEAP, à l'initiative des sections partenaires de l'OCP (Australie et Japon) et de MSF-Hong-Kong. C'est une alternative construite par des sections régionalement qui soutiennent l'idée d'une décentralisation des opérations. D'autres modèles verront peut-être le jour hors de l'Europe et nous y sommes favorables.

Nous espérons aussi que le mouvement ne s'arrêtera pas là et que des entités existantes se regrouperont. Les sections européennes qui se sont multipliées sur un territoire limité géographiquement (exemple des 3 sections Suède, Danemark, Norvège – alors même qu'un bureau vient d'ouvrir en Finlande) et humainement (moins de 2 millions d'habitants, Luxembourg) doivent se fondre dans une entité plus vaste. Les bureaux qui se situent à de faibles distances comme ceux du Moyen Orient (Dubaï, Liban, Jordanie) doivent également amorcer cette démarche pour fonctionner avec une bonne collaboration et en complémentarité.

Par ailleurs, je voudrais aborder la question des plus hautes instances internationales associatives que sont l'Assemblée Générale Internationale (AGI) et le Conseil d'Administration international (IB). En tant que représentant d'un OC, je perçois la difficulté d'ancrer ces institutions dans la réalité opérationnelle. Je dois constater notre incapacité à débattre de sujets opérationnels et non de gouvernance ou de management. Et je dois constater que je suis souvent minoritaire dans nos discussions et qu'il convient de s'interroger sur les raisons de cette situation, de notre isolement récurrent et de travailler à convaincre nos collègues de la justesse de nos positions.

Exiger une expérience opérationnelle significative pour l'ensemble des membres, revenir à une présidence tournante comme ce fut le cas par le passé -par exemple- pourrait être des pistes pour améliorer la situation. Je propose également de revoir le processus de nomination/élection des membres de l'IB et de l'AGI. En tant qu'association, le principe « un membre une voix » me paraît être un minimum démocratique. Le système actuel de suffrage indirect est totalement anachronique, alors même qu'on n'a jamais autant parlé d'inclusion. Mais il serait insuffisant de réduire les problèmes que nous rencontrons à des problèmes d'organisation. Rien ne sera possible sans un travail politique énergique

« Une organisation qui valorise les gens »

La question des ressources humaines est centrale, sous plusieurs aspects. Il faut souligner une nouvelle fois que la pertinence et l'efficacité de nos opérations sont liées à la qualité de notre personnel, international et national. Nos réussites ne sont possibles que grâce à des constantes améliorations touchant à la formation, à la reconnaissance et à la promotion sociale, au partage des responsabilités et à l'attractivité de l'association pour des salariés venant d'autres secteurs.

Dans ce cadre, la grille des salaires constitue évidemment un élément essentiel. En 2009, nous avons mis en place un outil, l'IRP, dont les défauts et les limites ont rapidement été identifiés. Les accords pour un nouvel IRP 2, en 2018, témoignent à la fois de cette dynamique de changement et des difficultés puisque ça a été un processus long et compliqué. La décentralisation des responsabilités et la circulation des salariés entre les sièges et les terrains nécessitent la révision de notre système de rémunération, afin de le faire reposer sur plusieurs éléments tels que les compétences et l'expérience demandées, les responsabilités assumées pour un poste. Tendre vers une harmonisation des salaires entre sièges et terrains et une différence moins grande entre les internationaux et les nationaux, mais aussi valoriser l'acte médical, l'engagement sur le long terme, la mobilité pourraient en être les principes directeurs…

En cela nous réfléchissons à une meilleure inclusion de tous les employés au sein de MSF. Toutes les nationalités doivent évidemment être en mesure d'accéder à des postes à responsabilités, mais nous devons aller plus loin qu'un principe

théorique. Nous avons engagé un processus de décentralisation qui ramène les décisions opérationnelles au plus près des populations que nous entendons prendre en charge, et il semble important dans cette configuration de renforcer la participation de tous les personnels aux prises de décisions. Des mécanismes restent à trouver pour permettre cette cogestion localement.

Plus largement, l'exécutif a entamé une réflexion très volontariste et bienvenue sur la question de l'organisation du travail, où se croisent gestion de projets, gestion d'équipes, mécanisme de délibération, de collaboration. Rappelons également nos efforts en matière de formation : plusieurs formations ont été suspendues, d'autres profondément refondues ou sont en cours de l'être, alors que la première promotion de notre Master LEAP en partenariat avec les universités de Liverpool et Manchester a pris le chemin des études en début d'année.

Ce chantier, que j'évoquais déjà plus haut, a donné lieu à un immense chantier d'ingénierie, et je tiens à remercier les équipes du Crash, de MSF UK et du département Learning & Development pour le rôle joué dans ce lancement.

Par ailleurs, nous devrions inaugurer bientôt la construction du Centre Jacques Pinel, à Mérignac, qui sera dédié à la formation de nos cadres logistiques.

D'autres indicateurs de cette dynamique vont dans la bonne direction : la fidélisation du pool des logisticiens est ainsi excellente, et on peut y voir le résultat d'un travail spécifique : sur la clarté des objectifs, la mise en place d'une communauté de praticiens via Facebook, comme sur la mise en place de petits outils pratiques – je pense ici aux « minimums requis », les Basics de la logistique.

Les abus

Notre précédente assemblée générale avait eu lieu dans le contexte du « scandale Oxfam », à l'occasion duquel de nombreuses ONG avaient été accusées de couvrir les comportements abusifs de certains de leurs membres. Si nous n'avons pas été directement mis en cause, il n'empêche que, comme les autres, il a fallu rendre des comptes sur notre gestion passée et accepter de revoir et d'améliorer nos procédures internes. C'est ce que nous avons fait, pour le meilleur… et le moins bon.

Le meilleur, ce fut un travail d'articulation de la gestion des abus entre les sections, très largement animé par Sandrine Sabatier, que je remercie vivement pour son implication. Delphine Leterrier, directrice générale adjointe sortante a également joué un rôle majeur. Je lui adresse également ma gratitude, au nom de notre association. Une plateforme de discussion internationale a été créée ; un comité d'éthique destiné à soutenir le travail de la cellule EAMA a été mis en place ; la cellule elle-même a été renforcée.

Le moins bon, ce fut une accélération d'une tendance lourde au sein du mouvement MSF à l'instauration d'une police des comportements, voire d'une police de la pensée. Je retiens le terme de MacCarthysme 2.0 entendu de la part d'un membre de notre association effrayé par certaines dérives.

C'est aussi dans ce contexte que certains de nos collègues ont poussé pour la mise en place d'un « code de conduite ». Nous avons tenté de l'infléchir, insuffisamment sans doute. Toujours est-il qu'il a été adopté, sous le nom de « behavior commitments ». Les difficultés que pose ce texte, et les dérives autoritaires auxquelles il peut donner lieu ont été mises en évidence lorsqu'un collègue d'une section partenaire l'a invoqué pour justifier le refus par cette section de soutenir le lancement d'un récent livre de Rony.

Les questions liées à l'inclusion, la diversité, les abus méritent beaucoup mieux. Je vous invite à lire, ou relire, la contribution de notre collègue Françoise Duroch sur le sujet, « MSF et le point Godwin ».

S'agissant du bilan comptable de la cellule EAMA, l'année 2018 a été marquée par une volonté de renforcer le travail effectué par cette cellule depuis 2007. Pour cela, 2 personnes sont venues en appui ponctuel au cours de l'année et un second poste structurel a été créé et recruté en décembre 2018. Des visites ont été effectuées en Ouganda, au Liberia, au Liban, sans compter sur les 6 autres pays où un travail de sensibilisation a été effectué par les coordinations.

2018 a été marquée par une nette augmentation des plaintes portées directement à la cellule EAMA, **soit 48 plaintes** (contre 25 à 27 ces 5 dernières années). Cette augmentation est davantage le signe d'une amélioration de l'accessibilité du système que celui d'une augmentation des abus (notamment en raison de la distribution de 13 000 plaquettes dès janvier 2018).

En conclusion

Je souhaiterais conclure ce rapport moral en adressant des remerciements chaleureux à Luc Fréjacques et Alexandra N'Goran qui quittent cette année le conseil d'administration et ne sont pas candidats à un autre mandat. Je voudrais également remercier une nouvelle fois Delphine Leterrier déjà mentionnée mais qui aura également bataillé pour la réforme de l'IRP2, avec succès. Un grand merci également à Marie-Noëlle Guillouzouic qui a quitté son poste d'adjointe à la direction des Ressources Humaines, poste où elle aura contribué à rendre plus rigoureuse notre gestion du personnel du siège. J'adresse également mes remerciements à Pennie Verseau, qui a mis en place avec succès le nouveau département « appro », avec pour résultats la réalisation d'économies importantes. Souhaitons la bienvenue à son remplacement Bruno Berson. Par ailleurs, quelques historiques figures du siège, dont Christiane Gesquière, François Dumaine, Alain Frédaigue et Odile Hardy nous quittent cette année… La fin d'une époque, la fin de Saint-Sabin. Odile aura accompagné cinq présidents et il m'est difficile de restituer à sa juste valeur l'ensemble de sa contribution à MSF. Elle a ma très sincère gratitude, et certainement celle de mes prédécesseurs.

Enfin, je souhaite adresser un mot amical en direction de Jason Cone, qui a quitté en décembre dernier son poste de directeur général de MSF Etats-Unis. Et souhaite la bienvenue à sa remplaçante Avril Benoit. Nous espérons que cette prise de poste ainsi que le renouvellement du CA américain observé lors de leur Assemblée Générale sera l'occasion de poursuivre notre collaboration de la meilleure manière.

Continuons sur l'engagement associatif : pour la cinquième année consécutive, un Conseil d'administration décentralisé a été tenu dans une antenne régionale de l'association. Nos ami(e)s de Lyon nous ont offert le cadre idéal pour réunir administrateurs, salariés dirigeants de l'association, volontaires du terrain et membres bénévoles. Je tiens à saluer ici le travail des participants qui ont nourri des débats d'une grande qualité.

Ces discussions ont été également permises grâce à l'engagement de nombreux administrateurs, que je remercie particulièrement cette année pour leur investissement. De nombreuses contributions ont été écrites, dans le cadre des débats institutionnels dont j'ai déjà parlé. Nombreux ont été les administrateurs qui, cette année, se sont rendus sur le terrain, prolongeant le plus souvent leur participation aux FAD par des visites sur les projets, en Ouganda, Philippines, PNG, Gaza, Centrafrique, Tchad, Pakistan, Liban, Mali. Nous souhaitions un CA plus proche des terrains, il me semble que c'est aujourd'hui le cas.

Un mot également à l'adresse en particulier de nos salariés du siège parisien : le déménagement aura bien lieu dans quelques semaines. Nos conditions de travail vont s'améliorer de façon substantielle.

Enfin je tenais enfin à rendre hommage à nos collègues décédés, en mission ou chez eux, depuis la dernière assemblée générale. Certains étaient de très anciens compagnons de route de notre association, comme Mado Boyer, membre depuis 1984. Je pense aussi à Eric Robert, mort, avec sa compagne, dans un accident de la circulation en Ouganda. A toutes les familles et proches touchés par ses décès, j'adresse une pensée particulière au nom de l'ensemble du conseil d'administration.

Je vous souhaite une belle assemblée générale.

Le 15 juin 2019

Dr Mégo Terzian, président
Président de Médecins Sans Frontières

Hôpital dans le district de Haydan, YEMEN

Rapport d'activités 2018

Le présent rapport illustre les activités médico-opérationnelles menées par le groupe opérationnel parisien de Médecins Sans Frontières *(OCP, Operational Centre Paris)* constitué des quatre sections de MSF en France, en Australie, au Japon et aux Etats Unis. Il s'appuie principalement sur le Plan Stratégique 2017-2019 qui a été voté en 2017. Les comptes combinés présentés dans le rapport financier sont le reflet de ces activités.

Les orientations du Plan Stratégique 2017-2019

L'enjeu du Plan Stratégique 2017-2019 est de faciliter la mise en œuvre d'opérations toujours plus innovantes et ambitieuses dans des contextes dangereux et parfois dans des pays où les standards de soins sont relativement élevés.

Les priorités du Plan Stratégique pour la période 2017-2019 s'articulent autour de trois grands chapitres :

Le Projet opérationnel

Le plan général vise à mieux utiliser les ressources de MSF pour être en capacité de répondre aux priorités imprévues et de laisser place à l'innovation.

Renforcer la réponse aux urgences, particulièrement aux épidémies et aux déplacements de populations, et continuer d'assurer le déploiement opérationnel dans des contextes complexes et dangereux restent évidemment des priorités.

Sur le plan médical, l'accent est mis sur le développement de soins hospitaliers davantage centrés sur les patients gravement malades. La continuité des soins et les soins de santé primaires doivent être également réinvestis, notamment au travers de modèles de soins intégrés, préventifs et curatifs, de la mise en œuvre de l'interruption volontaire de grossesse, de la prise en charge des maladies non transmissibles, du développement des soins psychiatriques, de nouvelles stratégies de prise en charge du paludisme, de la promotion des différentes stratégies de vaccination et d'un renforcement du support logistique.

Au-delà du VIH, de la tuberculose, du paludisme et de la vaccination sur lesquels l'accent a été mis ces dernières années et qui demeurent au cœur des activités opérationnelles, MSF a planifié d'investir dans de nouveaux domaines : résistance aux antibiotiques, oncologie, hépatites, épidémies émergentes, outils de diagnostic.

La mise en place d'un cadre garantissant la qualité des soins est également un objectif.

Support aux opérations

☐ Investissement dans les ressources humaines

Les ressources humaines constituent une priorité majeure dans le long terme qui requiert le soutien de tous. La stratégie repose sur :

- la bonne planification des effectifs en termes de quantité et de qualité.
- les moyens nécessaires pour attirer un personnel engagé, diversifié et compétent.
- le développement de l'ensemble du personnel : formation, mentorat, gestion de parcours, mobilité, rémunération.

☐ Recherche et innovation

L'enjeu pour les années à venir est de rendre l'innovation possible dans l'ensemble de l'organisation, organiser la communauté d'innovation multicentrique de MSF OCP de telle façon qu'elle soutienne les initiatives innovantes, de saisir, analyser, exploiter et diffuser l'innovation externe et de mieux intégrer la recherche opérationnelle dans les opérations.

☐ Plaidoyer et prise de position publique

Concevoir des stratégies d'influence ancrées dans les réalités du terrain avec l'espoir de provoquer des changements concrets ayant un impact sur les soins apportés à nos patients ou de surmonter les obstacles limitant l'accès aux populations, fait partie intégrante des pratiques opérationnelles que MSF OCP souhaite renforcer dans les trois années à venir. Cela passera par :

- la mise en place d'un processus permettant de créer une culture de plaidoyer et d'influence, avec un soutien aux équipes de coordination sur le terrain et un renforcement de leurs compétences.
- un dialogue avec le mouvement MSF pour le positionner sur les enjeux essentiels.

☐ Suivi, évaluation et apprentissage

La stratégie s'articule autour de deux axes :

- l'amélioration de la qualité, de la pertinence et de l'impact des évaluations réalisées par les entités en charge : unité d'évaluation, Crash, Épicentre, consultants de recherche externes.
- l'utilisation stratégique, grâce aux solutions HIS (health information system), de l'information au niveau du terrain et des coordinations (identification, analyse et utilisation de l'information).

L'efficacité de l'organisation et du partenariat OCP

☐ Délégation au terrain

L'objectif est de compléter et mettre en place les changements organisationnels permettant de déléguer la prise de décision au plus près du terrain.

☐ Nouveaux modèles d'organisation plus proches du terrain

La mise en place de nouvelles formes d'organisation du travail s'appuiera sur les initiatives déjà existantes en Afrique et au Moyen Orient où sont développées des structures de support décentralisées, sur mesure, de plus en plus autonomes et proches du terrain.

En parallèle, il est prévu d'encourager et de participer aux réflexions menées dans le mouvement sur de nouveaux modèles de centre opérationnel.

☐ Délégation du support opérationnel au sein d'OCP

Certaines responsabilités de support direct ou indirect à la mission sociale du partenariat doivent continuer d'être partagées entre les quatre sections partenaires.

☐ Organisation de l'approvisionnement

La stratégie d'approvisionnement et son organisation seront réévaluées pour mieux répondre aux besoins, en termes de stratégie d'approvisionnement international et régional, capacités de stockage et distribution, fonctionnement de la chaîne d'approvisionnement.

☐ Maîtrise de l'évolution de l'organisation

Améliorer les prévisions financières, accroître la collecte de fonds, optimiser les réserves et explorer les possibilités d'une gestion de trésorerie plus efficace sont les composantes d'une meilleure maîtrise de l'évolution de MSF.

Faits marquants 2018 et Perspectives 2019

1. Le portefeuille d'activités et la dynamique opérationnelle

Dépenses opérationnelles

en millions d'euros	2017	2018	Croissance
Projets	174,8	176,4	*0,9%*
Coordinations et autres supports[1]	48,8	49,0	*0,5%*
Consultations, recherches épidémiologiques et autres dépenses	10,9	10,8	*-1,0%*
Total dépenses missions de l'associaton[2]	234,5	236,2	*0,7%*

Les dépenses opérationnelles se sont élevées à 255,8 M€ en 2018 après une année 2017 à 246,5M€. Au sein de ces 255,8 M€, les dépenses de missions, exclusion faite des dépenses d'opérations engagées pour le compte d'autres sections et des versements effectués en faveur d'autres organisations représentent 236,2 M€.

L'évolution détaillée des dépenses de missions de l'association est analysée dans le rapport annuel du trésorier.

Les dépenses de coordinations et bases arrière représentent une part stable de 21% des dépenses de missions hors dépenses engagées pour le compte des autres.

La catégorie Consultations, recherches épidémiologiques et autres dépenses regroupe principalement les dépenses de recherche et consultations épidémiologiques faites par Epicentre pour le compte des missions de Médecins Sans Frontières. Celles-ci s'élèvent comme en 2017 à 7,3 M€.

Analyse des dépenses de projets en fonction des motifs d'ouverture

L'analyse des dépenses de projets est présentée à partir des motifs principaux qui ont conduit à l'ouverture des projets et fait le lien avec le contexte général dans lequel se trouvent ces populations selon qu'elles sont victimes de conflits, d'épidémies, de catastrophes naturelles ou de l'exclusion des soins.

Aujourd'hui, suivant cette définition, sur le montant total de 176,4 M€ de dépenses de projet, 76% des dépenses de projets se concentrent sur des populations victimes de conflits armés ou d'épidémies/endémies et 24% sur des contextes de violence sociale ou d'exclusion des soins.

en millions d'euros	2017	2018
Interventions auprès de victimes de conflits	**108,5**	**100,8**
En réponse aux violences directes subies par les populations	36,6	41,4
Auprès des réfugiés et déplacés	33,2	29,8
En réponse à la déstructuration des systèmes de soins	38,6	29,6
Interventions en réponse aux épidémies/endémies	**30,4**	**33,7**
Interventions en réponse aux catastrophes naturelles	**0,0**	**0,0**
Interventions auprès des victimes d'exclusion des soins ou de violence sociale	**35,9**	**41,9**
TOTAL	**174,8**	**176,4**

1 Les coordinations sont isolées dans une catégorie distincte : leurs dépenses ne sont pas ventilées entre les différents projets menés conjointement dans un pays donné. En effet, les équipes de coordination en capitale travaillent de manière globale, dans chaque pays, à l'analyse des contextes et de l'environnement des secours, à l'évaluation des besoins, à la négociation avec les différents acteurs en présence et à la définition et à la coordination de l'ensemble des projets.

2 Hors dépenses de projets effectuées pour le compte d'autres sections ou de satellites.

Dynamique opérationnelle

Présent dans 32 pays avec 88 projets, MSF OCP conserve en 2018 un portefeuille diversifié avec une priorité mise sur les contextes de guerre et les urgences.

En 2018, malgré une stabilisation des dépenses, les équipes sont parvenues à maintenir la dynamique opérationnelle en réduisant les coûts de coordination (-2 M€), les donations et les projets gérés à distance (-4 M€), l'approvisionnement aérien, et en travaillant sur des plans pluriannuels d'investissement (construction, maintenance, gestion de la flotte automobile).

Deux projets justifiés par une endémie spécifique ou maladie négligée ont été développés : la tuberculose multi-résistante au Pakistan et le cancer du sein et du col de l'utérus au Mali. En 2018, la réflexion sur l'approche des soins centrée sur le patient a été initiée et se poursuivra en 2019, ainsi que sur toutes les questions relatives à la protection et sécurité des patients.

Parmi les 88 projets de l'année 2018, il y a eu 23 ouvertures de projets et 15 fermetures.

Ouvertures

Afghanistan : Herat

Cambodge : Hépatite C province de Battambang

Iran : Mashad

Mali : Oncologie

Niger
- Cholera Madarounfa
- Migrants

Nigeria
- Bama
- Bauchi

Ouganda : Réfugiés Hoima

RDC
- Cholera Lubumbashi
- Epidémie ebola du Nord Kivu
- Kibirizi
- Lubero
- Rougeole Haut Lomami
- Urgences épidémiques (URGEPI, nouveau modèle de réponses préemptives et curatives aux épidémies de rougeole au Kataga)
- Rutshuru

Somaliland : Tuberculose Hargeysa

Syrie : Idlib

- Tchad
- Crise nutritionnelle Ndjamena
- Crise nutritionnelle Wadi Fira
- Réfugiés Goré

Yemen
- Hodeida
- Mocha

Fermetures

Georgie : Tuberculose

Grèce : Samos

Irak : Ambar

Jordanie : Support médical au sud de la Syrie

Libye : Al Abyar

Niger
- Cholera Madarounfa
- Migrants

Nigeria
- Activités externes Borno
- Mongono
- Bauchi

Ouganda : Réfugiés Hoima

Russie (maintien de l'enregistrement)

Syrie
- Hôpital Kobane
- Activités externes Kobane

Tchad
- Crise nutritionnelle Ndjamena
- Crise nutritionnelle Wadi Fira

Activités médicales

en millions d'euros	2017	2018	Variation
Hospitalisations	197 461	192 914	*-2%*
Consultations	1 997 279	2 303 967	+15%
Interventions chirurgicales	38 036	36 282	-5%
Césariennes	5 593	4 335	-22%
Accouchements	57 572	52 207	-9%
Consultations anténatales	134 066	129 098	-4%
Vaccination de routine	189 071	71 313	-62%
Patients VIH 1ère ligne	27 316	24 342	-11%
Patients VIH 2nde et 3ème ligne	4 314	5 861	+36%
Tuberculose – nb de patients	4 846	4 216	-13%
Tuberculose multirésistante – nb de patients	186	118	-37%
Hépatite C - nb de patients sous traitement	2987	8395	+181%
Interruptions de grossesse	593	1 196	+102%
Consultations de santé mentale	56 088	91 397	+63%

2. Les urgences

17 interventions ou projets d'urgences ont eu lieu en 2018, dont une partie gérée directement par la cellule des urgences et les autres par les cellules régulières sur l'enveloppe des urgences. Ces 17 interventions sont décrites dans les fiches pays qui figurent plus loin dans ce rapport d'activités :

Bangladesh : Assistance aux réfugiés Rohingyas à Palong Khali

Tchad
- Assistance aux réfugiés centrafricains du Logone Oriental
- Crise nutritionnelle à Ndjamena
- Crise nutritionnelle dans la région du Wadi Fira

République Démocratique du Congo
- Epidémie de rougeole dans le Haut Lomami
- Epidémie de choléra à Lubumbashi
- Accès aux soins dans la zone du Nord Kivu touchée par ebola
- Réponse aux violences dans la région de Lubero

Niger : Epidémie de choléra à Madarounfa

Nigéria :
- Nutrition Bama : Prise en charge nutritionnelle
- Bauchi: Prise en charge d'épidémies de fièvre de lassa et de choléra

Palestine
- Accès aux soins et prise en charge des blessés à Gaza

Syrie
- Assistance aux déplacés dans la région d'Idlib

Ouganda
- Assistance aux réfugiés congolais à Hoima

Yémen : Assistance aux victimes du conflit
- Aden
- Mocha
- Hodeidah

3. Les projets en zones de conflits

42 projets sur 88 ont lieu en zones de conflits

A l'exception du Cameroun, de la Somalie et du Myanmar, MSF OCP est présent dans la plupart des conflits armés. L'expertise de l'unité TAC (Transnational armed conflicts) renforce la lecture des différents contextes et permet de développer les réseaux nécessaires dans les conflits du Moyen orient, du Lac Tchad, du Sahel et des Philippines. En 2019, l'unité étendra son périmètre à l'Afghanistan.

Les différents projets sont décrits dans les fiches pays qui figurent plus loin dans ce rapport. Les principaux faits à noter pour chaque pays sont les suivants :

République Centrafricaine

Quatre projets se poursuivent malgré le niveau d'insécurité et les violences exercées contre la population et les ONG. C'est d'ailleurs le pays où le mouvement MSF connaît le nombre le plus important d'incidents de sécurité graves.

Yémen

Les opérations au Yemen sont très réactives, en dépit de la forte insécurité et de la taille des projets. Cela repose sur une excellente collaboration entre personnel national et international, une base de projets moyen ou long terme desquels on peut détacher du personnel pour répondre aux urgences, des orientations claires pour des projets construits avec les équipes de terrain et les autres OCs. Les projets de Mocha et d'Hodeidah ont été ouverts au bon moment avec 750 blessés de guerre pris en charge en un mois (novembre 2018).

Palestine

La réactivité à la prise en charge de personnes blessées lors de la grande marche du retour (avril 2018) a été excellente, mais la transformation d'un projet de soins post-opératoires pour brûlés et patients traumatologie en un projet de chirurgie orthopédique et plastique a été trop lente. La mobilisation pour sensibiliser le public à la situation a été un succès.

La capacité de MSF est passée d'une à cinq équipes chirurgicales au moment du pic de patients. Entre avril et décembre 2018, MSF OCP a effectué 2015 actes chirurgicaux pour 828 patients. Malgré une estimation d'un millier de patients souffrant d'ostéomyélite, MSF n'a pas obtenu l'autorisation des autorités d'ouvrir un centre spécialisé pour leur prise en charge, et les cultures osseuses durent être envoyées à un laboratoire israélien en attendant. Un laboratoire de microbiologie a été agréé avec beaucoup de retard. L'ouverture d'une unité d'ostéomyélite à Gaza ou ailleurs reste une priorité pour 2019.

Afghanistan

Avec un nombre croissant d'attaques de l'Etat Islamique dans les grandes villes, y compris contre les ONGs, la sécurité des équipes est une préoccupation permanente. MSF OCP a démarré un nouveau projet à Herat (support à la salle d'urgence de l'hôpital et clinique mobiles sur les camps des déplacés, près de la frontière iranienne.

Mali

A Tenenkou, la détérioration de la sécurité dans le centre du Mali a rendu de plus en plus compliquées l'organisation des cliniques mobiles et les activités hospitalières ont augmenté.

Niger et Nigéria

Les activités de MSF OCP dans le Borno ont diminué après le déploiement d'autres ONGs dans la région depuis 2017. MSF a rouvert le projet de Bama en aout 2018 suite à un afflux de déplacés.

Des activités ont été développées dans la région de Yobe au Nigeria, au Niger, ainsi qu'une mission exploratoire dans la région du Lac Tchad.

MSF OCP a deux hôpitaux dans la région du Borno (Maiduguri et Bama) au Nigeria, et un hôpital à Maine Soroa au Niger. Des cliniques mobiles trans-frontaliers sont organisées au Yobe depuis Maine Soroa. Des contacts avec ISWA (Islamic State in West Africa) ont été développés en 2018.

RDC

MSF OCP s'est repositionné au Nord Kivu avec 3 projets :

- Rusthsuru : chirurgie et nutrition dans l'hôpital
- Bambo et Kibirizi : hospitalisation avec références vers Rutshuru
- Lubero : hospitalisation (salle d'urgence, pédiatrie, nutrition, violences sexuelles) et centre de santé rural

Soudan du Sud

Après la signature d'un accord de paix en septembre 2018, MSF reste présent sur trois projets : Old Fangak (hôpital, médecine générale et chirurgie), Monts Nouba (consultations et hospitalisations), et hôpital d'Aweil (pédiatrie et maternité).

Philippines

MSF apporte des soins de santé primaires avec vaccinations et surveillance des épidémies dans la ville de Marawi depuis qu'elle a été reprise par les forces gouvernementales après cinq mois de combats contre Daesh en 2017.

Bangladesh

Des soins de santé primaires et secondaires sont apportés aux populations réfugiées Rohingya qui vivent dans les camps, ainsi qu'un accès à l'eau potable (forages, aquafiltres intradomiciliaires).

Irak

Trois projets ont été menés en Irak en 2018 : l'hôpital de Qayyarah au sud de Mossoul, des soins de santé primaire pour les réfugiés et déplacés dans les camps des environs d'Erbil, et le centre de rééducation de Bagdad qu'il est prévu de réorienter vers de la chirurgie en lien avec l'hôpital d'Amman (OCP) et l'hôpital de Mossoul (OCB).

Jordanie

Environ 600 patients sont admis chaque année dans le programme de chirurgie reconstructive de l'hôpital d'Amman, dont l'objectif est d'augmenter

le nombre de patients en provenance de Gaza. Les services de maternité et de néonatologie d'Irbid ont été transférés à d'autres acteurs tandis que les soins de santé mentale auprès des réfugiés ont été conservés.

Syrie

Des membres du personnel MSF travaillant dans le nord-est de la Syrie ont été arrêtés en juillet 2018 par les autorités gouvernementales. En lien avec cet événement, la difficulté à comprendre le contexte, la mise en danger du personnel et les limites de la valeur ajoutée médicale du projet, les projets de MSF OCP dans cette zone ont été fermés en 2018.

En Syrie, OCP continue son soutien à l'hôpital d'Atmah ainsi que de postes de santé et une clinique mobile dans la région d'Idlib.

Liban

En partenariat avec l'organisation WAHA, MSF OCP mène un projet pédiatrique pour les réfugiés syriens avec un hôpital et trois cliniques. Le développement de la chirurgie est envisagé.

Pakistan

L'espace humanitaire pour les ONG semble se réduire de plus en plus. L'accès aux zones tribales (FATA) n'est plus possible. La pertinence du projet de Peshawar est remise en question. Un projet de prise en charge de la tuberculose multirésistante est en cours de développement. OCP prend aussi en charge des patients souffrant de leishmaniose cutanée avec 1378 patients initiés cette année.

Sécurité

Cinq incidents de sécurité sont survenus en 2018 : 2 vols à main armée dans la base MSF à Bria (Centrafrique), un autre au bureau de Port Moresby (Papouasie-Nouvelle-Guinée), une attaque et un vol de voitures à Bangui (Centrafrique). Ils n'ont pas donné lieu à violences sur les personnes. On déplore toutefois la mort d'un membre du personnel et de sa femme dans un accident de voiture à Entebbe (Ouganda), d'un membre du personnel décédé des suites de brûlures en Syrie, ainsi que d'une employé tué par balle à Gaza, mais hors du cadre de ses activités pour MSF.

4. La réponse aux endémies et épidémies

26 projets sur 88 apportent une réponse à des endémies ou épidémies.

Endémies

VIH

Dans les pays à forte prévalence et bonne couverture, les trois projets verticaux VIH (Kenya, Malawi, Ouganda) se sont concentrés sur les soins spécifiques pour les enfants et adolescents, les patients nécessitant des traitements de 2nde et 3e lignes, et les patients présentant un état avancé de maladie requérant une hospitalisation. Des structures de suivi ont été ouvertes pour réduire la mortalité (qui atteignait 30% dans les 6 mois) des patients après leur sortie de l'hôpital.

Pendant les 5 dernières années à Ndhiwa (Kenya), le projet a eu pour ambition de réduire l'incidence du VIH. Les résultats préliminaires d'une étude montrent une nette amélioration de la cascade du traitement du VIH (pourcentages des patients dépistés, traités et avec charges virales indétectables).

Hépatite C

Depuis 2016, 13 000 patients infectés par l'hépatite C ont été diagnostiqués et traités au Cambodge, grâce à un outil diagnostic simple et à des médicaments abordables. En 2018, les activités hépatite C ont augmenté avec le démarrage du projet de Battambang au Cambodge, l'ouverture du projet pour les usagers de drogues à Mashad en Iran et la décision d'ouvrir la clinique du projet Sud Téhéran aux hommes. 8401 patients sont sous traitement grâce à l'accès aux génériques pré-qualifiés des Antiviraux d'Action Directe (AAD)

Tuberculose

Le nombre de patients traités pour une tuberculose résistante a baissé : 4098 d'entre eux ont été traités en 2018, soit 660 de moins que l'année précédente. Cela provient principalement du projet en Papouasie-Nouvelle-Guinée, grâce soit à une amélioration du diagnostic (diminution des faux positifs), soit aux résultats positifs du projet.

Les résultats préliminaires de l'étude END-TB ont d'ores et déjà utilisés dans les nouvelles recommandations de l'OMS qui incluent l'utilisation de la Bedaquiline et du Delamanide. MSF OCP a l'objectif d'augmenter l'accès aux traitements pour les patients multirésistants.

Oncologie

MSF OCP a décidé de s'investir dans l'oncologie pour deux raisons : le cancer est de plus en plus présent dans les pays de missions de MSF, et les inégalités d'accès aux diagnostics et aux traitements entre pays du nord et du sud sont probablement les plus élevées de toute la médecine.

Deux projets ont vu le jour au Malawi (cancer du col de l'utérus) et au Mali (cancer du col et du sein) avec deux composantes : soin individuel et amélioration de l'accès au diagnostic et au soin pour la population de la région.

Le projet de Bamako a commencé par des soins de soutien et palliatifs. Celui du Malawi s'est jusqu'alors concentré sur le diagnostic du cancer du col par inspection visuelle à l'acide acétique. Il est prévu d'inclure colposcopie, chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie. La pénurie de vaccins HPV (contre les infections à papilomavirus humains) a retardé le démarrage du programme national de vaccination et limité la tranche d'âge.

Handicapés

Les événements récents à Gaza, en Syrie et en Irak ont mis en lumière la population négligée de jeunes patients handicapés ayant besoin d'une chirurgie complexe et d'une réintégration sociale.

Depuis fin mars 2018, MSF a admis 3549 blessés par balles à Gaza, en a opéré 1995 and effectué plus de 88 000 pansements et 54 000 consultations de physiothérapie.

Epidémies

Ebola

Certains aspects de la prise en charge de l'épidémie du Nord Kivu furent positifs : Les premiers cas de Mangina et Beni ont été pris en charge par des équipes conjointes OCP/OCB, de réels progrès ont été réalisés dans la conception des centres de traitements et dans la gestion des cas, y compris grâce à l'utilisation de traitements expérimentaux et de meilleurs soins de soutien.

En revanche, il a fallu six mois pour définir une stratégie d'intervention claire qui prenne en compte les besoins de la population, et des alliances avec les principaux acteurs ont fait défaut. Le fonctionnement entre centres opérationnels n'a pas permis d'adapter une stratégie envers les communautés ni d'assurer la sécurité des équipes.

Choléra

En 2018, 18 486 cas de choléra ont été traités, dont 12 000 au Nigeria. Plus de 585 000 doses administrées par les équipes MSF en support du MOH pour la vaccination des cas dans l'Etat de Bauchi

Rougeole

Une pénurie de vaccins est survenue dans plusieurs pays (RDC, Niger). En RDC, la stratégie a été de proposer un package de soins pédiatriques dans les zones en fin d'épidémie, et une vaccination préventive dans la périphérie des zones épidémiques. Près de 300 000 enfants ont été vaccinés.

5. Violences hors conflits

20 projets sur 88 ont été déployés dans des contextes de violences non directement liés à des conflits armés.

Bidonvilles

Le projet de Nairobi qui s'attaque à la violence dans le bidonville de Mathare offre une réponse décentralisée aux violences sexuelles ainsi qu'un accès à des soins d'urgence grâce à des services ambulanciers fonctionnant 24 heures sur 24. Les équipes ont également participé à la gestion des blessés de la dernière attaque terroriste de Nairobi en effectuant le triage de plus de 170 patients sur le site.

Migrants

France

En France, la population ciblée par le projet est celle des mineurs non accompagnés, notamment ceux qui se voient déboutés de leur minorité. Dans un centre de jour, MSF apporte des soins

psychologiques, un support juridique et une orientation pour soins médicaux. Mi 2018, le projet s'est étendu avec une composante d'hébergement. Après dix mois d'activité dans le centre de Pantin et quatre mois de logement, 709 mineurs ont été admis dans le centre et 79 adolescents (100% des dossiers présentés) ont été reconnus mineurs après une procédure d'appel.

Libye

Depuis août 2017, MSF travaille à Bani Walid en Libye où un grand nombre de personnes sont détenues, torturées pour rançon ou contraintes au travail forcé ou à l'esclavage sexuel par des groupes armés criminels. MSF soutient un refuge où des migrants sont abandonnés par des trafiquants ou viennent par eux-mêmes. On y reçoit les patients les plus graves en termes de trauma et santé mentale. A Misrata, Khoms et Zliten, MSF OCP intervient dans trois centres de détentions officiels où sont détenus des migrants interceptés en mer ou arrêtés dans la rue. Le principal objectif est d'aider ces personnes à quitter les centres, à retourner chez eux ou poursuivre leur route de migration. MSF n'a réussi à aider qu'un petit nombre de gens mais travaille toujours à la constitution d'un réseau avec IOM, le HCR et les Libyens.

Iran

Au sud de Téhéran, MSF donne un accès aux soins aux consommateurs de drogues, travailleurs du sexe et aux groupes marginalisés ou stigmatisés, notamment le travail des enfants, les populations Rom et les personnes transgenres.

Nigéria

A Port Harcourt, MSF mène un projet vertical de prise en charge des violences sexuelles dans les quartiers vulnérables.

6. Problématiques médicales

Patients gravement malades

Traiter les patients gravement malades restait une priorité pour 2018. MSF OCP gère 46 hôpitaux (54% des projets) avec une moyenne de 2500 lits d'hospitalisation. 23% des lits sont affectés à la chirurgie, 10% aux soins maternels et infantiles et 53% à la pédiatrie (nutrition et néonatologie).

5 nouveaux projets ont été ouverts cette année avec une priorité sur la chirurgie, notamment au Moyen Orient (Gaza, Yémen) ou sur la pédiatrie (Liban, Libéria).

La prise en charge des brûlés est de plus en plus présente dans les projets (comme à Qayyarah en Irak et à Koutiala au Mali). Haïti et Atmah (Syrie) sont deux projets verticaux de prise en charge des brûlés. Des formations spécifiques pour les chirurgiens doivent être renforcées.

Continuité des soins

Pour les maladies de longue durée, MSF a investi en 2018 dans l'amélioration des soins pour adultes dans les services hospitaliers, notamment pour les patients présentant un stade avancé du VIH. Une analyse des causes de mortalité a été effectuée à Homa Bay (Kenya) où un tiers des patients décédaient dans les 6 mois suivant leur sortie de l'hôpital. Une unité de suivi a été ouverte en 2018, avec des premiers bons résultats.

Les soins de santé mentale ont augmenté de 60% en 2018, avec 91 000 consultations. Au Libéria, MSF OCP a mis en place des soins ambulatoires pour les patients psychiatriques et développé un soutien à domicile pour aider les familles à comprendre et prendre en charge leurs proches. La majorité des projets de soins de santé mentale reste ciblée sur les patients présentant des troubles modérés à sévères. Les plus gros volumes d'activités concernent les déplacés et les brûlés. Une base de données spécifique a été développée et déployée dans huit projets permettant une meilleure vision des activités de santé mentale.

Le projet de Zahle au Liban apporte des soins de santé secondaires et tertiaires aux enfants, y compris des soins intensifs, ainsi qu'un suivi ambulatoire des enfants souffrant de maladies chroniques. 300 enfants souffrant de maladies chroniques sont suivis régulièrement, dont 58 atteints de thalassémie.

Concernant les patients souffrant d'infections aiguës, le projet du Tchad a été réorienté pour améliorer l'accès aux soins des femmes et des enfants grâce à une participation active des patients et des communautés dans la conception du projet et à la continuité des soins entre village et hôpital.

Interruption de grossesse et avortement sans risque

En 2018, MSF OCP a continué d'inclure la contraception et l'interruption de grossesse dans les projets. Le nombre d'interruptions de grossesse a doublé (1196 cas) depuis 2017. Les principaux pays restent les mêmes. Malgré le lancement de groupes de travail et d'ateliers, des blocages demeurent en interne. Une communication est organisée en interne et en externe à l'occasion de la journée de la femme de 2019.

Chirurgie et chirurgie reconstructive

Au cours des dix dernières années, MSF OCP a développé une expertise en chirurgie reconstructive à l'hôpital d'Amman en Jordanie. Il a quelques années, l'objectif était d'exporté cette expertise vers d'autres projets.

Au Yémen, avec la mise en place d'un laboratoire de microbiologie et la prescription rationnelle des antibiotiques, l'hôpital d'Aden a accru sa capacité de traitement des cas compliqués (infections osseuses, infections des tissus mous et de la circulation sanguine), ce qui permet d'éviter les longs séjours des patients à Amman et améliorer l'utilisation des antibiotiques. Le suivi des patients est effectué dans un centre de consultations orthopédiques dédié, par des chirurgiens généralistes pour les cas spécialisés et des médecins généralistes pour les autres cas.

Antibiorésistance

En 2018, MSF OCP a 9 projets disposant de l'ensemble du dispositif destiné à lutter contre l'antibiorésistance : laboratoire de microbiologie, point focal pour le contrôle et la prévention des infections (IPC) et prescription rationnelle des antibiotiques. Cinq d'entre eux disposent d'un laboratoire de microbiologie MSF. Trois nouveaux laboratoires sont prévus pour 2019 : Gaza, Bangui, Monrovia. L'un des principaux défis est le manque de ressources humaines suffisamment qualifiées à tous les niveaux (experts au siège et sur le terrain). La priorité est d'assurer et de renforcer la collaboration et l'approche pluridisciplinaire entre centres opérationnels MSF, en particulier sur le terrain.

Qualité des soins

Des efforts ont été faits pour mettre en place des outils de mesure de la qualité des soins en termes de sécurité, d'efficacité et d'approche centrée sur le patient. Ils ont été expérimentés dans deux projets : maternité à Dasht e Barshi (Afghanistan) et obstétrique à Jahun (Nigéria).

Vaccination

- Pneumocoque (PCV) : L'utilisation du vaccin PCV a diminué à cause de difficultés d'importation au Nigéria et de la passation du projet en Syrie.
- Choléra : Le vaccin choléra n'est pas toujours disponible à temps dans les épidémies de choléra et l'objectif de l'utiliser dans les zones endémiques après une épidémie n'a pas toujours été atteint (Goma-RDC, Maiduguri-Nigéria).
- Papillomavirus (HPV) : Le vaccin HPV reste très peu utilisé, principalement à cause de son coût élevé, mais aussi du manque de projets ciblés sur les adolescents.
- Hépatite B : Un projet pilote de vaccination à la naissance (72 heures après la naissance) a été mis en place à Katiola (Côte d'Ivoire) entre mars et décembre 2018. 18 750 nouveau-nés ont été ciblés pour la vaccination avec un taux de couverture de 96%.
- Ebola : Le vaccin ebola a été utilisé au Nord Kivu, principalement pour le personnel médical en première ligne.

Outils diagnostics des maladies infectieuses

L'échographie est particulièrement adaptée aux contextes d'intervention de MSF. MSF OCP développe la mise à disposition de POCUS (outil d'échographie portable) dans ses missions et soutien la formation du personnel.

Le diagnostic des maladies infectieuses donne lieu à différents travaux :

- Mise en place de laboratoires de microbiologie classiques et développement d'un outil de laboratoire mobile (MiniLab).
- Investigation sur de nouveaux tests de diagnostic rapides pour la rougeole et la méningite.
- Révision du projet Multiplex (diagnostic des fièvres) pour une décision finale en 2019.

Sciences sociales et participation du patient

Des études ont été réalisées en 2018 pour mieux comprendre les perspectives et besoins

des patients, et par conséquent améliorer les interventions de MSF.

- Approche participative à Moissala (Tchad) pour comprendre les expériences, pratiques et contraintes des populations.
- Etude de la perspective des patients à l'égard du programme de chirurgie reconstructive, montrant l'impact que procurent le traitement et la cicatrisation sur leur vie future. Des efforts sont toutefois nécessaires pour les soutenir dans leur parcours de reconstruction personnelle et sociale.
- Représentation du VIH et impact sur l'utilisation des soins dans la population Luo de la région de Homa Bay (Kenya).

Formation médicale sur le terrain

Depuis sa création début 2017, le FORHOP (formation gestion hospitalière sur le terrain) a eu lieu dans 16 projets hospitaliers (en 2018 : RCA, Liberia, Soudan du Sud, Pakistan, Irak). Au total, plus de 300 cadres (nationaux et internationaux, superviseurs inclus) ont été formés sur leurs problématiques hospitalières. Des visites post FORHOP ont lieu plusieurs mois après afin d'évaluer comment les équipes se sont approprié les différents messages et discussions et de revoir avec elles les objectifs qu'elles s'étaient fixés pendant ou juste après la formation.

Le FORGHO (formation des managers hospitaliers) se poursuit à Bordeaux.

7. Les prises de paroles marquantes

Au Yémen, témoigner de la réalité du terrain

Cette année encore, la volonté de MSF de rendre compte de la situation au Yémen à travers le témoignage de ses équipes, présentes dans 11 des 21 gouvernorats du pays, s'est avérée précieuse, dans un environnement où la propagande des parties au conflit, et les contraintes qu'elles imposent aux journalistes et observateurs indépendants limitent l'accès à des informations fiables sur l'état de la population. Nous avons ainsi communiqué sur la résurgence d'épidémies de choléra, diphtérie et rougeole, en soulignant les difficultés d'accès aux soins dans un contexte d'effondrement du système de santé. Mais nous avons également contesté l'idée, dominante dans les medias et dans la communication de beaucoup d'ONG et des Nations unies, que le Yémen serait en proie à une famine – ou sur le point d'être frappé par une famine. Le spectre de la famine, agité en partie par les Nations unies pour tenter de faire pression sur les belligérants et les pousser à négocier, et alimenté par des rapports médiatiques tronqués faute d'accès au terrain, ne reflétait ni l'état des connaissances disponibles nécessaire à l'établissement d'un tel diagnostic sanitaire, ni les indications recueillies par nos équipes, y compris dans des zones décrites comme touchées par la famine. Une conférence de presse tenue à Paris a permis de mettre cette question en perspective tout en attirant l'attention sur les besoins des populations affectées par l'offensive menée par la Coalition contre la ville de Hodeida : difficultés d'accès aux soins pour les blessés de guerre, mais aussi pour la population générale. Nous avons également produit et diffusé en janvier 2019 un reportage inédit et relayé dans la presse les témoignages de nos équipes alertant sur le sort des populations civiles blessées par les mines posées par les Houthis le long de la côte occidentale et notamment autour de la ville portuaire de Mocha, où les équipes MSF les prennent en charge.

Enfin, nous avons continué à dénoncer les attaques aériennes de la coalition saoudo-emirati contre la population et les infrastructures civiles dans nos zones d'intervention, comme celles menées contre un bus à Saada ou lors d'un mariage à Hajjah ou contre un centre de traitement du choléra MSF en juin 2018, qui n'a heureusement pas fait de victimes.

A Gaza, alerter sur l'urgence sanitaire et le désespoir des milliers de blessés de la Marche du retour

En 2018, MSF a alerté l'opinion publique sur les conséquences de la répression israélienne contre les manifestants de la « Grande Marche du retour », qui marquait en 2018 le 70e anniversaire de l'exode palestinien de 1948.

Dans un premier temps, nous avons alerté sur le très grand nombre de blessés submergeant chaque vendredi les hôpitaux de Gaza et sur l'extrême sévérité des blessures infligées par les

tirs à balle réelle de l'armée israélienne. A partir de l'été 2018, l'ampleur des manifestations, et donc de leur répression, a diminué, tout comme l'attention médiatique. Nous avons eu alors à cœur de contribuer à mettre au jour la véritable urgence sanitaire que représentent désormais les milliers de blessés exposés aux infections et aux handicaps à vie, à cause de blessures graves et complexes, extrêmement difficiles à traiter sur place. Enfin, nous avons essayé de faire toucher du doigt la réalité quotidienne de cette génération d'estropiés, faite de souffrances physiques et d'absence d'horizons, à travers des témoignages et portraits, ainsi qu'à travers un film réalisé sur place intitulé «la salle d'attente».

En Libye et en Méditerranée centrale, témoigner et dénoncer pour résister

En 2018, MSF a dénoncé la campagne d'intimidation, de calomnies et d'entraves orchestrée par les Etats européens, destinée à mettre un terme aux opérations de recherche et de sauvetage en Méditerranée centrale, et notamment de celles de l'Aquarius, le bateau conjointement opéré par l'ONG SOS Méditerranée et MSF et attaché au port de Marseille. Par voie de presse (communiqués, conférences de presse, tribunes) et sur les réseaux sociaux, nous avons ainsi dénoncé les « marchandages de vies humaines » auxquels les Etats européens n'ont cessé de se livrer en condamnant les bateaux de naufragés à être ballotés d'un port à l'autre, les pressions politiques exercées par le gouvernement italien contre Panama pour révoquer le pavillon de l'Aquarius, ou "l'attaque grotesque" des autorités de justice italiennes, avec la décision de mise sous séquestre de l'Aquarius au motif que nous aurions mal géré nos déchets à bord du bateau. Nous avons également protesté face aux accusations faisant des ONG des idiots utiles voire des complices des passeurs, accusations relayées par le gouvernement français, tout en pointant du doigt la responsabilité des Etats européens qui entretiennent un véritable business de la souffrance en soutenant les garde-côte libyens chargés d'intercepter les bateaux de naufragés et de les ramener en Libye.

En parallèle, et dans un contexte opérationnel difficile – restrictions d'accès ; insécurité – , nous avons alerté à plusieurs reprises sur la situation dramatique des migrants en Libye : par exemple en mai quand des dizaines de personnes ont été tuées et blessées après avoir tenté de s'évader de la prison clandestine de Bani Walid ; en août quand nous avons demandé que soient évacués les migrants pris au piège des combats à Tripoli ; en septembre quand nous avons relayé les témoignages des survivants d'un naufrage pris en charge par nos équipes à Khoms, et dans lequel sont mortes 100 personnes. Ce rôle d'alerte est d'autant plus important que les témoins des naufrages en mer ont été écartés par les Etats européens, et que l'accès des journalistes est très limité en Libye.

En France, sensibiliser et mobiliser autour de la situation des mineurs isolés

En 2018, nous avons activement communiqué sur la situation des mineurs isolés pris en charge dans le centre MSF à Pantin, en attirant l'attention des medias sur cette population marginalisée mais aussi en cherchant des façons originales de plonger le grand public dans leur réalité quotidienne : MSF a ainsi coproduit un feuilleton BD, « l'odyssée d'Aly », diffusé sur le compte Instagram de MSF et racontant la vie d'un mineur isolé à Paris ainsi que « Le centre du monde », une série sous forme de podcast permettant une immersion dans la vie des adolescents du centre et de ceux qui y travaillent. Ce podcast a été présenté dans plusieurs festivals en France.

MSF a également communiqué pour mobiliser des hébergeurs solidaires dans le cadre d'un projet d'accueil dans le sud-ouest de la France mené en partenariat avec l'association Utopia, et en partenariat avec d'autres associations, s'est opposée à des projets de loi mettant en danger les mineurs isolés. MSF et 18 autres partenaires ont ainsi contesté la légalité d'un décret instaurant le fichage des mineurs isolés, en saisissant le Conseil d'État et en le faisant savoir.

MSF s'affiche en faveur de l'accès à l'avortement médicalisé pour toutes

Vulnérabilité universelle et intemporelle, la grossesse non désirée fait partie de la vie des femmes, mais 20 millions d'entre elles interrompent chaque année leur grossesse dans des conditions très dangereuses à cause de la clandestinité à laquelle elles sont condamnées. Sur ses terrains d'intervention,

MSF a fait le choix d'intégrer l'accès à l'interruption volontaire de grossesse dans ses projets de soins maternels. Plus de dix ans après cet engagement, elle a souhaité témoigner des barrières – résistances sociales, lois restrictives, pression familiale, réticences du corps médical – qui empêchent les femmes d'accéder à des avortements sécurisés et des conséquences des complications liées aux avortements pratiqués dans des conditions dangereuses.

En partenariat avec la photographe et artiste Laia Abril, MSF a proposé une adaptation de son projet original « On abortion » à la Maison des Métallos à Paris pendant 10 jours en décembre, afin de sensibiliser le visiteur à la réalité de l'avortement à travers le temps et à travers le monde. L'installation « On abortion » – composée d'objets réels, de photographies, d'enregistrements sonores recueillis sur différents continents – a été enrichie de témoignages de personnels de MSF, collectés et mis en scène par l'artiste afin d'explorer la perspective du soignant : son expérience, ses doutes, ses peurs, face aux demandes d'avortement des femmes. Plus de 1200 personnes ont visité l'exposition et plusieurs medias ont saisi l'opportunité de cette exposition pour faire des reportages sur la question de l'accès à l'avortement dans le monde.

MSF a également organisé une conférence publique en marge de l'exposition, sur l'état des lieux des pratiques, des législations et perspectives historiques de l'interruption volontaire de grossesse.

Elargir l'accès aux nouveaux traitements contre l'hépatite C

MSF a continué l'année dernière de plaider publiquement pour qu'un plus grand nombre de personnes accède aux traitements les plus efficaces contre l'hépatite C – les antiviraux à action directe, ou AAD. Ces médicaments, comme le sofosbuvir ou le daclatasvir ont permis de réduire drastiquement la durée de traitement tout en diminuant les effets secondaires, et d'atteindre des taux de guérison inenvisageables avec les précédents traitements. Or malgré quelques avancées au cours des dernières années, ils restent très chers, voire inaccessibles, notamment dans de nombreux pays dits à revenus intermédiaires et dans les pays dits 'riches' : plusieurs dizaines de milliers de dollars pour 3 mois de traitement. D'un côté MSF a collaboré avec le DNDi (Drugs for Neglected Disease initiative) pour diffuser en France les résultats de l'essai clinique, co-financé par MSF, du ravidasvir, une molécule co-développée par le DNDi qui a montré une très haute efficacité et dont le prix – 300 dollars par traitement – en permettrait une utilisation à vaste échelle. De l'autre, MSF a continué de donner de la visibilité à l'opposition au brevet du sofosbuvir qu'elle a déposée, avec d'autres organisations de la société civile, auprès de l'Office européen des brevets. En septembre, l'Office a rejeté l'opposition, et en décembre, nous avons annoncé avoir fait appel de cette décision.

8. Les ressources humaines

Le déploiement des activités de MSF, dans des contextes complexes et souvent dangereux, et la réponse rapide et efficace aux urgences, ne seraient possibles sans l'engagement, la disponibilité et les compétences des hommes et des femmes qui forment MSF.

En 2018, les équipes de MSF OCP étaient composées de près de 8000 membres du personnel national, employés dans les 32 pays de mission, 2000 membres du personnel international de nationalités diverses qui sont partis sur les terrains d'interventions, et 450 salariés au siège parisien, qui ont apporté leur support au fonctionnement de MSF, Epicentre et la Fondation MSF.

Les réussites

Le nombre de personnels nationaux s'engageant dans la voie de la mobilité internationale augmente. Ils ont été près de 130 à rejoindre une mission en tant qu'expatrié(e), pour une courte durée (appelée « détachement »), ou plus durablement. C'est le résultat d'un engagement stratégique et politique forts, et d'une conduite du changement des pratiques de MSF.

Deux plateformes régionales de support aux opérations ont été développées, l'une à Abidjan en Côte d'Ivoire, et l'autre à Dubaï aux Emirats Arabes Unis. Grâce à la décentralisation des équipes, et un rapprochement du terrain qui permet une analyse plus fine des besoins et des potentiels régionaux, il a été possible d'inaugurer de nouvelles pratiques en termes de recrutement, de développement des talents et de formation. Par exemple, un modèle

de recrutement plus ciblé a été mis en place, qui a permis que 80% du personnel recruté en Afrique de l'Ouest en 2018 aient une expérience humanitaire significative.

Permettre une plus grande équité dans l'accès au développement de carrière pour l'ensemble des personnels est l'une des priorités, et la multiplication des plans de formation et de développement sur chaque terrain atteste de l'importance consacrée au sujet par les équipes. Le LEAP (Leadership Education Academic Partnership), mastère destiné aux futurs cadres opérationnels de MSF, conçu en partenariat avec les universités prestigieuses de Manchester et Liverpool, a accueilli sa première promotion, recrutée parmi le personnel MSF, international et national. Sur les 3 prochaines années, les participants au programme se formeront en continu, alternant expériences sur le terrain et enseignement académique en présentiel sur les sujets de la santé publique, du management de projet humanitaire et des sciences sociales et politiques. Investissement majeur pour MSF, ce programme témoigne de l'importance que l'association accorde à développer et fidéliser ses futurs cadres.

Une avancée majeure a été celle des ajustements portés au système de rémunération du personnel international (IRP2), permettant de réduire significativement les inégalités de traitement entre les expatriés.

Pour encourager la mobilité professionnelle des personnels expatriés non européens vers le siège parisien, et leur permettre d'y exercer des fonctions complétant leur expérience de terrain, MSF France leur apporte un support administratif spécialisé dans l'immigration professionnelle et facilite les conditions d'installation en France à ses expatriés expérimentés et leur famille. C'est une condition nécessaire pour encourager la diversité et l'inclusion au siège, y compris dans les instances de gouvernance exécutive de MSF.

MSF est un employeur responsable et renouvelle sans cesse son attention à une bonne gestion de la sécurité physique, psychologique et sanitaire pour son personnel. Pour les salariés travaillant sur des terrains à risque élevé, les processus de briefings sécurité et de consentement éclairé ont été revisités.

Par ailleurs, afin de promouvoir un environnement de travail sain et respectueux de tous, et réaffirmer que MSF ne saurait tolérer les abus de comportements portant préjudice à autrui ou à l'institution, une charte du comportement responsable (Behavioural Commitment) a été diffusée à l'ensemble du personnel MSF.

Les faiblesses

En dépit d'un constat récurrent de la nécessité d'ouvrir davantage de postes à des nouvelles recrues (expatriés en première mission, dits PM), et malgré une forte volonté institutionnelle, le nombre de postes ouverts à des PM ne cesse de diminuer. Alors qu'il devrait être supérieur à 30% pour garantir le renouvellement des pools d'expatriés par spécialité (logistique, RH, finances, médical/paramédical, opérations), ce taux est inférieur à 20% en 2018 et vient interroger tout à la fois les causes de ce déficit et le modèle de staffing lui-même : il est devenu incontournable de revisiter le système global de fonctionnement et de composition des équipes MSF sur le terrain.

La fragilité de ce système se révèle également au travers du nombre de postes clés non pourvus sur le terrain (les « gaps »). Ainsi, ce sont 8% des postes de coordinateurs médicaux sur le terrain qui n'ont pas été pourvus en 2018 – laissant parfois des terrains extrêmement complexes et exigeants sans leadership médical pendant plusieurs mois. Ce chiffre est d'autant plus préoccupant qu'il se combine aux 6% de gaps de postes de référents médicaux, qui sont également des postes pivots sur le terrain et garantissent notamment la qualité médicale des projets.

Les autres filières se portent mieux et les postes de coordinateurs non médicaux sont tous couverts à plus de 95%.

Les projets à long terme

Initiés pour certains en 2018, ils sont pour la plupart pluriannuels et de nature à transformer l'organisation et la gestion des RH.

Ainsi, MSF se prépare à migrer vers un système d'information RH unique qui permettra l'optimisation de la gestion des disponibilités et des compétences du personnel international pour l'ensemble des 5 centres opérationnels du mouvement. MSF USA a été la toute première section du mouvement à inaugurer ce nouvel outil.

La refonte des systèmes de rémunération et avantages sociaux destinés à l'ensemble des salariés est engagée. Il s'agit d'un chantier de longue haleine qui doit permettre une plus grande lisibilité et cohérence sur la manière dont MSF rétribue son personnel, tout en garantissant la modestie des rétributions, valeur intrinsèque à MSF.

9. Recherche et innovation

Témoins de la capacité d'innovation de MSF, plusieurs projets innovants ou de recherche sont en cours soit au sein d'OCP, soit avec une forte contribution d'OCP à des projets internationaux menés au niveau du mouvement MSF :

Recherche et Essais cliniques

- EndTB – Etudes d'observation et essai clinique sur l'utilisation de 2 nouvelles molécules (bedaquiline and delamanid) – Départements Médical et des Opérations, en partenariat avec les autres centres opérationnels.
- Developpement de l'utilisation du traitement de l'hépatite C (StormC) – Département des Opérations an partenariat avec OCG, DNDi, Came
- Essai sur l'immunité et l'innocuité des doses fractionnées de vaccin fièvre jaune – Epicentre
- Prophylaxie de ciprofloxacine en dose orale unique en réponse aux épidémies de méningite à méningocoque – Epicentre
- Essai randomisé en double aveugle de deux antivenins polyvalents – Epicentre
- Prévalence des principaux génotypes du VIH résistants aux antirétroviraux – Epicentre
- Description de l'antibiorésistance dans plusieurs contextes (chirurgie, hôpital, nutrition) – Epicentre

Outils de diagnostic

- Outil de diagnostic de fièvres (Multiplex) – MSF New York
- Laboratoire de microbiologie transportable (MiniLab) – Département Médical
- Monitoring des signes vitaux chez le nouveau-né – Innovation unit Tokyo
- POCUS – Dispositif d'échographie portable – MSF New York
- ASTapp – Outil de lecture et interprétation des antibiogrammes – Fondation MSF

Utilisation des nouvelles technologies

- Monitoring des signes vitaux chez le nouveau-né - Innovation unit Tokyo
- Méthode alternative de réchauffement du nouveau-né – Innovation unit Tokyo
- Drones cargo – Innovation unit Tokyo
- Prise de rendez-vous au Cambodge – Innovation unit Tokyo et MSF New York
- Prothèses 3D sur mesure – Fondation MSF

10. Evaluation et Retour d'expérience

2018 a été l'année du lancement du Réseau Interdisciplinaire Dédié à l'Evaluation et au Retour d'expérience (RIDER), associant MSF, Epicentre et le Crash. Le RIDER accorde une place centrale à la co-production de connaissances avec les praticiens, ainsi qu'à leur diffusion à des fins d'apprentissage individuel et collectif. Le RIDER participe de la dynamique d'évaluation de MSF.

L'offre du RIDER combine trois formes de services.

1. **L'expertise d'accompagnement** consiste en une expertise externe en sciences sociales et/ou en épidémiologie permettant d'éclairer un problème ou de prendre une décision ;
2. **La capitalisation d'expérience** permet d'aider les équipes à produire elles-mêmes (et de manière plus ou moins collective) une analyse distanciée d'une action passée, à partir d'un questionnement et d'une tentative d'objectivation rigoureuse ;
3. **Le soutien méthodologique** consiste à mobiliser l'expérience opérationnelle ainsi que les connaissances en sciences sociales et en épidémiologie des membres du RIDER pour aider les équipes dans leur pratique au quotidien de problématisation, d'objectivation, de délibération et d'apprentissage.

En 2018, quatre projets ont été menés et diffusés avec les membres du RIDER.

- ***MSF France dans la guerre du nord-est du Nigéria (2015-2016). Un récit en 4 saisons et 15 épisodes.*** Il s'agit d'un travail de deux ans retraçant une histoire opérationnelle réalisé à la demande du département des opérations par une équipe mixte Crash/Epicentre/Opérations.
- ***Synthèse de la littérature sur la qualité des soins vue par le patient***. Ce travail s'inscrit dans le cadre d'une réflexion entamée par MSF depuis plusieurs années sur la qualité médicale et l'approche centrée sur le patient.
- ***Prise en charge clinique des syndromes coronariens aigus en Tchétchénie - L'expérience de MSF à l'hôpital n°9 de Grozny, République de Tchétchénie, Fédération de Russie, 2010-2017.*** Ce travail collectif a permis de retracer les grandes étapes et les principaux enseignements de ce projet médical dit «atypique», au moins au regard de l'expérience de MSF, mobilisant une médecine de haute technicité telle que la thrombolyse et l'angiographie.
- ***Comprendre les pratiques autour de la santé des femmes et des enfants de moins de cinq ans dans les villages du district de Moissala au Tchad.*** Cette analyse qualitative participative menée par l'équipe de terrain a servi de support à une réorientation médico-opérationnelle : développer un projet de continuité des soins du village jusqu'à l'hôpital pour les femmes et les enfants en s'appuyant sur la participation des habitants et en partenariat avec le Ministère de la Santé Publique (MSP).

Trois projets lancés en 2018 sont toujours en cours en 2019 :

- **Historique des interventions VIH du projet de Ndhiwa au Kenya.** En 2013, au regard du très haut niveau de prévalence de HIV dans le district de Nhdiwa au Kenya, MSF a décidé de lancer, en partenariat avec le ministère de la santé, un programme destiné à inverser la courbe épidémique. Cinq ans après le lancement de ce projet, Epicentre a démarré une étude visant à estimer l'évolution de l'incidence et de la prévalence de la maladie parmi la population ainsi que l'évolution d'autres indicateurs (accès et mise sous traitement des patients infectés, suppression de la charge virale, etc.). En complément de cette enquête épidémiologique, la cellule 5 sollicite le soutien du RIDER pour retracer l'évolution des objectifs et des activités du projet, les difficultés et obstacles rencontrés, les résultats obtenus – et de les mettre en perspective avec les interventions réalisées par d'autres acteurs engagés dans la lutte contre le SIDA à l'échelle du district. Ce travail a pour but d'aider à l'évaluation et au pilotage de ce projet, qui a bien des égards constitue une expérience de santé publique sans précédent scientifiquement documenté.
- **Analyse des pratiques de profiling des équipes.** A MSF, la pratique du profiling s'est développée au cours de ces dernières années. Mesure de protection, le profiling pose toutefois des problèmes pratiques et éthiques : il réduit le nombre de personnes expérimentées qu'il est possible de déployer et il peut dériver vers une forme de discrimination arbitraire. A l'initiative du Point Focal Sécurité, une cartographie des pays et des projets dans lesquels le profiling est appliqué ainsi qu'une analyse des critères, des risques et des modalités de prise de décision est en cours de réalisation.
- **Soutien à l'analyse des dynamiques locales dans les villages de Moissala au Tchad.** Dans la lignée du travail participatif réalisé en 2018, le RIDER continue d'accompagner la Cellule 2 et l'équipe terrain dans l'analyse des jeux acteurs et des configurations locales dans les villages de Moissala en vue de déployer un paquet de soins ciblé décentralisé avec des partenaires locaux intéressés de collaborer au projet de continuum des soins

11. Organisation

Délocalisation de la gestion des opérations

Les initiatives lancées ou soutenues par MSF OCP pour développer un modèle plus décentralisé, au travers de structures sur mesure et autonomes proches du terrain se poursuivent :

Afrique de l'Ouest : Deux initiatives ont été lancées :

- La plateforme de support opérationnel, répartie entre Abidjan et Dakar, en partie mutualisée avec

MSF OCG, est opérationnelle avec une capacité de recrutement et de formation, un pool d'urgence régional, un support logistique régional et une cellule opérationnelle OCP.

- L'association WACA, créée à l'initiative de cadres MSF de la région, prépare une demande d'obtention de statut de membre institutionnel de MSF avec faculté de conduire des opérations. Cette demande sera soumise à l'Assemblée Générale Internationale de 2019.

Moyen Orient : Le bureau de Dubai apporte un support opérationnel direct en hébergeant non seulement une cellule opérationnelle, mais aussi une unité RH en charge du recrutement, de l'intégration et de la formation du personnel MSF de la région, et une capacité de communication régionale, d'influence et de négociation humanitaire et politique. A cela, s'ajoute une base de MSF Logistique et le développement de la collecte de fonds aux Emirats.

Asie Orientale et du Sud-Est et Pacifique : Une approche régionale pour développer des opportunités de collecte de fonds et de recrutement est en cours en Thailande, aux Philippines, en Malaisie et en Indonésie. Cette approche, coordonnée par des bureaux établis de longue date en Asie du Sud-Est, vise à tester les possibilités de génération de ressources dans ces pays, avec des investissements raisonnables. Différentes pistes sont également explorées pour que les opérations de terrain dans la région de l'Asie du Sud et du Sud-Est soient gérées régionalement, afin que MSF puisse répondre d'une manière aussi efficace et efficiente que possible.

Délégation du support opérationnel au sein d'OCP

Les sections partenaires apportent un support direct aux opérations d'OCP dans plusieurs domaines (en plus du recrutement et de la communication) :

MSF USA

- Cellule opérationnelle basée à New York en charge en 2018 de Haiti, Libéria, Soudan du Sud
- Unité médicale en charge des maladies tropicales, des maladies non transmissibles, des maladies bactériennes et de l'antibiorésistance
- eHealth unit en charge du développement d'une part du système d'information médical qui a continué d'être déployé en 2018 sur les terrains (42 projets dans 19 pays) et au siège, et d'autre part de l'informatisation des dossiers médicaux (EMR).
- Formation

MSF Japon

- Cellule opérationnelle basée à Tokyo en charge en 2018 du Cambodge, Bangladesh, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines
- Unité d'innovation
- Projet sur l'intégration du personnel national
- Relations avec certaines compagnies pharmaceutiques japonaises

MSF Australie

- Unité médicale en charge de la santé des femmes et de la pédiatrie
- Support opérationnel sur les problématiques des iles de Manus et Nauru

Bureau des Emirats

- Cellule opérationnelle basée à Dubai est en charge en 2018 de la Jordanie et du Yémen.

Projet à Madarounfa, NIGER
Photographe : **Elise Mertens**

Rapport du trésorier 2018

Rapport du trésorier

Le rendu de compte financier de MSF France

Le rendu de compte financier du groupe MSF France fournit une vue consolidée des activités, du résultat, du patrimoine et de la trésorerie de toutes les entités de Médecins Sans Frontières en France. Il est élaboré à partir des états financiers combinés qui s'apparentent, pour les organisations non lucratives, aux comptes consolidés de sociétés d'un même groupe. Les comptes des sections américaine, australienne et japonaise de MSF qui constituent avec l'association MSF France (ci-dessous association MSF) le groupe OCP (Centre Opérationnel de Paris), ne sont pas intégrés aux états financiers du groupe MSF France ; en revanche, le groupe OCP produit chaque année un budget consolidé de ses activités qui détermine sa contribution au mouvement Médecins Sans Frontières.

Ernst & Young Audit et Deloitte & Associés, co-commissaires aux comptes, ont contrôlé et certifié les comptes annuels de MSF France et de l'association MSF. Ernst & Young Audit a également certifié les comptes de la Fondation MSF, d'Epicentre et de MSF Logistique.

L'ensemble des comptes de Médecins Sans Frontières (association MSF et groupe MSF France) est arrêté par le trésorier. Les comptes du groupe MSF France, ainsi que les comptes annuels de toutes les entités qui le composent, leurs annexes et les rapports des commissaires aux comptes, sont disponibles sur notre site internet (www.msf.fr) et sur demande, auprès de notre siège parisien.

Les activités de MSF France et leur financement

Compte d'emploi des ressources combiné simplifié au 31 décembre 2018

En millions d'euros	2018	2017	Variation		dont ressources issues de la générosité publique (GP) en 2018	
					Collectées	Affectées
Ressources privées issues de la recherche de fonds	262,1	297,5	-35,4	-12%	215,5	
Ressources institutionnelles	4,3	8,3	-4,0	-48%		
Autres ressources	136,9	93,8	43,1	46%		
Total ressources	**403,3**	**399,6**	**3,7**	**1%**	**215,5**	
Reprises de provisions	1,3	4,6	-3,3			
TOTAL PRODUITS	**404,6**	**404,2**	**0,4**			
Dépenses de missions sociales	373,1	358,7	14,4	4%		211,4
dont dépenses de missions	*259,6*	*243,8*	*15,8*	*6%*		
Frais de recherche de fonds	14,0	13,1	1,0	8%		9,2
Frais du fonctionnement	23,3	21,8	1,5	7%		4,7
Total emplois	**410,4**	**393,5**	**16,9**	**4%**		**225,4**
Dotations aux provisions	3,3	1,4				
TOTAL CHARGES	**413,8**	**394,9**	**18,9**	**5%**		
Variation des fonds collectés auprès du public	0,0	-0,3				0,2
Investissements de l'année						2,6
EXCÉDENT / DÉFICIT	**-9,2**	**9,0**			**-12,2**	
Réserves disponibles	105,2	112,8				
dont ressources de générosité publique non utilisées	*55,6*	*67,8*				
Réserves disponibles en mois d'activité	**3,1**	**3,4**				

Vue synthétique des comptes combinés de MSF France

Le total des produits combinés est stable et s'établit à 404,6 M€, tandis que sur la même période, le total des charges combinées augmente de 18,9 M€ (+5%) pour s'élèver à 413,8 M€. De ces évolutions différenciées résulte un déficit de 9 M€, atténué par un produit e xceptionnel très significatif lié à la vente des immeubles de la rue Saint Sabin venu combler, en partie, la baisse des dons et libéralités.

Les entités du groupe contribuent très inégalement à ce résultat : l'association MSF affiche un déficit de 36,6 M€ en grande partie compensé par la plus-value de 28,9 M€ dégagée sur les cessions immobilières des SCI ; de leur côté, MSF Logistique, Epicentre et la Fondation MSF équilibrent leurs budgets. L'association MSF concentre ainsi l'essentiel du déficit annuel, en "perdant" 35,9 M€ de fonds privés sur l'année : sa collecte en France et aux Emirats est de 24,6 M€ inférieure à celle de 2017 qui comprenait un legs exceptionnel de 22,2 M€, et les contributions des sections du mouvement diminuent de 6% (-11,3 M€). Au total, les ressources de l'association MSF diminuent ainsi de 10% par rapport à 2017, et aparaissent insuffisantes à financer la croissance de 4% de ses emplois annuels.

Les réserves disponibles combinées de MSF France s'élèvent au 31 décembre 2018 à 105,2 M€. Elles équivalent à 3,1 mois d'activité (contre 3,4 mois fin 2017), niveau qui demeure raisonnable. Ces réserves ont pour objectif de garantir la continuité des secours engagés sur le terrain, de faire face aux risques liés aux activités (interventions d'urgence ou soudaine décroissance des ressources) et de financer les investissements.

Les comptes continuent à afficher un très bon niveau d'efficacité d'emploi des fonds :

- Sur 100 euros de collecte issue de la générosité publique, 93 euros ont financé les missions sociales, 4 euros la recherche de fonds, 2 euros le fonctionnement et 1 euro les investissements,
- Sur 100 euros dépensés, 91 euros l'ont été pour les missions sociales, 3 euros pour la recherche de fonds et 6 euros pour le fonctionnement.

Les activités du groupe MSF France

Les dépenses de missions sociales représentent une part stable de 91% du total des emplois combinés de MSF France. Elles intègrent le coût des opérations menées en France et à l'étranger, du support opérationnel, de l'information et de la sensibilisation du public, ainsi que les dépenses générées par les activités des satellites et les financements versés à d'autres organismes humanitaires. Elles augmentent sur l'année de 14,4M€ et s'établissent à 373,1 M€, en croissance de 4% par rapport à 2017. L'association MSF concentre à elle seule les trois quarts de l'augmentation.

Les opérations menées en France et à l'étranger représentent une part stable de 70% des coûts de missions sociales combinées. L'Association MSF y contribue pour 81%, MSF Logistique pour 17% et Epicentre pour 2%. Elles s'élèvent en 2018 à 259,6 M€, en hausse de 15,8 M€ par rapport à 2017, dont un quart s'explique par les dépenses engagées par MSF France pour le compte d'autres sections : ces coûts correspondent principalement aux charges de personnel expatrié sous contrat français travaillant pour le compte d'autres sections, refacturées aux sections et représentent 6 % des dépenses d'opérations de MSF France.

Au sein des coûts de missions sociales, les dépenses d'information et de sensibilisation du public sont stables et s'élèvent à 3,3 M€. Elles recouvrent notamment l'activité du CRASH (Centre de Réflexion sur l'Action et les Savoirs Humanitaires) en charge au sein de la Fondation MSF d'animer le débat et la réflexion critique sur l'action humanitaire, ainsi que les dépenses de l'association MSF pour sa mission d'information du public.

Les frais de recherche de fonds, qui comptent pour 3% des emplois, progressent significativement de 8% (+1 M€), en lien avec les investissements continus de l'association MSF pour consolider les dons réguliers et diversifier sollicitations et canaux de collecte. Les frais de recherche de fonds n'incluent pas les dépenses engagées par MSF USA, MSF Australie et MSF Japon au titre de leurs contributions au groupe MSF Frawnce.

Les frais de fonctionnement représentent une part stable de 6% des emplois. Ils regroupent très majoritairement les coûts d'administration générale

des entités du groupe ainsi que la contribution de MSF France au fonctionnement du Bureau International du mouvement MSF. Ils augmentent de 4,2%, concentrés principalement sur l'Association MSF. Cela représente 0,8 M€ de frais de fonctionnement additionnels (charges de fonctionnement refacturées aux sections MSF exclues), dont 0,4 M€ imputables à la contribution au Bureau International de Genève et 0,2 M€ au surcoût de location des immeubles de la rue Saint Sabin que l'association MSF continue à occuper après leur vente en cours d'année.

Les activités de MSF France sont principalement financées par les collectes de l'association MSF et de la Fondation MSF, auxquelles s'ajoutent les collectes à l'étranger des sections américaines, australiennes et japonaises d'OCP. Les ressources issues de la recherche de fonds privés constituent la pierre angulaire des moyens d'action de MSF. Elles sont complétées par les fonds institutionnels, le produit des ventes des structures satellites au mouvement MSF et les autres ressources issues des refacturations entre sections MSF, les produits financiers, les gains de change et les produits exceptionnels.

En 2018, les ressources privées issues de la recherche de fonds diminuent de 35,4 M€, soit 12%. La diminution des dons et legs des particuliers de 38,7 M€ est partiellement compensée par une augmentation de 3,2 M€ des fonds collectés auprès des entreprises. Hors impact du legs exceptionnel de 22,2 M€ de 2017, la collecte en provenance des donateurs individuels baisse de 16,3 M€, dont 80% imputables aux collectes à l'étranger par les sections du mouvement MSF : ces collectes sont inférieures de 13,1 M€ à celles de 2017 ; elles varient inégalement d'une section à l'autre et sont impactées différemment par l'évolution des taux de change. La contribution annuelle des sections américaine, australienne et des autres sections MSF a baissé de 16 M€, diminution en partie compensés par 4,4 M€ additionnels en provenance de MSF Japon. Au total hors dons d'entreprises et autres organisations privées, les sections du mouvement MSF collectent 71% des ressources privées combinées issues de la recherche de fonds de MSF France, soit 186,2 M€. La collecte française diminue également, en raison de la morosité générale du secteur du don en France, liée particulièrement au changement de la fiscalité du patrimoine.

Les ressources institutionnelles diminuent à nouveau, de près de moitié en 2018 et s'établissent à 4,3 M€, conséquence de la non-acceptation de fonds publics émanant de l'Union Européenne ou de ses Etats membres décidée par le mouvement MSF en 2016.

Les revenus issus d'activités liées aux missions sociales représentent 85,4 M€ contre 79,8 M€ M€ en 2017. Ils regroupent les produits de facturation des dépenses engagées par MSF France pour le compte d'autres sections MSF et le produit des ventes des satellites aux centres opérationnels de MSF et autres organisations humanitaires : des médicaments, du matériel médical et logistique par MSF Logistique, et des consultations, projets de recherche et formations épidémiologiques par Epicentre. En 2018, les activités de MSF Logistique et d'Epicentre ont ainsi généré 3,5 M€ de produits additionnels. MSF Logistique totalise 67,7 M€ de ventes de marchandises, frets et services en 2018 contre 64,8 M€ en 2017.

Les autres ressources augmentent de 43,1 M€ sur l'exercice, dont 33 M€ exceptionnels liés à la vente par les SCI MSF et Sabin du siège parisien de la rue Saint Sabin. Conformément au plan de financement du nouveau siège de l'avenue Jean-Jaurès acquis en octobre 2016, la vente des deux immeubles de la rue Saint Sabin a financé un tiers du projet, en complément d'un prêt bancaire de 35 M€ et de 37 M€ de fonds propres. La variation des autres ressources de MSF France inclut également 3,8 M€ de gains de change réalisés par l'Association MSF.

Focus sur les missions de l'association MSF

Comme en témoigne l'étendue des missions de 2018, l'association dispose toujours d'importants moyens d'action. Ils s'inscrivent cependant dans un cadre financier aujourd'hui plus contraint qui impose un examen critique des ressources mobilisées au regard des objectifs médico-opérationnels visés. Ceci passe nécessairement par la définition de priorités et la rationalisation du coût des interventions. Les projets opérationnels de l'année ont été élaborés dans cet esprit d'optimisation afin de dégager des marges de manœuvre pour maintenir une capacité de réponse aux urgences, développer les activités existantes, et lancer de nouvelles opérations tout en absorbant l'inflation mécanique des projets ouverts en 2017.

Les dépenses d'opérations menées par l'association sont stables par rapport à 2017 et s'élèvent à 236,2 M€ (235,7 M€ en 2017). Elles comprennent le coût des projets terrain, des coordinations, des supports régionaux ainsi que le coût des études d'Epicentre. Les projets totalisent 225,7 M€, dont 46,6 M€ dans les coordinations et le support, qui représentent une part stable de 21% des dépenses de projets.

En 2018, l'association est présente dans 32 pays, incluant le territoire de la Somaliland (Etat s'étant déclaré indépendant mais non reconnu par la Communauté Internationale qui considère ce territoire en Somalie) ouvert en fin d'année : MSF y développe le diagnostic, le traitement et le suivi des patients atteints de tuberculose, dont l'incidence est l'une des plus forte au monde. On dénombre 88 projets contre 86 en 2017, dont 17 missions d'urgence et trois quarts d'interventions planifiées.

Les interventions au cœur des conflits continuent de mobiliser la majorité des moyens humains et financiers de l'association avec 42 projets sur 88 et 101 M€ dépensés sur l'année. Ceci représente 57% des dépenses projets hors coordinations, et plus de 53% du personnel national et international déployés sur les terrains.

Les versements à d'autres organisations qui participent au dispositif opérationnel s'ajoutent au coût des missions directement mises en œuvre. Ils s'élèvent à 3,3 M€ contre 1,5 M€ en 2017. Le principal financement en croissance concerne le projet mené au Cambodge avec la DNDi pour développer de nouvelles stratégies de diagnostic et de traitement de l'hépatite C.

Les dépenses opérationnelles connaissent des évolutions contrastées selon les terrains :

- Les missions de la région dite MENA - qui regroupe l'Iran, l'Irak, la Lybie, la Jordanie, le Liban, la Palestine, la Syrie et le Yémen - totalisent 2,1 M€ de moins qu'en 2017, mais représentent toujours un tiers des dépenses de projets avec un total de 72 M€. On constate un nouvel équilibre des budgets dans cette région, avec un redimensionnement des opérations en Irak (- 4,8 M€), en Syrie (- 4,1 M€) et en Jordanie (- 2,3 M€), qui a rendu possibles les interventions d'urgence et la croissance des dépenses en Palestine (+ 3,6 M€) et au Yémen (+ 3,2 M€).
- En Afrique, quatre pays d'intervention représentent à eux seuls 27 % des dépenses de projets, avec 18,4 M€ en République centrafricaine, 17,5 M€ au Soudan du Sud, 13,2 M€ au Nigéria et 11,6 M€ en République Démocratique du Congo, pour un budget total de 60,4 M€. Celui-ci diminue de 6,3 M€ qui se reportent sur les autres pays d'Afrique, avec le développement notamment des activités pédiatriques et nutritionnelles au Niger (+2,3 M€) et au Tchad (+3,9 M€).
- Douze mois d'activité au Bangladesh en 2018 ont généré un budget additionnel de 5,7 M€, compensé par une diminution des dépenses au Nigéria liée à une moindre activité dans l'Etat du Borno.

Les interventions d'urgence de 2018 totalisent 28,9 M€, soit 12% des dépenses d'opérations.

- Deux urgences d'ampleur concentrent à elles seules la moitié de ces dépenses : au Bangladesh, MSF France dispense depuis fin 2017 des soins primaires et secondaires à la population Rohingya de Birmanie déplacée dans le camp insalubre de Kutupalong-Balukhali, tandis qu'au Yémen les équipes sont intervenues en juin 2018 pour soutenir les structures de santé en matériel et fournitures médicales à Mocha suite à l'offensive militaire de la coalition internationale sur la ville de Hodeida ; ces projets ont mobilisé 7,4 M€ chacun.
- Par ailleurs, en mai 2018, à Gaza, MSF France est intervenu pour prendre en charge les blessés victimes des tirs israéliens pendant les protestations de la « Marche du retour » ; cette intervention représente 3,9 M€ en 2018.

Enfin, en réponse à l'épidémie d'Ebola déclarée en août dans la province du Nord-Kivu, MSF France s'est déployée en urgence en RDC pour installer des unités d'isolement et de traitement et appuyer le système de santé local ; les dépenses correspondantes s'élèvent à 3,5 M€.

Les missions d'urgence au Bangladesh, au Yémen, en Palestine et en RDC totalisent les trois quarts des dépenses d'urgence de l'année.

Au total, un tiers des missions de l'association MSF, activités planifiées et interventions d'urgence cumulées, totalisent à elles seules deux tiers des dépenses de projets de l'année. Parmi celles-ci : le Yémen (20,8 M€), la République Centrafricaine

(18,4 M€), le Soudan du Sud (17,5M€), la Jordanie (15,2 M€), le Nigéria (13,2 M€), l'Irak (11,9 M€), la République Démocratique du Congo (11,6 M€), le Mali (9 M€), le Kenya (8,3 M€), la Palestine (7,7 €), et l'Ouganda (7,8 M€).

La situation de trésorerie de MSF France

Les principaux mouvements de l'exercice concernent les opérations réalisées par la SCI MSF. Celle-ci a décaissé 11,1 M€ de travaux pour le nouveau siège parisien de MSF France et encaissé pour un montant quasi identique de 10,8M€, le solde de la vente des immeubles de la rue Saint Sabin et du remboursement de l'emprunt immobilier contracté en octobre 2016 pour une durée de deux ans.

La diminution du besoin de financement des missions sociales et du fonctionnement pour 4,1 M€ équilibre les 5 M€ additionnels de trésorerie investis par l'association MSF et MSF Logistique dans les immobilisations corporelles, les dépôts de garantie et les systèmes d'information.

Les 7,3 M€ de trésorerie consommés sur l'année s'expliquent ainsi quasi exclusivement par l'insuffisance des financements privés et publics de l'année à couvrir les décaissements liés aux activités malgré l'avance reçue de la section américaine d'un montant de 10,9 M€.

Au 31 décembre 2018, la trésorerie du groupe MSF France s'élève à 83,4 M€. Les disponibilités sont placées sur des produits très peu risqués, tels que fonds communs de placement monétaires et livrets d'épargne ; au 31 décembre 2018, les comptes livret totalisent 41 M€.

La rémunération moyenne de la trésorerie est de 0,4%, sensiblement au même niveau qu'en 2017 (0,7%) : cette performance limitée s'explique par le bas niveau des taux et l'indisponibilité de placements qui offriraient de meilleurs rendements tout en maintenant au plus bas les risques pris sur les fonds confiés par les donateurs.

La gestion du risque bancaire est assurée par une répartition des valeurs sur quatre établissements bancaires majeurs. Les deux principaux représentent à la fin de l'année respectivement 63% et 26% du montant total de la trésorerie de MSF France. Sur les terrains d'interventions, MSF opère avec plusieurs banques internationales ou locales, la politique de prudence consistant à limiter le volume des dépôts bancaires aux besoins opérationnels mensuels.

En 2018, le niveau moyen de trésorerie au siège s'établit à 74,3 M€, représentant près de 2,2 mois d'activité. Il est impacté principalement par le calendrier de paiement des contributions des sections américaine, australienne et japonaise qui peut varier d'une année à l'autre, par les encours de facturation des satellites avec les sections du mouvement MSF à la date du 31 décembre, ainsi que par les décaissements liés aux investissements.

MSF France est exposé aux fluctuations des cours de change, dans la mesure où 68% des ressources issues de la recherche de fonds et la moitié des dépenses d'opérations menées directement par MSF France sont libellées en devises étrangères. Si les devises utilisées pour les opérations dépendent des lieux d'intervention, les ressources en devises proviennent principalement des Etats-Unis (63%), de l'Australie (16%) et du Japon (19%). Le yen japonais est partiellement utilisé pour couvrir les achats de MSF Logistique dans cette devise. De même, les dollars américains reçus par MSF France sont en grande partie utilisés pour approvisionner les missions en dollars. Afin de réduire l'impact des fluctuations de devises sur la prévision de trésorerie et de sécuriser sa capacité à financer ses engagements opérationnels et immobiliers, l'Association MSF a mis en place des couvertures de change pour la première fois en 2018.

Les perspectives et enjeux

En 2018, les missions sociales du mouvement MSF, dont les comptes combinés ne sont pas encore approuvés à la date de l'émission de ce rapport totalisent 1,3 milliard €, en baisse de 1% par rapport à 2017. Sur la même période, les ressources du mouvement ont diminué de 2%, soit -28 M€ dont 40% imputables aux fonds privés. L'absence de ressorces exceptionnelle à l'instar du legs de 22,2 M€ en faveur de MSF France en 2017, ainsi que le contexte politique ou des dispositifs fiscaux moins incitatifs dans certains pays expliquent

l'évolution défavorable de la collecte sur 2018 pour l'ensemble du mouvement.

Les activités du mouvement MSF avait généré en 2017 un premier déficit de 104 M€, qui s'expliquait par une croissance des dons de seulement 2%, aux trois quarts neutralisée par une baisse des financements publics, et insuffisante à financer la croissance de 10% des dépenses. L'année 2017 avait ainsi montré que la progression des ressources ne s'était pas matérialisée comme attendu, et qu'il était nécessaire de redimensionner les objectifs de croissance des opérations et des sièges pour les adapter aux perspectives de collecte à court terme. 2018 est une année de stabilisation des dépenses pour s'ajuster à la moindre croissance des dons. Ainsi, produits et charges de l'année ont été davantage corrélés, et le déficit de 72 M€ qui en résulte constitue un solde contenu et compatible avec le niveau des réserves du mouvement. Celles-ci s'élèvent à 963 M€ au 31 décembre 2018, ce qui représente 7,1 mois d'activité.

La cohérence du mouvement est assurée par une Charte, des politiques et des accords, définis en commun et coordonnés par le Bureau Internationale. L'un de ces accords, le *Resource Sharing Agreement (RSA)* ou accord de partage des ressources, est essentiel pour le fonctionnement du mouvement, dont il définit le cadre financier dans l'objectif d'assurer la continuité et le développement des interventions et d'équilibrer entre les centres opérationnels les moyens d'agir. La troisième période d'application de cet accord (RSA3), qui s'étale sur 4 ans de 2016 à 2019, est entré dans sa dernière année. Toutes les sections de Médecins Sans Frontières travaillent en 2019 à l'élaboration de la 4e version de l'accord (RSA4) qui couvrira la période 2020 -2023.

A l'échelle du mouvement et en application du RSA3, la croissance 2019 des dépenses d'opérations cumulées des 5 centres opérationnels est cadrée à 5,3 %. Les dépenses des sièges sont budgétées à l'identique des dépenses réelles de 2018. Seul le budget des frais de recherche de fonds augmente significativement (+15%), conséquence d'investissements très significatifs planifiés pour maintenir et développer la collecte dans tout le mouvement, et plus particulièrement aux Etats Unis. L'ensemble est financé par des ressources totales budgétées en croissance de 3% et partant, insuffisantes cette année encore, à couvrir les dépenses. Le mouvement prévoit donc pour la troisième année consécutive un déficit significatif (156 M€) qui devrait porter le niveau des réserves à 6 mois.

Les comptes annuels des entités du groupe MSF France sont intégrés aux comptes internationaux de MSF, MSF France contribuant à 23 % des dépenses d'opérations du mouvement MSF. Dans ce contexte de resserrement des marges de manœuvre financières, l'association MSF a construit son budget 2019 en intégrant les contraintes décrites précédemment qui s'imposent à tout le mouvement, s'appliquant notamment à réduire de façon concrète les coûts de coordination et de fret aérien, à planifier à plus d'un an les projets de construction, la maintenance des équipements et du parc de véhicules sur les terrains pour dégager des marges de manœuvre nouvelles avec les paramètres de croissance imposés. Le budget ainsi élaboré prévoit une croissance annuelle des opérations de 3%, qui représentent une dépense additionnelle de 8 M€. Les investissements pour la recherche des fonds sont projetés en hausse de 7% tandis que les dépenses de siège doivent diminuer de 1% via le report de projets non prioritaires et la redéfinition des plans d'action de chaque département.

Ces rythmes de croissances sont établis sur la base d'une perspective de stabilité de la collecte en France et aux Emirats à 74,4 M€ et de contributions annuelles des sections américaine, australienne et japonaise en hausse de 8% auxquels s'ajoutent 25 M€ de financements complémentaires issus du mouvement pour rééquilibrer la distribution des ressources. Ainsi construit, le budget est en ligne avec le cadre financier international du RSA3. Il en ressort néanmoins un déficit prévisionnel de 30 M€ qui sera financé par prélèvement sur les réserves.

Le budget 2019 préserve la capacité de réponse aux urgences de l'association MSF, la qualité des soins et le nombre de patients pris en charge par ses projets. Il impose cependant de rationaliser nos moyens et de réfléchir à des modes opératoires toujours plus efficients, en recherchant plus systématiquement des synergies entre projets, entre sections, entre supports. Par ailleurs, seront encore affinés en 2019, dans la continuité des avancées de 2018, la gestion des ressources

humaines (notamment des parcours et des rémunérations), la décentralisation du support opérationnel - à Abidjan, Dakar et Dubai notamment - et la mise à niveau des systèmes d'information. Les investissements de 2019 restent concentrés sur deux projets d'ampleur : la construction du Centre Jacques Pinel à Mérignac pour former le personnel de terrain ainsi que l'aménagement du siège parisien de l'avenue Jean-Jaurès dans lequel toutes les équipes emménageront en fin d'été 2019 pour une efficacité accrue du soutien opérationnel aux missions de terrain.

Enfin, la négociation en cours du RSA4 évoqué précédemment constitue un enjeu majeur pour l'association MSF comme pour le mouvement dans son ensemble. Les principaux objectifs qui sous-tendent le futur accord de partage des ressources sont les suivants :

- optimiser la capacité collective du mouvement à déployer la mission sociale au meilleur bénéfice possible pour les populations secourues et en partageant les ressources financières de manière efficace,
- fournir aux centres opérationnels une visibilité suffisante des moyens d'action dont ils disposeront pour les 4 années à venir en définissant dès le départ les financements qui leur reviendront,
- préserver la capacité collective de répondre aux urgences.

C'est dans un souci constant d'optimiser les moyens disponibles pour les actions de terrain et les soins aux patients que devront être prises les décisions de structuration financière à venir. Il s'agit d'organiser de la manière la plus efficace la répartition de la collecte globale, et de structurer le lien de solidarité entre plus de 6 millions de donateurs dans le monde et les millions de personnes auxquelles MSF porte assistance chaque année. Cette architecture du financement des actions de terrain sera bâtie sur les principes communs à toutes les sections du mouvement MSF, notamment de responsabilité collective ou d'adaptabilité aux évolutions structurelles que le mouvement pourrait décider, à l'image du projet WACA de nouvelle structure opérationnelle innovante en Afrique de l'Ouest.

Je souhaite terminer ce rapport annuel en saluant l'action de toutes les équipes de Médecins Sans Frontières engagées, souvent dans des conditions difficiles et toujours avec passion, auprès des populations les plus vulnérables, et en remerciant très chaleureusement les donateurs qui nous font confiance et, au travers de leurs dons et legs, nous soutiennent avec fidélité, rendant possible la poursuite et le développement d'opérations toujours plus innovantes et ambitieuses.

Michel Cojean
Trésorier de Médecins Sans Frontières France
Membre du Conseil d'Administration

Centre de traitement Ebola à Mangina, RDC
Photographe : **Carl Theunis**

Les Missions de A à Z

AFGHANISTAN

Typologie : conflit armé.

Personnel 2018
International : 17
National : 273
Nombre de projets 2018 : 2
Dépenses 2018 : 4 131 k€

Financements Institutionnels : aucun.
Autres centres opérationnels MSF présents : OCB, OCA.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

En 2018, le conflit a atteint un niveau d'intensité jamais vu depuis 2011. Les derniers chiffres de la Mission d'assistance des Nations unies en Afghanistan (UNAMA) indiquent que 1 692 civils ont été tués au cours des six premiers mois de l'année : c'est plus que lors des mêmes périodes ces dix dernières années. Depuis 2001, on compte parmi les victimes environ 147 000 Afghans (civils, forces armées, y compris opposition), plus de 6 000 soldats américains et plus de 1 000 soldats de la coalition, tandis que le nombre de décès indirects (conséquences de la guerre non directement liées aux actes de violence) est estimé à 1 million.

Le mois de janvier 2018 a été marqué par quatre attaques complexes successives en l'espace de dix jours : une ONG internationale (Save the Children) a notamment été ciblée, et une ambulance a été utilisée pour mener une attaque qui a fait plus de 100 victimes à Kaboul.

Malgré des divisions croissantes au sein de son mouvement, l'Émirat islamique d'Afghanistan (IEA) semble bénéficier de moyens financiers, logistiques et militaires relativement importants : non seulement l'IEA contrôle ou dispute avec acharnement un plus grand nombre de districts que l'an dernier, mais l'organisation a été en mesure d'attaquer plusieurs grandes villes (Farah, Ghazni).

L'activité de l'État islamique de la province du Khorasan (ISKP) s'est intensifiée en 2018, comme en témoignent les différentes attaques ciblant des mosquées, des écoles et des centres de santé. L'ISKP contrôle en grande partie certaines provinces du pays (Nangarhâr, Kounar). Bien qu'active principalement à Jalalabad et dans les environs, l'organisation a déjà fait montre de sa capacité à mener à bien des actions violentes à Kaboul et dans d'autres régions du pays. Depuis 2016, le nombre d'attaques contre la communauté chiite, dont la plupart ont été revendiquées par l'ISKP, a considérablement augmenté, ce qui a contribué à aggraver les tensions sectaires et la peur.

Sur le plan politique, le regain de tension entre les États-Unis, l'Iran et le Pakistan (suspension de l'aide militaire des États-Unis au Pakistan, retrait des Américains de l'accord de Vienne sur le nucléaire iranien, nouvelle série de sanctions contre l'Iran…), la confusion qui règne autour des règles d'engagement des États-Unis, mais aussi le changement de tactique opéré afin de donner un rôle prépondérant aux forces de l'armée de l'air et aux Special Forces (« bérets verts ») sont autant de facteurs contribuant à l'incertitude et à l'inquiétude quant à l'évolution du conflit. Par ailleurs, on observe au sein du gouvernement d'unité nationale d'Afghanistan (NUG) de plus en plus de divisions, exacerbées entre autres par les élections prévues en 2018 et 2019. Les résultats des élections législatives du 20 octobre ne sont toujours pas officiels : dans certains quartiers, les habitants n'ont pas pu voter en raison des pressions exercées par les groupes d'opposition armés (AOG). Dans d'autres, on soupçonne également des fraudes.

Sur le plan humanitaire, la sécheresse s'étant aggravée par rapport aux années précédentes, des milliers de familles ont dû se réfugier dans des villes plus importantes. Cette vague de déplacés internes est ainsi venue s'ajouter au nombre de personnes déplacées par le conflit et de rapatriés du Pakistan et de l'Iran.

Enfin, la question de l'accès et de la protection des acteurs humanitaires par des parties impliquées dans le conflit est de plus en plus préoccupante, d'autant plus que l'IEA a temporairement retiré sa protection du Comité international de la Croix-Rouge (CICR) entre les mois d'août et octobre 2018.

Contexte sanitaire

Le système de santé afghan dépend entièrement des dons (OMS, UNICEF, Banque Mondiale, USAID et Union européenne). L'offre de soins de santé de base (BPHS – *Basic Package of Health Services*) et l'offre services hospitaliers essentiels (EPHS – *Essential Package of Hospital Services*), qui font l'objet de contrats entre les ONG et le ministère de la Santé pour gérer les structures médicales, sont en cours de révision : à l'avenir, il se pourrait en effet que ces contrats soient directement signés entre les donateurs et leurs partenaires opérationnels, et leur montant pourrait reposer sur des chiffres réels (bien que la collecte des données ne soit pas toujours fiable). Ce changement aurait donc pour effet de contourner le ministère de la santé publique.

En dépit des efforts fournis et des améliorations considérables du système de santé publique au cours des dix dernières années, il reste d'importants défis à relever : absence de gestion hospitalière, manque de services de soins d'urgence, capacité limitée en traumatologie et prise en charge des brûlés, manque de moyens obstétricaux pour gérer les urgences. En outre, malgré l'absence de contrôle qualité, le secteur privé demeure prédominant. Par conséquent, en raison de leur coût élevé, la majorité de la population n'a pas accès aux soins, ou de manière limitée.

Enfin, sans compter la question de l'insécurité, les barrières financières, la qualité insuffisante des soins et la répartition géographique des services rendent toujours l'accès aux soins difficile.

On n'observe pas de réelle amélioration dans le pays, comme le montrent les principaux indicateurs de santé toujours relativement stables d'une année sur l'autre :

Espérance de vie moyenne : 60 ans

Principales causes de mortalité (toutes tranches d'âge) : infections des voies respiratoires (IVR), malnutrition, diarrhée, traumatismes et maladies non transmissibles (NCD)

Taux de mortalité infantile : 77/1 000 naissances vivantes

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : 99/1 000

Taux de mortalité maternelle : 4 001/100 000 (hémorragies 56 %, pré-éclampsie/éclampsie 20 %, travail prolongé et interrompu 11 %)

2/3 des naissances ont toujours lieu à domicile et le taux d'utilisation de moyens contraceptifs est de 20 %.

PRÉSENCE DE MSF

MSF est présent en Afghanistan depuis 1981. Toutefois, tous les centres opérationnels (OC) ont fermé leurs activités à la suite du meurtre de cinq membres de l'organisation dans la province de Badghis en 2004. En 2009, il a été décidé de relancer la mission sous la forme d'une représentation unique par MSF-OCB (Bruxelles), rejointe par MSF-OCA (Amsterdam) en 2012, puis par MSF-OCP (Paris) en 2014. L'ensemble de la mission couvre actuellement sept projets : deux à Kaboul (quartiers de Dasht-e-Barchi et d'Ahmed Shah Baba - processus de transfert au ministère de la Santé prévu d'ici mars 2019), Kunduz, Khost, Helmand, Kandahar et Hérat.

En Afghanistan, MSF œuvre principalement pour répondre aux besoins médicaux liés au conflit armé et à l'absence de soins en résultant, mais également pour témoigner des difficultés d'accès à ces soins, principalement pour des raisons de sécurité mais aussi à cause d'un environnement géographique hostile. L'objectif est toujours d'offrir gratuitement des services de haute qualité, en mettant l'accent sur les soins d'urgence, les traumatismes, la santé des mères et des enfants et la tuberculose. L'ensemble des projets est mis en œuvre dans des hôpitaux de 50 à plus de 350 lits situés dans des capitales de provinces.

Les principaux partenaires de MSF en Afghanistan sont le ministère de la Santé et le CICR.

PROJET : AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS OBSTÉTRICAUX ET NÉONATALS D'URGENCE – DASHT-E-BARCHI

Historique du projet : évolution des objectifs

2014 : ouverture du seul service de soins obstétricaux et néonatals d'urgence (CEmONC – *Comprehensive Emergency Obstetric and Neonatal Care*) de Dasht-e-Barchi (ce quartier de Kaboul compte 1 à 1,5 million d'habitants) à l'hôpital Tank-e-Tail (ministère de la santé). Si l'objectif est d'ouvrir un service CEmONC, le nombre d'accouchements avec complications reste « faible », probablement en raison de facteurs extérieurs (peu ou pas d'accès aux soins prénatals pour la population ciblée, faible disponibilité de services de maternité gratuits et de qualité à Dasht-e-Barchi, pas de système officiel de référence des patients de la communauté vers des structures de santé), mais aussi de notre capacité limitée à fournir des soins spécialisés (pas d'unité de soins intensifs (ICU), pas de scanners (TDM), tests de laboratoire de base...).

2017 : aide au CEmONC au sein de l'hôpital de 50 lits, seul autre établissement public à Dasht-e-Barchi, afin d'améliorer l'accès à des soins de maternité de qualité et de réorienter les cas simples depuis l'hôpital Tank-e-Tail. Malgré le déménagement de l'hôpital de 50 lits mi-2018, le nombre de patients s'y présentant spontanément augmente régulièrement. Un an après le lancement du projet, cet hôpital représente 10 % des accouchements, pour 1 % du budget.

En raison de sa situation au sein d'un établissement du ministère et de l'augmentation du nombre d'événements violents dans la région, ce projet vise également à aider l'hôpital à définir et mettre en place un plan de prise en charge en cas d'afflux massif de victimes.

Dispositif actuel

Au sein de l'hôpital Tank-e-Tail du ministère et en collaboration avec les services publics, MSF veille à ce que les services CEmONC soient opérationnels 24h/24, 7 jours/7, en accompagnant plus spécifiquement la maternité, la néonatologie, le bloc opératoire et les services auxiliaires (laboratoire, banque de sang, blanchisserie, stérilisation, gestion des déchets). La maternité comprend neuf lits de travail, cinq lits d'accouchement, 30 lits d'hospitalisation (dont quatre en unité pour patients hautement dépendants), un bloc opératoire et une salle de réveil. L'unité de néonatologie compte 25 lits, dont cinq dédiés à la méthode kangourou. En journée, on y propose également aux patients et aux soignants des conseils psychosociaux et en promotion de la santé. Des soins pré et postnatals, et de la planification familiales sont assurés en collaboration avec l'ONG Marie Stopes International.

Bilan 2018

Indicateurs	2016	2017	2018
Nb d'admissions	16 947	16 970	16 090
Nb d'accouchements	15 627	15 925	15 364
Nb total d'accouchements avec complications*	-	-	1 081 (7,04 %)
% de césariennes	5,1 %	2,8 %	455 (3 %)
Nb d'admissions en néonatologie	1 342	1 336	1 355

* Pas de comparaison avec les années précédentes en raison de l'évolution de la définition des cas compliqués

L'un des principaux défis à relever dans le cadre de ce projet est de veiller à la qualité des soins malgré une capacité limitée en nombre de lits. Les refus d'admission et/ou les références vers d'autres établissements créent des tensions

et une certaine incompréhension au sein de la communauté, ainsi que de la frustration pour les équipes médicales.

PROJET : ACCÈS AUX SOINS DANS L'OUEST DE L'AFGHANISTAN - HÉRAT

Historique du projet : évolution des objectifs

MSF a été présent dans la partie ouest de l'Afghanistan jusqu'en 2004, année où cinq membres du personnel de l'organisation ont été tués dans la province de Badghis. Le lancement d'un nouveau projet dans cette région fait l'objet de discussions depuis qu'OCP a décidé de retourner dans le pays. Tous les projets dans cette zone ont en effet été reportés, d'abord avec l'ouverture de Dasht-e-Barchi en 2014, puis en raison du gel de toutes les nouvelles activités à la suite du bombardement du centre de traumatologie de Kunduz, en octobre 2015. Après les négociations et la signature d'un accord humanitaire, une rapide évaluation a été effectuée à Hérat, en mai 2017, suivie d'une autre, plus approfondie, sur les services d'urgence (ED) de l'hôpital régional d'Hérat (HRH). Puis, la survenue d'une série d'événements violents en janvier 2018 a entraîné une réduction de l'exposition de la mission et le décalage de l'ouverture du projet jusqu'au mois de mars. Depuis, une équipe a ouvert une base dans la ville d'Hérat et élaboré le projet. La première phase devrait permettre à MSF de comprendre le système actuel de référence des cas urgents vers le HRH depuis les quartiers à proximité de la ville et les provinces voisines, tout en participant à l'amélioration des services d'urgence de l'hôpital. Dans un second temps, MSF devrait développer des activités à l'extérieur de l'hôpital afin de réduire le flux de cas non urgents qui engorgent les urgences.

Dispositif actuel

Au HRH, MSF assure une mission de conseil auprès du ministère de la Santé concernant la gestion des patients critiques pris en charge aux urgences et la gestion globale du service. Le ministère conserve l'entière responsabilité du service et de la prise en charge des patients. L'action de MSF vise à :

- contribuer à améliorer la prise en charge des patients les plus critiques se présentant aux urgences ;
- aider à améliorer l'organisation des urgences et, par conséquent, la qualité des soins ;
- accompagner le service d'urgence dans le développement et la mise en œuvre d'un système de triage général selon les besoins spécifiques ;
- offrir une formation au personnel soignant et médical des urgences sous la forme de conférences, d'une formation pratique au chevet des patients et de l'organisation régulière de revues de cas cliniques ;
- participer à la gestion d'afflux massifs de victimes et aux réunions des comités MCP afin d'apporter un soutien technique, aider au débriefing et au bilan des incidents.

Bilan 2018

En raison des reports mentionnés ci-dessus, les activités n'ont pu réellement débuter qu'en septembre 2018. Une formation sur le système de triage sud-africain a été dispensée et le personnel du ministère de la Santé a commencé à le mettre en place au service des urgences. Le réaménagement et la réorganisation du triage et des zones de réanimation ont été effectués. Principalement destinée au personnel infirmier, la formation au chevet des patients a débuté et des présentations sur des sujets spécifiques liés aux soins d'urgence a été initiée en octobre pour les médecins et les infirmiers. Enfin, la mise en œuvre du triage a commencé en octobre.

ARMENIE

Typologie : épidémie, endémie.

Personnel 2018
International : 2
National : 40

Nombre de projets 2018 : 1

Dépenses 2018 : 1 165 k€

Financements Institutionnels :
271 k€ (Unitaid).

Autres centres opérationnels MSF présents : aucun.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

En avril 2018, la révolution de velours en Arménie a entraîné la démission du Premier ministre, symbole de l'ancien système oligarchique corrompu, puis l'élection, pour le remplacer, de Nikol Pachinian. Le nouveau gouvernement a pour principal objectif de lutter contre la corruption et d'en finir avec cet ancien système. Des élections législatives doivent se tenir en décembre 2018. Si le parti de Nikol Pachinian n'obtient pas la majorité au Parlement, il ne pourra pas amender les lois et la réglementation afin d'opérer des changements profonds au sein de la société.

Plus de 20 ans après le cessez-le-feu, la situation du Haut-Karabakh demeure inchangée et l'on observe toujours des échauffourées entre les deux camps, l'Azerbaïdjan et l'Arménie.

Contexte sanitaire

Le secteur public s'est complètement délité après l'indépendance en 1991. Aujourd'hui fragmenté dans un contexte de marché partiellement libre, il est totalement inefficace, notamment en raison d'un personnel humain nombreux très mal payé et d'un cruel manque d'investissement financier de la part de l'État. Une grande partie de la population n'a ainsi pas accès à des soins de santé appropriés.

L'accès aux soins pour la population et pour les personnes les plus vulnérables n'a jamais été une priorité pour l'ancien gouvernement, qui cherchait plutôt à faire affaire avec des sociétés privées et à privatiser le système de santé.

Après la révolution d'avril 2018, la désorganisation de l'État et du programme national de lutte contre la tuberculose (TB) a eu un certain impact sur les activités de MSF : pendant plusieurs mois, jusqu'en octobre 2018, MSF s'est notamment retrouvé sans interlocuteur pour gérer les soins liés à cette maladie.

PRÉSENCE DE MSF

2018 marque la 30ème année de présence de MSF en Arménie. L'organisation est en effet arrivée dans le pays sous l'ère soviétique, en décembre 1988, avec pour objectif de lancer une intervention massive après le tremblement de terre de Spitak. Peu à peu, MSF France y a développé des projets dans différents domaines : aide à la population pendant la guerre du Haut-Karabakh (1992-1997), lutte contre la tuberculose dans la même région (1997-2002), aide aux enfants en situation difficile à Erevan (1997-2004), puis lutte contre la tuberculose résistante (2005-2019).

Entre 2015 et fin mars 2019, MSF a participé au projet EndTB, financé par UNITAID et visant à donner aux patients atteints de tuberculose résistante (TB-R) l'accès à de nouveaux médicaments (bédaquiline, délamanide). En 2016, MSF a initié un projet pilote à petite échelle afin de traiter les patients atteints de tuberculose résistante co-infectés par le virus de l'hépatite C en mettant à disposition de nouveaux traitements anti-hépatite C (antiviraux à action directe (DAA)).

Actuellement, MSF France est la seule section présente en Arménie.

PROJET : TUBERCULOSE RÉSISTANTE ET PROJET ENDTB

Historique du projet : évolution des objectifs

Après la chute de l'Union soviétique, des formes résistantes de tuberculose se sont propagées en Arménie. Un défi de taille à relever pour le pays : à cette période, il n'existait aucun médicament pour les patients atteints de tuberculose résistante (DRTB).

En 2005, MSF a commencé à soutenir le ministère de la Santé en donnant accès à des médicaments pour traiter la DRTB. Au fil des ans, le programme de MSF s'est développé pour couvrir tous les établissements du pays spécialisés dans la tuberculose, y compris dans le système pénitentiaire. Puis, en 2011, c'est Global Fund qui s'est chargé de l'approvisionnement en médicaments anti-DRTB.

MSF a étendu son aide aux patients par le biais d'une offre de soins et d'aide sociale complet : médicaments pour traiter les effets secondaires, analyses en laboratoire et examens d'imagerie, aide à la gestion des comorbidités liées à des maladies chroniques, aide psychologique et financière, conseil...

Avec l'appui du Global Fund, MSF a entrepris de rénover l'unité DRTB de l'hôpital national spécialisé dans la tuberculose, notamment en y installant un système de chauffage et de ventilation destiné à améliorer le contrôle des infections et le

bien-être des patients.
Dès 2013, MSF a importé en Arménie des antituberculeux nouvelle génération, la bédaquiline, puis le délamanide, en 2015, afin de traiter les patients atteints de tuberculose ultra-résistante (XDR TB) pour lesquels il n'existait alors aucune solution.

Rapidement, en 2015, MSF a annoncé sa participation en Arménie à l'étude d'observation Expand New Drug Markets for TB (EndTB), un partenariat entre PIH (Partners in Health), MSF, IRD (Interactive Research and Development) et UNITAID, partenaire financier, dans 17 pays.

En 2016, MSF a lancé la thérapie sous observation directe par video (V-DOT – Video-Directly Observed Therapy) pour les patients traités par délamanide dans laquelle le personnel soignant appelle les patients par Skype sur un smartphone, pour vérifier la prise de la deuxième dose de médicament le soir.

Au total, 106 patients arméniens ont été inclus dans cette étude, qui a permis de démontrer l'efficacité et la tolérance de ces nouveaux médicaments. En 2018, l'OMS a publié de nouvelles recommandations sur le traitement de la tuberculose multi-résistante, conseillant notamment la bédaquiline comme médicament de première intention.

Les principaux objectifs pour 2018 consistent à déléguer au ministère de la Santé et au Global Fund la prise en charge globale des patients traités par les nouveaux antituberculeux.

Dispositif actuel

En 2018, MSF a lancé le processus de passation du projet, avec une formation théorique et pratique destinée à l'ensemble des médecins et du personnel soignant TB du ministère de la Santé travaillant dans les établissements spécialisés dans cette maladie en Arménie. La formation théorique sera terminée en fin d'année.

L'ensemble des activités de MSF sont concernées par la passation : soins médicaux, innovations (V-DOT), chirurgie des poumons et insertion de PAC (cathéters centraux), aide sociale, laboratoire, pharmacie, système de chauffage et de ventilation, pharmacovigilance.

La transition avec le ministère s'agissant du suivi patient se poursuit, conformément à la procédure de passation établie.

Des recherches opérationnelles sont en cours : plusieurs articles ont été ou seront publiés dans des revues médicales internationales, ainsi qu'à l'occasion de conférences.

Bilan 2018

- Suivi des patients dans le cadre de l'étude EndTB (107 patients au total, dernier recrutement en juin 2017). Le dernier patient de la cohorte EndTB doit terminer son traitement en juillet 2019.
- Aide au ministère de la Santé pour le suivi des patients traités par les nouveaux antituberculeux.
- Recrutement et suivi des patients DRTB également atteints d'hépatite C active chronique dans le cadre de l'étude Epicentre (rétrospective et prospective) afin de fournir des résultats documentés sur l'efficacité et la tolérance du co-traitement de la DRTB par les nouveaux antituberculeux et de l'hépatite C par les DAA.
- Élaboration d'une formation théorique et pratique sur la prise en charge médicale ad hoc destinée aux médecins et au personnel soignant du ministère de la Santé avec l'aide d'un médecin expatrié.
- Transfert de la prise en charge médicale dans sept provinces (sur 11 d'ici la fin de l'année).
- La passation du laboratoire vient de débuter, celle de la pharmacie est en cours, avec un retard dû à des modifications apportées au programme TB et au niveau national.
- Avril 2018 : mission chirurgicale pour six patients nécessitant une intervention au niveau de la cage thoracique (troisième et dernière mission chirurgicale de MSF).

Indicateurs	2016	2017	2018
Mission chirurgicale	2 patients	0	8
Patients Hépatite C/DRTB		28	47
Recrutement étude EndTB (cumulatif)	86	106	107
Patients actuels étude EndTB			13

La mission en Arménie doit s'achever en 2019. Les activités liées au projet DRTB doivent se terminer fin mars 2019.

BANGLADESH

Typologie : Conflit armé.

Personnel 2018
International : 37
National : 283

Nombre de projets 2018 : 1

Dépenses 2018 : 7 392 k€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCA, OCB, OCBA.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Le contexte politique reste tendu au Bangladesh. Le parti Awami League (AL), dont c'était le deuxième mandat au pouvoir, a de nouveau remporté le scrutin de fin 2018. Khaleda Zia, leader du Bangladesh Nationalist Party (BNP), principal parti d'opposition, a été emprisonné dans le cadre d'une affaire de pots-de-vin, ce qui a considérablement affaibli le BNP.

En plus de la violence de la vie politique dans le pays, les groupes armés constituent également une menace pour la sécurité : groupes terroristes islamiques, groupes terroristes prônant une idéologie de gauche et insurrection de groupes ethniques dans la région vallonnée du sud-est du pays. La principale menace demeure toutefois le terrorisme islamique.

En 2017, 700 000 réfugiés Rohingyas, de religion musulmane, venant de l'État Rakhine, dans le nord du Myanmar voisin, sont entrés sur le territoire bangladais à la suite de vagues de violence contre leur communauté, non reconnue par les autorités du Myanmar et des pays limitrophes. Cette population n'a eu d'autre choix que de s'installer à proximité de la frontière du Myanmar, dans une zone vallonnée située le long d'une route très empruntée et embouteillée.

Une enquête rétrospective sur la mortalité menée par Epicentre en novembre 2017 montre que 96,6 % des décès signalés sont survenus au Myanmar durant la crise. 75 % des décès ont été observés pendant le premier mois de cette crise : la majorité des victimes ont été tuées par balle (70,3 %), tandis que les autres ont été battues à mort (18,4 %) ou sont décédées des suites de l'explosion d'une mine (3,8 %) ou de violences sexuelles (3,2 %).

Partout dans le monde, le Myanmar avait alors été accusé de la tragédie des Rohingyas, et la Mission internationale indépendante d'observation au Myanmar avait signalé des crimes graves : viols, meurtres, persécution et esclavage. En septembre 2018, la Cour Pénale Internationale a ordonné une enquête sur la déportation de milliers de Rohingyas. Toutes les charges ont été rejetées par les autorités du Myanmar.

L'élaboration du processus de rapatriement a commencé début 2018, puis une tentative a été effectuée en juin de la même année : très peu de personnes ont regagné le Myanmar. En novembre 2018, le second processus de rapatriement visait à ramener 2 200 réfugiés au Myanmar. Il a été reporté avant sa mise en place en 2019. Ces deux plans avaient été critiqués par l'UNHCR, qui considérait que les conditions de leur retour n'étaient pas encore réunies. Les familles identifiées pour le rapatriement ne sont pas sélectionnées sur la base du volontariat, mais selon des listes établies par les autorités du Myanmar.

Le contexte sanitaire au Bangladesh

L'État est le principal fournisseur de soins de santé, mais la corruption règne dans les structures médicales, souvent surchargées. Par conséquent, la population a recours à l'automédication ou se tourne vers des cliniques privées, mais la qualité des soins n'y est pas optimale, et surprescriptions et frais cachés augmentent le coût du diagnostic et du traitement.

Par ailleurs, nombreuses sont les ONG qui concentrent leurs ressources sur les besoins de santé des pauvres, généralement dans le cadre d'un vaste ensemble d'activités de développement. Elles parviennent souvent à s'occuper de populations que le gouvernement ne prend pas en charge : personnes exclues ou trop pauvres pour avoir accès aux soins de santé.

En outre, le Bangladesh doit faire face à un manque de travailleurs qualifiés dans le domaine de la santé : on compte deux fois plus de médecins que d'infirmiers/infirmières répartis de manière disproportionnée dans les zones urbaines. Principalement gérés par le gouvernement, les établissements situés dans les régions rurales et reculées sont minés par la corruption et par l'absence critique de main-d'œuvre qualifiée et d'équipements.

D'une manière générale, les principaux indicateurs de santé au Bangladesh sont les suivants :

Taux de mortalité maternelle : 170/100 000

Couverture vaccinale : 95 % diphtérie-tétanos-coqueluche

Proportion d'accouchements par du personnel qualifié : 30 %

Retard de croissance : 40 %

Trois principales morbidités : maladies maternelles/néonatales, maladies non transmissibles, neuropsychiatrie

Trois principales causes de mortalité : maladies respiratoires (tuberculose, infection des voies respiratoires inférieures,

maladie pulmonaire obstructive chronique), diabète et maladies cardiovasculaires

Maladies non transmissibles (NCD) : diabète chez 10 % des adultes, maladies liées au tabac pour 42 % des hommes, hypertension 28 %.

Certaines maladies sont négligées au Bangladesh, comme les maladies mentales, l'addiction aux drogues et l'alcoolisme. Dans ce pays, 16,1 % de la population adulte (> 18 ans) souffre d'un trouble mental et nécessite des soins immédiats. On y est pourtant peu conscient de ces besoins et ces maladies ne sont quasiment pas prises en charge.

Le contexte sanitaire pour la population réfugiée

Le taux de mortalité demeure faible parmi les réfugiés, et ce depuis le début de la crise et leur arrivée au Bangladesh. Les soins primaires sont couverts en majorité par de nombreuses organisations et les établissements de soins secondaires accueillent un faible nombre de patients hospitalisés. En revanche, le méga-camp de Cox's Bazar présente des risques de catastrophes naturelles (inondations, typhons) susceptibles de menacer la santé de la population réfugiée. Si l'on compte pour l'année 2018 de nombreux cas de diphtérie, de rougeole et de maladies, principalement gastro-intestinales et cutanées, le taux de mortalité associé est faible. Le principal facteur de décès est lié à l'âge (personnes âgées et nouveau-nés), notamment parce que la population opte souvent pour un accouchement à domicile, et parce que les maladies chroniques représentent la principale cause de mortalité.

Le taux de mortalité maternelle dans ce camp est estimé à 172 pour 100 000 naissances vivantes, le taux de mortalité néonatale à 32 pour 1 000 et le taux de mortalité infantile à 43 pour 1 000 naissances vivantes : ces chiffres sont similaires à ceux des populations locales.

PRÉSENCE DE MSF

MSF-OCP a une longue histoire au Bangladesh, en particulier auprès des Rohingyas : dès 1991/1992, l'organisation a lancé des initiatives en réponse au flux de réfugiés, mais le projet a été abandonné en 1995. MSF-OCA est resté présent dans le pays depuis.

Plus de 20 ans plus tard, en octobre 2017, à la suite de l'exode massif des Rohingyas fuyant le Myanmar, MSF OCP a ouvert des services médicaux à destination de cette population.

MSF-OCP propose actuellement des soins médicaux (soins primaires, hospitalisation, soins psychologiques et psychiatriques), des activités d'aide sociale (programme de surveillance et d'aide en cas d'épidémie) et des activités d'Eau, Hygiène et Assainissement (WASH), par le biais de la distribution d'eau potable et de filtres à eau Aquafilters. MSF-OCA, OCBA et OCB sont également présents pour fournir des services aux réfugiés ainsi qu'aux populations locales.

PROJET : PALONG KHALI

Historique du projet : évolution des objectifs

Après l'évaluation menée en septembre 2017, MSF-OCP a décidé de lancer un programme médical et humanitaire lié au déplacement massif de la population rohingya du Myanmar au Bangladesh.

MSF-OCP couvre le sud-est/sud-ouest et le centre du méga-camp de Cox's Bazar et a pour objectif de réduire la mortalité et la morbidité de la zone couverte en prodiguant des soins primaires et secondaires et en maintenant en place un système de surveillance de santé. Enfin, MSF-OCP améliore l'accès des populations touchées à l'eau potable.

Dispositif actuel

MSF-OCP couvre sept camps, pour une population de 180 000 réfugiés du méga-camp, qui en compte 626 000. Les activités médicales sont les suivantes :

1. Soins de santé primaires répartis en trois unités (OPD) proposant consultations générales, santé sexuelle et reproductive (SRH), y compris liée aux violences sexuelles, soins psychologiques et psychiatriques (PPC), ainsi que détection, traitement et suivi des maladies chroniques. La cohorte actuelle compte plus de 200 cas de santé mentale et plus de 600 cas de maladies non transmissibles, et aucun autre acteur ne fournit aujourd'hui ces services spécifiques, malgré le besoin évident de soins.

2. Soins de santé secondaires prodigués dans un hôpital de 40 lits comptant une salle d'urgence, des services d'hospitalisation (adultes et pédiatrie/nutrition), un service de soins obstétricaux et néonatals d'urgence de base (BEmONC - Basic Emergency Obstetric and Newborn care), une unité de soins intensifs (ICU), un laboratoire et une pharmacie.

MSF et Epicentre ont élaboré ensemble un système de surveillance des sept camps consistant notamment à collecter des données exhaustives sur la communauté en faisant du porte-à-porte selon un cycle défini. Une équipe d'environ 50 volontaires rohingyas est en charge de la collecte des données (recensement, naissances, décès, état nutritionnel, nombre de grossesses). Enfin, une équipe d'aide sociale enquête et s'occupe de gérer toute maladie épidémique potentielle.

Bilan 2018

Le principal objectif pour 2018 était d'apporter une solution à la crise humanitaire en développant des activités médicales permettant de couvrir un certain nombre de besoins et de prendre en charge les patients dans un état grave. Par ailleurs, priorité était donnée à la gestion des épidémies, ainsi qu'à l'approvisionnement en eau potable à destination des réfugiés afin de limiter les maladies liées à l'eau.

L'objectif global a été atteint depuis le lancement des activités :

- Plus de 14 000 consultations générales par mois.
- Surveillance et intervention rapide en cas de maladies transmissibles afin d'éviter les épidémies, y compris les campagnes de vaccination du ministère de la Santé.
- S'agissant de l'approvisionnement en eau, 11 forages et des réseaux de distribution adéquats ont été construits.
- Les résultats de la surveillance mettent en évidence des taux de mortalité brut et chez les moins de 5 ans plutôt faibles (0,13 et 0,2 pour 10 000 par jour, respectivement). C'est également le cas des taux d'admission associés en hospitalisation, qui reflètent la bonne santé générale de la population.
- Les principales populations à risque visiblement en bonne santé (bien que populations à risque) sont les personnes âgées (maladies chroniques), les femmes enceintes et les personnes très jeunes.

	Description des indicateurs	4e trimestre 2017	2018
OPD (consultations)	3 OPD Nb de consultations	44 505	168 231
	Urgences (16 % d'admissions)		12 442
IPD (hospitalisations)	Admissions IPD		2 698
	Admissions malnutrition aiguë sévère		251
	Unité de soins intensifs		279
	Taux d'occupation des lits d'hospitalisation		68 %
Santé sexuelle et reproductive	Consult. soins prénatals		4 508
	Accouchements		61
	Interruptions de grossesse		170
	Planification familiale		1 526
	Violences sexuelles		46
Maladies non transmissibles	Soins psychologiques et psychiatriques (psychose 26 %)		482 (213 actifs)
	Maladies chroniques (diabète 52 %)		879 Cohorte

CAMBODGE

Typologie : épidémie / endémie.

Personnel 2018
International : 9
National sous contrat : 63

Nombre de projets 2018 : 2

Dépenses 2018 : 3 887 k€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCB.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Le Premier ministre et le Parti du peuple cambodgien (CPP) resteront au pouvoir jusqu'en 2022. Depuis les élections de juillet 2018, le Cambodge vit sous un régime de parti unique, les adversaires politiques du CPP ayant été écartés avec autorité. Le CPP a remporté tous les sièges du Parlement, et l'opposition, représentée par le Cambodia National Rescue Party (CNRP), a été dissoute en novembre 2017. L'intimidation politique opérée par le CPP sur des structures critiques de la société civile devrait se poursuivre, bien que le régime semble peu à peu relâcher certains opposants, comme on l'a vu avec la libération de défenseurs des droits de l'Homme et de journalistes en août et septembre 2018. Si le contrôle des médias et des organismes locaux de surveillance des droits de l'Homme demeure aussi strict qu'avant les élections générales, la pression internationale, en particulier l'éventualité que l'Union européenne annule l'accord commercial préférentiel, pourrait avoir fait fléchir le gouvernement cambodgien.

La Banque nationale du Cambodge devrait parvenir à ralentir la croissance rapide du crédit au cours de la première moitié de la période de prévision. La progression du PIB réel devrait décélérer, en passant, selon les estimations, de 7,2 % en 2018 à 6,3 % d'ici 2022, en raison du déclin constant de la compétitivité du principal secteur d'activités, le textile, mais plus particulièrement des éventuelles sanctions de l'UE. Quant à l'inflation, elle devrait se maintenir à une moyenne annuelle de 3,5 % entre 2018 et 2022. Malgré les chiffres officiels mettant en évidence le net recul de la pauvreté au Cambodge (47,8 % en 2007, pour 18,9 % en 2012), 72 % de la population vit toujours avec moins de 3 USD par jour. En outre, en dépit de premiers signes de diversification, l'économie du pays demeure vulnérable en cas de chocs extérieurs et de catastrophes naturelles. L'afflux d'investissements étrangers directs, à hauteur de 6 % du PIB en moyenne, contribuera sans doute à équilibrer son budget fragile.

Néanmoins, l'économie cambodgienne est de plus en plus dépendante de la Chine, en raison des prêts contractés afin d'assurer le développement régulier du pays et de ses infrastructures. Il est estimé que le service de la dette payé ou à payer a doublé entre 2014 et 2020. Plus de 660 millions de dollars ont été remboursés en 2014, mais les prévisions actuelles indiquent que le montant du remboursement (remboursement principal et intérêts) devrait atteindre 1,364 milliard de dollars.
À ce stade, on n'observe aucun signe concret d'augmentation du budget du ministère de la Santé.

Contexte sanitaire

Le système de santé du Cambodge est financé par le gouvernement, les organismes d'aide et les paiements directs de la population. Selon le plan stratégique de santé national (NHSP 2016-2020 - *National Health Strategic Planning*), le montant total des dépenses de santé devrait passer de 1 365 millions de dollars en 2016 à 2 013 millions de dollars en 2020. Néanmoins, le coût total du NHSP sur cinq ans est estimé à 3 317 millions de dollars, soit une augmentation de 592 millions de dollars en 2016 à 753 millions de dollars en 2020. En conséquence, les dépenses privées devraient se stabiliser à 62 % du montant total des dépenses de santé en 2020. Les contributions des donateurs représentent la plus faible part de ce montant total (14 % en 2016), et les baisses prévues en matière de dons pourraient atteindre 8 % en 2020.

En effet, en raison des différents classements économiques du pays liés à son PIB en hausse, le gouvernement va se voir contraint d'augmenter sa participation, étant donné que les donateurs bilatéraux et multilatéraux sont entrés dans une phase de transition, réduisant encore davantage la contribution du programme GFTAM *(Global Fund against AIDS, TB and Malaria)* à partir de 2020. En raison de la récente détérioration de la situation politique, plusieurs programmes spécifiques ont été suspendus, mais les donateurs continuent à apporter un soutien technique au système de santé afin de le renforcer, via le National Social Security Fund, le Fonds national de la sécurité sociale, et le *Health Equity Fund,* le fonds d'équité de santé.

Au cours des dernières années, le gouvernement cambodgien a lancé diverses initiatives de financement du système de santé dans le cadre d'efforts d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins, mais aussi de réduction des paiements directs de la population. D'une part, un programme national d'identification des ménages pauvres *(ID poor card)* est désormais géré par le ministère de la Planification, d'autre part, la post-identification dans les hôpitaux de référence ou nationaux, pour les patients dans le besoin n'ayant pas été pré-identifiés, est rendue possible grâce au Fonds d'équité de santé établi par le ministère de la Santé.

Les salariés dont les entreprises sont enregistrées, ainsi que les fonctionnaires sont couverts en cas d'accident du travail et bénéficient de l'assurance santé proposée via le Fonds national de la sécurité sociale. Les salariés du secteur informel, qui compte neuf millions de travailleurs, principalement presque pauvres, vulnérables et faisant partie de minorités ethniques, ne constituent pas, pour l'heure, une priorité. Une très petite part de ce groupe de population est couverte par l'assurance communautaire de santé (CBHI - *Community Based-Health Insurance*) et la micro-assurance santé privée (1 à 2 dollars/mois).

PRÉSENCE DE MSF

Cela fait 40 ans que MSF apporte son soutien à la population cambodgienne, sous forme d'aide médicale aux réfugiés à la frontière khméro-thaïlandaise, de programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose, mais aussi d'accompagnement du ministère de la Santé dans le développement de sa stratégie nationale de lutte contre l'hépatite C.
D'ici mi-2019, MSF OCB aura fermé son projet d'élimination du parasite du paludisme Plasmodium Falciparum dans la province de Preah Vihear.

PROJET : CLINIQUE SPÉCIALISÉE DANS LE TRAITEMENT DE L'HÉPATITE C (HCV) AU SEIN DE L'HÔPITAL NATIONAL PREAH KOSSAMAK DE PHNOM PENH

Historique du projet : évolution des objectifs

La prévalence de l'hépatite C au Cambodge est longtemps demeurée incertaine, étant donné les estimations élevées de patients infectés. Lorsque les DAA (antiviraux à action directe) ont été mis au point, il a été décidé d'y lancer un programme permettant à MSF d'approfondir ses connaissances sur ces nouveaux médicaments et d'aider le ministère de la Santé à prendre en charge cette maladie.

À partir de 2014, des discussions ont été organisées avec le ministère quant au développement d'un programme de lutte contre l'hépatite C devant voir le jour à Phnom Penh, en se concentrant dans un premier temps sur les patients co-infectés par le VIH. Le mémorandum a été signé en 2015, et le traitement mis à disposition de certains de ces patients. Néanmoins, en raison du blocage politique, MSF n'a pas pu dépister l'ensemble des patients atteints du VIH de la cohorte de Phnom Penh, c'est pourquoi il a été décidé de dépister également les patients mono-infectés par l'hépatite C. Cette initiative a ouvert une boîte de Pandore : des milliers de gens se sont présentés, dont une grande partie connaissaient déjà leur état de santé, mais ne pouvaient pas payer le traitement, trop onéreux.
L'objectif du programme est de simplifier le diagnostic et le modèle de soins dans une approche simple et rentable afin de soutenir l'ambition du développement d'un programme national.

Dispositif actuel

MSF travaille actuellement à l'hôpital de Preah Kossamak sur le diagnostic et le traitement des patients infectés par l'hépatite C, en lien avec le service d'hépatologie et le laboratoire de l'hôpital.

Bilan 2018

Une fois le programme de lutte contre l'hépatite C lancé en 2016 et 2017, avec tous les défis qu'il comportait, MSF s'est donné pour objectif en 2018 de simplifier encore davantage le modèle de soins de l'hépatite C, partout où il est possible de le faire en toute sécurité, et d'initier une phase d'expansion visant à étendre l'accès au traitement de l'hépatite C au Cambodge. Dans le cadre des principaux sous-objectifs définis, l'équipe s'est efforcée d'apporter son aide au service biologie moléculaire (formation et contrôle qualité) du laboratoire de Preah Kossamak. Le personnel de l'hôpital est parvenu à décharger partiellement MSF en prenant en charge le dépistage des patients se présentant pour vérifier leur statut relatif au virus de l'hépatite C, ainsi que le traitement (à l'aide des médicaments de MSF, l'approvisionnement en DAA restant incertain au niveau national en raison du manque de budget) des patients atteints de ce virus, quel que soit le stade de la maladie. Fin août, les équipes de MSF se sont occupées de 1 699 patients sur liste d'attente en raison du manque de traitements en 2017.

Le projet de dépistage de l'hépatite C a ensuite été élargi par l'intégration d'outils de diagnostic rapide à la clinique de l'hôpital spécialisée dans le diabète, mais aussi grâce à l'aide d'un partenaire local, Mopotsyo, qui travaille à la conception d'un modèle durable de traitement anti-diabète. On sait que les patients atteints d'hépatite C présentent plus de risques de diabète et que les patients diabétiques ont plus d'antécédents d'hépatite C que la moyenne de la population.

En 2018, MSF a maintenu son partenariat avec une organisation locale, Mith Samlanh, sous forme d'une formation dédiée au personnel travaillant au centre d'accueil chargé des personnes qui s'injectent des drogues (PWID - *People Who Inject Drugs*). Les mesures de répression visant à lutter contre les trafiquants de drogue et les consommateurs ont rendu l'accès à ce groupe vulnérable encore plus délicat. Vers la fin de l'année 2018, l'équipe MSF est parvenue à dépister ces PWID se rendant régulièrement au seul centre habilité à administrer le traitement d'entretien à la méthadone.

Globalement, l'activité de MSF à Phonm Penh peut se résumer comme suit :

	2016	2017	2018
Nb de personnes dépistées	6 269	7 804	14 251
Nb de personnes diagnostiquées	1 840	4 588	5 220
Nb de traitements initiés	307	2 919	6 986*
Délai d'initiation	130	30	10
Guérisons	N/A	1 603 (96,9 %)	4 195 (97 %)
Échecs	N/A	51 (3,1 %)	74 (1,7 %)
Décès	N/A	4	9
Perdus de vue	N/A	11 (0,7 %)	64 (1,4 %)

* dont 1 766 mis en attente les années précédentes

Résultats par rapport aux objectifs :

- Simplification plus poussée du modèle de soins (seulement six visites pour les patients sans complications depuis février 2018)
- Objectif de 7 800 traitements non atteint
- Mise à jour des directives de l'OMS sur l'hépatite C (juillet 2018), reconnaissant le sofosbuvir/daclatasvir comme traitement pangénotypique, à la suite de la publication du rapport médical MSF sur les projets Cambodge-Afrique du Sud.
- Constitution d'une section de biologie moléculaire au sein du laboratoire de Preah Kossamak
- Amélioration de l'accès aux soins des PWID (Mith Samlanh, MMT)
- Diffusion auprès des parties prenantes de la lutte contre l'hépatite C dans le monde (conférences APASL/EASL/APACC)

PROJET : PROVINCE DE BATTAMBANG

Historique du projet : évolution des objectifs

Ce projet s'inscrit dans la continuité du développement d'un modèle de soins simplifié reproductible à l'échelle nationale et dans un contexte plus rural. La phase critique du programme de lutte contre l'hépatite C permettra de toucher une population rurale, qui n'a pratiquement aucune connaissance de cette maladie et n'a pas accès à des outils de diagnostic de laboratoire et à des traitements de pointe. Ce programme vise à s'assurer que le modèle de soins actuel est adapté aux contraintes auxquelles les établissements de santé ruraux font face.

Dispositif actuel

Fort de l'expérience acquise à Phnom Penh, MSF a lancé en mars un modèle de soins de l'hépatite C dédié aux zones rurales dans l'un des cinq districts opérationnels (OD) de la province de Battambang.

Bilan 2018

Le principal objectif opérationnel consiste à intégrer le parcours des patients atteints d'hépatite C aux activités de routine des structures de santé, sans ressources supplémentaires. Pour ce faire, MSF a formé le personnel soignant des 13 centres de santé et d'un poste de santé, puis a créé trois postes de médecin généraliste au dispensaire hépatite C de Preah Kossamak, à des fins de formation. Le dépistage a débuté petit à petit en mars dans l'OD, et le premier patient a commencé son traitement à l'hôpital de référence début avril.

Sur les mois de juin et juillet, quelques centaines de patients sont venus de régions situées en dehors de la province de Battambang pour recevoir des soins hépatite C.

Résultats par rapport aux objectifs depuis avril 2018 :

- Mise en place d'outils de diagnostic de l'hépatite C et d'un protocole de traitement sur l'ensemble de l'OD
- Formation du personnel soignant, des médecins et du personnel de laboratoire du ministère de la Santé
- Mise sous traitement de 1 254 patients sous DAA (antiviraux à action directe)
- Enquête de prévalence menée avec Epicentre entre mai et août
- Lancement d'une stratégie de recherche active de cas à partir du mois d'octobre dans les villages pour cibler les populations de plus de 45 ans
- Analyse coût-efficacité réalisée avec le *National Institute of Public Health* du Cambodge, visant à comparer le modèle de dépistage des cas passifs et actifs par rapport aux résultats obtenus

	2018
Nb de patients dépistés	25 408
Nb de patients diagnostiqués	1 199
Nb de traitements initiés	1 254

Le projet au Cambodge montre qu'il y a toujours un fort pourcentage de cas d'hépatite C chez les personnes âgées, en cohérence avec le mode de transmission prédominant sans doute lié à des pratiques de soins antérieures. L'enquête de prévalence menée dans une région reculée du pays a mis en évidence des résultats similaires confirmant la prévalence d'infection plus forte chez les plus de 45 ans, par rapport aux tranches d'âge inférieures.

CÔTE D'IVOIRE

Typologie : accès aux soins.

Personnel 2018
International : 32
National : 184

Nombre de projets 2018 : 1

Dépenses 2018 : 5 137 k€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : aucun.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

MSF est présent en Côte d'Ivoire depuis 1994. Après une décennie de crise, le pays connait depuis 2011 un retour progressif à la stabilité socio-politique, concrétisée par l'organisation apaisée des élections présidentielles en octobre 2015 et du référendum constitutionnel en octobre 2016. Pour autant, de nombreux défis restent à relever aux niveaux politique, sécuritaire et économique pour que le pays tourne définitivement la page de la transition dans les années qui viennent :

- La réconciliation nationale reste à construire, les initiatives dans ce domaine ayant été faibles et la traduction en justice des responsables des deux camps de la crise de 2010-2011 restant inachevée.
- L'enjeu du foncier, terreau des crises des deux dernières décennies, demeure non résolu et les processus juridiques lancés à cet effet sont lents et inadaptés.
- Malgré une croissance forte (+8 à +10%), une grande fragilité socio-économique persiste avec un chômage élevé et une augmentation des prix, en particulier dans les villes, sources de tensions grandissantes.

D'un point de vue sécuritaire, le programme de démobilisation et de désarmement a pris fin sans être complètement achevé. De nombreuses armes légères restent en circulation dans le pays. Par ailleurs, plusieurs centaines d'ex-combattants n'ont pas eu de réinsertion satisfaisante et sont venus grossir les rangs de la petite et grande délinquance. Enfin, la Côte d'Ivoire n'est pas à l'abri d'exactions de groupes djihadistes, comme l'a rappelé l'attentat de Grand Bassam de mars 2016.

C'est dans ce contexte d'un pays en phase de stabilisation que se sont déroulées les élections locales et régionales en octobre 2018. Globalement, les élections se sont passées calmement sur l'ensemble du territoire malgré quelques incidents qui ont entrainé l'annulation de certains résultats et de recours devant la Cour Suprême. Les tensions autour des résultats laissent présager de possibles retours de tensions lors des élections présidentielles de 2020.

Contexte sanitaire

Une décennie de crise a fragilisé et désorganisé le système sanitaire ivoirien.

- La santé materno-infantile est prioritaire pour le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) du fait de l'augmentation de la mortalité maternelle entre 2005 et 2012, de 543/100 000 naissances vivantes à 614/100 000.
- La prévalence du VIH oscille entre 3% et 4% et reste l'un des plus forts d'Afrique de l'ouest.
- Le paludisme reste la principale cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans et la principale cause de consultation et d'hospitalisation

Si les mesures de gratuité ciblée pour les pathologies les plus fréquentes chez les enfants et les femmes enceintes ont été décrétées, de nombreux dysfonctionnements empêchent qu'elles soient mises en œuvre : manque de moyens (le budget du MSHP demeure bien en deçà des ambitions affichées), pénurie de médicaments, pénurie de ressources humaines, mauvais accueil des patients, etc.

Les chantiers amorcés par le MSHP tels que la privatisation partielle de la pharmacie centrale et la mise en place d'une couverture maladie universelle ne semblent pas en mesure de changer cette situation à court terme. La fin des périodes de crise politique a permis aux bailleurs de fonds de développement d'engager de nouvelles dynamiques. Le pays devrait à ce titre bénéficier de financements importants qui pourraient avoir un impact durable.

PRÉSENCE DE MSF

MSF OCP est présente en Côte d'Ivoire depuis 2010 sans interruption.

De 2010 à 2013, l'objectif était d'assurer une prise en charge des soins de santé lors du conflit post électoral : à Abobo et Anyama de février à août 2011 (quartiers d'Abidjan), à Duékoué jusqu'en août 2012, à Guiglo/Taï jusqu'en mars 2013.

De septembre 2014 à janvier 2015, MSF soutient le MSHP et des partenaires dans la préparation de la riposte Ebola en formant le personnel du CHU de Yopougon et des équipes de réponse de Man et Biankouma, en apportant une assistance technique pour l'installation des centres de traitement Ebola à Yopougon, Treichville et Man, et en faisant une dotation en matériel de protection.

Depuis janvier 2014, MSF France mène un projet de santé maternelle à Katiola avec un partenariat avec le Ministère

de la Santé pour la prise en charge des soins obstétricaux d'urgence et des nouveau-nés.
MSF OCB est aussi présent depuis une dizaine d'année dans le pays mais uniquement sur un volet institutionnel avec une plateforme accueillant les formations Unifield.

Depuis octobre 2017, MSF OCP a aussi une présence institutionnelle dans le pays via une Plateforme de recrutement, de formation et de suivi de parcours/mobilité.

PROJET : SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE DANS LA RÉGION DU HAMBOL

Historique du projet : évolution des objectifs

Dans un pays où la mortalité maternelle est anormalement élevée, la région du Hambol fait face aux défis symptomatiques du système de santé publique ivoirien : déficit de moyens et de formation du personnel de santé; plateau technique vieillissant et peu ou pas entretenu ; faible qualité des soins en raison d'un déficit de qualifications ; absence d'encadrement du personnel.

La raison d'être du projet est de travailler avec le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Suite à des décennies de crise, les taux de mortalité maternelle sont passés de 543 décès / 100 000 naissances en 2005 à 614 / 100 000 en 2012. Une étude Epicentre menée en 2015 a démontré un taux de 661 / 100 000 naissances, dans la région du Hambol.

Fief du conflit pendant 10 ans, la Région du Hambol au nord de la Côte d'Ivoire compte environ 486 916 habitants (recensement en 2014). La ville de Katiola, chef-lieu de la région, est située à 55 kilomètres au nord de Bouaké, sur l'axe commercial international Bouaké-Korhogo.

La stratégie d'intervention de MSF dans le Hambol a été lancée en 2013 avec le montage du projet et le lancement des travaux de construction et de réhabilitation de l'hôpital général de Katiola, en collaboration avec le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Le projet entend renforcer la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales dans la région du Hambol. L'objectif était de faire de l'hôpital général de Katiola un centre de référence pour les soins obstétricaux et néonatals d'urgence compréhensif (SONUC) et de renforcer la prise en charge des soins d'urgences obstétricales de base (SONUB) dans les centres de santé périphériques de la région.

Ouvert depuis juillet 2014, le projet a connu les phases de développement suivantes :

- 2014-2015 : activités centrées sur le centre hospitalier régional de Katiola. Démarrage du soutien à la prise en charge des urgences obstétricales (RH, intrants, versement de primes, formation, accompagnement et supervision de l'organisation et de la qualité des soins) dans les unités suivantes : bloc gynéco-obstétrique, maternité, soins attentifs, néonatalogie, laboratoire/dépôt de sang. En parallèle de cette prise en charge, un programme de rénovation, de construction, d'équipement et de formation du personnel a été mis en œuvre : construction d'une unité d'hospitalisation maternité de 24 lits, néonatalogie de 10 lits, buanderie, zone à déchets, réalisation d'un forage et réseau d'eau de l'hôpital, réseau électrique, circuits d'assainissement ; réhabilitation blocs opératoires, salle de réveil, laboratoire, stérilisation.
- 2015-2016 : soutien à l'hôpital dans la configuration définitive ; création et soutien d'une unité de néonatalogie, d'une aile de soins attentifs de 3 lits, puis 3 centres de santé type SONUB. Pour chaque centre de santé soutenu :
  - Formation des sages-femmes et chefs de centre, support technique et fourniture des intrants complémentaires à ceux fournis par le MSHP.
  - Package logistique : réhabilitation, forage et approvisionnement en eau, création d'une zone à déchets.
  - Prise en charge financière des références des urgences obstétricales et néonatales vers le CHR de Katiola ; soutien progressif aux activités maternité (consultations prénatale et accouchement) en périphérie.
  - Développement d'une stratégie plus large permettant d'appréhender la prise en charge des urgences obstétricales avec la mise en place d'une hotline téléphonique à tous les centres de santé soutenus.
- 2017 : consolidation des activités de support ; renforcement de la qualité de soins au CHR de Katiola ; création de la cellule de pilotage projet au CHR ; extension de la couverture périphérique à 5 centres de santé au total et 2 hôpitaux généraux (Niakara, Dabakala SONUC). Révision de la stratégie de renforcement des sages-femmes via du mentorat et un coaching sur site (individualisation). Extension de la flotte téléphonique aux 2 hôpitaux généraux (Niakara et Dabakala).
- 2018 : Renforcement du coaching individualisé – 3 sages-femmes et sur site (2 nuits) ; révision de la stratégie vers une approche davantage communautaire avec la création d'un département d'Information, éducation et communication/ Promotion de la santé ; renforcement de l'utilisation de la hotline téléphonique ; rattrapage des travaux WatSan effectués en 2015. C'est également en 2018 que le projet pilote pour l'administration de la dose du vaccin contre l'hépatite B à la naissance a été mis en place.

Bilan de 2018

Hôpital Général de Katiola

Maternité	**2016**	**2017**	**2018**
Accouchements CHR de Katiola	2499	2359	**2847**
Césariennes	578	544	**606**

Néonatologie	**2016**	**2017**	**2018**
Total admissions	720	770	**793**
Décès (%)	7%	10%	**10.2%**
Taux d'occupation des lits (%)	116%	96%	**104%**

Activités externes

Description indicateurs	**2016 (3 centres)**	**2017 (5 centres)**	**2018 (6 centres + 1 au 2nd semestre)**
Total accouchements	1209	2357	**3614**
Total consult. Prénatales	1531	3014	**5642**
Nb total de références	204	674	**697**

FRANCE

Typologie : populations réfugiées.

Personnel 2018 : 5
Nombre de projets 2018 : 1
Dépenses 2018 : 2 215 k€

Financements Institutionnels : aucun.
Autres centres opérationnels MSF présents : aucun.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

En 2017, le nombre de demandes d'asile baisse à l'échelle européenne dû au renforcement et à l'externalisation des frontières. En France, la loi Colomb « Asile et Immigration » votée en juillet 2018 constitue une aggravation de la politique déjà mise en place. Cette loi affiche clairement la volonté de diminuer les temps d'attente des réponses aux demandes d'asile, de trier immédiatement les migrants éligibles, d'empêcher ces derniers de rentrer sur le territoire français, entre autres. En revanche, elle ne traite ni la protection, ni la mise à l'abri immédiate de personnes vulnérables dans des conditions de respect de la dignité humaine, ni même du respect de leurs droits en tant que demandeurs d'asile.

A l'inverse, les flux de Mineurs non accompagnés (MNA) ont quant à eux augmenté, passant de 8 054 cas reconnus mineurs en 2016 à 14 908 en 2017. Selon la cellule MNA de la protection judiciaire et d'éducation, 12 577 MNA ont été confiés à l'Aide sociale à l'enfance (ASE) entre le 1er janvier et le 12 octobre 2018. Confrontées à une hausse de 85% des placements en un an, les structures d'accueil des différents départements peinent à faire face. Quant à la justice des mineurs, elle s'engorge sous les procédures d'appel débouchant finalement sur un nombre important de jeunes à la rue, exclus de tout et livrés à eux-mêmes.

Contexte sanitaire

Depuis la fermeture du centre de premier accueil de la Chapelle en avril 2017, l'Etat français a créé 6 structures dénommées Centres d'accueil et d'examen de la situation (CAES) en banlieue parisienne. Chaque CAES dispose d'une capacité de 200 places. Le Ministère de l'Intérieur a annoncé l'ouverture de 1200 places d'hébergement d'urgence en septembre 2018 et souhaite monter à 3500 places en 2019. Les mises à l'abri d'urgence telles qu'annoncées par l'Etat (dans les gymnases, les patinoires et autres structures inadaptées) ne sont jamais associées à des dispositifs de prise en charge médicale et sociale. En 2018, les associations et acteurs étatiques estiment que plus de 9000 mineurs seraient à la rue dont 300 à Paris.

PRÉSENCE DE MSF

MSF a ouvert son premier projet en France en 1987.

Au moment de la crise migratoire dans l'Union européenne en 2015, plusieurs Etats dont la France ont mis en place des politiques inhospitalières amenant certains acteurs à réagir. MSF France a alors ouvert un projet à destination des personnes migrantes dans le Nord de la France puis en Grèce. La fermeture du projet à Calais fin 2016 fut suivie d'une mission exploratoire débouchant sur le projet actuel de prise en charge des mineurs isolés non accompagnés.

MSF France est la seule section opérationnelle à intervenir en France.

PROJET : ON THE MOVE

Historique du projet : évolution des objectifs

C'est dans un contexte d'arrivées importantes de migrants en France et suite au démantèlement des camps de Calais et Grande-Synthe en Octobre 2016 – sans oublier les questionnements internes à MSF – que la mission France actuelle voit le jour en décembre 2017.

Celle-ci cible les mineurs non-accompagnés (MNA), une population identifiée comme particulièrement vulnérable, et se fixe comme double objectif d'améliorer leur prise en charge et de développer un plaidoyer basé sur les opérations afin de faire évoluer les pratiques et les lois les concernant.

A ce jour, aucun dispositif étatique de prise en charge des MNA déboutés de leur minorité et en cours de procédure d'appel de la décision n'existe en France. L'Etat français laisse ces jeunes personnes à la rue, persuadé qu'ils rentrent dans les dispositifs pour adultes. En 2017, 25 000 mineurs sont entrés sur le territoire français. Parmi eux, 14 981 ont été reconnus mineurs. De facto, environ 10 000 mineurs se retrouvent potentiellement hors système. MSF a ainsi ouvert un centre de jour pour cette population cible avec comme objectif de la rendre visible vis à vis des autorités publiques.

Le cycle de ce projet est de 2 ans, un bilan complet sera mené fin 2019.

Dispositif actuel

En collaboration avec d'autres associations, MSF a ouvert un centre d'accueil de jour pour les MNA déboutés et/ou en transit. Installé à Pantin et effectif depuis le 5 décembre 2017, ce centre se compose de plusieurs pôles :

- Un pôle juridique en charge des saisines, des ordonnances de placement provisoire, des référés liberté, de la réunifica-

tion familiale et des demandes d'asile (MSF, ADJIE, Avocats du barreau de Paris, GISTI, CIMADE, Safe Passage) ;

- Un pôle santé qui prodigue des soins médicaux (bilan médical, vaccination, dépistage, cas complexes) des soins en santé mentale (MSF, Comede) ;

- Un pôle social qui apporte des réponses aux besoins fondamentaux (nourriture, douche, hébergement) et aide dans la démarche d'ouverture des droits auprès de l'Aide médicale d'Etat (MSF, UTOPIA, Paris d'Exil, la Timmy, Agathe).

L'équipe de la mission France participe au développement du réseau de références avec les autres associations opérant à Paris, via des cliniques mobiles et des maraudes, ainsi qu'avec les antennes MSF et autres associations opérant en régions.

En parallèle du centre d'accueil, la mission a ouvert le 1er août 2018 un hébergement Passerelle à Neuilly-Plaisance afin d'y loger les jeunes qui font appel de la décision auprès du Juge pour enfants avant de les envoyer en hébergement solidaire en province. L'hébergement Passerelle compte 32 places + 8 places d'urgence. En cas de situation d'urgence, MSF met à l'abri les personnes les plus vulnérables en finançant des nuits à l'hôtel.

Avec l'ONG Accueillons, MSF travaille depuis début juin 2018 à la mise en place de familles solidaires en régions. Ces familles solidaires accueillent les jeunes pendant la période de leur recours, qui dure entre 1 et 14 mois.

Bilan 2018

Au premier semestre 2018, la Mission France s'est particulièrement concentrée sur l'organisation et la mise en marche du centre de Pantin - au détriment de la recherche de locaux pour l'hébergement.

Les admissions quotidiennes et les difficultés à donner accès aux soins et aux droits ont révélé une situation précaire pour ces jeunes qui ne sont considérés ni mineurs ni majeurs. Ils forment malgré eux une population invisible. Leur situation démontre à quel point les autorités administratives françaises ne sont pas adaptées à ce public ou sont tellement complexes qu'elles ne permettent pas une prise en charge fluide et simple.

Les indicateurs initiaux étaient faussés puisque l'objectif initial était de prendre en charge le plus grand nombre possible de primo arrivants, in fine au détriment d'une prise en charge appropriée et complexe de ces mineurs non accompagnés.

Indicateurs	2018
Nombre de présentations au centre de Pantin	973
Nombre de MNA admis	709 (73%)
Nombre de saisines assurés par le Pôle Juridique (appel refus de minorité)	184
Nombre de dossiers en cours	105
Nombre de cas de minorité reconnue après appel	79 / 79
Nombre d'admissions à l'hébergement Passerelle	64

Les principales avancées :

Evaluation de la minorité

Obtention des notifications écrites des refus de minorité de la part du dispositif d'évaluation des mineurs isolés étrangers (DEMIE) après 5 mois de négociation. Sans ces notifications, les jeunes ne pouvaient pas faire appel de la décision auprès du juge pour enfants, ni avoir accès aux soins gratuitement (vaccinations et dépistages). Des négociations sont en cours avec la Mairie de Paris pour qu'elle accepte de vacciner cette population dans les centres médico-sociaux.

Ouverture des droits à l'aide médicale d'Etat

6 mois de travail intensif pour trouver des partenaires qui acceptent de domicilier cette population (juillet : 2 associations, 8/semaine)

Mise à l'abri pendant la période d'évaluation de la minorité

Grace au plaidoyer mené par UNICEF, MDM, Amnesty, Secours Catholique, La Cimade, GISTI et MSF, le Ministère de l'Intérieur a décidé en juin 2018 d'allonger les périodes de financement dans les départements effectuant les évaluations de minorité. Ces périodes sont passées de 5 à 24 jours.

Hébergement

La ville de Paris a progressivement ouvert 250 places d'hébergement supplémentaires pour les MNA pendant la période d'évaluation en s'appuyant sur le plaidoyer MSF. Le travail de développement du réseau d'hébergement solidaire a permis l'identification de 31 réseaux à la fin 2018, soit 93 familles actives.

Délit de solidarité

Grace au plaidoyer mené par 12 acteurs dont MSF et à l'affaire Cédric Herrou, le Conseil constitutionnel a consacré la valeur constitutionnelle au principe de fraternité en juillet 2018

Ouverture d'un centre pour les MNA à Gap afin de désengorger les arrivées à Briançon et Paris (plaidoyer MSF auprès des autorités locales).

GEORGIE

Typologie : épidémie / endémie.

Personnel 2018
International : 7
National : 44

Nombre de projets 2017 : 3

Dépenses 2017 : 1 566 k€

Financements institutionnels :
364 k€ (Unitaid)

Autres centres opérationnels MSF présents : aucun.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

La Géorgie, qui a déclaré sa souveraineté le 19 novembre 1989, puis son indépendance le 9 avril 1991, à la suite de la chute de l'Union soviétique, comprend trois enclaves ethniques : l'Abkhazie, au nord-ouest (capitale : Soukhoumi), l'Adjarie, au sud-ouest (capitale : Batoumi), et l'Ossétie du Sud, au nord (capitale : Tskhinvali). Au cours des années 1990, le pays a connu une période d'instabilité et de troubles civils : le premier gouvernement post-indépendance a été renversé, et des mouvements séparatistes ont émergé en Ossétie du Sud et en Abkhazie.

En août 2008, des combattants séparatistes locaux se sont soulevés en Ossétie du Sud, soutenus par la Russie, dont les troupes militaires se sont alors installées en territoire géorgien non disputé, en passant par l'Ossétie du Sud et l'Abkhazie. Le cessez-le-feu négocié quelques jours plus tard appelait au retrait des troupes russes, mais à ce jour, on constate qu'elles sont plus nombreuses en Abkhazie et en Ossétie du Sud. Fin 2014/début 2015, la signature entre la Russie et l'Abkhazie/Ossétie du Sud d'un accord d'alliance et de partenariat stratégique a suscité des craintes chez les Géorgiens, qui redoutaient que Moscou ne cherche à annexer ces deux territoires.

L'Abkhazie a officiellement confirmé son intention d'être reconnue comme un État souverain, et ce malgré sa situation de dépendance envers la Russie sur les plans budgétaire, sécuritaire et économique (tourisme). Aujourd'hui, le climat politique demeure inchangé : toute communication ou coopération avec la Géorgie est rejetée. De même, des lois discriminatoires sont régulièrement votées contre les groupes ethniques géorgiens : identification forcée en tant qu'Abkhaze, refus de délivrer des passeports et exclusion du droit de vote et d'hériter de biens. Sans documents de voyage, il est devenu extrêmement difficile, pour les groupes ethniques géorgiens comme pour les Abkhazes, de circuler en Géorgie et l'accès aux soins de santé, le regroupement familial et l'accès aux études est de plus en plus limité. Par ailleurs, en février 2016, l'Abkhazie a interdit l'avortement, quelles que soient les circonstances, en vue, et de manière assumée, de favoriser les naissances au sein de la communauté abkhaze.

Aujourd'hui, la Géorgie continue de se rapprocher de l'Europe : retrait de la CEI, efforts pour rejoindre l'OTAN, autorisation de libre circulation en Europe pour ses ressortissants. Les tensions avec la Russie n'ont pas faibli, et si les relations économiques et l'immigration se sont globalement stabilisées, les relations diplomatiques font toujours l'objet de dissensions.

Contexte sanitaire

Les causes de morbidité en Géorgie sont en grande majorité liées aux maladies non transmissibles (NCD) : en 2014, selon l'OMS, 69% des décès étaient liés à une maladie cardiovasculaire, 14% à des cancers et 4% à des maladies respiratoires chroniques.

La Géorgie étant une route de passage bien connue des trafiquants se rendant d'Asie en Europe, la consommation de drogues, comme l'héroïne et les stimulants de fabrication artisanale, est extrêmement répandue. En 2012, le Mécanisme de coordination nationale dédié au VIH/SIDA en Géorgie (Georgian Country Coordinating Mechanism for HIV/AIDS) estimait que le pays (sauf Abkhazie) comptait environ 40 000 consommateurs de drogues par injection (IDU - intravenous drug users). Ces derniers comptent parmi les principaux vecteurs de propagation de l'hépatite C et du VIH, en Abkhazie comme en Géorgie. Dans ce pays, la prévalence des maladies sexuellement transmissibles, de la tuberculose (multi-résistante/extrêmement résistante), de l'hépatite C et du VIH/SIDA est moyenne à élevée.

La tuberculose y est redevenue une importante menace pour la santé publique après la chute de l'Union soviétique, et si elle est plus faible que dans d'autres pays de la région, la résistance aux antituberculeux demeure importante et représente un réel défi en termes d'efficacité du contrôle de la tuberculose. Selon l'OMS, en 2017, l'incidence de la tuberculose était de 86 pour 100 000 personnes, soit une baisse par rapport à 2015 (99 pour 100 000). Toujours en 2017, le taux de mortalité était estimé à 5,3 pour 100 000 (à l'exclusion des cas de coinfection TB/VIH), soit une augmentation par rapport 3,9 pour 100 000 en 2015.

L'OMS estimait que 400 patients atteints de tuberculose multi-résistante (MDR-TB) nécessitaient un traitement en 2017, contre 550 en 2015. En 2017, la prévalence de la MDR-TB était de 11 % pour les nouveaux cas et 30 % pour les cas déjà traités. Proportionnellement, ces chiffres sont similaires à ceux de 2015.

MSF enregistre chaque année environ 35 à 40 cas de MDR-TB via le système de santé publique. Néanmoins, un système parallèle de soins privés, dont les données ne sont pas

disponibles, rendent impossible l'établissement d'un taux d'incidence précis. L'incidence du suicide, de la toxicomanie et de l'alcoolisme est élevée, même si l'on ne dispose pas de chiffres précis.

Les principaux donateurs dans le domaine de la santé sont USAID, Global Fund, l'Union européenne, la Banque mondiale, Georgia Foundation, l'UNICEF, l'UNFPA (Fonds des Nations unies pour la population) et l'OMS.

PRÉSENCE DE MSF

MSF est arrivé en Géorgie en 1992 afin de fournir des soins aux habitants des zones de conflit et aux déplacés internes en raison de la guerre entre l'Abkhazie séparatiste et la Géorgie. Les programmes mis en place étaient divers : chirurgie, vaccination et distribution de médicaments dans les structures de santé. De 1994 à 1997, puis dans les années 2000, MSF est intervenu avec des programmes médicaux et chirurgicaux et des distributions de médicaments pour venir en aide aux réfugiés tchétchènes dans la Vallée de la Pankissi. Toujours dans les années 2000, MSF a développé des programmes de soins de santé primaires à destination des populations vulnérables et a fourni des médicaments pour le traitement de la leishmaniose viscérale. MSF a également mis en place un programme d'accès aux soins en Abkhazie pour les patients alités à domicile, ainsi que pour les personnes atteintes de maladies chroniques. En 2014, cette activité a été confiée à l'AMRA, une ONG locale.

MSF a lancé des programmes de prise en charge de la tuberculose en 1993-94 en Abkhazie et en Ossétie du Sud, et a soutenu plusieurs programmes de prise en charge de la tuberculose résistante en Abkhazie jusqu'en 2014, de même que dans la région de Samegrelo entre 2006 et 2010. En juillet 2014, MSF a recentré ses activités autour de la mise en place de nouveaux traitements de la tuberculose résistante en participant au programme EndTB. EndTB est une stratégie d'UNITAID visant à restructurer le marché des traitements de la tuberculose résistante, sous la forme d'un projet complet dont l'objectif est de découvrir des traitements plus courts, moins toxiques et plus efficaces. Le programme EndTB a débuté en Géorgie en avril 2015 avec une étude d'observation, puis le recrutement pour l'essai clinique a eu lieu en février 2017.

L'étude d'observation (phase 1 du programme) a atteint l'objectif de recrutement de 277 patients en Géorgie, et le dernier d'entre eux devrait terminer son traitement en janvier 2019. Les dernières visites de suivi des patients, suivi qui s'étale sur six mois, auront lieu en juillet 2019. Quant au recrutement pour l'essai clinique (phase 2), il s'est achevé en février 2018 en raison du faible nombre d'inscriptions et du coût élevé par patient. Les dix patients actifs verront leur suivi prendre fin en février 2020.

En Abkhazie, MSF a participé en octobre 2017 à l'introduction de nouveaux traitements de la tuberculose résistante en dispensant des formations et en fournissant des médicaments. MSF s'occupe toujours de transporter des échantillons de tuberculose au Laboratoire national de référence de Tbilissi, et continuera à assurer le suivi de la cohorte de 19 patients recrutés pour recevoir les nouveaux médicaments jusqu'à la fin de leur traitement, mi-2020. En outre, en 2019, MSF veillera au maintien de l'approvisionnement en médicaments de qualité garantie et du transfert des échantillons de crachats après son départ prévu pour juin 2019, ainsi qu'à la mise en place des nouvelles directives de l'OMS sur la prise en charge de la tuberculose résistante et des co-infections par le virus de l'hépatite C.

PROJET : ÉTUDE D'OBSERVATION EndTB – PREMIÈRE PHASE

Historique du projet : évolution des objectifs

La première phase visait à fournir de nouveaux médicaments et des médicaments associés, à évaluer l'éligibilité des patients atteints de MDR-TB pour recevoir ces nouveaux traitements, puis à lancer le protocole et à assurer le suivi des patients recrutés dans 17 pays, dont la Géorgie. Dans le cadre de cette première phase, l'étude d'observation a été menée sur une cible de 2 600 patients, dont 297 en Géorgie. Les résultats suivants ont été obtenus :

- Février 2016 : Protocole et annexes approuvés par le comité éthique local du Centre national géorgien pour la tuberculose et les maladies pulmonaires (NCTLD).
- Mars 2016 : Signature du formulaire de consentement par les patients (rétrospectivement pour les patients ayant commencé leur traitement en avril 2015).
- Avril 2016 : Nouveau système de base de données (Bahmni) piloté en Arménie et en Géorgie.
- Mai 2016 : Mise à jour des formulaires de collecte de données.
- Mai 2017 : Fin des recrutements (cible atteinte). Au total, 297 patients ont été recrutés dans le cadre de cette étude entre le 1er avril 2015 et le 1er mai 2017.

Bilan 2018

L'étude d'observation avait pour objectif d'introduire les nouveaux antituberculeux (bedaquilline et delamanid) pour les patients atteints de MDR-TB afin d'anticiper les directives mises à jour par l'OMS, mais aussi de fournir des données sur l'évaluation de leurs résultats. Ce projet a permis à 297 patients d'accéder à des médicaments plus efficaces et moins toxiques, plusieurs années avant la mise en œuvre des directives.

PROJET : ESSAI CLINIQUE EndTB – DEUXIÈME PHASE

Historique du projet : évolution des objectifs

La phase 2 du projet consistait en une étude de phase III ouverte, parallèle, randomisée et contrôlée visant à évaluer l'efficacité et la tolérance de régimes de traitements plus courts impliquant l'utilisation de nouveaux médicaments contre la tuberculose résistante. L'essai clinique a été mené dans six pays, dont la Géorgie, où il se déroulait au Centre national pour la tuberculose et les maladies pulmonaires (NCTLD) de Tbilissi.

Les résultats suivants ont été obtenus :

- Avril - septembre 2016 : Soumission des dossiers et approbations du comité éthique local et du ministère de la Santé, identification du personnel de l'établissement chargé de l'essai clinique et recrutement du personnel MSF devant y participer, préparation du bureau de l'équipe de l'essai à l'hôpital
- Juin 2016 : Formation sur les bonnes pratiques cliniques
- Septembre 2016 : Formation du personnel de l'établissement aux procédures opératoires standard (SOP) et visite d'initiation à l'essai
- Octobre 2016 - décembre 2016 : Importation de médicaments et de matériel de laboratoire
- Décembre 2016 : Signature du contrat avec l'établissement et activation de l'établissement
- Février 2017 : Premier patient recruté pour l'essai
- Février 2018 : 17 patients dépistés, dont 13 randomisés
- Février 2018 : Recrutement terminé

Bilan 2018

Il a été décidé de mettre fin au recrutement pour l'essai clinique en raison du faible nombre d'inscriptions, du coût élevé par patient et des difficultés de gestion de l'essai. Chiffres relatifs aux patients en 2018 :

- 17 patients dépistés, 13 randomisés.
- 3 interruptions précoces du traitement, dont 1 due à une grossesse.
- 5 patients actuellement sous traitement.
- 5 patients actuellement suivis.
- 10 patients actuellement recrutés dans le cadre de l'étude.
- Le suivi de l'ensemble des patients sera achevé d'ici le mois de février 2020.

PROJET : ABKHAZIE TUBERCULOSE MULTI-RÉSISTANTE

Historique du projet : évolution des objectifs

Après avoir lancé des programmes de prise en charge de la tuberculose en Abkhazie en 1994, de 2000 à 2014, MSF France a mené à bien un programme d'accès aux soins (HAP - Health Access Program) dédié aux patients alités à domicile, ainsi qu'un programme anti-tuberculose résistante, sous la forme d'un soutien technique au ministère de la Santé abkhaze. La gestion du programme TB a été transférée en 2014, et le programme HAP, ainsi que les activités sociales et de conseil aux patients ont été confiés à l'AMRA, une ONG locale financée par MSF, également en 2014. MSF a cessé de financer le programme HAP en décembre 2016, mais a continué à apporter un soutien financier aux services de formation et de conseil sur la tuberculose résistante par le biais de l'AMRA jusqu'en décembre 2018. Par ailleurs, MSF œuvre toujours pour faciliter le transport des échantillons de crachats de l'hôpital spécialisé dans la tuberculose de Goulrypchi (Soukhoumi) au Laboratoire national de référence de Tbilissi à des fins de mise en culture et test de sensibilité, en raison de l'incapacité du laboratoire d'Abkhazie à effectuer les tests.

La réévaluation des services tuberculose menée en 2017 a mis en évidence de nombreuses lacunes (ainsi qu'une absence d'amélioration depuis 2014) dans le système tuberculose, notamment l'absence d'accès aux nouveaux anti-tuberculeux, pourtant plus efficaces et moins toxiques. En octobre 2017, MSF a relancé le programme tuberculose en Abkhazie, avec pour objectif d'assurer l'accès à ces nouveaux médicaments, mais aussi le suivi nécessaire, comme en bénéficient les autres patients ailleurs en Géorgie.

Dispositif actuel

Les soins anti-tuberculose sont fournis par le ministère de la Santé à l'hôpital tuberculose de Goulrypchi (Soukhoumi), ainsi que sur des sites en ambulatoire. Un nombre indéterminé de patients sont également suivis via un système privé parallèle qui n'a pas accès à des médicaments de qualité garantie. MSF a participé à la fin des travaux de l'hôpital TB de Goulrypchi en 2018, et les sites en ambulatoire ont été mis à niveau avec l'aide de l'UNDP. Par ailleurs, MSF contribue aux soins anti-TB sous forme d'une assistance technique au sein du comité MDR-TB pour les inclusions, accompagne les médecins TB, et veille à l'approvisionnement régulier de médicaments en participant à la gestion des inventaires de la pharmacie et aux négociations dans le cadre du programme anti-TB national géorgien et abkhaze pour l'accès aux médicaments de Global Fund.

Bilan 2018

En Abkhazie, MSF a aidé le ministère de la Santé à traiter 19 patients en utilisant les nouveaux médicaments. Ces patients étaient presque tous atteints de TB-XDR (tuberculose ultra résistante) et pré-XDR. Il s'agissait des cas les plus graves. Ce programme était conçu pour tous les patients MDR-TB, mais le nombre de patients susceptibles d'être recrutés pour recevoir les nouveaux traitements en Abkhazie était limité en raison du manque de disponibilité de médicaments de qualité garantie sur la période de traitement de 18-20 mois. À ce jour, les données démontrent l'efficacité des nouveaux médicaments dans les cas de MDR/XDR-TB compliqués. Sur 19 patients, 13 présentaient déjà une conversion en culture au 3ème mois de traitement. La moitié des cas ont commencé leur traitement sur des sites en ambulatoire au jour 1. En outre, MSF est la seule organisation extérieure à avoir obtenu une autorisation d'accès à la prison de Dranda et a pu accompagner l'équipe médicale de la prison en matière de soins anti-TB, mais aussi évaluer le contrôle des infections et les soins anti-hépatite C et VIH fournis aux prisonniers.

L'accès à des médicaments de qualité constitue le défi le plus urgent à relever dans le cadre du programme mis en place en Abkhazie. USAID a déclaré qu'elle n'autoriserait pas l'utilisation de la bedaquilline en Abkhazie sans suivi externe, et le GDF n'autorisera pas les régimes mixtes, ce qui aura pour effet de perturber le système actuel d'approvisionnement en médicaments.

HAITI

Typologie : accès aux soins .

Personnel 2018
International : 12
National : 304

Nombre de projets 2018 : 1

Dépenses 2018 : 6 158 k€

Financements institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCA, OCB.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

La république d'Haïti connait une instabilité politique et subit des violences urbaines (gangs, forte criminalité) depuis des dizaines d'années. Le pays est en proie à des contestations sociales récurrentes (grèves, manifestations dégénérant parfois en émeutes) issues d'un contexte socioéconomique difficile : déséquilibre budgétaire permanent, retard dans les paiements des salaires, inflation et augmentation du coût de la vie, chômage très élevé, niveau élevé de pauvreté, forte dépendance de l'aide extérieure avec une importante partie de la population tentée par la migration.

Les violentes émeutes de début juillet 2018 qui ont suivi la tentative de hausse du prix des carburants ont eu raison du Premier ministre Jack Guy Lafontant et de son gouvernement, entrainant par la même occasion une énième crise politique dans le pays. Le nouveau Premier ministre, Jean Henry Céant, et son gouvernement ont pris position le 17 septembre dans un climat social, politique et économique délicat. A la multiplication des affaires de corruption de politiciens de tout bord s'interpose une société civile qui demande que toute la lumière soit faite dans la gestion des fonds Pétro Caribe qui étaient destinés au développement du pays et dont une large part aurait été détournée. En situation financière délicate, le gouvernement va avoir des difficultés à maintenir les subventions sur les prix de l'essence et de certains produits de base ainsi qu'à assurer le paiement des salaires des fonctionnaires. Autant de sujets socialement délicats.

En 2004, à la suite d'une guerre civile et un coup d'Etat, l'ONU crée la MINUSTAH, une mission de maintien de la paix visant à assurer la stabilité du pays, notamment dans les zones à forte insécurité où la police haïtienne a des difficultés à maintenir l'ordre. Fin octobre 2017, avec un mandat établi jusqu'à octobre 2019, la MINUJUSTH remplace la MINUSTAH avec une mission de support et de formation de la police haïtienne responsable désormais du maintien de l'ordre et du fonctionnement du système judiciaire.

Contexte sanitaire

Pays le plus pauvre des Amériques, Haïti est classé à la 168ème position sur 188 en termes de développement humain, et figure dans le groupe des pays les moins avancés. En sus des troubles sociaux et politiques, Haïti est vulnérable aux catastrophes naturelles particulièrement destructrices (séismes, ouragans/tempêtes tropicales) ainsi qu'aux épidémies.

Début 2010, le pays subit un tremblement de terre d'une rare intensité : 230 000 morts, 220 000 blessés, des centaines de milliers de personnes sans-abris, dont 40 000 vivent encore en 2018 dans des abris temporaires. En octobre 2010, une épidémie de choléra frappe le pays. Toujours en cours, elle a contaminé presqu'un million de personnes et tué près de 10 000 d'entre elles à la fin 2017, rendant le choléra de nouveau endémique dans le pays.

Fortement désertifié et dépendant des importations sur le plan alimentaire, de nombreux habitants d'Haïti sont exposés à l'insécurité alimentaire et un enfant sur cinq à un retard de croissance.

Le système sanitaire déjà en difficulté (manque de moyens) se retrouve régulièrement paralysé par des grèves de personnels. La mortalité infanto-juvénile est de 72 pour 1000. L'offre de soins dépend largement de structures privées et payantes ou supportées par des institutions caritatives, notamment pour les soins spécialisés.

PRÉSENCE DE MSF

MSF est à Haïti depuis 1991.
En 2004, MSF France ouvre un centre de traumatologie à Port-au-Prince, projet lié à la résurgence de la violence entre les gangs des quartiers situés dans l'agglomération de la capitale.

En 2010, à la suite au tremblement de terre, MSF France déploie la plus grande opération d'urgence de son histoire avec l'ouverture d'un hôpital de campagne de 120 lits avec antenne chirurgicale, installation de postes de santé dans plusieurs camps regroupant les populations déplacées ainsi qu'une assistance en eau, assainissement et en kits de survie.

L'admission constante de patients brûlés dans l'hôpital chirurgical MSF a mis en évidence l'incidence et le manque de soins spécialisés sur cette thématique. En janvier 2015, MSF France donne une nouvelle orientation à l'hôpital de Drouillard en se focalisant sur la prise en charge des brûlures sévères.

Deux autres sections MSF sont présentes en Haïti :
OCA a fermé son Centre de référence pour les urgences

obstétricales et soins d'urgence néonataux (CRUO) en juillet 2018. Depuis OCA se concentre sur la prise en charge des violences sexuelles, un programme ouvert en 2015 à Port-au-Prince.

OCB possède un centre d'urgence et de stabilisation à Martissant (Port-au-Prince) ouvert en 2006 et soutient depuis février 2016 un hôpital communautaire à Port à Piment dans la Province Sud dont ils appuient les services de soins maternels infantiles. Ouvert en 2012, le centre de Traumatologie d'OCB situé à l'hôpital de Tabarre (Port-au-Prince) fermera en juin 2019.

PROJET : CENTRE DE BRÛLÉS

Historique du projet : évolution des objectifs

En 2011, MSF OCP installe à Drouillard (Port-au-Prince) un centre de traumatologie. À la suite d'un nombre croissant d'admissions de patients brûlés qui ne disposent pas de soins spécialisés à Haïti, décision est prise en avril 2014 de transformer le site de Drouillard en un centre de prise en charge spécialisée, le Centre des Brûlés d'Haïti (CBH), qui devient fonctionnel en janvier 2015.

Les brûlures représentent un véritable problème de santé publique à Haïti. Leurs causes principales sont les conditions de vie précaires, environnement favorable aux accidents domestiques.

La prise en charge de patients brûlés est complexe. Elle demande un savoir-faire technique spécifique et la mobilisation de plusieurs spécialités (chirurgie du brûlé, nutrition, physiothérapie, santé mentale) pour assurer la guérison du patient ainsi qu'une récupération fonctionnelle et psychologique optimale. La prise en charge de ce type de blessures doit être effectuée dans un environnement exigeant en matière de normes de contrôle et prévention des infections du fait de l'exposition particulière des brûlés aux risques d'infection, y compris par des germes résistants aux traitements antibiotiques.

Fin 2016, un plan de 5 ans est validé pour le projet de prise en charge des brûlés de Haïti (2017-2021), incluant la construction d'une nouvelle structure hospitalière livrée fin 2018 – structure plus appropriée aux soins spécifiques dans la prise en charge de la brûlure. Le projet inclut des activités de formation pour des structures externes afin de favoriser la prise en charge des grands brûlés et une continuité de ce type de soins à la fermeture du CBH en 2022. Cette activité est à la fois destinée aux étudiants en chirurgie du ministère de la santé publique et de la population (MSPP) (2 résidents formés tous les 2 mois) et au personnel soignant de structures de santé évaluées à même de reproduire tout ou partie de ce type de soins.

Dispositif actuel

Unique centre de référence du pays la nouvelle structure dispose de 40 lits d'hospitalisation dont 9 lits de soins intensifs, 6 en isolement, 13 en hospitalisation pédiatrique et 12 en adultes. Le CBH offre une prise en charge globale (chirurgie, physiothérapie, santé mentale et un service ambulatoire). 90 % des patients se présentent spontanément et proviennent des quartiers populaires de l'agglomération de Port-au-Prince où les conditions de vie précaires favorisent les accidents domestiques chez les enfants.

Bilan de l'année 2018

Début 2018, la mission a opéré la fusion de l'équipe de coordination avec celle du projet, déménageant l'ensemble des locaux de la mission sur le site de l'hôpital de Drouillard y compris la pharmacie. Pour compléter le site, un espace d'hébergement pour les personnes venant en formation (résidents chirurgiens, structures de soins hors Port-au-Prince) a été construit. Ce travail a été effectué en plus de la construction du nouvel hôpital, chantier amorcé en août 2017 et dont la livraison était initialement prévue en mai 2018 mais finalement décalée à novembre 2018.

2018 a été celle de la mise en place de formations afin de diffuser les savoirs de prise en charge de la brûlure auprès d'autres structures sanitaires haïtiennes ainsi que de continuer celles auprès des personnels du MSPP (formation de 8 résidents chirurgicaux à raison de 2 tous les 2 mois). Un chirurgien MSF est également venu en stage avant de partir en Irak.

Une évaluation de l'utilisation du derme artificiel a été conduite par Epicentre, concluant à l'inclusion de cette technique dans le paquet de soins chirurgicaux de l'hôpital de Drouillard.

Indicateurs	2016	2017	2018
Nb d'admissions	801	694	533
Nb d'actes chirurgicaux	4711	4842	4564
Nb de pansements en ambulatoire	5244	6027	7022
Nb de centres décentralisés fonctionnels	NA	NA	3

Une épidémie de germes à Acinetobacter Baumani (18 patients affectés) a entraîné la fermeture temporaire des admissions, ce qui explique en partie un nombre d'admissions inférieur aux prévisions.

IRAK

Typologie : conflit armé.

Personnel 2018
International : 48
National : 431

Nombre de projets 2018 : 4

Dépenses 2018 : 11 929 k€

Financements institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCA, OCB, OCG, OCBA.

CONTEXTE

Contexte politique

Après des dizaines d'années de conflit et d'innombrables guerres depuis les années 80, la situation économique, politique et sécuritaire de l'Irak s'est considérablement améliorée en 2018. Des élections ont été organisées en milieu d'année, ce qui a permis de nommer un gouvernement. Le prix du pétrole a augmenté, de même que les dépenses publiques. Mais après des années de guerre, la reconstruction des infrastructures endommagées est l'un des plus gros enjeux pour le nouveau gouvernement. Le coût de la reconstruction et les sanctions imposées à l'Iran comptent parmi les principaux facteurs de déstabilisation économique. En effet, l'Irak a fort à faire en matière de gestion des relations avec ses deux plus grands alliés, l'Iran et les États-Unis, puisque ces derniers cherchent à affaiblir ses liens avec l'Iran en faisant pression pour que le gouvernement cesse d'importer du gaz iranien (dérogation de 45 jours accordée à l'Irak) et en lui recommandant de diversifier ses sources d'énergie (l'Irak se fournit en Iran à hauteur de 50 % de ses besoins).

Les relations entre l'État fédéral et les Kurdes se sont détendues en 2018, mais le calme reste précaire. Le contrôle de Kirkouk et de la collecte des taxes constituent les deux principaux points de désaccord.

Il faudra du temps pour remettre complètement le pays en état après des années de conflit : dix ans, selon la Banque mondiale. Les provinces directement impactées par la guerre demandent que des fonds soient prévus dans le budget pour la reconstruction et pour la réinstallation des rapatriés. De plus, les effets de la dégradation de la situation économique dans le sud du pays ont provoqué des troubles sociaux et eu des répercussions politiques sur la coalition précédemment au pouvoir. Là aussi, la tâche s'annonce ardue pour le nouveau gouvernement.

Sur le plan sécuritaire, la situation s'est également considérablement améliorée à partir de fin 2017, après la reconquête des régions aux mains de l'État islamique d'Iraq et au Levant (ISIS) depuis 2014, puis est restée stable en 2018, bien que l'on déplore toujours trois facteurs de déstabilisation : les poches restantes de l'État islamique (EI) et ses cellules dormantes, la situation en Syrie, où l'un des fronts les plus actifs se situe à la frontière avec l'Irak et pourrait avoir des conséquences en cas de débordements des troupes ou des réfugiés, ainsi que la présence des forces de mobilisation populaire (PMF - Popular Mobilization Forces) dans les provinces sunnites, facteur de tension entre les autorités locales et fédérales. Une réforme des PMF, sous la forme de leur intégration dans l'armée régulière ou de leur consolidation en tant qu'institution paramilitaire, par exemple, pourrait entraîner des tensions politiques ou militaires.

L'EI a perdu ses territoires en Irak, mais reste actif dans les régions reculées, principalement les déserts à l'ouest de l'Euphrate et les hauts-plateaux du centre du pays. Les forces de sécurité irakiennes lancent régulièrement des attaques sur les refuges de l'EI, tandis que ce dernier cible les installations et les forces militaires. Au cours du quatrième trimestre 2018, deux attaques terroristes sans discrimination et non revendiquées ont été menées dans des lieux publics à Qayyarah et Mossoul, signe que l'EI a adopté une nouvelle stratégie ou qu'un nouveau groupe s'est formé. Le nombre de déplacés avait atteint un pic entre mi-2015 et fin 2017, avec une hausse de trois millions de personnes. En 2018, le nombre de rapatriés s'élevait à environ 4 millions, tandis que 1,8 million de personnes se trouvaient toujours au sein de communautés hôtes (environ 60 %) et dans des camps. La situation des déplacés internes est fragile, tant en matière d'assistance que de protection.

Contexte sanitaire

Bien que, d'une manière générale, la situation sanitaire s'améliore, le système de santé nécessite toujours des moyens considérables pour fonctionner de nouveau normalement. La mise en place de services de soins constitue le principal problème dans les régions touchées par la guerre, où les infrastructures ont été détruites et le personnel médical formé est devenu rare. Cette absence de personnel soignant qualifié se révèle d'autant plus problématique pour les soins secondaires et tertiaires, malgré la rénovation et la reprise des activités d'un certain nombre de structures de soins. À noter que la principale épidémie survenue en 2018 était la gastroentérite, dans le sud du pays.

PRÉSENCE DE MSF

MSF est intervenu pour la première fois en Irak en 1988 sous forme d'une mission médicale étrangère lancée à la suite de l'attaque chimique d'Halabja, dans le gouvernorat de Sulaymaniyah, au Kurdistan. Par la suite, MSF a mené des projets ponctuels pendant plusieurs années. En 2006,

MSF-OCP a ouvert un hôpital de chirurgie reconstructive à Amman, en Jordanie, afin de soigner les blessés irakiens. Plus tard, l'équipe est venue en aide aux réfugiés syriens au Kurdistan.

La phase opérationnelle actuelle débutée en 2015 est axée sur les conséquences du conflit : les déplacés à Erbil, Anbar et Qayyarah. En juillet 2017, le centre de rééducation médicale de Bagdad (BMRC) a été inauguré afin d'améliorer les processus de rééducation post-opératoire.

Les quatre autres centres opérationnels de MSF sont présents en Irak pour mener des activités à Bagdad (MSF-OCB), Ninive (MSF-OCG, OCBA & OCB), Diyala et Kirkouk (MSF-OCA).

PROJET : CENTRE DE RÉÉDUCATION MÉDICALE DE BAGDAD (BMRC)

Historique du projet : évolution des objectifs

Le nombre de victimes civiles dues au conflit irakien est extrêmement élevé depuis 2003. En 2006, MSF-OCP a ouvert un hôpital de chirurgie reconstructive à Amman, en Jordanie, afin de soigner les blessés irakiens. Une équipe d'agents de liaison médicaux irakiens a alors commencé à orienter des patients à Amman. En août 2017, le centre de rééducation médicale de Bagdad (BMRC) a été inauguré alors que la situation sur le plan sécuritaire était en voie d'amélioration, mais que le nombre de dossiers en cours demeurait important.

Les blessures de guerre entraînent généralement des troubles mentaux, des déficiences et des handicaps de long terme, mais les services de rééducation postopératoire en Irak ne couvrent pas tous ces besoins. L'insuffisance des soins infirmiers, les douleurs non traitées et le manque de soutien psychologique provoquent fréquemment des complications et des souffrances. En outre, la kinésithérapie n'est que très peu développée en Irak. Le concept de kinésithérapie précoce, qui aurait un impact important sur les résultats à long terme d'un point de vue fonctionnel, n'existe pas.

Le projet visait donc à offrir des soins complets en lien avec les services médicaux, notamment des soins de kinésithérapie précoce, des soins infirmiers, la prise en charge de la douleur et un soutien psychologique aux victimes civiles de la guerre. Ce sont les patients blessés au niveau des membres inférieurs qui devaient bénéficier du meilleur impact médical, et l'amélioration du processus de rééducation postopératoire devait prévenir les complications à court terme, ainsi que les déficiences physiques et psychologiques de long terme.

Dispositif actuel

Le BMRC compte 20 lits d'hospitalisation (IPD) pour les premières semaines de traitement, ainsi qu'un service de consultation externe (OPD) dédié au suivi des patients après leur sortie de l'hôpital.

Bilan 2018

En raison de difficultés à nouer de bonnes relations avec les chirurgiens, l'une des priorités pour le BMRC était de renforcer la coopération avec les hôpitaux publics afin d'augmenter le nombre de cas référés vers le projet et d'améliorer la prise en charge commune des patients. Un autre objectif était de mettre en place des mesures de contrôle des infections plus efficaces.

MSF travaille en collaboration avec les chirurgiens de 12 hôpitaux du ministère de la Santé pour les encourager à envoyer leurs patients au BMRC à des fins de soins postopératoires. Au cours des dix premiers mois de l'année 2018, MSF a pu procéder à l'admission de 206 patients, au total, dont presque tous ont été référés par des chirurgiens d'hôpitaux publics. Parmi ces 206 patients, 50 ont pu quitter l'hôpital à l'issue de leur traitement.

Le projet de soutien au laboratoire de microbiologie du Medical City Surgical Hospital a été reporté en raison de divers problèmes d'ordre logistique et bureaucratique. Il doit néanmoins être opérationnel en 2019.

En 2018, le taux moyen d'occupation des lits était de 47 %. Il n'a que légèrement excédé 50 % à certaines périodes. La relation avec les chirurgiens doit encore s'améliorer, en particulier s'agissant de leur position sur l'importance de la kinésithérapie précoce.

L'activité du BMRC	**2018**
Admissions en hospitalisation	112
Séances de kinésithérapie (OPD)	7 518
Dossiers actifs santé mentale	94

PROJET : ANBAR

Historique et bilan

Étendu sur une grande partie de la région ouest de l'Irak, le gouvernorat d'Anbar est le plus vaste du pays. Principalement situé le long du fleuve de l'Euphrate, il partage une frontière avec la Syrie, la Jordanie et l'Arabie Saoudite. Ville la plus peuplée après Ramadi, Falloujah y fut la première à tomber aux mains de l'EI en janvier 2014. Ramadi, elle, a été largement détruite par les combats, et les deux principaux hôpitaux, en particulier l'hôpital universitaire, sont très endommagés, à l'image des différents sites et infrastructures, quasiment dans toute la ville.

On y observe un flux régulier de déplacés depuis 2014. Le projet MSF à Anbar a débuté début 2016 sous la forme de cliniques mobiles déployées dans plusieurs camps de déplacés internes. Il s'est parfois accompagné d'un service d'urgence et d'hospitalisation, ainsi que d'une collaboration avec la maternité de Falloujah (AFMH).

Le principal objectif du projet était de réduire la morbidité et la mortalité parmi les déplacés internes et la communauté hôte touchés par le conflit armé dans le gouvernorat d'Anbar, et ce en augmentant l'accès aux soins et en fournissant des services spécifiques qui puissent répondre à des besoins médicaux non satisfaits, en particulier en santé mentale.

En mai 2018, une clinique spécialisée dans ce domaine au sein de l'hôpital de Ramadi a été mise à disposition de la population résidente de la ville.

Toutefois, grâce à la baisse du nombre de déplacés internes, à la présence d'autres ONG et au déploiement des aides dans la région, il a été décidé de mettre fin au projet en octobre 2018. La gestion des activités médicales dans ces camps a alors été confiée à des partenaires. Les soins de santé mentale toujours prodigués dans les camps d'Ameriyat-Al-Falloujah (15 000 déplacés internes en septembre 2018) et Habbaniya-Tourist-City (7 500 déplacés internes en septembre 2018) ont été transférés à IMC le 7 décembre 2018. Quant à la clinique de santé mentale de l'hôpital de Ramadi, elle sera fermée avant fin janvier 2019. Des discussions sont en cours en vue de former quelques médecins au suivi des dossiers gérés par MSF (200 patients).

Indicateurs	2017	2018
Nb total consultations OPD	73 392	70 042
Nb total de séances de conseil & psy au camp d'Ameriyat Al-Falloujah		2 217
Nb total de séances de psychiatrie au camp d'Ameriyat Al-Falloujah		1 303

PROJET : ERBIL

Historique du projet : évolution des objectifs

Le projet d'Erbil a été lancé en 2013 après l'arrivée de réfugiés syriens dans la région du Kurdistan irakien (KRI). MSF y a prodigué des soins de santé primaires et de santé mentale dans quatre camps de réfugiés.

En 2014, des actes de violence à grande échelle ont affecté de nombreuses régions de l'Irak. L'arrivée dans les environs d'Erbil d'environ 200 000 déplacés internes a contribué à affaiblir le système de santé déjà très touché. Par conséquent, les activités du projet d'Erbil se sont intensifiées, et MSF a commencé à y fournir des traitements contre les maladies non transmissibles (NCD), très peu accessibles dans la région.

Entre 2014 et 2017, en réponse à l'augmentation du nombre de déplacés, plusieurs camps ont été ouverts, comme Hassan Sham, U3 et M2. Fin 2016, le projet MSF à Erbil offrait des soins de santé primaires en externe, ainsi que des soins en santé mentale et dédiés aux NCD dans deux zones urbaines, cinq communautés locales, un camp de réfugiés syriens et neuf camps de déplacés internes. Au cours du premier semestre 2017, le projet visait principalement à améliorer la qualité des services dédiés aux déplacés internes. L'ensemble des activités de soins de santé primaires et une partie des activités en santé mentale et dédiées aux NCD ont été confiées à d'autres acteurs humanitaires.

En 2018, MSF-OCP a réduit et adapté son action en raison de la baisse du nombre de déplacés internes.

Dispositif actuel

Le dispositif actuel comprend des activités de santé mentale cinq jours par semaine, dans quatre camps de déplacés internes, et deux jours par semaine dans un village. Si ces soins s'adressaient initialement aux cas légers à sévères (conseil et psychiatrie), ils ont récemment été recentrés sur les cas modérés à sévères. La prise en charge des NCD est assurée dans un camp de déplacés internes, cinq jours par semaine.

Bilan 2018

En 2018, le projet d'Erbil a évolué au fur et à mesure de la stabilisation et de la baisse de la population dans les camps. Les services de santé mentale ont été limités aux cas modérés et sévères en octobre 2018. Nous avions prévu de transférer les activités NCD à un autre acteur, mais en raison d'une réduction de financement, il a décidé d'interrompre ses activités.

À partir d'août 2018		Activité Santé Mentale		NCD
Lieu	Population totale	Dossiers en cours	Liste d'attente	Dossiers en cours
Camp KM1	7 197	75	11	
Camp U2	4 766	67	17	314
Camp U3	5 743	78	19	
Village de Kalak	25 000	168	5	
Camp de Debaga (1&2)	10 422	105	5	
Total	**53 128**	**493**	**57**	**314**

PROJET : QAYYARAH

Historique du projet : évolution des objectifs

À Qayyarah (gouvernorat de Ninive), les équipes MSF offrent des soins chirurgicaux et d'urgence depuis décembre 2016, période à laquelle des blessés arrivaient régulièrement du front et les déplacés internes s'installaient en nombre dans la région. Détruit, l'hôpital du ministère de la Santé est en cours de rénovation. En 2018, Aspen et l'OMS ont fermé l'hôpital de Hamam-Al-Alil.

L'hôpital de MSF reste le seul du sous-district disponible pour une population ciblée d'environ 200 000 personnes, dont deux tiers sont des déplacés.

Dispositif actuel

Doté de 62 lits, l'hôpital de MSF comprend des activités d'urgence, chirurgie, traitement des brûlés, de soins généraux, soins intensifs (adultes et pédiatriques), néonatologie, malnutrition, kinésithérapie (en partenariat avec Humanity & Inclusion) et santé mentale. Les activités néonatales et dédiées aux brûlés ont été mises en place mi-2018.

L'hôpital se situe à côté du centre de soins santé primaires du ministère de la Santé, au cœur de la ville.

Bilan 2018

La population des camps a baissé, mais reste supérieure à 100 000 personnes. Globalement, la situation sur le plan sécuritaire s'est améliorée, bien qu'une explosion en octobre 2018 sur le marché ait fait 32 victimes, dont 7 morts, ce qui soulève quelques inquiétudes.

Indicateurs	2017	2018
Urgences - Nb de consultations	14 311	18 451
Hospitalisation générale - Nb d'admissions	1 421	1 769
Hospitalisation pédiatrique - Nb d'admissions	1 071	1 022
Centre de nutrition thérapeutique - Nb d'admissions	705	329
Unité de soins intensifs	269	496
Interventions en bloc opératoire	2 854	2 841
Sorties - Tous services - Hospitalisations	2 954	3 722
Taux de mortalité chez les patients hospitalisés - Tous services	5,3	5
Taux de mortalité - Unité de soins intensifs	21,4	19,6
Hospitalisation soins pédiatriques - Taux de mortalité	3,8	2,2

Salle d'urgence

Données moyennes par mois	2017	2018
Urgences - Nb de consultations	1 120	1 538
% déplacés internes	28 %	23 %
% Admissions	17 %	17 %
Taux d'occupation des lits	78 %	58,3%

Activité opératoire

Données moyennes par mois	2017	2018
Nb total d'interventions	245	237
Trauma/blessures	87 %	76 %
Brûlures	27 %	45 %

Activité pédiatrique

Données moyennes par mois	2017	2018
Nb total d'admissions	155	113
Centre de nutrition thérapeutique	70 (45 %)	27 (24 %)
Taux d'occupation des lits Pédiatrie	86 %	76 %
Taux d'occupation des lits Centre nutrition thérapeutique	96 %	51 %

IRAN

Typologie : accès aux soins.

Personnel 2018
International : 10
National sous contrat : 48

Nombre de projets 2018 : 2

Dépenses 2018 : 2 063 k€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : aucun.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

L'Iran se trouve dans une période d'incertitude depuis que l'administration Trump a décrété son retrait unilatéral de l'accord de Vienne sur le nucléaire iranien. Malgré les efforts des diplomates de l'Union européenne pour sauver cet accord, les deux vagues de sanctions qui ont frappé l'économie iranienne fin 2018 ont eu un impact considérable sur le pays, qui faisait déjà face à des difficultés sans précédent. En effet, l'Iran connaît depuis début 2018 sa plus grave crise financière : sa monnaie a notamment chuté de 75 % par rapport à son taux initial.

Réélu en 2017 après un premier mandat marqué par l'amélioration de la situation économique et des relations avec l'Occident et la signature de l'accord de Vienne, le président Rohani, qui montre un visage relativement « modéré » sur la scène internationale, se trouve aujourd'hui dans une situation délicate. Si la question de sa succession est devenue un enjeu majeur pour le pays, aucun candidat ne semble en mesure de prendre sa place. Tous ces facteurs posent question quant à la stabilité de l'économie et leurs conséquences sur le paysage national en 2019.

Contexte sanitaire

Le système de santé a été directement touché par la crise financière : l'accès aux soins est désormais compromis pour certaines catégories de population, et la sécurité sociale a accumulé beaucoup de retard dans ses remboursements aux structures de santé. En outre, l'industrie pharmaceutique connaît des difficultés de production : il a notamment été nécessaire de cesser la fabrication de certaines molécules, et la visibilité sur la pérennité du marché ne va pas au-delà du premier trimestre 2019.

Avec 2 ou 3 millions d'Afghans installés en Iran, bénéficiant soi-disant de la couverture santé universelle, et une population totale de 82 millions d'habitants, le système de santé est soumis à une forte pression. La crise financière et économique pourrait avoir un impact sur le flux de migrants afghans, et plus particulièrement sur le nombre de migrants économiques.

Dans ce contexte, l'addiction demeure plus que jamais un problème de santé publique. Au niveau national, le nombre de consommateurs de drogue est estimé à 2,8 millions, soit 3,5 % de la population (l'opium représente 67 % des drogues utilisées, la méthamphétamine, 8 %). Ce chiffre officiel a doublé en six ans.

PRÉSENCE DE MSF

MSF-OCP est la seule section présente en Iran depuis 1991. Divers projets ont été menés depuis des soins de santé primaires pour les réfugiés afghans, jusqu'à des interventions d'urgence en réponse à des catastrophes naturelles. Même si la présence d'ONG internationales a toujours été un défi, MSF-OCP est parvenu à négocier sa présence continue pour aider la population afghane.

Aujourd'hui, les Iraniens vulnérables sont officiellement considérés par les autorités comme une population cible potentielle. MSF se concentre donc sur les consommateurs de drogue et les travailleurs du sexe les plus vulnérables à Téhéran, mais aussi à Mashhad. Malgré la présence massive d'organisations nationales venant en aide à la population afghane et aux groupes de personnes vulnérables en Iran, peu d'entre elles proposent des soins, alors que la stigmatisation et l'exclusion du système de santé demeurent une réalité pour les consommateurs de drogue et les travailleurs du sexe.

PROJET : SUD DE TÉHÉRAN

Historique du projet : évolution des objectifs

Le projet pour les quartiers sud de Téhéran a été lancé en 2012. Parmi les groupes ciblés initialement se trouvaient des femmes dont le comportement présentait un risque élevé (consommatrices de drogue, travailleuses du sexe), ainsi que des groupes de personnes marginalisées et/ou stigmatisées, comme les enfants travailleurs, les Gorbat et gitans et les personnes transgenres dans le quartier de Darvazeh Ghar. La première phase consistait à ouvrir une clinique privée afin de proposer un programme de soins complet dans un seul établissement. En 2014, MSF a créé des groupes d'aide sur le terrain et des groupes de travail entre pairs.

En avril 2016, le projet a été complété par la mise en place d'une clinique mobile, avec le soutien de SRS (Society for Recovery Support), une organisation locale. Depuis, l'équipe œuvre donc directement sur les lieux de consommation afin d'instaurer une relation positive avec les hommes qui consomment de la drogue. En juillet 2018, ces derniers se sont vus autoriser l'accès direct à la clinique privée.

Dispositif actuel

Le projet est destiné aux consommateurs de drogue, aux travailleurs du sexe et à la communauté Gorbati, quels que

soient le sexe et l'âge. On compte parmi ces groupes un certain nombre de SDF.

Offre de soins de la clinique MSF :

- Consultations médicales, soins de santé mentale (présence de psychologues et de psychiatres), conseil et tests de dépistage des hépatites B et C, du VIH, de la tuberculose (TB) et de la syphilis, traitement de l'hépatite C, soins infirmiers, consultations de sages-femmes (suivi gynécologique et obstétrique, soins prénatals et postnatals (ANC et PNC)), planification familiale, traitement des infections sexuellement transmissibles, violences sexuelles (SGBV), références vers des spécialistes ou hospitalisations si nécessaire.
- Une stratégie spécifique de dépistage de l'hépatite C sera mise en place afin de réduire le nombre de cas non traités.

Bilan 2018

Réalisations

- Amélioration et intensification du diagnostic et du traitement des cas d'hépatite C : en cours, avec 60 % de patients en plus recrutés et mis sous antiviraux à action directe (DAA), par rapport à 2017.
- Le ciblage spécifique des consommateurs de drogue a entraîné une hausse significative de l'activité globale de MSF (+56 % entre 2016 et 2017). Le projet est devenu plus complexe après l'inclusion de patients toxicomanes sans domicile fixe, étant donné qu'ils ont de nombreux besoins médicaux à satisfaire.
- L'activité de la clinique mobile dédiée aux femmes a été mise en place fin 2018, et l'on devrait développer un service de santé exclusivement destiné aux femmes.
- La rationalisation de l'utilisation de services externes a été délicate, mais même en réduisant le taux de cas référés, le coût n'a pas baissé en raison de la situation économique.
- Le renforcement des directives sur les maladies infectieuses, les protocoles et les ressources dédiées ont permis d'augmenter le nombre de patients dépistés et traités contre l'hépatite C, mais aussi le nombre de dépistages du VIH et de la tuberculose, ainsi que de cas référés vers les structures nationales.

Objectifs non atteints

- Le déménagement de la structure prévu pour agrandir, augmenter la capacité et améliorer la sécurité de la clinique selon les modifications de la réglementation antisismique n'a pas été effectué (processus de négociation très long, puis interrompu en raison de l'impact des sanctions sur la construction et les contrats).
- En conséquence, l'équipe a limité le nombre de cliniques mobiles : en effet, le fait de traiter sur le terrain de plus en plus de patients a un impact non négligeable, puisque ces derniers sont, à terme, amenés à se rendre dans une structure physique, en l'occurrence de taille trop limitée.
- Retard dans le développement et la mise en place de la stratégie de dépistage sur le terrain (mise en œuvre en octobre 2018 seulement).

Indicateurs	2016	2017	2018
Nb total de visites à la clinique STHC	12 692	18 141	22 532
Nb de patients ayant terminé leur traitement contre l'hépatite C		42	66 (dont 17 avaient débuté leur traitement en 2017)
Nb de patients mis sous traitement			82
Nb de patients ayant fait l'objet d'un dépistage de la TB			184
Nb de patients ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH	416	492	672
Nb de patients ayant fait l'objet d'un dépistage de l'hépatite C	350	492	695
Nb de consultations en clinique mobile STHC		4 413	4 359

PROJET : MASHHAD

Historique du projet : évolution des objectifs

Le projet de Mashhad a été lancé en mars 2018, à l'issue d'une évaluation menée à Golshar, banlieue où se concentre la majorité de la population afghane vivant à Mashhad. Si les services de santé étaient bien accessibles aux Afghans, l'évaluation avait mis en évidence le fait que la population toxicomane était exclue du système de soins (statut illégal, condition sociale). En outre, alors que le nombre de personnes consommant des drogues était estimé à environ 12 000 (selon la prévalence nationale), une famille sur deux était décrite comme touchée par des problèmes d'addiction (les estimations s'élevaient à 300 000 à Golshahr).

Le projet vise à fournir des soins de santé aux consommateurs de drogue afghans, tout en menant auprès de cette communauté une évaluation plus approfondie pour identifier d'autres besoins médicaux. La première année, le projet se divisait en deux phases : mise en œuvre de la stratégie mobile afin d'accéder aux consommateurs de drogue sur le terrain, puis développement de divers services sur des lieux fixes : santé mentale, dépistage et suivi du traitement de l'hépatite C.

Dispositif actuel

La première phase du projet est axée sur les hommes consommant de la drogue. Il est prévu que la santé des femmes soit évaluée au cours de la première année de mise en œuvre du projet et que les objectifs soient définis en conséquence, selon les résultats obtenus. Des centres d'accueil et des refuges sont accessibles aux consommateurs de drogue et aux travailleurs du sexe, mais les services de santé disponibles dans ces centres sont limités (pas de dépistage de l'hépatite C, soutien social et psychologique limité) et ne font pas l'objet d'une stratégie de déploiement sur le terrain. De plus, la forte

stigmatisation et la question du statut légal et social de ces groupes de population les excluent de l'accès aux soins. Grâce aux services de soins de santé primaires fournis par la clinique mobile et le centre d'accueil, ainsi que via notre système d'orientation, les patients bénéficient désormais de l'accès aux soins secondaires et tertiaires. Les patients dépistés par MSF sont référés vers les systèmes nationaux dédiés au VIH et à la tuberculose, tandis que ceux qui sont atteints d'hépatite C sont traités dans le cadre du projet (le dépistage doit débuter fin 2018 et il est prévu que le traitement soit disponible début 2019).

Bilan 2018

Réalisations

- Il était nécessaire de travailler sur la question de l'acceptation au sein de la communauté et de mieux analyser l'environnement du projet afin de consolider notre présence sur le terrain, c'est-à-dire sur les lieux où se trouvent les consommateurs de drogue. L'évaluation menée dans divers quartiers de Mashhad a mis en évidence l'existence de nombreux lieux de consommation.
- Dès les six premiers mois, l'équipe a pu ouvrir la clinique mobile grâce à ses activités de terrain. Des consultations médicales et de santé mentale ont été proposées sur les lieux de consommation identifiés, tout en développant par ailleurs le système de référence.
- MSF est la seule organisation disposant d'une autorisation de présence permanente d'expatriés à Mashhad.

Objectifs non atteints

- MSF a dû faire face à des retards dans la mise en place d'une structure fixe (options limitées et contraintes administratives), mais celle-ci sera ouverte avant fin 2018. Les patients feront l'objet de dépistages des maladies infectieuses et pourront bénéficier de consultations en santé mentale.
- Par ailleurs, il demeure nécessaire d'évaluer la santé des femmes travailleuses du sexe, tout en prenant en compte le fait que cette activité reste taboue.

	2018
Nb total de consultations Mashhad / clinique mobile et clinique de Golshahr	3 133
Nb de consultations de santé mentale	428
Nb de patients ayant fait l'objet d'un dépistage de l'hépatite C, du VIH, de l'hépatite B et de la syphilis	91
Nb de patients mis sous traitement anti-hépatite C	N/A (traitement non disponible à ce stade)

JORDANIE

Typologie : conflit armé.

Personnel 2018
International : 25
National sous contrat : 212

Nombre de projets 2018 : 2

Dépenses 2018 : 15 207 k€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCA, OCBA.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

La Jordanie, qui compte parmi les derniers États stables du Moyen-Orient, continue d'attirer les pays occidentaux et du Golfe. Le royaume est membre à la fois de la coalition militaire internationale qui, menée par les États-Unis, lutte contre l'organisation État islamique en Syrie, et de la coalition présente au Yémen, avec à sa tête l'Arabie Saoudite. Il entretient des liens diplomatiques très forts avec de nombreux pays d'orientations différentes. Après une année 2016 émaillée d'événements liés au terrorisme, 2017 a été calme. Au mois de mars, 15 prisonniers dans le couloir de la mort ont été exécutés, dont dix reconnus coupables de terrorisme. En 2018, plusieurs cellules dormantes ont été démantelées, notamment à la suite d'une attaque menée début août à Salt, au cours d'un festival de musique international.

Fin juin 2018, aidé de ses alliés, le gouvernement syrien a repris le contrôle total du sud-ouest de la Syrie (Daraa, Quneitra, Sweidah...), ce qui a entraîné la capitulation des différents groupes d'opposition, armés ou non. Nombreux sont ceux qui ont alors quitté la région pour Idlib afin d'éviter les conséquences de sept années d'isolement du gouvernement central.

Conséquence directe sur le monde humanitaire, l'ensemble des opérations à la frontière ont été brusquement interrompues au cours de l'été, et non seulement toute forme d'aide est désormais conditionnée par une présence enregistrée à Damas, mais tout doit passer par Damas.

En octobre, la frontière a rouvert à Nassib-Jaber afin de laisser passer à la fois la population et les convois commerciaux. Les personnes souhaitant se rendre en Jordanie depuis la Syrie doivent toutefois être en possession d'une « security clearance ».

La communauté humanitaire attend de voir comment évolue la situation, même si certains de ses membres cherchent d'ores et déjà à s'enregistrer à Damas, et quelques équipes opérationnelles sont en cours de redéploiement d'Amman vers Damas.

Sur le plan économique, la Jordanie connaît de plus en plus de difficultés : la dette nationale est en augmentation et les organismes financiers (Fonds monétaire international, Banque mondiale) demandent une réduction des dépenses publiques et des subventions sur les produits de première nécessité (pétrole, farine...), ainsi qu'une hausse des taxes et des actions efficaces pour lutter contre la corruption. Au mois de juin 2018, pendant le Ramadan, trois semaines de protestations ont entraîné le remplacement du Premier ministre et de plusieurs autres Ministres. Les pays du Golfe ont alors décidé, in extremis, d'apporter leur soutien à l'économie du pays. Mais ces solutions ne se sont avérées profitables que sur le court terme : à la fin de l'année, on observait déjà les signes d'un regain de tension.

Par ailleurs, un autre facteur met l'économie de la Jordanie en danger, puisque les États-Unis ont annoncé une baisse de leurs fonds alloués à l'agence des Nations unies pour les réfugiés de Palestine (UNRWA). Cette décision met en péril de nombreux établissements de santé, écoles et autres services dédiés à la communauté palestinienne en Jordanie et préoccupe beaucoup le gouvernement, qui avait déjà bien du mal à les faire fonctionner correctement.

Dans ce contexte, la réouverture de la frontière avec la Syrie donne de l'espoir à cette économie en difficulté, puisqu'il s'agit historiquement de la principale voie commerciale de la région.

Contexte sanitaire et humanitaire

Les réfugiés syriens (654 500 sont officiellement enregistrés en Jordanie) représentent une lourde charge pour le gouvernement jordanien. Au fil des ans, ils ont créé un sentiment d'instabilité, et au fur et à mesure de leur ancrage dans la société, les Jordaniens vulnérables sont devenus de plus en plus pauvres. C'est pourquoi, dans le cadre de son dernier plan d'actions (Response Plan), le gouvernement a beaucoup insisté pour que la communauté internationale mette au point des « projets de résilience » visant à venir en aide à son peuple.

Néanmoins, la situation des réfugiés syriens se dégrade de plus en plus, notamment depuis la mise en place, début 2018, de nouveaux tarifs de soins, puisqu'ils paient désormais 80 % du taux appliqué aux étrangers (cinq fois plus que les Jordaniens). Ils doivent également s'acquitter de leurs factures avant d'être soignés, puis attendre d'être remboursés par le système de couverture de l'UNHCR (Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés) : les montants sont calculés selon des critères de vulnérabilité. Les mêmes tendances s'appliquent aujourd'hui à la distribution d'argent liquide, ce qui accentue les difficultés des réfugiés pour s'en sortir au quotidien.

On ne dispose que de très peu d'informations sur la situation actuelle dans le sud de la Syrie. Initialement, le système de santé fonctionnait grâce à l'implication de nombreux acteurs inter-

nationaux. Il ne s'est pas effondré au cours des longues années de conflit, et l'on sait que les établissements suffisamment éloignés des zones à risque sont restés ouverts, mais on ignore s'ils ont été approvisionnés régulièrement. La plupart des contacts sont irréguliers entre les anciens membres du personnel et les ONG qui les aident (certains ont fui vers Idlib et ceux qui sont restés préfèrent couper toute communication).

PRÉSENCE DE MSF

MSF-OCP est présent en Jordanie depuis le lancement en 2006 du programme de chirurgie reconstructive (RSP - *Reconstructive Surgery Program*) dédié aux patients irakiens. À Irbid, à la fin de l'année, MSF-OCP dirigeait une unité de soins intensifs néonatals (NICU) comprenant 16 lits équipés de dispositifs de ventilation en pression positive continue (Cpap) et à haut débit. Quant à la maternité, après avoir pris en charge environ 16 000 accouchements depuis fin 2013, elle a été transmise à International Medical Corps (IMC) le 1er septembre. La passation s'est globalement faite sans encombre et une collaboration se poursuit afin de maintenir la qualité des soins.

Par ailleurs, lancé en 2014 pour les moins de 18 ans et leurs parents, le programme de santé mentale et de soutien psychosocial (MHPSS – *Mental Health and Psychosocial Support Program*) continue de s'étendre vers le district de Mafraq. Il a notamment permis d'accéder au village de Zaatari en juin 2018, puis à son camp, en septembre, dans le cadre des activités de Mercy Corps : plus le nombre d'acteurs augmente à Irbid, plus MSF y réduit ses activités. La situation des réfugiés reste incertaine. Une enquête menée en milieu d'année par l'UNHCR montre en effet que peu de Syriens souhaitent retourner chez eux.

Depuis le transfert de la maternité, MSF-OCP entend également confier la gestion du NICU à une autre organisation au cours du premier trimestre 2019.

En revanche, MSF souhaite poursuivre le projet MHPSS en 2019 afin de maintenir une présence dans cette région où affluent les réfugiés syriens. Ce projet a un impact considérable et MSF se rapproche ainsi de sa population cible.

MSF-OCA restera à Irbid dans le cadre d'un projet maladies non transmissibles (NCD) avec une cohorte de 5 500 patients. Le centre de traumatologie de Ramtha a fermé début 2018, étant donné qu'aucun patient n'était autorisé à passer la frontière.

MSF-OCBA a confié sa cohorte NCD à MSF-OCA (MSF-OCBA ne compte plus aucune opération en cours en Jordanie).

Enfin, toutes les activités déployées dans le sud de la Syrie ont été interrompues l'été dernier, lorsque le gouvernement syrien a repris le contrôle de la région.

Plusieurs unités de support sont aujourd'hui gérées par MSF depuis Amman (OCBA, OCA, OCG, et dans une moindre mesure, OCP). MSF-OCBA y a basé la cellule en charge des pays du Moyen-Orient. La région compte par ailleurs un pôle de communication institutionnel, et certaines sections envisagent la création d'un bureau MSF. Au total, les dépenses de MSF en Jordanie devraient dépasser la barre des 30 millions d'euros en 2018.

L'organisation a signé un accord avec le gouvernement jordanien, dans l'espoir qu'il lui facilite le travail dans le pays.

PROJET : IRBID – RÉFUGIÉS SYRIENS

Historique du projet : évolution des objectifs

La majorité des réfugiés syriens vit dans le nord de la Jordanie, et 80 % d'entre eux sont hébergés dans la communauté jordanienne, à l'extérieur du camp où se concentre la plupart de l'aide humanitaire internationale. Selon l'UNHCR, 20 % de ces réfugiés sont dispersés dans les zones urbaines et rurales du gouvernorat d'Irbid, soit environ 134 000 personnes. Les Syriens peinent à trouver un logement : il s'agit de loin de leur premier poste de dépenses, devant d'autres besoins essentiels, comme la nourriture, le remboursement des dettes, la santé et les services publics. L'éducation pose également problème. Ainsi, cette population vit dans des conditions difficiles, en particulier sur les plans économique et social.

Depuis novembre 2014, les réfugiés syriens doivent payer pour bénéficier de l'accès aux soins dans les établissements publics jordaniens, soins jusque-là gratuits, mais devenus une charge trop importante à supporter pour le gouvernement. Ces coûts ont de nouveau augmenté début 2018. Toutefois, le Programme élargi de vaccination (EPI) reste gratuit pour eux.

Le projet de maternité et d'unité de soins intensifs néonatals lancé en octobre 2013 a été complété par un volet dédié à la santé mentale en novembre 2014.

En juin 2017, une nouvelle salle de consultation en santé mentale a été ouverte à Mafraq, puis, en 2018, dans le village et le camp de Zaatari.

La maternité comptait 24 lits, dont quatre lits de travail et deux lits d'accouchement. La césarienne d'urgence y est pratiquée depuis février 2015. Ces activités ont été transférées à IMC en septembre 2018.

Quant à la NICU, elle correspond à un niveau 2, avec 16 lits, dont sept incubateurs et trois lits équipés d'un dispositif de ventilation nasale en pression positive continue. Le haut débit est arrivé en 2017. La qualité des soins s'améliore constamment et la gestion de cette activité devrait être transférée en 2019.

Toujours très affectée par les stigmates de la guerre, la communauté syrienne est considérée comme très vulnérable. Le projet de santé mentale vise donc à venir en aide aux enfants de moins de 18 ans et à leurs parents par le biais de conseils ou de séances Dyal. Enfin, en 2018, nos activités ont été recentrées sur Mafraq, où les conditions de vie sont bien plus précaires et l'aide plus rare.

Bilan 2018

Maternité

IPD	2013	2014	2015	2016	2017	2018 Janvier-Août	Total
Nb d'admissions par mois	208	2988	3987	4235	4747	3165	**19 330**
Nb d'accouchements (hors césariennes) par mois	175	2104	3282	3331	3735	2438	**15 065**
Nb de césariennes		83	225	332	390	241	**1271**
Proportion de césariennes		7,2%	6,3%	8,8%	9,4%	8,8%	**8.10%**
Cas référés depuis la maternité		270	129	172	167	205	**943**

OPD	2013	2014	2015	2016	2017	2018 Janvier-Août	Total
Consultations anténatales		10 452	13 779	14 848	16 291	10 966	**66 336**
1re visite anténatale		4299	4598	5345	5907	860	**21 009**
Consultations postnatales		1706	2048	2082	2181	1544	**9561**
Consultations planification familiale		828	797	635	965	779	**4004**
Consulations gynéco		1859	508	638	684	398	**4087**
Cas référés depuis l'OPD		750	1142	1156	1239	849	**5136**

Unité de soins intensifs néonatals (NICU)

	2015	2016	2017	2018
Nb d'admissions	498	658	664	740
Nb de cas référés	153	95	50	53
Durée moyenne de séjour	4,5	5,4	5,3	5,5
Taux d'occupation des lits (%)	-	56,4	61,2	62

Nouvelles activités de proximité

Données patients	Gouvernorat	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Nb de nouveaux patients	Irbid	32	34	23	17	5
	Mafraq	15	27	33	11	17
Nb de patients examinés pour admission	Irbid	15	20	2	6	2
	Mafraq	27	24	17	40	17
Nb total de sorties	Irbid	11	22	19	15	11
	Mafraq	14	12	13	7	23
Nb total de patients actifs	Irbid	88	106	96	74	56
	Mafraq	57	69	74	80	59
Nb total d'adultes dans les groupes	Irbid	110	148	70	79	42
	Mafraq	141	70	52	89	22

PROJET : HÔPITAL DE CHIRURGIE RECONSTRUCTIVE À AMMAN

Historique du projet : évolution des objectifs

Depuis 2003, le Moyen-Orient a connu d'innombrables conflits armés, ainsi qu'une grave crise humanitaire et de réfugiés. Les récents conflits dans de nombreux pays de la région, comme la Syrie, le Yémen et l'Irak, ont fait un nombre considérable de morts et de blessés, civils compris, et la violence y est devenue l'une des principales causes de décès. La guerre en Irak a éclaté en 2003. Diverses sources évoquent plus de 200 000 victimes chez les Irakiens en raison de la violence et des violences directement liées à la guerre, et l'on compte désormais plus de 3 millions de déplacés internes pour les mêmes raisons (source : OIM). En Syrie, le conflit a fait plus de 450 000 morts ou disparus depuis 2011. La moitié de la population du pays avant la guerre a été tuée ou a dû fuir. Au Yémen où la guerre a commencé en 2015, le nombre de blessés, déjà considérable, ne faiblit pas, et au vu du récent regain de tension, les besoins de chirurgie reconstructive (RS) vont continuer à croître.

Justification du projet

MSF-OCP a ouvert en 2006 un hôpital de chirurgie reconstructive à Amman afin de soigner les Irakiens victimes de violences. Depuis, l'hôpital s'est transformé en établissement régional et s'occupe également des patients venant du Yémen, de la Syrie, de la Palestine et d'autres pays du Moyen-Orient. On y offre des soins holistiques à environ 200 patients par mois en moyenne (chirurgie orthopédique, chirurgie plastique reconstructive, chirurgie maxillo-faciale), tous victimes de violences et/ou de la guerre et présentant des blessures graves, parfois multiples, nécessitant notamment des interventions chirurgicales très complexes, un suivi en kinésithérapie et une aide en santé mentale. Tous les cas référés vers cet hôpital sont considérés comme « impossibles à traiter » dans leur pays d'origine, en raison soit de leur complexité technique, soit de problèmes d'accès aux soins. Depuis son ouverture, MSF a pris en charge plus de 4 500 patients et réalisé près de 11 200 interventions chirurgicales.

La situation instable dans la région a mis en lumière la nécessité pour MSF de développer de nouvelles méthodes de pensée et de travail. Pour répondre efficacement aux besoins créés par ces crises, il fallait, d'une part, comprendre parfaitement le contexte et les cultures concernées, d'autre part, développer de nouvelles méthodes de gestion des opérations (à distance) et de médecine pratique (techniques avancées en hôpital). MSF-OCP s'est donc concentré sur des projets dans des domaines de santé techniques, ainsi que sur des projets de soins tertiaires, visant à combler les manques de nombreux pays de la région, en proposant des soins de rééducation en Irak, des opérations de chirurgie reconstructive en Jordanie, des soins intensifs pédiatriques au Liban et des interventions de chirurgie traumatique au Yémen.

Depuis les récents événements survenus en Irak en 2017 (batailles d'Anbar, mais en particulier de Falloujah, et plus récemment de Mossoul), l'hôpital d'Amman travaille en collaboration avec la mission de MSF en Irak. En effet, la montée des violences à Bagdad ces dernières années est de plus en plus préoccupante quant à l'accès à des soins de rééducation adaptés et à des traitements antibiotiques appropriés pour les patients présentant des infections et des bactéries résistantes.

Le changement de situation en Syrie, l'aggravation de la situation au Yémen, ainsi que la Marche du retour à Gaza en 2018 auront probablement un impact sur le flux de patients dans cet hôpital. Par conséquent, le développement de services de chirurgie reconstructive et de rééducation comptera parmi les priorités de notre participation au RSP (programme de chirurgie reconstructive) dans les années à venir.

Évolution du projet

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

2007 : Nombre de patients multiplié par quatre.

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

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

2011 : Admissions de patients du Yémen.

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

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

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

2016 : Activités stables dans le cadre du RSP.

2017 : Lancement de projets d'innovation et de partenariats avec des universités : dossier médical informatisé (EMR), 3D,...)

2018 : Mise en œuvre d'un plan stratégique sur trois ans, développement de nouvelles techniques (AD, traitement des blessures par pression négative, prothèses de hanche), redéfinition des objectifs psychosociaux et renouvellement de l'équipe, finalisation du développement de l'EMR, mise en place de la nouvelle approche du centre de formation, finalisation des études (étude sur dix ans, étude anthropologique, études fonds d'innovation).

Le nombre de patients de différents pays pris en charge dans le cadre du programme augmente et le projet de chirurgie reconstructive a fait l'objet d'une vaste expansion en raison de l'intensification des besoins des populations dans la région. L'hôpital Al-Mowasah d'Amman s'est transformé en établissement de santé régional proposant un programme complet (chirurgie complexe, soutien psychosocial, rééducation), ce qui nécessite un budget plus important.

Objectif général

Limiter les conséquences physiques et psychologiques des violences parmi les populations les plus vulnérables du Moyen-Orient en proposant des services de pointe en chirurgie orthopédique, chirurgie plastique reconstructive et chirurgie reconstructive maxillo-faciale, ainsi que des soins médicaux, psychologiques et de rééducation complets au sein d'une structure adaptée. Le projet vise à obtenir le meilleur résultat possible pour ces patients sur le plan fonctionnel.

Dispositif actuel

- Au total : 148 lits pour les patients + 35/45 lits pliables pour les proches à l'hôpital, et 50 lits dans un hôtel à proximité.
- 7 salles de consultation (OPD) + 1 salle d'urgence + 1 clinique dentaire
- 3 blocs opératoires : deux sont entièrement équipés, le troisième sert aux interventions chirurgicales mineures et à la pose de cathéters centraux insérés par voie périphérique (PICC)
- Kinésithérapie, activités de soutien psychosocial.

Bilan 2018

Principales réalisations

- Déploiement du plan stratégique sur trois ans. Révision et adaptation du plan.
- Formation à et développement de l'utilisation de l'EMR.
- Nouvelle mise en place d'un service de santé mentale, développement d'activités pédagogiques et ludiques (école, cour de récréation...).
- Création d'un service de chirurgie de prothèse de hanche.
- Poursuite du développement de la gestion des cas de résistance aux antibiotiques (protocoles toujours en attente).
- Consolidation des initiatives déployées en 2017 et début 2018 (réseau régional de prise en charge de la douleur et de la résistance aux antibiotiques, ergothérapie et kinésithérapie).
- Maintien et consolidation des applications d'impression en 3D (prothèses, guides chirurgicaux, masques pour brûlés,...).
- Ouverture du centre de formation et début de la collaboration avec les universités.
- Étude anthropologique sur le résultat et la perception des patients sortis de l'hôpital (résultats prévus pour fin 2018).
- Évaluation des échelles de fonction utilisées dans l'hôpital.
- Analyse rétrospective des données collectées depuis 10 ans sur les interventions chirurgicales.

Activités	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Nb de nouveaux dossiers présentés pour validation	692	644	1 203	1 402
Nb de dossiers présentés pour suivi	894	1 050	1 296	1 400
Nb moyen de patients suivis	418	437	444	532
Nb d'admissions à l'hôpital d'Amman	348	536	580	543
Nb moyen de patients à l'hôpital	154	180	190	198
Taux d'occupation des lits d'hospitalisation	54 %	60 %	81 %	93 %
Durée moyenne de séjour à Amman	154 jours	138 jours	128 jours	128
Nb d'interventions chirurgicales (y compris mineures)	951	1 089	1 150	1 158
Nb moyen de séances de kinésithérapie /kinésithérapeute/jour	9,4	11,8	10,8	12
% moyen de patients sous suivi psychiatrique	-	16 %	15 %	18 patients en moyenne par mois
Résistance aux antibiotiques				
Nb de patients BLSE+	23	38	72	69
Nb de patients SARM+	31	41	79	125
Nb de patients porteurs				
d'EPC (entérobactéries résistantes aux carbapénèmes)	1	8	14	16
% total d'admissions de patients avec antibiorésistance	55 (16 %)	87 (16 %)	165 (28 %)	31 %

KENYA

Typologie : épidémie / endémie, accès aux soins.

Personnel 2018
International : 22
National sous contrat : 214

Nombre de projets 2018 : 2

Dépenses 2018 : 8 328 k€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCB, OCG.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique et sécuritaire

Fin 2017, le Kenya s'est trouvé au bord d'une crise politique et ethnique à la suite d'élections contestées remportées par Uhuru Kenyatta, puis de l'organisation de nouvelles élections boycottées par l'opposition. Des affrontements politiques et ethniques de relativement faible ampleur sont survenus localement pendant et après les élections, et l'utilisation excessive de la force par la police a été documentée. En revanche, les élections à l'échelle des counties se sont déroulées sans incident majeur, alors que l'on prévoyait davantage de contestations. Par la suite, le gouvernement a réprimé les mouvements de dissension, d'abord en mettant en place des restrictions sur les médias et la liberté d'expression, ensuite en annulant l'enregistrement ou en interdisant certaines ONG locales jugées trop favorables à l'opposition. En outre, il a menacé l'indépendance du système judiciaire en s'opposant à plusieurs décisions de justice.

Mais la « poignée de main », réconciliation surprise entre Kenyatta et Odinga, a changé la donne politique du pays et préparé le terrain pour une future alliance potentielle. Puis, le ministère de l'Intérieur a durci les lois ciblant les étrangers travaillant au Kenya dans le cadre du renouvellement de la stratégie de « Kenyanisation », entre autres par la mise en place de restrictions sur la délivrance de permis de travail pour les postes considérés comme réservés aux Kenyans. Nul doute que ces nouvelles lois et directives auront un impact sur les opérations menées par les ONG internationales et entraîneront des retards dans la délivrance des permis de travail.

Radicalisation et extrémisme violent au Kenya

En 2011, le Kenya a déployé des troupes militaires en Somalie afin de soutenir la coalition internationale dans la lutte contre les terroristes Shebabs. Cet engagement en Somalie, facteur direct d'insécurité sur le territoire kenyan, a eu des conséquences sur la stabilité du pays (terrorisme, prolifération des armes de petit calibre). On observe en effet une résurgence des attaques menées et revendiquées au Kenya par les Shebabs ou des groupes sympathisants, principalement dans la partie est du pays, comme en 2013 au centre commercial Westgate de Nairobi (plus de 47 morts), et en 2015, à l'université de Garissa, au nord-ouest (plus de 147 morts). Le terrorisme reste la principale menace au Kenya, où il cible les symboles occidentaux et les lieux fréquentés par les étrangers.

Contexte sanitaire

Le gouvernement a voté en 2017 une loi sur la santé (Health Act 2017), avec pour objectif de mieux coordonner les relations entre le système de santé national et ceux des counties. Le Health Act vise également à résoudre certaines difficultés dues à la dévolution des responsabilités aux counties, puisqu'il doit servir de cadre légal à l'échelle nationale, et par conséquent contribuer à rationaliser les politiques et les services entre le gouvernement central et les autorités locales. Enfin, cet acte a pour but de faciliter la mise en œuvre des stratégies nationales dans les counties. Par ailleurs, si l'année 2018 n'a connu qu'un nombre limité de grèves, il est évident que les longues séries de grèves des travailleurs du secteur de la santé en 2017 ont coûté au pays ses avancées en matière de couverture vaccinale, qui a chuté de 69 % en 2016 à 63 % en 2017. Un nombre indéterminé de personnes ont perdu la vie ou sont aujourd'hui invalides en raison du mouvement de grève, qui avait également touché les services d'urgence.

Principales causes de mortalité

En 2017, la pneumonie, le paludisme et le cancer demeuraient les principales causes de décès au Kenya, la pneumonie représentant 11 % des décès. Parmi les dix principales causes de mortalité, les maladies transmissibles représentent 32 %, les maladies non transmissibles, 11,5 %, et les accidents, 4 %. Le cancer fait de plus en plus de victimes, tandis que le nombre de décès dus au VIH/SIDA et à des accidents baisse peu à peu.

Santé publique : priorités et risques

Le Kenya a défini quatre priorités pour les cinq prochaines années, dont un objectif de 100 % pour la couverture santé universelle (CSU). De plus, cinq types d'interventions à faible coût, mais à fort impact ont été incluses dans le forfait de prestations minimum disponible gratuitement pour tous les Kenyans. Le but est également de proposer une hausse de la couverture santé de 36 % à 100 % d'ici 2022, afin de réduire les dépenses individuelles de 26 % à 10 %, et de renforcer la coordination entre les différents acteurs de la santé.

Urbanisation

À l'image de la plupart des pays africains, le Kenya se caractérise par une urbanisation rapide : on estime à 27 % le nombre de Kenyans habitant dans les centres urbains, notamment les plus grandes métropoles, comme Nairobi, Kisumu et Mombasa. Nairobi compte 3,1 millions de personnes, dont 60 % vivent dans des bidonvilles et la majorité

est exclue ou désavantagée sur les plans économique et social. Ce phénomène a entraîné de nombreux problèmes et disparités socioéconomiques, tels que l'accès aux soins et les risques de violence. En effet, une récente enquête menée par MSF BRAMU auprès de la population (Population Assessment Tool, Eastlands, Nairobi, Kenya, 2017) révèle que le poids de la violence sur la santé, y compris mentale, dans les quartiers Eastlands de Nairobi, est comparable à celui de l'Amérique centrale et de la Colombie.

Réfugiés et déplacés

Le Kenya accueille environ 450 000 réfugiés et demandeurs d'asile, majoritairement de Somalie (58,2 %) et du Soudan du Sud (22,9 %). La moitié de ces réfugiés résident dans les méga-camps de Dadaab (49 %) et de Kakuma (38 %), tandis que 13 % se sont installés dans de grands centres urbains, principalement à Nairobi. Par ailleurs, une nouvelle vague de réfugiés éthiopiens estimée à 10 000 personnes est récemment arrivée au Kenya : les Oromos fuient en effet les affrontements avec les forces de sécurité éthiopiennes. De même, on prévoit prochainement un flot de réfugiés venant de la République Démocratique du Congo. Enfin, il est peu probable que le processus de paix au Soudan du Sud signé en août 2018 change la donne sur le plan humanitaire. La fuite des populations devrait se poursuivre, tant la situation politique reste fragile et peu viable en Somalie.

VIH

Ces dernières années, on a observé une baisse notable de la prévalence du VIH au Kenya, ainsi qu'une diminution considérable du pourcentage de nouvelles infections de 32 % depuis 2010, principalement en raison de l'amélioration de l'accès aux antirétroviraux (ARV) et d'initiatives pionnières en matière de prévention, en particulier la circoncision médicale sur la base du volontariat, l'auto-diagnostic et la PrEP. Les données d'ONUSIDA pour 2017 montrent que la prévalence du VIH chez les adultes au Kenya est de 5,4 %, avec 62 000 nouvelles infections par an. Toutefois, 51 % des nouvelles infections par le VIH surviennent chez les adolescents et les jeunes adultes (15-24 ans), ce qui traduit une hausse rapide depuis 2013 (29 %). En effet, le pays fait toujours face à une grave épidémie de VIH, qui touche la majorité de sa population globale, mais quelques groupes, comme les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe, les personnes qui s'injectent des drogues et les adolescents sont plus vulnérables que le reste de la population. En 2016, 1,6 million de personnes étaient atteintes du VIH au Kenya. 64 % d'entre elles étaient sous traitement, dont 51 % avec suppression virale. Néanmoins, la couverture du traitement chez les adolescents est bien plus faible (environ 24 %). Dans ce pays, l'épidémie de VIH se manifeste par des disparités géographiques et entre les sexes considérables, et 65 % des nouvelles infections chez l'adulte surviennent dans seulement 9 des 47 counties.

En 2017, les dépenses liées au VIH ont atteint près de 1,17 milliard de dollars. Seul un tiers de ce montant provenait du budget de l'État, quand les donateurs du monde entier y avaient contribué à hauteur de 73,3 %. Le Kenya est le principal destinataire des fonds du PEPFAR dans le monde, avec environ 500 millions de dollars par an.

Violences sexuelles (SGBV)

La prévalence des SGBV est en hausse, et de récentes études dressent un sombre portrait des violences sexuelles au Kenya : ainsi, 45 % des femmes âgées de 15 à 49 ans ont subi des violences physiques ou sexuelles au moins une fois dans leur vie.

Malgré les progrès de la législation sur la protection et les poursuites pour violences sexuelles, le pays a encore beaucoup à faire en matière de politiques d'aide aux victimes. Les services d'aide émanent principalement d'organismes de la société civile et de groupes de femmes, bien que le gouvernement s'engage peu à peu aux niveaux national et local. Fondé en 2013 sous forme de collaboration entre le ministère de la Santé et la Coopération allemande dans le but de renforcer les interventions déjà prévues en cas de violences sexuelles par la formation et une meilleure coordination, le réseau SGBV s'est délité en raison des difficultés administratives dans le county de Nairobi. Depuis, on déplore un manque de coordination et de collaboration entre les différents acteurs, ce qui a entraîné une perte de dynamisme et de nombreuses occasions manquées. D'autres lacunes, telles que l'absence de données fiables sur les cas traités au niveau communautaire, entravent les efforts visant à évaluer l'étendue réelle du problème, et bien que l'on ait observé des améliorations dans la collecte de données par les établissements de santé, il manque toujours un système intégré de collecte de données, ainsi qu'un système de signalement périodique des SGBV. Néanmoins, le principal problème reste l'absence de soutien et de prise en charge médicale, comme l'accès à l'avortement dans de bonnes conditions. Si la législation autorise les interruptions de grossesse en cas de violences sexuelles, la récente fermeture imposée des « services post-avortement » de Marie Stopes International, puis la mobilisation populaire anti-avortement rendent la question de l'accès à ces soins de plus en plus préoccupante.

PRÉSENCE DE MSF

À partir de 1987, MSF est resté largement présent au Kenya afin de soutenir ses opérations au Soudan durant la guerre civile. En 1991, MSF est venu en aide aux réfugiés originaires du Soudan du Sud et de Somalie, tout en portant secours aux groupes de Kenyans les plus vulnérables. Puis, au fil du temps, les activités dans le pays ont pris tant d'ampleur qu'elles sont devenues parmi les plus développées de l'organisation dans le monde, hors zone de conflit. En 1994, MSF a lancé un programme d'aide aux Kenyans victimes d'affrontements ethniques dans la vallée du Grand Rift et les provinces de l'Ouest.

En plus de MSF-OCP, il existe deux autres sections actives au Kenya. MSF-OCB œuvre dans le cadre d'un projet NCD dans le county d'Embu, ainsi qu'au sein d'un centre de services à guichet unique destiné aux consommateurs de drogue, à Kiambu. De son côté, MSF-OCG est installé dans le camp de réfugiés de Daadab et à Likoni (county de Mombasa), dans le cadre d'activités en obstétrique et en santé reproductive. Par ailleurs, deux sections MSF participent à des opérations à l'échelle régionale depuis le Kenya : MSF-OCBA gère un bureau décentralisé chargé du Soudan du Sud, du Soudan, de la Somalie et de l'Éthiopie, et MSF-OCA est à la tête d'une unité d'approvisionnement pour le Soudan du Sud et coordonne les opérations de MSF en Somalie (« One MSF Somalia »). Enfin, depuis peu, MSF-OCBA dirige également le bureau de Nairobi qui représente le mouvement MSF sur le plan institutionnel en Afrique de l'Est.

PROJET : EASTLANDS, NAIROBI

Historique du projet : évolution des objectifs

Les Eastlands se situent dans la partie est de Nairobi et comptent une population d'environ 2 millions de personnes. La zone consiste en un mélange de quartiers pauvres, de campements informels et d'habitations de résidents au revenu relativement faible à moyen. MSF s'y est installé en avril 1996, à l'occasion de l'ouverture d'un centre de soins primaires dans la zone 4B du bidonville de Mathare, en partenariat avec un groupe d'entraide composé de femmes (Upenda). La gestion de la clinique a été transférée au ministère de la Santé en 2004. En 2001, MSF a lancé un projet intégré de lutte contre le VIH et la tuberculose (TB). Le volet VIH a été confié à l'AIDS Healthcare Foundation fin 2013, et un volet tuberculose résistante (DR-TB) est venu compléter le projet en 2005, puis a été décentralisé, avant, finalement, d'être transféré au ministère de la Santé, fin 2018. En 2008, à la suite des violences post-électorales, une partie dédiée aux violences sexuelles (SGBV) a également été ajoutée au projet.

En 2012, MSF a mené une évaluation approfondie des besoins médicaux dans les Eastlands. Les constatations ont entraîné une réorientation du projet : expansion et décentralisation des interventions en cas de violences sexuelles, lancement d'une nouvelle activité visant à améliorer l'accès de la population de Mathare et Eastleigh aux soins secondaires d'urgence, notamment via une aide au service d'urgence et accidents de l'hôpital Mama Lucy Kibaki (MLKH), et mise en place d'un centre d'appels ainsi que d'un système d'ambulances médicalisées gratuit.

En 2017, MSF a procédé à une évaluation inter-sections de la victimisation afin de compléter les informations obtenues dans le cadre d'autres projets et de dresser un portrait plus global de l'évolution et des difficultés de la population cible dans son ensemble : accès aux soins, comportement en matière de santé, exposition à la violence, besoins et accès aux soins de santé mentale, ainsi que toute autre dimension spécifique que MSF pourrait étudier dans le cadre d'autres projets.

Selon les conclusions de l'évaluation, l'impact de la violence sur la santé, y compris mentale, dans les Eastlands, est comparable à bien des égards à celui des zones les plus violentes d'Amérique centrale et de Colombie.

Par ailleurs, l'évaluation a mis en lumière le peu de visibilité en matière de violences physiques, ainsi que leur impact négatif sur la santé publique et sur les comportements individuels et/ou collectifs, étant donné que ce type de violences n'est pas considéré comme un problème de santé publique.

Enfin, grâce à un dépistage, l'évaluation a mis en évidence le poids des troubles de santé mentale liés à la généralisation de la violence. 15 % des répondants ayant subi des violences physiques, et 12,40 % de ceux ayant signalé des menaces au cours des deux dernières années présentent des symptômes liés au trouble de stress post-traumatique. 9,51 % de la population étudiée a signalé des idées suicidaires et 5,17 % des personnes interrogées avaient fait une tentative de suicide au cours des deux dernières années. Dans la mesure où le suicide est considéré au Kenya comme un crime et où une tentative manquée est passible de poursuites pénales, les résultats de cette évaluation constituent une avancée majeure dans cette réalité invisible, mais prégnante.

Au vu de ces résultats et de l'évaluation des activités de 2018, MSF a décidé de réorienter ses projets dans les Eastlands en 2019, afin de cibler l'impact des violences sur le groupe de population le plus vulnérable (adolescents et jeunes adultes), et ce à la fois en se concentrant sur les principales problématiques insuffisamment traitées dans le cadre du système de santé (accès aux services de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'aux soins de santé mentale) et en améliorant l'accès aux soins de santé mentale et en cas de violences sexuelles.

Dispositif actuel

1. Violences sexuelles (SGBV)

Zone d'intervention : Eastlands (population > 2 millions).
Les activités sont menées dans la clinique centrale MSF (Lavender House) et quatre établissements « décentralisés » du ministère de la Santé.

Service proposé : équipe de mobilisation communautaire visant à sensibiliser la population aux violences sexuelles via un numéro d'appel gratuit, des conseils complets, une prise en charge médicale, une protection et une aide juridique aux victimes.

2. Programme d'urgence médicale

Service proposé : centre d'appels avec numéro gratuit, service d'ambulances médicalisées et de référence, unité de traumatologie (Lavender House) et aide au service d'urgence et accidents de l'hôpital Mama Lucy Kibaki (MLKH).

3. Programme de lutte contre la tuberculose résistante (DR-TB)

Services : soutien à deux structures décentralisées du ministère de la Santé via l'identification de cas et la prise en charge (et précédemment une clinique DR-TB, Green House, fermée en 2018).

4. Réponse aux urgences

Le programme d'urgence médicale permet à MSF de réagir à des incidents causant un grand nombre de victimes, qu'il s'agisse de violences provoquées par des motifs politiques ou ethniques, d'accidents de la route, d'effondrements d'immeubles ou d'incendies (les incidents causant de nombreuses victimes sont fréquents dans les bidonvilles).

Bilan 2018

Globalement, pour 2018, MSF avait pour objectif de renforcer sa collaboration avec le ministère de la Santé du county de Nairobi afin d'accélérer la décentralisation des services dédiés aux violences sexuelles, le transfert des soins DR-TB et l'évaluation des quatre années du programme d'urgence, mais aussi de proposer une nouvelle orientation en vue de répondre de manière plus adaptée à la violence prolongée en milieu urbain, en l'occurrence dans les Eastlands de Nairobi. En raison de difficultés à maintenir une relation productive avec le county et l'équipe de prise en charge de l'hôpital, à entretenir la motivation du personnel et à lutter

contre l'absentéisme, le retrait progressif de MSF du service d'urgence et accidents de MLKH a été décidé en 2018.

Réalisations et enjeux du projet d'Eastlands

SGBV

Le nombre de sites décentralisés dans différentes localités considérées comme des zones à haut risque, parce qu'elles présentent un nombre considérable de cas à traiter, a été porté à quatre.
Néanmoins, les SGBV ne constituent pas une priorité pour le ministère de la Santé du county de Nairobi, ce qui entraîne des retards considérables en matière de nomination du personnel et une mauvaise gestion des équipes. La fréquence des changements au niveau du county retarde beaucoup la mise en œuvre des activités.
Enfin, le pourcentage de victimes revenant à l'hôpital pour leur suivi est faible (< 50 %).

Urgences médicales

- Projet de protocole pour le centre d'appels et le service d'ambulances paramédicales pré-hospitalisation
- Évaluation des quatre années d'activités, évaluation et cartographie des services ambulanciers disponibles dans les Eastlands
- Retrait progressif des activités d'aide au MLKH, comme prévu (retrait complet de MSF fin 2018)
- Refus du county de Nairobi de prendre en charge la gestion du service d'ambulances médicalisées gratuit
- MLKH : les difficultés de gestion du personnel (motivation et absentéisme), la capacité d'hospitalisation insuffisante, l'absence d'unité de soins intensifs (ICU) et le recouvrement des coûts comptent toujours parmi les plus grands enjeux
- NKH : capacité limitée en termes de lits dans l'ICU (seulement 21 lits), ce qui a entraîné de longues négociations et le transfert des cas référés

Tuberculose résistante

Le transfert progressif des activités de lutte contre la TB et Dr-TB doit s'achever fin 2018

	2016	2017	2018
Nb d'interventions d'ambulances (urgences)	5 230	5 475	5 358
Nb de consultations aux urgences de MLKH	24 821	13 358	25 823
Nb de nouveaux cas de SGBV (Lavender House + sites décentralisés)	2 799	2 742	2 646
Nb de tests GeneXpert DR-TB effectués (GH géré par MSF + Bahati géré par le MoH)	4 483	4 471	2 714
% d'appels nécessitant l'intervention d'une ambulance	92 %	81 %	83 %
% cas jaunes et rouges au MLKH	57 %	68 %	88 %
% Consultations SGBV <72h	78 %	78 %	78 %
Nouveaux cas de DR-TB	28	10	4

PROJET : VIH HOMA BAY / NDHIWA

Historique du projet : évolution des objectifs

MSF a lancé ses activités mobiles de conseil et de dépistage du VIH en 1997, période à laquelle le niveau de l'épidémie du VIH dans la province de Nyanza était considérée comme une urgence (taux de prévalence de 35 %).

Quatre ans plus tard, MSF a ouvert le premier site fournissant des antirétroviraux (ARV) gratuitement au sein d'un établissement de santé publique : l'hôpital de Homa Bay.

En 2004, le ministère de la Santé y a complété ces activités par un service de conseil et de dépistage du VIH indépendant, tout en orientant l'ensemble des patients séropositifs vers le service de traitement par antirétroviraux (ARV), entièrement géré par MSF. Le processus d'intégration des deux programmes a débuté en 2006 et s'est achevé en octobre 2008 à la clinique B.

En 2012, la lutte contre le VIH dans le pays avait considérablement évolué, avec davantage d'acteurs locaux et internationaux, mais aussi de ressources provenant du Global Fund et du PEPFAR. L'accès gratuit aux ARV s'était largement amélioré et les services avaient été décentralisés, comme prévu. Par la suite, MSF a décidé de transférer les activités de la clinique B au ministère de la Santé sur une période de passation de trois ans, qui a pris fin en décembre 2014.

En 2012, Epicentre et MSF ont mené une enquête auprès de la population atteinte du VIH à Ndhiwa (NHIPS1), sous forme d'une étude épidémiologique de base, qui a permis de mettre en évidence l'une des plus grandes incidences du virus au monde, à 2 %, et une prévalence de 24,1 % dans le sous-county de Ndhiwa. Autre inquiétude soulevée, le taux de mortalité élevé dans les services médicaux pour adultes de l'hôpital de référence de Homa Bay, en particulier chez les personnes atteintes du VIH. MSF a donc adopté une nouvelle approche visant à enrayer la transmission du VIH en mettant en œuvre des stratégies biomédicales et des modèles de soins complets (activités mobiles de dépistage au niveau communautaire, circoncision médicale sur la base du volontariat), en renforçant la coordination et la prise en charge des patients dans les établissements de périphérie, ainsi qu'en veillant à ce que l'orientation des patients gravement malades soit effectuée en temps opportun vers les services d'hospitalisation dédiés aux soins secondaires spécialisés de Homa Bay et de Ndhiwa. Une étude sur la mortalité chez les patients hospitalisés menée par Epicentre et MSF entre décembre 2014 et mars 2015 a révélé un taux de 15,6 % dans les centres médicaux. Globalement, le SIDA représentait plus d'un tiers des admissions et 55 % des décès. 50 % de ces cas de SIDA étaient des patients qui ne prenaient pas leur traitement et présentaient de nouvelles infections opportunistes malgré leur thérapie par ARV. En 2018, MSF a investi davantage de ressources pour améliorer la qualité des soins dans les centres médicaux pour adultes, en particulier à destination des patients atteints du VIH à un stade avancé. Par ailleurs, MSF a créé d'autres services, comme l'IPD Lab (laboratoire au sein du service d'hospitalisation) et la Discharge Clinic (clinique chargée des patients après leur sortie de l'hôpital), et ce afin d'améliorer le suivi après l'hospitalisation. La seconde partie de l'enquête menée sur la population atteinte du VIH à Ndhiwa

(NHIPS2) sera menée fin 2018. Ses résultats contribueront à définir le réajustement stratégique du projet pour les années à venir. À noter que MSF a choisi de travailler en étroite collaboration avec le ministère de la Santé du county afin de garantir l'impact à long terme de l'enquête. Plus de 99 % des antirétroviraux et le budget de la plupart des médicaments contre les infections opportunistes disponibles dans le county de Homa Bay proviennent de ressources externes, le PEPFAR et Global Fund étant respectivement les premier et deuxième contributeurs. MSF verse une partie des salaires du personnel dans le cadre de contrats avec le ministère de la Santé, participe à l'amélioration des laboratoires, aux forfaits d'aide sociale aux patients et à l'approvisionnement des médicaments, et dispense des formations. EGPAF et PATH font également partie des principaux partenaires en matière de lutte contre le VIH.

Bilan 2018

Réalisations

- Mobilisation communautaire (COMMOB) : dépistage et conseil étendu à toute la population du sous-county de Ndhiwa selon différentes stratégies (porte-à-porte, équipes de nuit, accélération du déploiement sur le terrain, etc.). Cette activité s'est achevée fin septembre 2018.
- Décentralisation (DECENT) : création, puis aide à quatre pôles de laboratoires (analyses de laboratoire ciblées), et soutien en continu à quatre centres de santé et 27 dispensaires du sous-county de Ndhiwa, en collaboration avec d'autres ONG, comme PEPFAR/EGPAF : ressources humaines, matériel/équipements médicaux et de laboratoire, systèmes de gestion de données (électroniques et physiques), coordination avec les soins ou référence vers les services d'hospitalisation, formations par le biais d'un programme de mentorat. Réorientation prévue pour 2019 : priorité au suivi des patients instables nécessitant une consultation avec un spécialiste et/ou une référence vers un service d'hospitalisation.
- Unité médicale pour adultes de Homa Bay : aide aux services médicaux pour adultes à l'hôpital de référence de Homa Bay sous forme de RH (personnel supplémentaire), de formations et de mentorat, d'équipements, de médicaments et consommables, mais aussi de conception de procédures opératoires standard (SOP) et de protocoles, ainsi que de participation à des campagnes de don de sang. En raison de difficultés de diagnostic dues à des dysfonctionnements, des problèmes de qualité et des pénuries récurrentes au laboratoire de l'hôpital, mais également du coût élevé du laboratoire d'une structure privée, un laboratoire médical dédié aux adultes a été mis en place en 2018. Une clinique spécifique pour les patients sortis de l'hôpital a également ouvert afin d'améliorer leur suivi. À noter que l'étude menée en 2016 avait montré que 30 % des patients étaient décédés dans les six mois qui avaient suivi leur sortie. Par ailleurs, une étude de prévalence a été menée cette année sur l'importante résistance génotypique chez les patients sous traitement de première ligne et hospitalisés pour un VIH à un stade avancé. Le taux de suppression virale était de 63 %, et 36,9 % des patients présentaient un échec virologique (CV ≥ 1 000 copies/ml) et à 63,9 % des patients étaient en échec immunologique (CD4 < 200 cellules/µl).
- Analyse poussée de la cause de mortalité, du moment de la mortalité, de la létalité et de la question de la mortalité évitable. Les cinq principales conditions évitables ont été identifiées pour les cas de VIH positif et négatif. Une proposition présentant d'une part, les différentes actions à mener s'agissant du diagnostic patients et du processus de gestion, d'autre part, les différents aspects du projet en termes de soutien global et d'organisation des RH, est en cours de définition.

Résultats

Activités	2015	2016	2017	2018
Nb total de patients dans la cohorte ART [Ndhiwa] du ministère de la Santé	12 208	14 421	16 005	16 618
Cohorte 0-19 ans				15 631
Nouveaux patients 2e ligne adultes et 0-19 ans				1 744
Nouveaux patients 2e ligne 0-19 ans				987
Nouveaux patients 3e ligne adultes et 0-19 ans				218
Nouveaux patients 3e ligne 0-19 ans				4
% couverture charge virale				-
% charge virale < 1 000, adultes	77 %	81 %	85 %	89 %
% charge virale < 1 000, 0-19 ans				75 %
Maintien des soins ART à 12 mois (Ndhiwa)	NA	NA	82 %	82 %
Admissions en hospitalisation*	4 499	5 331	2 850	3 018
Mortalité en service d'hospitalisation	19 %	15 %	17 %	13 %
Kaposi sarcoma / nouveaux patients en chimiothérapie	NA	41	71	104

* Service d'hospitalisation Homa Bay + Ndhiwa jusqu'en mai 2018. Uniquement Homa Bay après mai 2018

LIBAN

Typologie : conflit armé.
Personnel 2018 :
International : 12
National : 62

Nombre de projets 2018 : 1
Dépenses 2018 : 3 878 k€

Financements Institutionnels : aucun.
Autres centres opérationnels MSF présents : OCB, OCG.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Si la situation semble globalement stable au Liban, le calme reste précaire. Le pays fait en effet face à des tensions politiques qui se reflètent dans la difficulté à former un gouvernement.

De plus, la guerre en Syrie a un impact à plusieurs égards. Le Liban et la Syrie partagent une frontière de 365 km, des liens communautaires très forts et une longue histoire, notamment la présence militaire et politique des Syriens au cours de la guerre civile (1976-2005). Par ailleurs, le parti libanais du Hezbollah apporte une aide militaire non négligeable au régime syrien, en Syrie.

Avec environ 1,5 million de réfugiés syriens (1 million enregistrés auprès de l'UNHCR et 500 000 non enregistrés) dispersés dans tout le pays et une population libanaise de 4 millions de personnes, le Liban possède la plus grande concentration de réfugiés par habitant au monde. Le pays peine à gérer ce flot de déplacés, ainsi que les tensions qu'il génère sur la santé, l'éducation, le logement, l'emploi, l'approvisionnement en eau et électricité et la gestion des déchets.

En outre, la scène politique est divisée depuis dix ans entre deux principales coalitions :

- l'Alliance du 14 mars, principalement composée de partis chrétiens, sunnites et druzes, dont celui du Premier ministre actuel, qui s'oppose au régime syrien.
- l'Alliance du 8 mars, principalement composée de partis chiites, druzes et chrétiens, dont celui du président actuel, celui du chef du Parlement actuel et le Hezbollah. Ce groupe est en faveur du régime syrien.

Actuellement, l'ensemble de la classe politique libanaise s'accorde sur la nécessité de traiter la question du retour des réfugiés syriens afin de maintenir la stabilité du pays. Les désaccords portent sur le processus à adopter et le calendrier. Si certains insistent sur l'importance de la négociation et de l'organisation des retours dès que possible, en collaboration avec le gouvernement syrien, ce qui a entraîné la création de 17 centres d'enregistrement gérés par la Sûreté Générale partout sur le territoire, d'autres souhaitent que ces retours soient organisés par le gouvernement libanais, avec l'aide de l'UNHCR et de la communauté internationale.

Sur le plan sécuritaire, la situation demeure instable. En plus des problèmes internes, les conflits internationaux dans le monde arabe ont un impact sur la stabilité du Liban, tant du point de vue social que politique. Les risques sont multiples et des affrontements politiques, religieux, sociaux et familiaux peuvent survenir à tout moment. De même, les armes sont partout et la présence d'éléments radicaux est en hausse, en particulier depuis la crise syrienne. Tous ces facteurs ont déjà (et cela pourrait se reproduire) entraîné des attaques terroristes dans des lieux religieux ou festifs, ou appartenant à la police ou à l'armée, mais aussi des tensions et des affrontements en différents endroits (camps de Palestiniens, frontière avec la Syrie, zones d'installation des réfugiés syriens), voire, on le soupçonne, des kidnappings. En plus de ces risques « internes », le Liban reste vigilant face au risque d'attaques ou de guerre avec Israël, et ce depuis 2006.

Contexte sanitaire

Le système de santé libanais est fragmenté et l'on note une tendance marquée de privatisation des soins. Ce sont en effet toujours les fournisseurs de soins privés qui jouissent de la plus grande influence dans ce secteur.
La couverture santé dédiée à la population libanaise provient de financements divers, dont principalement le fonds de sécurité sociale national, la Coopérative des fonctionnaires de l'État et les assurances privées. Bien qu'il existe au Liban des hôpitaux et des centres de santé publics, et que le ministère de la Santé propose une couverture en matière de soins, les institutions de santé publique ne sont pas toujours en mesure d'offrir les mêmes services que les établissements privés : les traitements spécialisés, voire les équipements, ne sont en effet pas toujours disponibles.

La couverture santé des réfugiés syriens

Au Liban, la majorité des réfugiés syriens habitent dans des communautés hôtes réparties dans 1 600 localités. Ils vivent dans différents types de logements, comme des chambres/appartements loués, des logements non traditionnels (garages...), des terrains d'agriculture qu'ils louent à leur propriétaire et des sites industriels reconvertis. Environ un tiers de ces réfugiés sont installés dans des camps informels (tentes), principalement concentrés dans les régions les plus pauvres du pays, au nord et dans la Bekaa. Le coût financier s'avère souvent considérable, puisqu'ils doivent payer un loyer, mais aussi parfois l'accès à l'eau potable et/ou à l'électricité. En outre, les maladies chroniques préexistantes et les blessures survenues pendant le conflit ont aggravé l'état de santé de nombre d'entre eux.

Si l'UNHCR est chargé des soins et de la protection des réfugiés syriens, il concentre ses activités sur la couverture des soins de santé primaires essentiels et des soins d'urgence. S'agissant des soins secondaires et tertiaires, l'UNHCR couvre 75 % des coûts médicaux, mais uniquement en cas d'urgence vitale, gère 90 % des unités de soins intensifs néonatals et pédiatriques (USIN et USIP), et prend en charge les brûlures graves et les troubles psychiatriques aigus nécessitant une hospitalisation.

L'UNHCR fournit aussi des médicaments pour les maladies aiguës, des vaccins et deux échographies gratuites pour les femmes enceintes. En revanche, le traitement des maladies non transmissibles (NCD, c'est-à-dire, principalement le diabète, les maladies cardiaques, l'hypertension, l'asthme, l'épilepsie, etc.) dépend de l'ONG locale YMCA. Aucun médicament n'est fourni en cas de cancer, thalassémie ou dialyse. Enfin, pour les réfugiés syriens nécessitant des soins secondaires et tertiaires non urgents, les assurances et les hôpitaux privés sont, dans la plupart des cas, trop onéreux.

À noter toutefois que le 1er juillet 2018, l'UNHCR a modifié son système de couverture pour les soins secondaires en introduisant un seuil de 100 USD pour le ticket modérateur. De plus, la contribution au coût des soins a augmenté pour la plupart des réfugiés (> 90 %), et l'UNHCR a réduit le nombre d'hôpitaux sous contrat dans le pays de 48 à 40 : depuis, la Bekaa ne compte plus aucun hôpital disposant d'une USIP couverte par l'institution.

Enfin, plusieurs ONG internationales interviennent dans différentes régions du Liban. Mais en matière de santé, peu offrent des soins pédiatriques et chirurgicaux (CICR/MSF-OCB).

PRÉSENCE DE MSF

MSF est présent en permanence au Liban depuis 2008. MSF-OCG et MSF-OCB mènent à bien des projets dans différentes régions du pays (au nord, à Beyrouth, au sud et dans la Bekaa) : soins de santé primaires, traitements contre les NCDs, santé reproductive, santé mentale et services de sensibilisation aux questions de santé, en plus d'un projet de chirurgie récemment lancé par MSF-OCB.

La présence de MSF-OCP au Liban depuis fin 2016 est liée à la question des réfugiés syriens. Cette équipe gère notamment un projet pédiatrique à Zahlé, dans la plaine de la Bekaa.

PROJET : PLAINE DE LA BEKAA

Historique du projet : évolution des objectifs

C'est dans la plaine de la Bekaa que vit la majorité des réfugiés (leur population est estimée à 500 000 personnes, soit un tiers de l'ensemble des réfugiés syriens au Liban), au sein d'une population hôte qui, historiquement, compte parmi les plus démunies du pays. On pense qu'environ 250 000 enfants réfugiés syriens vulnérables âgés de moins de 14 ans habitent dans cette zone.

La plupart des ONG internationales présentes au Liban prennent en priorité en charge les soins de santé primaires. De son côté, l'UNHCR s'occupe des soins et de la protection des réfugiés syriens, mais concentre ses activités sur la couverture des soins de santé primaires essentiels et des soins d'urgence.

Il n'existe que très peu de structures de santé proposant des soins pédiatriques spécialisés et/ou tertiaires dans la plaine de Bekaa, et les seuls sites privés disposant d'une USIP (Baalbek et Rayak) ne sont pas couverts par l'UNHCR.

Le projet MSF-OCP a été mis en place en partenariat avec WAHA et le ministère de la Santé.

Les objectifs définis fin 2017 sont les suivants :

- Fournir des soins médicaux et chirurgicaux aux enfants vulnérables (principalement syriens) dans la plaine de la Bekaa en assurant un continuum de soins entre les consultations en périphérie et les hospitalisations.
- Développer un réseau de collaboration avec la communauté médicale syrienne.
- Mettre en place un projet spécialisé pour un coût raisonnable, c'est-à-dire un projet qui ne fonctionne pas selon l'approche habituellement verticale adoptée par MSF, mais qui dépend d'autres ressources que les seuls fonds de MSF : l'UNHCR et d'autres acteurs disposant d'un mandat pour prodiguer des soins aux réfugiés doivent assumer ce mandat et payer leur part des coûts.
- Favoriser le travail en lien avec d'autres organisations, comme WAHA, et être en mesure de développer des partenariats afin d'améliorer plus rapidement l'accès aux soins des populations vulnérables au Moyen-Orient.
- Veiller au positionnement stratégique de MSF au Liban en cas de déstabilisation et être en mesure d'accéder aux différentes régions du pays.

Ce projet vise à proposer une offre complète de soins pédiatriques : soins primaires, secondaires et tertiaires (et continuum de soins entre les hôpitaux et les soins externes). MSF-OCP gère donc l'unité pédiatrique de l'hôpital gouvernemental Elias Haroui, un vaste établissement doté de services d'aide divers et variés et disponibles immédiatement. Les activités externes, elles, sont dirigées par WAHA à la polyclinique de Zahlé. Par ailleurs, une aide est fournie à deux centres de soins de santé primaires (PHCC – *Primary Health Care Centers*), à Ghazze (ouest de Bekaa) et Chebaa (Hasbaya/sud).

Le projet s'articule autour de quatre volets :

1. Les soins primaires, par le biais de consultations pédiatriques générales et spécialisées (NCD comprises)
2. Les soins secondaires et tertiaires en hôpital, pour les cas aigus et enfants gravement malades, avec une unité pédiatrique de 22 lits (dont 18 dans un service général et 4 au sein de l'USIP)
3. Le traitement et le suivi des patients atteints de thalassémie (4 lits)
4. Un service de chirurgie pédiatrique

Bilan 2018

Le service pédiatrique a été ouvert en mai 2017, l'USIP en janvier 2018.
Au cours de l'année 2018, leurs activités ont été consolidées malgré les difficultés de mise en place de l'USIP, mais l'unité fonctionne désormais quasiment à pleine capacité.

Le traitement de la thalassémie a été proposé à partir de janvier 2018, puis cette activité a été consolidée et développée. Le principal obstacle reste la non-disponibilité des médicaments génériques, ce qui limite le nombre d'admissions d'enfants dans la cohorte.

Quant aux activités de chirurgie, elles ont débuté en octobre 2017, puis ont été interrompues en juillet 2018, d'une part en raison d'une absence de besoins clairement identifiés, d'autre part parce que des interventions chirurgicales étaient déjà proposées, en particulier via la campagne menée par d'autres organisations dans la même région. Par ailleurs, MSF-OCB a ouvert au même moment son hôpital à Barélias et souhaitait éventuellement accueillir des cas référés.

En l'espace de huit mois, 400 enfants ont été examinés dans le service chirurgie de l'hôpital, et 123 ont été opérés pour un coût de 2 000 USD par patient. Parmi les enfants examinés, 70 % correspondaient à des cas simples à prendre en charge (hernies, etc.), 18 % présentaient des problèmes au niveau des oreilles, du nez et de la gorge (tonsillectomie), 10 % devaient subir une intervention orthopédique (malformations mineures, etc.), et 2 % nécessitaient une opération neurochirurgicale.

Hôpital + Thalassémie + Activités externes	**2018**
Hôpital pédiatrique : nb d'admissions générales	1 381
Hôpital pédiatrique : nb d'admissions USIP	148
Urgences : nb de consultations	3 801
Urgences : % d'admissions	34,90 %
Taux d'occupation des lits dans le service général	77,39 %
Taux d'occupation des lits dans l'USIP	99 %
Thalassémie - Nb de patients dans la cohorte	57
WAHA - Nb de patients atteints d'une maladie non transmissible sous suivi	275

LIBERIA

Typologie : accès aux soins.

Personnel 2018
International : 20
National : 303

Nombre de projets 2018 : 2

Dépenses 2018 : 55 601 k€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : aucun.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Le Libéria fut le premier pays africain à obtenir son indépendance, en 1847. En 1980, un coup d'État militaire mené par Samuel Doe a plongé le pays dans l'instabilité en instaurant un régime autoritaire qui dura dix ans, avant d'être renversé en 1989. Par la suite, le Libéria a connu deux guerres civiles, sur une période de 14 ans, entre 1989 et 2003. Ces années ont été marquées par un niveau de violence accru : près de 250 000 personnes ont perdu la vie, pour la plupart des civils. Les violences ont également entraîné le déplacement d'un million de personnes dans les pays voisins, ainsi qu'un effondrement de l'ordre public et des institutions.

En 2003, la Force de maintien de la paix de l'Organisation des Nations unies (Casques bleus), qui compte 15 000 hommes, a été déployée pour deux ans aux côtés d'un gouvernement de transition. Puis, les élections démocratiques organisées en 2005 ont été remportées par Ellen Johnson Sirleaf, première femme élue à la tête d'un État africain, qui a pu renouveler son mandat à une reprise, en 2011. En 2014-2015, une vaste épidémie d'Ebola a secoué le Libéria, déjà dans une situation instable, en particulier sur le plan économique : la communauté internationale a alors déclenché une intervention massive.

En janvier 2018, l'ancien footballeur George Weah a prêté serment en tant que nouveau Président, après une victoire incontestable dans les urnes (14 comtés remportés sur 15), marquant la première transition constitutionnelle du pouvoir en plus de 70 ans. Le président Weah a été élu grâce à une coalition complexe. Sa première année à la tête du pays a été émaillée de querelles concernant des attributions de postes, et la politique elle-même n'a été que peu abordée.

Si la situation demeure stable sur le plan sécuritaire, l'économie est dans un état désastreux : on estime que 54 % de la population vit dans la pauvreté, dans un pays classé 181e sur 189 dans le monde en matière de développement humain. En outre, depuis mi-2017, le dollar libérien a perdu près de la moitié de sa valeur et le prix des produits de base et de l'essence a augmenté. Les Casques bleus ont quitté le pays en mars 2018.

Contexte sanitaire et humanitaire

Le système de santé du Libéria compte parmi les plus fragiles au monde. Le pays emploie moins de 300 médecins pour 4,5 millions de personnes, et seuls 200 sont libériens, dont une poignée de spécialistes. Par ailleurs, le Libéria fait face à une forte prévalence de la malaria et à des épidémies fréquentes, comme le choléra et la rougeole. Quant à la fièvre hémorragique de Lassa, elle est endémique.

La capacité de surveillance et de diagnostic liée aux épidémies s'est améliorée depuis la création d'un institut de santé publique national et d'un laboratoire national de référence (NPHIL/NRL), mais le système de soins de santé primaires reste totalement désorganisé. En théorie, les soins de santé sont gratuits, mais l'approvisionnement des dispensaires repose principalement sur les dons recueillis dans le cadre de programmes médicaux spécifiques (ex. : Global Fund), et seul un nombre limité de médicaments ou de diagnostics est disponible. De même, l'accès à des soins spécialisés est presque inexistant.

En juin 2018, le Health Pool Fund (HPF) a été supprimé : il avait jusque-là permis de couvrir le coût des salaires d'environ un quart des employés du ministère de la Santé. Le gouvernement libérien s'est alors engagé à rémunérer les travailleurs du secteur de la santé qui bénéficiaient auparavant de mesures incitatives en augmentant considérablement le budget de la santé, de 61 à 85 millions de dollars pour l'année fiscale 2018/2019. Mais les retards de paiement sont fréquents et la question de savoir comment le gouvernement compte payer ces travailleurs supplémentaires reste entière, avec l'éventualité de décider la fin des soins gratuits et d'instaurer un système de recouvrement des coûts.

PRÉSENCE DE MSF

MSF-OCP est actuellement le seul centre opérationnel présent au Libéria.

MSF a œuvré au Libéria de 1990 à 2009, puis y est intervenu de nouveau en 2014 pour endiguer l'épidémie d'Ebola. En 2014, MSF-OCG a ouvert un centre de traitement d'Ebola (ETC) dans le comté de Lofa, et MSF-OCB a fait de même à Monrovia. De son côté, MSF-OCP a apporté son aide aux services de santé hors Ebola, qui s'étaient délités. La stratégie de MSF-OCP dans le pays consistait entre autres à ouvrir un hôpital pédiatrique à Monrovia. L'hôpital de Bardnesville Junction (BJH) a commencé ses activités début 2015, alors que la capitale ne comptait que 50 lits pédiatriques.

En 2017, le programme a été réorienté comme suit :

- Extension du programme pédiatrique par l'intégration de services de chirurgie pédiatrique en janvier 2018
- Lancement d'un programme dédié à la santé mentale afin de proposer des soins psychiatriques (thérapie communautaire, suivi…) à la population des quatre districts du comté de Montserrado.

MSF a signé un accord de siège (HCA – *Host Country Agreement*) avec le gouvernement du Libéria en 2017.

PROJET : HÔPITAL DE BARDNESVILLE JUNCTION (BJH)

Historique du projet : évolution des objectifs

MSF a ouvert son hôpital de Monrovia début 2015 (hôpital de Bardnesville Junction – BJH), lors de la plus grande épidémie d'Ebola jamais connue, et ce afin d'améliorer l'accès à des soins pédiatriques sûrs.

Une fois l'épidémie terminée, MSF a décidé de maintenir l'hôpital ouvert afin de proposer des soins pédiatriques de qualité : le système de santé et le personnel avaient en effet été durement touchés (plus de 200 membres du personnel médical sont morts). En octobre 2016, le BJH est devenu centre de formation certifié accueillant des infirmiers/ères pour leur stage pratique en pédiatrie.

Fin 2016, le faible taux d'occupation des lits, le transfert de l'unité de soins intensifs néonatals (USIN) de MSF vers un autre hôpital et l'évaluation par l'équipe du manque d'options pour référer les cas de chirurgie pédiatrique ont entraîné la réorganisation des activités de MSF dans l'hôpital. Il a été convenu de réorienter et de recentrer les activités sur les soins pédiatriques spécialisés, dont la chirurgie pédiatrique, trop peu disponible et accessible dans le pays. L'activité chirurgicale de MSF a débuté en janvier 2018, et l'organisation a continué à offrir des soins secondaires pédiatriques : urgences, USI, service de pédiatrie général et centre nutritionnel thérapeutique intensif (ITFC). Enfin, le BJH propose des formations au personnel MSF et libérien (formation paramédicale).

Le projet doit se poursuivre jusqu'à fin 2021, date à laquelle les activités devraient être transférées vers le nouvel hôpital New Redemption, dans le cadre d'une stratégie d'arrêt des opérations de MSF au BJH.

Dispositif actuel

Le BJH est ouvert aux enfants âgés d'un mois à 15 ans. On compte parmi les services actuels une salle d'urgence (ER), une unité de soins intensifs (USI), un service pédiatrique, un centre nutritionnel thérapeutique intensif (ITFC), une salle d'opération, un bloc opératoire (OT) et un laboratoire.

L'hôpital dispose par ailleurs de 92 lits : 31 lits d'hospitalisation, 26 lits au sein de l'ITFC, 15 dans l'USI, 12 lits de chirurgie, 4 lits de soins non intensifs et 4 lits pré-opératoires).

Bilan 2018

Parmi ses priorités pour 2018, MSF avait pour objectif de lancer ses activités de chirurgie et d'améliorer la qualité des soins pédiatriques. Au cours de cette même année, on a observé des avancées sur ces deux plans.
Par exemple, les activités de chirurgie du BJH ont été mises en place avec succès en janvier et n'ont cessé de se développer depuis. En effet, le nombre de procédures prévues a peu à peu augmenté au fil de l'année, de 30 par mois en janvier à 100 en septembre. Par ailleurs, un bilan des pathologies pouvant être traitées dans le cadre du programme de chirurgie du BJH a été finalisé. À partir de mi-octobre 2018, l'équipe a poursuivi les préparatifs pour le deuxième bloc opératoire destiné à des campagnes de chirurgie spécialisée dès janvier 2019.

Amplifié par des facteurs de saisonnalité, le taux de mortalité de l'unité de soins intensifs (ICU) du BJH s'est accru fin 2017 (paludisme, survenue d'un plus grand nombre d'infections des voies respiratoires (IVR) et pic de malnutrition) pour atteindre son niveau le plus élevé en mars 2018 (35 %). Des améliorations en termes de qualité des soins ont alors été mises en place afin de remédier à ce problème : amélioration des pratiques et de la communication entre les différents services, organisation fréquente de réunions sur l'amélioration de la qualité, plus grande attention portée à la communication pendant les gardes de nuit, mise en place de la formation FORHOP (juin 2018) et création d'un poste d'infirmier/ère expatrié(e) dédié à l'ICU afin d'évaluer la qualité des soins dans cette unité. Depuis la mise en œuvre de ces initiatives en mai 2018, le taux de mortalité de l'ICU a constamment baissé : en 2018, il était plus faible que lors des mêmes mois en 2017 (septembre 2017 : 19,7 % - septembre 2018 : 10,7 %).

Néanmoins, le BJH fait toujours face à un nombre élevé de décès à l'arrivée et avant l'arrivée des patients, notamment parce que les patients dans un état grave se présentent tard. Le fait qu'il s'agisse d'un établissement d'hospitalisation privé quelque peu déconnecté des réseaux publics de référence peut expliquer ces cas référés trop tard depuis les autres établissements. Toutefois, comme en 2017, il y a toujours un manque d'informations sur le parcours des patients MSF avant leur arrivée au BJH.

Enfin, MSF ambitionnait de recevoir des résidents en chirurgie à des fins de formation. Mais le projet ne s'est pas concrétisé en raison de problèmes de permis médicaux avec le Conseil de l'Ordre du Libéria. En octobre 2018, le désaccord sur l'interprétation des accords de siège signé avec le gouvernement n'était toujours pas résolu, ce qui a freiné le développement de la collaboration avec le ministère de la Santé.

	2016	2017	2018
Urgences - Nb de consultations	5 516	7 041	6 347
Service de pédiatrie : nb total d'admissions	2 257	3 355	3 009
Service malnutrition : nb total d'admissions (ITFC)	1 421	1 656	1 433
ICU : nb total d'admissions	1 402	1 867	1 833
Bloc op. : nb d'interventions chirurgicales	N/A	N/A	735
Bloc op. : nb total de nouveaux patients en chirurgie	N/A	N/A	605

PROJET : SANTÉ MENTALE À MONTSERRADO

Historique du projet : évolution des objectifs

La question de la santé mentale n'est quasiment pas traitée en Afrique de l'Ouest : les patients souffrant de troubles psychiatriques sont stigmatisés et le personnel qualifié dans ce domaine est rare. Il existe bien un hôpital psychiatrique national de 70 lits (hôpital E.S. Grant) à Monrovia, mais il connaît de grandes difficultés de fonctionnement : seul un psychiatre libérien y officie, qui plus est à mi-temps.

Fin 2016, MSF a pris la décision de fermer la clinique qui proposait des soins de santé, y compris mentale, à des patients ayant survécu à Ebola, une activité qui a mis en lumière l'importance des besoins en santé mentale à Monrovia. L'organisation a alors évalué les besoins psychiatriques de la ville, puis lancé un programme de soins psychiatriques, en 2017, reposant sur un modèle innovant inspiré du Programme d'action « Combler les lacunes en santé mentale » (Mental Health Gap) de l'OMS. Ce modèle permet d'offrir des soins aux patients psychiatriques en impliquant les membres de leur communauté ou de leur famille, qui deviennent acteurs du traitement ou du suivi de leur proche, et en les orientant vers les centres de soins de santé primaires (PHCC) proposant des consultations.

Ce programme vise à adapter le modèle Mental Health Gap en documentant l'approche et les résultats obtenus sur les patients, afin de le rendre reproductible dans d'autres projets de MSF ailleurs qu'au Libéria, permettant ainsi d'offrir des soins aux patients touchés par ces pathologies largement négligées (troubles de santé mentale ou épilepsie). Pour atteindre ces objectifs, le programme doit se poursuivre au moins jusqu'en 2020.

Dispositif actuel

Le projet vise à améliorer l'accès à des services dédiés à la santé mentale ou aux patients épileptiques dans le comté de Montserrado. Ces améliorations concernent le diagnostic, le traitement et le système d'orientation dans quatre PHCC du ministère de la Santé. Deux cliniques se trouvent en zone urbaine (Monrovia), les deux autres en milieu rural. Le projet de santé mentale de MSF fonctionne en lien avec le ministère de la Santé, et le personnel du Ministère qui bénéficie de mesures incitatives de la part de l'organisation offre des soins directs aux patients. Les consultations se font en externe, cinq jours par semaine.

Le projet de santé mentale de MSF-OCP est fondé sur une approche innovante inspirée du Programme d'action Mental Health Gap de l'OMS, qui vise à développer les services dédiés aux troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage de drogues. L'équipe a pour objectif de proposer des soins complets dans ce domaine au niveau communautaire : détection des patients, orientation, suivi et traitement avec l'aide d'un travailleur psychosocial MSF (PSW – *Psycho Social Worker*) et de bénévoles spécialisés dans la santé originaires de la communauté, qui bénéficient de mesures incitatives de la part de MSF.

MSF-OCP se charge également d'orienter des patients vers l'hôpital E.S. Grant en cas de risque aigu d'automutilation ou de danger pour autrui. L'hôpital Grant, seul service psychiatrique d'hospitalisation au Libéria, est géré par le centre médical JFK Memorial Medical Center.

Bilan 2018

Le projet de santé mentale de MSF-OCP est doté d'une organisation relativement simple. Actuellement, il comprend deux postes internationaux, un coordinateur et un psychiatre. Les ressources sont mutualisées avec la coordination : partage des bureaux, du lieu de vie et des services financier, logistique et RH.

Les activités du projet se sont stabilisées en 2018, et ce à partir de la phase de lancement aux trimestres 3 et 4 de l'année 2017. Les objectifs ont été redéfinis à l'issue de l'évaluation menée en 2018 sur la question de la santé mentale. Ce bilan avait notamment mis en lumière le caractère unique du modèle de soins développé par MSF-OCP au Libéria. Il s'agit

Activités	Indicateurs	2017	2018
Soins de santé primaires	Nb total de consultations en santé mentale	2 446	5 532
	Nb total de consultations pour les cas d'épilepsie		5 459
Cohorte soins de santé primaires	Nb de patients santé mentale suivis	424	389
	Nb de patients épileptiques > 16 ans sous suivi	286	428
	Nb d'enfants <=15 ans suivis pour épilepsie	77	197
Hospitalisations	Nb de cas référés vers Grant	5	10
Activités communautaires	Nb de nouveaux cas identifiés au sein de la communauté par des gCHV*	763	888
	Nb de cas référés par des gCHV reçus dans la structure	688	1 103
	Nb de patients suivis (conversations téléphoniques/visites à domicile)	1 386	4 454 conv. téléph. 2 896 visites à dom.

*Agents de santé communautaires bénévoles

en effet d'une adaptation créative du modèle de l'OMS, dans le cadre duquel MSF offre tous les niveaux de soins en santé mentale, à l'échelle de la communauté. MSF se concentre sur le développement de ce modèle, notamment les activités à domicile (soins et suivi à domicile, implication de la famille) et la réduction des perdus de vus.

L'organisation des activités sur le terrain s'est améliorée et a été systématisée. Par exemple, le pourcentage de patients perdus de vue a baissé de 45 % en mai 2018 à 25 % en septembre 2018.

Par ailleurs, après quelques améliorations des conditions d'hospitalisation à l'hôpital Grant opérées par MSF (principalement des travaux sur le réseau d'eau et d'assainissement), l'administration de l'hôpital JFK, qui supervise la structure, a décidé de poursuivre les travaux de rénovation afin d'améliorer considérablement les conditions d'accueil des patients.

En cohérence avec notre ambition de limiter le nombre de cas référés vers l'hôpital Grant, MSF avait presque complètement cessé d'y orienter ses patients en santé mentale au troisième trimestre 2018. Cette baisse indique que l'équipe du projet est de plus en plus à même de gérer des cas complexes dans un cadre communautaire.

Les activités de conseil ont été organisées dans les quatre cliniques, et l'algorithme de MSF concernant les médicaments a récemment été mis à jour. Enfin, un nouveau protocole de soins à domicile est en attente de validation.

LIBYE

Typologie : conflit armé.

Personnel 2018
International : 13
National : 39

Nombre de projets 2018 : 1

Dépenses 2018 : 4 095 k€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCA.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Depuis 2011 (ère post-Kadhafi), la Libye traverse une crise, entre absence de gouvernance efficace et conflit interminable, et la situation s'est aggravée en 2014. Le pays est divisé entre deux autorités gouvernantes : d'un côté, le gouvernement d'unité soutenu par l'ONU, appelé gouvernement d'accord national (GNA – Governement of National Accord), à Tripoli, de l'autre, la Chambre des représentants (HoR – House of representatives), à Tobrouk, soutenue ou sous le contrôle des forces de l'Armée nationale libyenne (LNA). Ces gouvernements ne jouissent que de peu de pouvoir sur le terrain, parce que leur autorité repose sur le soutien de centaines de milices. En outre, extrêmement fragmentée, la Libye fonctionne selon un système féodal, au sein duquel les villes représentent les principales institutions. Et si des avancées majeures ont eu lieu en juillet 2017, lorsque Fayez Al-Sarraj et le Général Haftar, rivaux, ont convenu un accord de cessez-le-feu et l'organisation d'élections en 2018, l'interventionnisme et les désaccords entre les puissances occidentales, en particulier la France et l'Italie, ne favorisent pas la sortie de crise. Les élections n'ont finalement pas eu lieu.

Contexte sanitaire et humanitaire

Depuis mi-2014, la situation sur les plans sanitaire et humanitaire s'est aggravée en raison de la reprise de la guerre civile. Comme l'a montré l'évaluation de la disponibilité du Service en 2017, les services de santé publique en Libye ont été lourdement impactés par la crise : problèmes d'approvisionnement, pénurie de main-d'œuvre dans le secteur de la santé… Par ailleurs, les établissements privés sont considérablement mieux lotis en matière de ressources, de personnel et d'équipements, alors qu'une grande partie de la population n'a plus accès à de l'argent liquide. Quant aux migrants, ils font face à des obstacles supplémentaires à l'accès aux soins : traitement discriminatoire et risque d'arrestation ou d'enlèvement.

Selon l'évaluation de la disponibilité du Service en 2017, parmi les 1142 structures de santé, dont 80 hôpitaux, seuls 41 % disposent d'un stock complet de médicaments essentiels. De plus, seules 4,4 % des structures comptent un service de soins obstétricaux et néonatals d'urgence de base (BEMONC – *Basic Emergency Maternal Obstetric and Neonatal Care*), 54 % des hôpitaux offrent des soins obstétricaux et néonatals d'urgence complets (CEMONC, pour *Comprehensive Emergency Maternal Obstetric and Neonatal Care*), 34 % proposent des soins pédiatriques, et 2 %, des soins anti-tuberculose (TB). Enfin, la moitié des établissements proposent la prise en charge des maladies non transmissibles (NCD), tandis que 1 % seulement offre des soins de santé mentale.

Les indicateurs de santé chez les Libyens pendant l'ère Kadhafi étaient équivalents à ceux observés dans les pays occidentaux. Les principaux problèmes de santé touchant la population libyenne sont les NCD (maladies cardiaques et cérébro-vasculaires, traumatismes liés au conflit ou à un accident de la route, diabète, maladies des reins et cancers). Par ailleurs, l'ampleur et les conditions de la migration vers et par la Libye peuvent avoir un impact sur le développement de maladies transmissibles, comme la tuberculose.

Migrants et réfugiés

Selon l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), environ 670 000 migrants se trouvaient en Libye en 2018. En outre, 55 282 réfugiés et demandeurs d'asile sont enregistrés dans le système de l'UNHCR (Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés), dont 5 000 à 8 000 sont actuellement retenus dans des centres de détention, sous le contrôle de la direction de la lutte contre l'immigration clandestine (DCIM – *Department for Combatting Illegal Migration*).

Selon le blog Border Criminologies, le marché conclu entre la Libye et l'Italie en juillet 2017, et approuvé par l'Union européenne, a entraîné une baisse considérable du nombre de départs d'environ 20 000 par mois à 500. En parallèle, les garde-côtes libyens ont connu une forte hausse de leur activité : en juillet 2017, 6 % des migrants ayant quitté la Libye par la mer ont été interceptés et ramenés en Afrique, tandis que 80 % d'entre eux ont atteint l'Europe. En comparaison, en juillet 2018, 71 % ont été interceptés et ramenés en Libye, et seuls 24 % sont parvenus sains et saufs dans un pays européen.

Ces politiques, doublées de la criminalisation des opérations de recherche et de sauvetage (SAR – *Search And Rescue*), ont eu pour effet d'augmenter de manière impressionnante le risque des traversées de la Méditerranée à 7 % depuis mi-juin 2018, par rapport à 2,8 % au cours des mois précédents.

Par ailleurs, nul doute que la situation actuelle accroît le coût de la traversée et stimule les activités de contrebande et de trafic humain : un nombre indéterminé de personnes sont devenues esclaves ou sont détenues et torturées en échange de rançons (environ 20 000, selon l'OIM).

Au cours des six premiers mois 2018, l'OIM a rapatrié près de 11 000 migrants dans leur pays d'origine, principalement depuis des centres de détention. En outre, le mandat limité de l'UNHCR dans le pays pose un problème en matière de protection des réfugiés et des demandeurs d'asile, y compris ceux qui sont enregistrés de manière régulière : seuls 2 000 demandeurs d'asile ont été évacués depuis fin 2017.

PRÉSENCE DE MSF

MSF OCP est intervenu pour la première fois en Libye en 2011, au cours des événements du « printemps arabe , qui a par la suite évolué en guerre civile. En 2015, le choix qui a été fait sur le plan opérationnel consistait à répondre à l'absence de services médicaux de qualité ou aux difficultés d'accès à ces services. MSF-OCP est également venu en aide aux déplacés internes. Puis, en 2017, il a été décidé de se concentrer sur le problème spécifique de l'immigration.

MSF-OCA est également présent en Libye, depuis 2016, sous la forme d'un programme dédié aux migrants et aux réfugiés dans les centres de détention de Tripoli.

PROJET : LES MIGRANTS

Historique du projet : évolution des objectifs

Le projet visait initialement à répondre aux besoins des populations déplacées arrivées à Misrata depuis Benghazi, Syrte, Ubwari et Zliten, ainsi qu'à améliorer la capacité de prise en charge des urgences de l'hôpital central de Misrata. Mais les blessés attendus depuis le front de Syrte dans le cadre de la bataille imminente contre le groupe État islamique ne sont pas arrivés à destination en raison des difficultés à prodiguer des soins directs et du conflit ultra-politisé. Par conséquent, ce projet a été interrompu le 31 août 2016, mais MSF a conservé une base à Misrata en vue de lancer des missions exploratoires sur la problématique des migrants à Zaouïa, Khoms et Bani Walid.

Dispositif actuel

Une équipe basée à Misrata est en charge de quatre centres de détention à Misrata, Khoms et Zliten, ainsi que d'un point de débarquement à Khoms.

Misrata dispose également d'un service de consultations externes (OPD) dédié aux migrants vivant dans la ville, mais très peu de patients s'y rendent.

L'équipe gère aussi un OPD à Bani Walid, principalement à distance, au sein d'une « lieu protégé », avec une infirmière et un médecin nationaux à temps partiel, qui assurent deux fois par semaine les consultations médicales et la prise en charge des cas vitaux. Les patients nécessitant d'être référés sont stabilisés à l'hôpital de Bani Walid si besoin, avant d'être référés vers des établissements privés à Misrata ou Tripoli, à des fins de diagnostic et de soins spécialisés et secondaires.

Bilan 2018

En 2018, la présence de MSF s'est développée dans les centres de détention, à la fois en termes de couverture et de volume d'activités (nombre de consultations). À partir du mois de septembre, le retrait manifeste des autres acteurs médicaux dans ces centres a contraint MSF à intensifier ses interventions médicales jusqu'à trois par semaine, dont une plus spécifiquement dédiée aux plus vulnérables (femmes enceintes et allaitantes, enfants). Une offre plus complète a été mise en place avec des services de santé mentale, un soutien nutritionnel, des activités psychosociales par des travailleurs sociaux, des services d'eau, hygiène et assainisssement. Enfin, fin 2018, nous avons lancé nos activités au point de débarquement et avons développé notre présence à Bani Walid.

- Au cours des quatre derniers mois : 1 276 personnes débarquées
- 820 détenus dans les centres de détention en moyenne par mois en 2018 (515 au minimum, 1 200 au maximum)
- Toujours en 2018, 810 patients ont été vus et pris en charge à Bani Walid.
- Entre mai et octobre, 97 dossiers ont été référés à l'OIM, qui ont tous été traités, et 78 dossiers ont été référés à l'UNHCR, mais restés sans réponse.
- 150 migrants échappés d'un entrepôt de Bani Walid, puis placés en centre de détention à Tripoli au mois de mai, ont été évacués et ont bénéficié de l'asile politique aux États-Unis, en France et en Suède au mois de novembre.
- Entre janvier et août 2018 : 90 patients ont été référés, 25 depuis Bani Walid pour polytraumatisme, les autres depuis des centres de détention pour des soins d'urgence ou pour la tuberculose.

MALAWI

Typologie : épidémie / endémie, accès aux soins.

Personnel 2018
International : 25
National : 143

Nombre de projets 2018 : 2

Dépenses 2018 : 4 229 k€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCB.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Le Malawi est un pays paisible, où se succèdent des gouvernements stables depuis son indépendance, en 1964. Le régime de parti unique a été renversé en 1993, et depuis, le Malawi a organisé cinq élections présidentielles et parlementaires multipartites. Les sixièmes, qui se tiendront le 21 mai 2019, seront tripartites. Le calendrier électoral 2019 officialisé en février 2018 portait sur le thème « Consolider la démocratie du Malawi par les urnes » *(Consolidating Malawi's Democracy through the Ballot),* afin d'insister sur les notions de liberté, de justice, de crédibilité, de transparence et de rentabilité. Le président actuel, Peter Mutharika, a été élu pour la première fois en 2014.

En 2017, le produit intérieur brut réel (PIB) a atteint 4 %, par rapport à 2,5 % en 2016. Il est toutefois probable que les perspectives de croissance pour 2018 subissent les conséquences des pluies irrégulières et de l'invasion de la chenille légionnaire d'automne sur la production agricole. Par ailleurs, malgré les chocs extérieurs, le gouvernement est parvenu à contenir les dérapages budgétaires (le déficit a été réduit à 4,8 % du PIB), et après six années d'inflation à deux chiffres, le taux global est passé sous les 10 % (7,8 % en février 2018), notamment grâce à une baisse continue de l'inflation alimentaire en raison du prix du maïs, devenu abordable sur les marchés intérieurs. Enfin, le kwacha reste stable depuis août 2016 (730 MWK pour 1 USD) : cette stabilité, associée à la réduction du prix moyen du pétrole, a également exercé une pression à la baisse sur l'inflation non alimentaire.

En conséquence, la population est extrêmement pauvre, et la plupart des Malawites luttent quotidiennement contre la faim. C'est d'autant plus le cas pour ceux qui sont atteints par une maladie, comme le VIH, le cancer ou les maladies orphelines. Chaque année, la pression économique sur les Malawites et leur famille génère des discussions houleuses entre patrons et salariés, mais aussi parfois des grèves.

Contexte sanitaire

Le Malawi compte parmi les pays les plus pauvres au monde. En 2004, le gouvernement a axé sa politique de santé sur le développement de services de santé essentiels dédiés à l'ensemble de la population (près de 17 millions de personnes). Aujourd'hui, il a pour objectif de proposer une offre de soins essentiels (EHP – *Essential Health Package*) gratuits aux patients. Néanmoins, étant donné qu'il bénéficie d'à peine plus de 8 % du budget du pays, le système de santé demeure en permanence sous-financé, ce qui altère l'accessibilité aux soins et la qualité des services.

VIH/SIDA et tuberculose (TB)

Le Malawi continue à faire des progrès en matière de lutte contre le VIH et le SIDA. La prévalence du VIH chez les femmes et les hommes âgés de 15 à 49 ans est passée de 10,6 % en 2010 à 8,8 % en 2015-16. Quant à l'incidence de ce virus au niveau national chez les femmes et les hommes âgés de 15 à 49 ans, elle est de 0,32 %. Le pays a pour ambition d'atteindre la cible de 90-90-90 : on estimait en 2016 que 72,7 % des personnes âgées de 15 à 64 ans vivant avec le VIH et le SIDA avaient connaissance de leur maladie, et que 88,6 % étaient sous antirétroviraux (ART), dont 90,8 % avaient bénéficié d'une suppression virale. De plus, environ 80 % des patients atteints de TB et infectés par le VIH étaient sous ART. Le nombre de décès dus au SIDA baisse progressivement : estimé à 31 000 en 2015, il devrait passer sous la barre des 25 000 d'ici 2020, notamment grâce à la hausse progressive du nombre de patients sous ART.

Ces cinq dernières années, le Malawi a fait des progrès considérables en matière de prévention, de contrôle et de prise en charge de la TB. Entre autres, les stratégies mises en place afin de renforcer la collaboration entre les services de soins TB et VIH contribuent à améliorer le contrôle et la prise en charge de la TB. En effet, le nombre de cas de TB notifiés a diminué pour atteindre un peu moins de 18 000 cas enregistrés en 2014, et le taux de mortalité associé à la TB a également baissé de 19 % en 2005 à 8 % en 2014. Le taux de réussite du traitement est de 86 % (au-dessus de l'objectif de 85 % défini par l'OMS). En outre, selon l'enquête sur la résistance aux médicaments menée en 2011, la prévalence de la TB résistante (DR-TB) est de 0,4 % chez les nouveaux patients dont le frottis est positif, et de 4,8 % chez les patients suivant de nouveau un traitement. Cette prévalence est faible, par rapport à celle observée dans la plupart des États membres de la Communauté de développement d'Afrique australe (CDAA). Néanmoins, les résultats de l'enquête nationale sur la prévalence de la TB menée en 2014 indiquent que le poids de cette maladie est toujours élevé au Malawi, où la prévalence est estimée à 451/100 000 chez les adultes, et à 334/100 000, toutes tranches d'âge confondues.

Cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus fait partie des causes les plus fréquentes de décès dus à un cancer chez les femmes malawites. Il représente en effet 40 % de l'ensemble des cas

de cancer chez les femmes : on estime que chaque année, 3 684 femmes développent ce type de cancer, et que 2 314 femmes n'y survivent pas. Le Malawi possède le taux de cancer du col de l'utérus le plus élevé au monde, avec un taux standardisé sur l'âge de 75,9 pour 200 000. Également élevée, la prévalence du papillomavirus humain (HPV) culmine à 33,6 %. Selon le programme de contrôle du cancer du col de l'utérus au Malawi (Malawi Cervical Cancer Control Program), le nombre de femmes malawites dépistées par an a augmenté de 9 % en 2011 à 27 % en 2015, mais il reste bien en deçà de l'objectif du programme national, défini à 80 %. Par ailleurs, on estime à 5-10 % le pourcentage de femmes chez qui l'examen visuel à l'acide acétique (VIA+) est positif, et à 2-4 % celles chez qui l'on suspecte un cancer. Enfin, seuls 41 % des patientes éligibles reçoivent finalement un traitement par cryothérapie (thérapie par le froid), et au moins 80 % des patientes admises pour un cancer du col de l'utérus se présentent à un stade de la maladie inopérable : leur seule option est alors de recevoir des soins palliatifs.

PRÉSENCE DE MSF

MSF est intervenu pour la première fois au Malawi en 1986 afin de venir en aide aux réfugiés mozambicains dans le district de Mwanza. Puis, en 1994, MSF a lancé un programme de contrôle du SIDA (AIDS Control Program) destiné aux réfugiés afin d'enrayer la transmission du VIH, par l'information, l'éducation et la sensibilisation au niveau de la communauté. Mais après le rapatriement des réfugiés en 1995, MSF a réorienté ce programme pour prendre en charge les Malawites, toujours à Mwanza, puis l'a étendu à Chiradzulu, où les premiers traitements par ART ont été administrés à partir de 2001.

Par la suite, en 2017, l'organisation a mis en place un nouveau programme de prévention et de traitement du cancer du col de l'utérus à Blantyre.

MSF-OCB est également présent dans le pays, mais l'équipe transfère peu à peu ses projets pour quitter le Malawi d'ici mi-2020.

On ne déplore aucun problème de sécurité majeur pour le personnel MSF dans ce pays. Les accidents de la route, les vols mineurs et les menaces liées à des discussions houleuses entre MSF en tant que patron et ses salariés constituent les principaux risques.

MSF a signé un accord de siège (HCA – *Host Country Agreement*) avec les autorités du Malawi afin d'obtenir un « statut diplomatique » et des privilèges, comme l'exemption de certaines taxes et des coûts de visa. Le chef de mission de MSF-OCP est le représentant de pays (Country Representative), et celui de MSF-OCB son adjoint.

PROJET : VIH À CHIRADZULU

Historique du projet : évolution des objectifs

MSF France soutient les activités de lutte contre le VIH/SIDA dans le district de Chiradzulu depuis 1997. Au cours de ces grandes années de collaboration avec le ministère de la Santé, MSF a contribué à la décentralisation des soins vers les établissements de périphérie, ainsi qu'à la simplification des modèles de soin et à la délégation des tâches (traitement et suivi) au personnel médical moins qualifié. En 2013-2014, MSF a mené une enquête sur le VIH auprès de la population de Chiradzulu (CHIPS), qui a mis en lumière des améliorations intéressantes, notamment en termes de couverture du projet et de cascade de soins : 76,7 % des personnes atteintes du VIH avaient été diagnostiquées, dont 71 % recevaient des soins, 65,8 % étaient sous ART et 61,8 % présentaient une suppression de la charge virale (<1 000 copies/ml). Ce projet de long terme est ensuite passé d'un objectif de hausse du nombre de patients sous ART à une approche plus ciblée.

En 2013, MSF a pris la décision de quitter le Malawi, après une période de transfert des activités de quatre ans. Toutefois, en 2016, l'échec du traitement a été identifié comme un problème majeur, en particulier chez les enfants et les adolescents. Ce constat a entraîné une réorientation du programme MSF sur les enfants, les jeunes et les patients chez qui le traitement de première et seconde intention avait échoué, ainsi qu'une amélioration du suivi pour les adolescents. Par ailleurs, les services de santé sexuelle et reproductive, mais aussi de santé mentale destinés à la jeunesse ont été de plus en plus identifiés comme une priorité pour ces enfants et adolescents. Un « système de référence » est aujourd'hui en place pour les patients nécessitant une hospitalisation. Après avoir constaté la médiocrité des soins et des résultats obtenus à l'hôpital de Boma, géré par le ministère de la Santé, il a été décidé d'orienter les patients vers l'hôpital semi-privé St. Joseph, où la prise en charge des patients gravement malades est considérée comme plus efficace.

Dispositif actuel

Les enfants et les adolescents, ainsi que les adultes sous traitement de 2e et 3e intention et les patients présentant une charge virale élevée (patients instables) sont des groupes spécifiques (prioritaires) nécessitant un suivi intensif et une attention particulière. Un modèle de soins différencié dédié aux patients instables et un club d'adolescents ont été mis en place en 2018 dans onze centres de santé soutenus par MSF dans ce district. Les patients instables présentant une charge virale élevée et l'ensemble des adultes sous traitement de 2e et 3e intention sont orientés et pris en charge dans le cadre d'un suivi qualitatif intensif lors de journées de clinique spécifiques. Chacun des onze centres de santé dispose d'un, deux ou trois jours de clinique, selon la taille de la cohorte. Les patients atteints du VIH à un stade avancé sont référés et hospitalisés à St. Joseph, un hôpital financé par CHAM. MSF paie les factures des patients et apporte son aide au personnel de l'hôpital dans le suivi des patients séropositifs.

Bilan 2018

Objectifs pour 2018 :

- Service unique « one stop » - clubs d'adolescents le samedi dotés de services multidisciplinaires au sein des onze centres de santé du ministère de la Santé : consultations générales, réapprovisionnement en ART, charge virale tous les six mois (point d'intervention), évaluation et soutien psychosocial et nutritionnel, support au cas par cas si nécessaire. Un système de dépistage et d'aide en santé mentale a été mis en œuvre. En revanche, les services de santé sexuelle et reproductive, et d'avortement pratiqués dans de bonnes conditions seront renforcés en 2019.
- Création d'un service multidisciplinaire intensif unique « one stop » en semaine pour les patients instables et les cas complexes.

Indicateurs selon la nouvelle orientation	2015	2016	2017	2018
Cohorte VIH	33 442	33 762	35 314	34 927
Cohorte VIH suivie par MSF				12 000
Nb d'enfants sous ART <20 ans			2 809	2 810
Nb cumulatif de patients sous traitement de 2e intention	1 506	1 850	2 625	3 372
Nb cumulatif de patients sous traitement de 3e intention	3	18	35	112
Couverture charge virale globale			60 %	87 %
Taux de suppression charge virale globale			72 %	81 %
Taux de suppression pour les <20 ans			69 %	93 %
Soins VIH et/ou TB en service d'hospitalisation				252
Taux de mortalité en service d'hospitalisation				16,26 %

PROJET : CANCER DU COL DE L'UTÉRUS, BLANTYRE

Historique du projet : évolution des objectifs

Le poids des maladies non transmissibles (MNT), de plus en plus lourd, représente au Malawi 28 % du nombre total de décès. Parmi les 17,2 millions de Malawites, 4,76 millions sont des femmes âgées de 15 ans et plus, et l'on considère qu'elles risquent toutes de développer un cancer du col de l'utérus. Le Malawi possède le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus et le taux de mortalité les plus élevés au monde (75,9/100 000 et 49,8/100 000, respectivement). En d'autres termes, le nombre de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus est estimé à 3 684 par an, et le nombre de décès à 2 314.

De nombreux problèmes ont été identifiés à l'occasion d'une évaluation menée par MSF en 2016 et au cours du processus de lancement du projet :

- Vaccination : Le déploiement au niveau national financé par GAVI doit débuter en 2019, uniquement pour les filles âgées de 9 ans, en raison de la pénurie mondiale de vaccins. La tranche d'âge 9-14 ans devrait être traitée en 2019 ou 2020, selon la disponibilité des vaccins anti-HPV.
- Dépistage : Le nombre de femmes malawites dépistées par an a augmenté de 9 % en 2011 à 27 % en 2015, mais il reste plus faible que l'objectif du programme national, défini à 80 %. Par ailleurs, le programme ne comprend pas de volet dédié au contrôle qualité, et peu de femmes dont le frottis est positif ont accès au traitement par cryothérapie ou thermocoagulation. Néanmoins, grâce à plusieurs grands donateurs, comme UNITAID, Global Fund et PEPFAR, le programme de dépistage devrait s'intensifier à partir de 2019.
- Diagnostic et traitement : Le pays ne dispose que de deux unités d'oncologie médicale, comptant chacune un seul expert dans ce domaine, et d'un seul laboratoire d'histopathologie fonctionnelle. En outre, moins de trois interventions chirurgicales (hystérectomies) sont effectuées chaque semaine au Malawi, les traitements par radiothérapie n'y sont pas disponibles et les soins palliatifs et de soutien ne sont pas bien organisés.

Lancé en 2018, le projet s'inscrit dans la lignée du plan stratégique 2017-2019 de MSF-OCP, qui propose de nouvelles réponses médico-opérationnelles innovantes qui ciblent les enjeux de santé publique émergents, comme le traitement du cancer du col de l'utérus. Ce projet de lutte à moyen terme contre le cancer du col de l'utérus se concentrera sur une série d'interventions efficaces, réalistes et à fort impact, qui seront menées de manière à être accessibles aux populations défavorisées des districts de Chiradzulu et de Blantyre. Nous avons pour objectif de démontrer qu'il est réaliste d'offrir des soins cliniques efficaces et de qualité à chaque patiente atteinte du cancer du col de l'utérus. Nous souhaitons jouer un rôle de catalyseur (au sein de MSF et en dehors) en prouvant par des données chiffrées (suivi et évaluation solides) qu'il est possible de réinvestir et de développer une approche complète de continuité des soins en déployant tout un éventail d'activités de lutte contre le cancer du col de l'utérus centrées sur les patientes dans le cadre de la prévention et du traitement primaire, secondaire et tertiaire des malades, en collaboration avec le ministère de la Santé du Malawi.

Dispositif actuel

Ce nouveau projet est le premier de ce type pour MSF : il s'agit d'une approche « d'apprentissage sur le tas » qui est essentielle, bien qu'elle fasse également appel à des

protocoles ayant déjà fait leurs preuves. Étant donné que le projet concerne de nouveaux domaines de spécialité complexes, il est fondamental d'avoir recours à de nouveaux modèles d'assistance technique et opérationnelle, y compris sous forme de collaboration universitaire et technique/spécialisée. MSF a donc dû s'atteler à une intense activité de réseautage aux niveaux international, national et local (districts), auprès des spécialistes et des services du ministère de la Santé.

Bilan 2018

Mise en œuvre du programme :

- Signature d'un accord (MoU) au niveau national, mais aussi dans les districts de Chiradzulu et de Blantyre. S'agissant du QECH (hôpital central Queen Elisabeth), le mémorandum concernait la construction d'un bloc opératoire dédié, d'un service d'hospitalisation et d'un service de consultations externes (OPD).
- Validation par l'hôpital Queen Elisabeth, le ministère des Travaux et la mairie de Blantyre du plan de construction d'un bloc opératoire et d'un service d'hospitalisation.
- Développement de protocoles de dépistage et d'examen visuel par acide acétique (VIA), de procédures opérationnelles standard (SOP) et du contrôle qualité par la télémédecine. Installation de 14 lits VIA dans sept (huit) structures de santé, pour une moyenne de 3 000 dépistages par mois.
- Opération de réseautage auprès des différents partenaires de MSF en Europe et au Malawi à des fins de dépistage, de diagnostic, d'oncochirurgie, d'oncologie médicale, d'histopathologie et de soins palliatifs.
- Projet de SOP, de protocoles et autres procédures de stérilisation, consultations (détermination du stade de la maladie – histopathologie) et procédure d'électrorésection à l'anse (LEEP – *Loop Electrosurgical Excision Procedure*).
- Recrutement et formation d'une équipe de soins palliatifs.

Seules les activités de dépistage ont été mises en place en 2018.

Activités 2018	**2018**
Nb total de consultations	11 416
VIA initial	9 221
VIA+	235
%VIA+	2,5 %
Nb de traitements par cryothérapies ou coagulation à froid effectués	172
Suspicion de cancer	74

MALI

Typologie : conflit armé, épidémie / endémie.

Personnel 2018
International : 30
National : 473

Nombre de projets 2018 : 3

Dépenses 2018 : 9 035 k€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCBA.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Avec près de 19 millions d'habitants, le Mali est encore à ce jour un pays en guerre. Le pays est en proie aux crises alimentaires et connait de nombreux déplacements de populations causés par la sécheresse, une économie pauvre, et l'instabilité sécuritaire.

Les différents processus électoraux dominent les débats de société avec l'élection présidentielle controversée qui a débouché sur la réélection d'Ibrahim Boubacar Keita en 2018, ainsi que les élections législatives repoussées à 2019, au-delà du délai constitutionnel. De nombreux mouvements sociaux (grèves, manifestations) continuent à se produire malgré l'état d'urgence qui a été prorogé pour un an en octobre 2018.

Au nord du pays la crise politique persiste. Mise à part la cessation des hostilités entre groupes rebelles et l'ouverture de Kidal au gouvernement, les autres aspects des accords de paix d'Alger n'ont pas avancé et notamment le processus de désarmement, démobilisation, réinsertion (DDR).

Aujourd'hui, c'est encore le delta intérieur du Niger qui s'inscrit comme l'épicentre du conflit. Les opérations militaires enclenchées en mars 2018 par les forces armées maliennes (FAMA) dans le cercle de Tenenkou sont parties pour s'enliser, avec des garnisons redéployées dans plusieurs communes mais des groupes djihadistes toujours actifs en brousse.

Dans les autres cercles de la région, c'est la multiplication des groupes armés qui régit l'insécurité sur la zone. De même, on assiste à un développement très important des conflits intercommunautaires dans toute cette région de Mopti entre les Peuls et les chasseurs Dozos.

Des tentatives d'élargissement du conflit par le JNIM (Groupe de soutien à l'islam et aux Musulmans) avec des attaques au Sud de la région de Mopti ainsi que dans les régions frontalières au Burkina Faso, sans oublier les 2 attentats de Ouagadougou, montrent les capacités de ce groupe à se coordonner et à mettre en échec les moyens de lutte antiterroriste en place et qui ne cessent d'augmenter : renforcement des FAMA, MINUSMA, intensification des opérations de Barkhane, mise en place de la Force conjointe G5 Sahel.

Nos projets n'échappent pas à cette situation. Si le projet de Tenenkou est un enjeu quotidien en termes de gestion de la sécurité et d'accès aux populations, le projet de Koutiala reste un endroit soumis à des influences de groupes radicaux, même si rien n'est visible au jour le jour.

Contexte sanitaire

La malnutrition reste une problématique majeure au Mali. Le taux de malnutrition des enfants de moins de 5 ans demeure préoccupant, passant de 13% en 2012 à 10% en 2018. En outre, on estime que 35% des décès infantiles ont été associés à la malnutrition en 2013.

Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentaient 22% de la population totale. La fécondité des femmes maliennes reste élevée, avec un nombre moyen d'enfants par femme estimé à 6,1 (5 en milieu urbain et 6,5 en milieu rural). Bien que tendant à la baisse depuis 2001, le niveau de mortalité maternelle au Mali reste encore très élevé. Elle est passée de 581 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2001 à 465 décès /100 000 en 2006, pour atteindre 386 décès /100 000 naissances vivantes en 2012-2013. En d'autres termes, près de 4 femmes enceintes sur mille sont décédées pendant la grossesse, pendant l'accouchement ou dans les deux mois suivant l'accouchement.

PRÉSENCE DE MSF

Présent au Mali depuis 1985, MSF OCP intervient aujourd'hui dans 3 zones :

- Dans le district de Koutiala depuis 2009, avec un programme de prise en charge médico-nutritionnelle des moins de 5 ans,
- Dans le cercle de Tenenkou (centre du pays) depuis décembre 2016, avec un projet de santé primaire et secondaire, en commençant par des activités axées sur la santé de la femme et de l'adolescente,
- A Bamako depuis octobre 2018, avec un projet oncologie à destination des femmes (cancers du col de l'utérus et du sein).

Parallèlement aux activités de MSF OCP, OCBA mène également 3 projets au Mali :

- A Ansongo depuis 2012 avec un support au centre de santé de référence (CSREF) et aux références depuis la communauté jusqu'audit centre de référence - en passant par les centres de santé communautaire (CSCOM),

- A Kidal où ils appuient 2 centres de santé en ville et 4 en périphérie,

- Dans la région de Mopti où ils soutiennent le CSREF de Douentza et 3 CSCOM ainsi que les références entre les autres CSCOM et CSREF, puis à l'hôpital de Sévaré si nécessaire.

PROJET : KOUTIALA

Historique du projet : évolution des objectifs

Le projet médico-nutritionnel pour les moins de 5 ans à Koutiala a été ouvert en 2009 alors que les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile atteignaient respectivement 132/1000 et 237/1000 (les plus élevés du pays) et les taux de malnutrition atteignaient 15.8% pour la malnutrition aigüe globale et 6.6% pour la malnutrition aigüe sévère.

L'objectif initial était d'améliorer la prise en charge curative et préventive de la pédiatrie dans le cercle de santé de Koutiala afin de diviser par deux le taux de mortalité infanto-juvénile.

Les grandes évolutions du projet :

- 2009-2011 : prise en charge médico-nutritionnelle des enfants de 0 à 5 ans au niveau du Centre de Santé de Référence (CSREF) et de 5 Centres de Santé Communautaire (CSCOM). Mise en place du projet de Recherche Opérationnelle en Nutrition Intégré (RONI) avec Epicentre et des agents paludisme.

- 2012-2016 : démarrage de la Chimio Prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique (MSP), dans l'ensemble du district de Koutiala. L'activité a été reprise par le MSP en 2016. Suite aux conclusions du projet RONI mené entre 2010 à 2014, le paquet de soutien est étendu dans 5 CSCOM soutenus par MSF. La construction d'une unité de soins pédiatriques de 185 lits au sein du CSREF de Koutiala est décidée.

- Depuis 2017 : réorientation de la stratégie qui a désormais pour objectif de décentraliser au maximum la prise en charge des moins de 5 ans au niveau des CSCOM dans le but de réduire l'aggravation des pathologies dominantes et donc les admissions au CSREF. 37 CSCOM sont appuyés en 2018.

Au cours de ces années, le projet aura aussi servi de base à diverses études notamment en lien avec l'activité du laboratoire de bactériologie développée à partir de 2014.

Dispositif actuel

- Activités externes en support au Ministère de la Santé dans 37 CSCOM et pour une population cible de 124 877 enfants de moins de 5 ans : soins de santé primaires, curatifs et préventifs (consultation externe, consultation nutritionnelle), activités agents palu, Surveillance Préventive d'Enfant (SPE) ciblant les 0-24 mois ;

- Activités hospitalières au sein du CSREF pour la prise en charge médico-nutritionnelle des moins de 5 ans, à travers la nutrition et la pédiatrie (soins intensifs, néonatologie, brûlés et bactéries multi-résistantes) ;

- Support au laboratoire qui comprend le laboratoire de bactériologie pour la population cible et la banque de sang pour tout l'hôpital ;

- L'activité dépend de la saisonnalité du paludisme. Dans l'Unité de Réhabilitation Nutritionnelle Intensive (URENI) de la pédiatrie, le nombre de lits passe de 113 lits en période basse à 251 lits en période haute.

Bilan 2018

- L'extension du réseau de contacts dans et en dehors du cercle de Koutiala a été effectuée dans le but de développer la visibilité de MSF et de gagner en réactivité sur le contexte sécuritaire

- Le déploiement du support à 22 CSCOM de plus en 6 mois a été un réel succès et les chiffres des admissions au CSREF ont commencé à fléchir depuis la mise à l'échelle entamée en 2017 -même s'il est encore trop tôt pour tirer des conclusions définitives

- Le cinquième passage de la CPS a été annulé suite au refus du Ministère de la Santé

- Des problèmes dans l'organisation du travail pendant la période du pic, que l'on pourrait expliquer en partie par le départ de la majorité des postes cadres comme le responsable d'activités médicales ou ses 3 adjoints et le remplacement tardif du directeur des soins infirmiers adjoint. En revanche, l'intégration du support du pédiatre du Ministère de la Santé est un vrai plus pour les équipes.

	2016	2017	2018
Admissions Pédiatrie	7 032	8 006	6 890
Admissions néonat	443	458	533
Admissions URENI	3 829	3 984	3 386
Consultations OPD	90 203	89 273	140 229
Admissions CRENA*	3 779	2 679	3 084

*Centre de récupération nutritionnelle ambulatoire

PROJET : TENENKOU

Historique du projet : évolution des objectifs

Le projet a été ouvert en décembre 2016 dans le cercle de Tenenkou où les populations ont un accès réduit aux structures de santé et où la présence d'acteurs humanitaires est faible.

L'objectif du projet est de contribuer à réduire la morbidité et la mortalité des femmes en âge de procréer (11-45 ans) et des nouveau-nés ainsi que renforcer l'accès aux soins de santé primaire et secondaire dans le cercle de Tenenkou.

Alors que le projet initial était censé, en plus de l'activité dans le centre de santé de référence (CSREF), appuyer les

matrones au niveau communautaire dans 5 CSCOM du district sanitaire en 2017, cette activité a été abandonnée au profit de l'ONG IRC qui avait déjà un financement pour cette activité. Ceci a permis à MSF de se réorienter sur un appui à la prise en charge du paludisme en communautaire dans toutes les aires de santé en 2018.
Fin 2017, la réhabilitation du CSREF existant a été annulée pour à la place réhabiliter le nouveau CSREF afin d'améliorer la qualité de prise en charge médicale et de sécurité sur le site.

Dispositif actuel

Au sein du CSREF

	Appui MSF	Appui IRC
Consult. externes femmes	Consultations générales + spécialisées (consult. pré et post natales, femmes en âge de procréer)	
Néonat	4 berceaux	
Pédiatrie 0-5 ans		21 lits répartis entre pédiatrie et URENI
URENI		
Pédiatrie 5-15 ans		
Maternité	2 tables d'accouchement + 10 lits hospitalisation	
Bloc	En lien avec activité maternité	
Médecine interne		
Chirurgie		
Laboratoire	Banque de sang	

Au niveau des activités externes

Une clinique mobile fournit un accès aux soins pour les populations n'ayant pas accès aux structures de soins sur l'ensemble du cercle. Des agents paludisme sont déployés en communautaire pendant la saison de haute transmission du paludisme pour augmenter l'accès aux soins pour cette pathologie dans tout le district sanitaire.

Les difficultés d'accès et l'interdiction de circulation des motos et pick-up compliquent les références mais MSF assure le remboursement des frais de référence de la population cible.

Bilan 2018

En 2018, l'activité agent paludisme a été élargie à 16 aires de santé supplémentaires pour couvrir l'ensemble du district sanitaire.

L'activité néonatologie menée par MSF et IRC a été fusionnée et prise en charge par MSF.

Même s'ils ne sont pas encore complètement satisfaisants, les indicateurs de qualité de prise en charge médicale sont en amélioration par rapport à 2017.

En lien avec notre objectif de renforcer l'accès aux soins, nous pouvons voir que la majorité de nos indicateurs de fréquentation hospitaliers sont en hausse sur cette année.

Par contre, les travaux de réhabilitation sur le nouveau CSREF ont connu des retards et le démarrage des nouvelles activités (urgence, médecine interne et pédiatrie > à 5 ans) n'aura pas lieu avant décembre 2018.

	2016	2017	2018
Nb de patients vus en consultation (agents palu et cliniques mobiles)	N/A	8 681	38 992
Admissions néonatologie	N/A	158	259
Nb d'accouchements (simples et césariennes)	N/A	369	718
Nb de patients OPD gynécologie	N/A	9 427	6 510
Nb d'actes au bloc (y compris césariennes)	N/A	180	247

PROJET : ONCOLOGIE BAMAKO

Historique du projet : évolution des objectifs

Contexte spécifique

Les cancers les plus fréquents au Mali, tous sexes confondus, sont les cancers du col de l'utérus et du sein. Le registre de Bamako rapporte une moyenne annuelle de 300 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus et 240 cas de cancers du sein sur la période 2010-2014. La majorité des cas de cancers sont diagnostiqués à des stades tardifs. Le délai moyen entre les premiers symptômes et la première consultation spécialisée est estimée à un an. Les chances de survie à 5 ans du cancer du sein n'excèdent pas 15% alors qu'elles dépassent les 85% dans les pays à ressources élevées.

L'accès aux soins est limité par des barrières financières et géographiques pour les patients habitant à distance de Bamako. Cela conduit les médecins à adapter les protocoles en fonction des ressources du patient et les patients à des refus de traitement, des abandons ou des délais trop importants entre deux cures de chimiothérapie.

Explication des raisons d'ouverture

En 2017, MSF OCP a inscrit le cancer dans les orientations prioritaires du plan stratégique 2017-2019. Suite au rapport « Analyse des cancers dans les pays d'interventions de MSF », des missions d'évaluations sont réalisées sur la situation de la prise en charge et des soins de support dans différentes structures de références au niveau du district de Bamako. En découlent une proposition opérationnelle concernant la prise en charge des cancers du col de l'utérus et du sein au Mali.

Plusieurs raisons sont mises en avant pour justifier l'ouverture du projet :

- La prévalence en hausse des cancers des femmes en Afrique avec des taux de létalité élevés
- La possibilité de prévention et /ou de traitements efficaces
- Des besoins identifiés en soins de support et palliatifs inexistants
- Une absence de coordination des parcours de soins des patientes

- Un accès à des médicaments de qualité et une barrière financière pour tous les patients
- Une volonté institutionnelle de développer l'oncologie
- Une opportunité d'apprentissage et d'innovation pour MSF

L'objectif général du projet

Le projet a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des femmes atteintes de cancer du col de l'utérus et du sein dans le district de Bamako et, à terme, dans les régions du Mali.

Dispositif actuel

Le projet a démarré le 15 octobre 2018, avec l'arrivée de l'équipe (le coordinateur de projet, 2 infirmières et le médecin). La première étape est d'installer une clinique de soins de support (activité fixe et mobile) qui interviendra dans le service d'hémato-oncologie au CHU du Point G et au domicile du patient. Progressivement l'activité s'étendra sur d'autres centres hospitaliers de Bamako. Pour des raisons éthiques, les consultations ne seront pas limitées aux seules patientes atteintes de cancer du col de l'utérus et du sein, mais bien à tous les patients atteints de cancers ayant besoins de soins de support et d'accompagnement en fin de vie.

Bilan 2018

Dans le cadre du projet, MSF a mis un physicien médical à la disposition du service de radiothérapie de l'hôpital du Mali pendant 6 semaines (juin 2018)

Description indicateurs	2018
Nb de nouveau cas	52
Nb de consult. en soins de support	187

NIGER

Typologie : épidémie / endémie .

Personnel 2018
International : 24
National : 317

Nombre de projets 2018 : 3

Dépenses 2018 : 6 475 k€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCG, OCBA.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Pays enclavé d'un peu plus de 21 millions d'habitants, le Niger connait une situation sécuritaire qui continue de se dégrader, ainsi que des crises naturelles récurrentes et une insécurité alimentaire chronique.

En dépit des efforts importants consentis par ses autorités pour lutter contre le terrorisme, le banditisme et sécuriser ses frontières avec ses voisins, le Niger continue d'enregistrer des incursions et des attaques meurtrières contre les casernes. Depuis la mise en place de la force du G5 Sahel, la situation sécuritaire au niveau de la frontière malienne est devenue sérieuse avec un conflit contre les groupes radicaux qui s'est mêlé à un conflit intercommunautaire meurtrier.

L'Etat Islamique d'Abou Walid Al Sarahawi, JNIM (coalition regroupant le MUJAO, AQMI, Ansardine et Al Mourabitoune), Boko Haram et ISWA (Islamic State West Africa) constituent toujours une vraie menace dans le pays. Et cela malgré l'appui de la force Barkhane et des militaires américains.

Dans le nord du pays et particulièrement dans les régions d'Agadez et d'Arlit, la mise en application de la loi « passeurs » a mis un coup d'arrêt à l'économie liée au transport de personnes vers la Libye. Ces activités, qui traditionnellement se faisaient au grand jour, se retrouvent plongées dans la clandestinité rendant toujours plus dangereux les trajets vers la Libye.

Dans ce contexte où sévissent différents groupes, plusieurs armées internationales opèrent sur le sol nigérien dans le cadre de la lutte anti-terroriste :

- La France, à travers Barkhane, qui opère principalement au Mali et au Niger, ainsi qu'au Tchad ; mais aussi la base militaire française de Madama qui est active à la frontière avec la Libye ;
- Les Etats Unis présents à Diffa, Tillaberi, Tahoua et Agadez ;
- L'Allemagne qui assure un appui logistique aux opérations françaises ;
- L'Italie qui a installé une base militaire en janvier 2018 dans le cadre de la coopération pour la lutte contre l'immigration illégale.

En juillet 2017, 5 pays du Sahel (Mauritanie, Mali, Burkina Faso, Niger et Tchad) ont créé une coalition militaire appelée G5 Sahel et dont le but est de lutter contre les terroristes dans le Sahel. Le lancement a eu lieu en septembre 2017 à Mopti au Mali. En revanche, l'opérationnalisation de cette action continue de se heurter à un problème de financement et d'organisation.

Malgré la présence de toutes ces forces militaires, le risque d'attaques, d'attentats ou d'enlèvements sur le sol nigérien par les groupes djihadistes reste possible. En 2018, la situation sécuritaire reste tendue principalement sur deux régions : Diffa et Tillabéry, où des conflits communautaires se sont ajoutés aux attaques, respectivement, de Boko Haram et de JNIM.

Contexte sanitaire

Sur le plan sanitaire, la pauvreté limite l'accès de la population aux soins et services de santé de qualité, la couverture sanitaire au Niger est estimée à 47,5%.

Chaque année au Niger, près d'un million d'enfants sont atteints de malnutrition modérée ou sévère et plus de 46 000 décès d'enfants au Niger sont attribués à la sous-nutrition (toutes formes confondues). La mortalité des enfants (127 pour 1000) reste l'une des plus élevée dans la sous-région. La prévalence nationale de la mortalité aigue globale (MAG) est de 10,3% [8,8 -11,8] chez les enfants âgés de 6 à 59 mois. Elle connait une baisse significative par rapport aux taux de 2015 (15,0%), 2014 (14,8%), 2013 (13,3%), 2012 (12,3%), 2011 (12,3%) et 2010 (16,7%). Selon la classification de l'OMS, cela correspond à une situation nutritionnelle sérieuse. La mortalité maternelle, quant à elle, est estimée à 535 pour 100 000 naissances vivantes et constitue la cause de 34% des décès qui surviennent parmi les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans.

A cette extrême vulnérabilité de la situation sanitaire, s'ajoutent les mouvements migratoires : plus de 290 000 personnes ont déjà transité par le Niger en 2016 pour rallier la Libye, l'Algérie ou l'Europe, portées par l'espoir d'une vie meilleure. En 2017, la mission de l'Organisation internationales pour les Migrations (OIM) au Niger a recueilli les témoignages de près de 9100 migrants assistés à Agadez, Arlit, Dirkou, Niamey, Diffa et Zinder.

La population du Niger est impactée par de fréquentes épidémies de rougeole, méningite et choléra ainsi que par le paludisme. Etant donné les faibles couvertures vaccinales et l'accès limité aux soins de santé de qualité, les femmes enceintes et les enfants sont les plus affectés.

PRÉSENCE DE MSF

MSF OCP est présente au Niger depuis 2001 en support au Ministère de la santé publique (MSP) dans l'offre de soins pour la population nigérienne.

Expulsé en octobre 2008, MSF est revenu en 2012 pour apporter des soins de santé aux réfugiés maliens à Abala au nord du pays. Durant cette période d'absence relative, le projet de Madarounfa était en cogestion avec l'ONG locale FORSANI.

En 2014, MSF France reprend la main sur la gestion du projet de Madarounfa, où elle pilote les activités en support au district sanitaire. MSF continue sa mission dans la prise en charge médico-nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans dans le district en élargissant son champs d'action à différents niveaux (communautaire, centres de santé intégrés et hospitalier). Un total de 110 218 enfants est pris en charge en 2017.

Suite aux besoins humanitaires croissants dans la région de Diffa, MSF lance une mission exploratrice mi 2017 dans le district de Mainé Soroa. Cette exploration se solde par l'ouverture d'un projet transfrontalier en juin 2017. Le projet est composé d'un volet hospitalier et les activités externes consistent en des cliniques mobiles, mode opératoire qui permet de s'adapter à un contexte volatile.

En mai 2018, un projet à destination des migrants est ouvert à Niamey.

En 2018, MSF est également venu en renfort au MSP sur des interventions d'urgence :

- Juillet : Epidémie de choléra dans le district de Madarounfa
- Mars : Urgence nutritionnelle à Mainé Soroa
- Support à la direction sanitaire de Tillabéry dans le plan de prise en charge des afflux des blessés.

Deux autres centres opérationnels MSF sont présents au Niger. MSF OCBA mène des projets dans les régions de Diffa, Tahoua et Agadez (2018). MSF OCG est présente dans la région de Zinder (Magaria) où elle opère des activités similaires à celles d'OCP à Maradi, et est aussi présente dans la zone de Diffa.

PROJET : MADAROUNFA – NUTRITION / PÉDIATRIE

Le district sanitaire de Madarounfa est situé dans la région de Maradi, frontalière avec le Nigéria par le LGA (local Governmental Area) de Jibyia de l'Etat de Katsina. Maradi est la deuxième région la plus peuplée du Niger avec 4,3 millions d'habitants et Madarounfa est le quatrième district sanitaire le plus peuplé de la région avec environ 572 000 habitants.

Depuis quelques mois, un groupe de voleurs de bétail originaire de l'Etat de Zamfara au Nigéria sévit dans le district en commettant des vols et parfois des kidnappings en échange de rançon. C'est une nouveauté dans la région. Une opération militaire a eu lieu au Nigéria afin de dissoudre ce groupe ; ses éléments se sont éparpillés entre le nord de Zamfara et Madarounfa, où ils commettent des exactions.

Dans la région, les morbidités principales sont la malnutrition, le paludisme et les diarrhées. Ses habitants ne sont pas non plus épargnés par les épidémies de rougeole et méningite.
Le district contient un hôpital de district, 25 centres de santé intégrée (CSI) et 34 cases de santé. Tous les CSI sont actuellement fonctionnels.

Historique du projet : évolution des objectifs

MSF a commencé des activités dans la région en 2001. Après son expulsion en 2008, c'est en 2015 que le projet rouvre. Maradi est une des zones les plus touchées par la malnutrition dans le pays avec Zinder, Diffa et Agadez. Le projet de MSF a pour principal objectif la prise en charge et la prévention de la malnutrition sévère des enfants de moins de 5 ans.

En 2017, MSF a décidé de renforcer les activités sur l'axe externe et de renforcer la prévention pour réduire les hospitalisations notamment en période de pic de paludisme et malnutrition. C'est ainsi que des relais communautaires ont été formés et dotés de médicaments pour la prise en charge des cas simples de paludisme au niveau communautaire.

En 2018, un accent particulier a été mis sur la qualité de la prise en charge médicale, longtemps mise à mal par un manque de suivi et de rigueur. Il s'agissait de consolider les opérations mises en œuvre :

- Activité de prise en charge de la malnutrition et des maladies pédiatriques en hospitalisation et dans les centres de réhabilitation nutritionnelle ambulatoire pour les cas sévères (CRENAS)
- Pendant la période de pic de paludisme : prise en charge communautaire du paludisme simple par un réseau de relais communautaires et soutien des 5 aires de santé avec la présence d'un infirmier dans chaque OPD pour la prise en charge des enfants de moins de 5 ans.

Dispositif actuel

MSF couvre 5 aires de santé du district de Madarounfa et est présent dans l'hôpital du Ministère de la santé. MSF assure la prise en charge médico nutritionnelle des enfants de 6 à 59 mois en ambulatoire et à l'hôpital de District.

Au niveau de l'hôpital

MSF appuie les services suivants : salle d'urgence/déchoquage, soins intensifs de 20 lits, CRENI de 52 lits, néonatologie de 12 lits, pédiatrie de 25 lits, et 4 lits d'isolement. En période dite de basse activité, ces services comptent 115 lits. En période haute, le nombre de lits atteint les 200.

Durant la période de pic, étant donné que plus de 60% des cas viennent de l'autre côté de la frontière, une unité de stabilisation de 18 lits est ouverte à Dan Issa, à la frontière avec le Nigeria.

Au niveau des activités externes

MSF intervient dans 5 CRENAS ouverts toute l'année dans des centres de santé et soutient 3 centres de santé supplémentaires pour la prise en charge du paludisme. Les activités communautaires concernent 34 villages des aires de santé de la zone d'intervention.

Les références constituent une composante importante du programme. Les ambulances de MSF assurent les références de plus de 80% des enfants admis au CRENI et à la pédiatrie.

Bilan de l'année 2018

	2016	2017	2018
Nb d'hospitalisations en Pédiatrie	3 594	3 694	6 112
Nb d'hospitalisations au CRENI	4 044	2 896	6 130
Nb d'admissions au CRENA	12 565	14 486	1 625

En 2018, les principaux challenges étaient de :

- Rehausser la qualité de la prise en charge médicale
- Améliorer la qualité de la supervision
- Améliorer les indicateurs de performance
- Améliorer la collaboration avec l'équipe cadre du District sanitaire
- Répondre pro activement aux éventuelles épidémies

A partir du deuxième semestre 2018, MSF a également noté la nécessité d'appuyer le Programme élargi de vaccination (PEV) de routine à travers :

- 1 agent vaccinateur pour les stratégies mobiles
- Un appui à l'amélioration de la chaine de froid des CSI et cases de santé
- 1 agent au point de vaccination à l'hôpital de District.

Globalement, l'amélioration de la qualité de la prise en charge est un point important même si cela a été au prix de gros efforts et de tensions entre, d'une part, le staff national et le management, et d'autre part, l'équipe cadre du District et la coordination terrain.

Certains objectifs n'ont pas été atteints, notamment au niveau logistique, avec les réhabilitations à l'hôpital et au niveau des CSI.

PROJET : MAINÉ SOROA / KANAMA

La région de Diffa fait face à des attaques de Boko Haram et des déplacements de populations depuis 2015. La situation sécuritaire reste toujours volatile avec des attaques continues de Boko Haram. Malgré la présence des acteurs de l'aide humanitaire, les besoins des populations persistent et en février 2017, OCHA estime à 300 000, le nombre de déplacés, refugiés et rapatriés dans la région de Diffa. Des milliers de ces déplacés vivent aux dépens d'une population locale déjà très pauvre. Dans le district de Mainé-Soroa on compte plusieurs sites de déplacés : Guidan Kadji, Djambourou Dune, embranchement Tam et Kouble Igre.

Les localités frontalières - de part et d'autre - entre la bande Sud de Diffa et le Nord Nigeria (Borno et Yobe) enregistrent des besoins humanitaires importants avec un accès difficile compte tenu de la situation sécuritaire. La majorité de ces zones restent encore sous menace sévère des éléments de Boko Haram. C'est dans cette bande frontalière que MSF a proposé d'apporter une assistance aux populations vulnérables des deux côtés de la frontière, en l'espèce le département de Maïné Soroa et le département du Yunusari.

Le département de Maïné-Soroa, est situé dans la partie sud-ouest de la région Diffa, à l'extrême Est du Niger. La population est d'environ 160 000 personnes, mais des réfugiés nigérians et une population nomade importante se trouvent aussi dans la zone.

Le département de Yunusari, au Nigeria, est composé de 610 villages repartis entre 10 wards (aires de santé). Difficile d'avoir une estimation de la population mais environ 120 000 personnes seraient présentes car, avec le conflit, des déplacements de populations ont été observés en interne (vers les LGA de Geidam, Yusufari ou Bursari) et en externe vers le Niger (Mainé Soroa).

La plus grosse attaque de Boko Haram sur la ville nigériane de Kanama a été enregistrée en mars 2016. Lors de celle-ci, tous les bâtiments publiques (hôpitaux, centre de santé, bâtiments administratifs, écoles…) ont été détruits et brûlés. Toutes les autorités ont été obligées de fuir la ville et se réfugier vers Geidam et Damaturu.

Historique du projet : évolution des objectifs

MSF a ouvert ce projet transfrontalier à la mi-2017 avec pour objectif de fournir des soins de santé primaire et secondaire aux populations de Mainé Soroa au Niger et de Kanama au Nigeria.

A l'ouverture du projet, MSF couvrait 3 aires de santé côté Niger (Boudoum, Tam, Malam Boulamari) et l'hospitalisation de 20 lits en IPD à l'hôpital de Maine Soroa, et 3 aires de santé côté Nigeria (Dekwa, Bultura et Deguel Tura). Plusieurs fois, les activités ont été interrompues, notamment pour des raisons administratives (blocages côté nigérian).

Suite à certains besoins rencontrés au cours de l'année 2018, plusieurs activités non prévues mais primordiales avaient été mise en œuvre : implication dans les urgences de l'hôpital, reprise de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère (CRENI et CRENAS) et appui à la santé de la femme en clinique mobile. Le manque d'eau - crucial dans la région - a également poussé MSF à doter l'hôpital de District de forage.

Dispositif actuel

Activités Clinique Mobiles

6 équipes assurent les activités cliniques mobiles à Mainé Soroa et Kanama. Elles couvrent 7 aires de santé désormais dans le district sanitaire de Mainé Soroa (Boudoum, Tam, Malam Boulamari, Mainé, Cheri, Ambouram Ari et nomades) et toujours 3 aires de santé du district sanitaire de Yunusari (Dekwa, Bultura et DeguelTura).

L'équipe assure aussi l'activité nutritionnelle (CRENAS) dans 5 aires de santé du district de Mainé (Boudoum, Tam, Mainé, Foulatari et Gaptiari).

Du côté nigérian, des suspensions intempestives suite à des opérations militaires ont émaillé l'activité en 2018. Un des sites a connu une suspension plus longue des activités frappées d'interdiction par les autorités militaires. Les relais communautaires ont tout de même continué les activités. Un taxi de location assure les références vers l'hôpital de district de Mainé Soroa au Niger.

Le manque criant de ressources humaines qualifiées dans les structures périphériques, notamment dans le suivi des femmes enceintes, occasionne une situation assez précaire

en matière de santé maternelle. En juin, MSF a recruté une sage-femme pour assurer la prise en charge de ce volet dans l'équipe mobile.

Activités Communautaires

62 relais communautaires - dont 15 du côté Nigeria - assurent la prise en charge des pathologies simples et facilitent les références vers les structures de santé appropriées.

3 ambulances du district assurent les références avec l'appui de MSF en carburant, entretien et primes des chauffeurs.

Au niveau de l'hôpital (IPD)

Au départ, MSF n'appuyait que les services de médecine et de pédiatrie. Après quelques mois, il a été constaté que le système mis en place au niveau de l'aiguillage/urgence constituait un blocage pour l'accès des patients les plus grabataires aux soins. MSF a alors décidé d'intégrer le service des urgences pour être en première ligne dans la prise en charge des patients et éviter la confusion des frais payés à l'entrée.

Le service du CRENI a été introduit dans l'appui suite aux résultats de l'enquête SMART évoquée plus haut.

Un kit pour l'afflux de blessés est positionné à cet endroit pour permettre la réactivité dans la prise en charge des blessés. Face à la récurrence des accidents de circulation, un même kit est également positionné au niveau des urgences. En 2 mois, l'équipe a fait face à 4 afflux de blessés durant le dernier semestre 2018.

Bilan de l'année 2018

Activités externes

- Renforcement de capacités des relais communautaires et extension de la zone (de 4 à 7 aires de santé au Niger) ;
- Amélioration de la prise en charge à domicile de paludisme simple, des diarrhées simples, des infections respiratoires simples, du dépistage de la malnutrition et des références ;
- Intégration des activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) en santé maternelle, malnutrition, consultation prénatale et vaccination,
- Extension de la couverture aux 7 aires de santé de Mainé et à 2 de Yunusari, Nigeria (Dekwa et Bultwa)

A l'hôpital

- Amélioration de la qualité des soins et de l'hygiène hospitalière dans les services de Médecine, Pédiatrie et CRENI
- Récupération de la prise en charge des patients au niveau du triage et des urgences
- Mise en place d'un dispositif de réponse aux afflux massifs des blessés à l'hôpital
- Construction d'un forage

En termes de difficultés

- Fonctionnement non optimal du laboratoire suite au manque récurent de réactifs
- Mise à niveau de l'hygiène et manque des ressources adéquates pour l'exécution des soins de qualité

	2017	2018
IPD	799	843
Consultations OPD	22 907	24 751
Nb de consultations des 87 relais communautaires	20 802	25 816
Nb de consultations Kanama OPD	2 324	5 371
Nb de consultations des agents communautaires Kanama	759	11 801
Nb de consultations santé de la femme	-	283

PROJET : PRISE EN CHARGE MÉDICO-SOCIALE DES MIGRANTS À NIAMEY

Historique du projet : évolution des objectifs

Le Niger est un carrefour central de transit des populations d'Afrique de l'Ouest. Les raisons expliquant les flux de population vers ou depuis le pays sont hétérogènes : déplacés internes ou étrangers, réfugiés de conflits régionaux ou d'exactions par des groupes terroristes, migrants économiques et travailleurs saisonniers fluctuent selon la saison, les tensions politiques et économiques des pays limitrophes. En 2015, une loi criminalisant le transport des migrants vers la Lybie et l'Algérie a complexifié les processus migratoires ; les passeurs ont augmenté leurs tarifs et diversifié leurs routes malgré des risques de sécurité régionaux accrus. En conséquence la précarité des candidats au départ augmente ainsi que les risques pour leur santé et sécurité. L'OIM et différentes ONG rapportent une baisse consécutive drastique des mouvements de transit par le Niger de 2016 à 2017. Cependant cela concerne les personnes enregistrées, une majorité échappant à ce recensement pour garder un profil bas ou parce qu'ils choisissent d'autres carrefours.

Nombre d'entrées au Niger : 111 230 personnes en 2016 contre 94 855 en 2017.

Nombre de sorties du Niger : 333 891 personnes en 2016 contre 62 816 en 2017.

Pour l'année 2018, on estimait au mois de février déjà l'entrée au Niger à 27 000 personnes migrantes. Entre janvier et juillet 2018, plus de 10 000 migrants ont été officiellement enregistrés et rapatriés par l'OIM, démontrant qu'une importante partie de cette population refuse l'aide au retour assisté.

Si Niamey se trouve au carrefour des routes migratoires de la région, les acteurs concentrent davantage leurs actions dans la région d'Agadez plutôt que dans la capitale. C'est pourquoi, en réponse aux annonces de refoulements croissants à la frontière algérienne en mai 2018, MSF OCP décide d'ouvrir un projet de soins à destination des migrants à Niamey pour quelques mois, afin d'évaluer concrètement les besoins dans ce secteur.

Les autres acteurs prenant en charge cette population à Niamey sont l'UNHCR, l'OIM, l'ONG COOPI et l'église Garbado sous la direction du Père Mauro.

Dispositif actuel

Depuis le 15 mai 2018, un cabinet médical pour les migrants en situation précaire est ouvert dans le quartier des gares routières de Wadata, à Niamey. Il est complété par une clinique mobile qui sillonne les lieux susceptibles d'héberger des migrants, réalise les consultations et assure les références si nécessaire.

Bilan 2018

L'ambition pour l'année 2018 était l'initiation d'une activité dédiée aux migrants à Niamey afin de mieux comprendre les besoins et d'évaluer une réponse possible. L'affluence s'est stabilisée autour de 400 consultations par mois, puis a augmenté progressivement jusqu'à environ 700 consultations pour le seul mois d'août.

Le volet psychologique était l'un des points clés et sur lequel le projet pouvait potentiellement se développer. Une psychologue est arrivée sur place en septembre 2018. Après 2 mois d'évaluation, il s'est avéré que le nombre de cas critiques nécessitant une prise en charge psychologique restait limité. De plus, en novembre la Croix Rouge Danoise était en cours d'ouverture d'un projet répondant aux besoins de santé primaire et psy des migrants sur Niamey.

Au vu de ces dernières évolutions, MSF a décidé de fermer le projet migrants à Niamey dès la fin de l'année 2018.

NIGERIA

Typologie : conflit armé, épidémie / endémie, accès aux soins.

Personnel 2018
International : 61
National : 696

Nombre de projets 2018 : 6

Dépenses 2018 : 13 199 k€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCB, OCBA, OCG, OCA.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Après une période d'incertitude, le président Buhari a déclaré être prêt pour un second mandat, s'il venait à être réélu lors des élections présidentielles de février 2019. Au cours des débats nationaux organisés avant ces élections, certains points du bilan de l'administration Buhari ont été vivement critiqués, en particulier l'incapacité à améliorer la situation du pays sur le plan sécuritaire, notamment s'agissant de la lutte incessante contre le groupe islamiste Boko Haram, dans le nord-est. Depuis le mois d'août 2018, une série d'attaques d'envergure ciblant les positions des forces de sécurité du Nigéria ont été menées, la plupart dans le nord de l'État de Borno : certaines ont causé des pertes humaines et matérielles considérables pour l'armée. Contrairement à ce que l'on pouvait observer par le passé, ces attaques sont de plus en plus revendiquées publiquement par l'État islamique en Afrique de l'Ouest (ISWAP). Et si MSF-OCP n'a jamais été directement impacté par ces événements, plusieurs attaques ont eu lieu à des endroits où les équipes du projet Monguno (qui doit se terminer fin 2018) déployaient des cliniques mobiles, ce qui nécessitait une vigilance accrue, ainsi que des ajustements opérationnels constants en raison des opérations militaires, des fermetures de routes, etc.

De même, on assiste toujours à de violents incidents dans d'autres régions du Nigéria : tensions communautaires dans la vaste « ceinture centrale » du pays (conflit trop souvent réduit à un litige entre agriculteurs et éleveurs), tensions religieuses (généralement musulmans contre chrétiens, mais qui s'entremêlent avec d'autres affrontements entre communautés), affrontements entre les forces de sécurité et la communauté chiite, qui, en octobre 2018, auraient fait une cinquantaine de morts près d'Abuja, violences urbaines, mouvements de groupes militants liés aux réserves de pétrole dans le sud (cela devrait s'aggraver durant la période préélectorale).

Enfin, la crise en cours dans la partie anglophone du Cameroun continue à entraîner la fuite de populations vers le Nigéria, en particulier vers les États de Benue et de Cross River.

Contexte sanitaire et humanitaire

Le Nigéria comprend 36 États fédérés possédant chacun un Gouverneur et un Commissaire à la santé. Ces États étant particulièrement autonomes, les consignes/directives de l'État fédéral, y compris dans le secteur de la santé, ne sont pas toujours suivies au niveau local, et la surveillance et le soutien aux structures de santé sont extrêmement limités, notamment dans les zones rurales. Deux départements sont chargés respectivement des soins primaires et secondaires, sous la direction du Commissaire à la santé.

Globalement, les indicateurs de santé du pays sont très mauvais en matière de couverture vaccinale, de soins pédiatriques et de suivi nutritionnel, ainsi que d'accès à des soins maternels de qualité. De plus, le Nigéria fait régulièrement face à des épidémies de rougeole, de choléra (qui fait désormais rage tout au long de l'année), de fièvre jaune, de méningite, de fièvre de Lassa et de variole du singe, entre autres. La population approchant les 190 millions de personnes et les conditions sanitaires et d'hygiène étant globalement médiocres, chaque épidémie peut rapidement se muer en crise majeure. D'autre part, la mortalité maternelle est très élevée, avec 576 décès/100 000 naissances vivantes (NDHS, 2013), et l'on estime que plus de 200 000 femmes vivent avec une fistule vésico-vaginale (12 000 nouveaux cas par an). La couverture des soins de santé dans les zones rurales est extrêmement limitée, et même les services de base sont, la plupart du temps, payants, donc inaccessibles aux populations pauvres.

Par ailleurs, les épisodes de violence sont réguliers et provoquent généralement au moins des mouvements de populations temporaires. S'ajoutent à tous ces paramètres des catastrophes naturelles récurrentes, comme des inondations, le poids important de la malaria pendant la saison des pluies et l'insécurité alimentaire et la malnutrition dans diverses régions. Ces facteurs sont aggravés par les restrictions sur les déplacements de la population civile dans les zones touchées par les conflits, au nord-est.

Si la plupart des acteurs humanitaires au Nigéria se concentrent dans l'État de Borno, cela ne se traduit malheureusement pas en une intervention de haute qualité permettant de répondre aux besoins essentiels de la population. De nombreuses lacunes persistent, alors que l'on constate par ailleurs une multiplication des aides, ainsi qu'une mauvaise coordination et l'absence de personnel chevronné sur le terrain. En outre, de vastes régions dans le nord-est du pays restent inaccessibles aux acteurs humanitaires en raison de restrictions imposées par le gouvernement ou l'armée : les aides (y compris en matière de santé) n'atteignent aujourd'hui que quelques zones supplémentaires, par rapport à 2017. Un discours plus fort, appuyé par le gouvernement nigérian, les Nations unies et plusieurs grands donateurs, appelant à davantage d'initiatives de développement et de paix dans le contexte du conflit armé en cours, pourrait aggraver le niveau de la réponse humanitaire en 2019.

Une attaque d'envergure sur une base militaire à Rann, à la frontière avec le Cameroun, début mars, a entraîné la mort de trois travailleurs humanitaires et l'enlèvement de trois autres : tous étaient présents sur la base lorsque l'attaque a eu lieu. La base voisine de MSF-OCG a été épargnée. Deux des travailleurs kidnappés, des jeunes femmes agents de santé sous contrat de sous-traitance avec le CICR, ont été tués en septembre et octobre 2018, respectivement : des investigations sont toujours en cours, quant à savoir si ces meurtres et les déclarations de l'ISWAP peuvent être interprétés comme un message spécifiquement destiné au CICR ou comme un avertissement aux acteurs humanitaires dans leur ensemble.

Même au sein des forces de sécurité et du gouvernement nigérians, on constate régulièrement une certaine méfiance ou suspicion envers les nombreux acteurs humanitaires présents dans le nord-est du pays : ainsi, des restrictions ont parfois été mises en place sur la quantité d'essence à transporter vers les projets sur le terrain (« afin de réduire le risque potentiel de détournement »), et les humanitaires ont même été accusés de collaborer avec Boko Haram et de bénéficier de la persistance de la crise humanitaire.

PRÉSENCE DE MSF

MSF-OCP est présent en permanence au Nigéria depuis 1996. Aujourd'hui, les équipes mènent six projets en lien avec une équipe de coordination basée à Abuja :

- Jahun, État de Jigawa : projet de maternité et de chirurgie des fistules, ouvert en 2008.
- Port Harcourt, État de Rivers : projet dédié aux violences sexuelles ouvert en 2015 (MSF-OCP a gérét un centre de traumatologie dans la même ville jusqu'à début 2013).
- E-prep : L'équipe de préparation aux situations d'urgence est intervenue à de multiples reprises dans le pays depuis 2006.
- Maiduguri, État de Borno : service d'hospitalisation pédiatrique comprenant une vaste unité de soins intensifs ouvert sur son site actuel en 2017 (premières opérations de MSF-OCP à Borno en 2014).
- Bama, État de Borno : centre de nutrition thérapeutique pour personnes hospitalisées + service d'hospitalisation pédiatrique, ouverts en août 2018.
- Monguno, État de Borno : les cliniques mobiles seront fermées d'ici fin 2018.

Mi-2017, MSF-OCP a lancé un projet à Maïné-Soroa (région de Diffa), au Niger, afin de mener des opérations transfrontalières, dans l'État de Yobe.

Les quatre autres sections MSF sont présentes au Nigéria : MSF-OCBA opère principalement dans les États de Borno et Yobe, et MSF-OCB est présent à Maiduguri (nutrition et lutte contre le choléra en 2018), Cross River (réfugiés camerounais) et Ebonyi (fièvre de Lassa). Quant à MSF-OCG, elle intervient uniquement dans l'État de Borno (à Rann et Ngala, avec consultations et hospitalisations, mais les activités y sont actuellement considérablement réduites pour des raisons de sécurité), tandis que MSF-OCA est basée dans les États de Sokoto et Zamfara (empoisonnement au plomb, lutte contre le choléra).

PROJET : JAHUN – SOINS OBSTÉTRICAUX ET NÉONATALS D'URGENCE COMPLETS, CHIRURGIE DES FISTULES ET CONVALESCENCE

Historique du projet : évolution des objectifs

Le taux de mortalité maternelle de l'État de Jigawa compte parmi les plus élevés du Nigéria, avec plus de 814 décès/100 000 naissances vivantes, selon les estimations. On pense que la plupart des accouchements ont lieu à domicile et que les soins prénatals de base (ANC) sont limités. À Jigawa, les femmes enceintes sont souvent très malades (environ 25 % des grossesses présentent des risques de complications, y compris très graves) : 10 % à 12 % d'entre elles nécessitent une césarienne, et nombre d'adolescentes tombent enceintes parmi des jeunes filles mal nourries, souvent très anémiques.

L'intervention de MSF à l'hôpital général de Jahun, géré par le ministère de la Santé, a débuté en 2008, sous forme de projet dédié aux femmes présentant une fistule (nécessité de proposer des soins obstétricaux d'urgence complets afin de prévenir les fistules et de réduire le taux de mortalité maternelle élevé), puis de soins obstétricaux et néonatals d'urgence complets. L'hôpital de Jahun est l'hôpital de référence pour deux zones de gouvernement locales (LGA – Local Government Areas), sur les 27 que compte l'État de Jigawa.

Objectifs

- Améliorer la qualité des soins obstétriques d'urgence à l'hôpital général de Jahun et ainsi contribuer à réduire les taux de mortalité maternelle et de mortinatalité dans la zone d'intervention.
- Améliorer les interventions de chirurgie réparatrice des fistules et la prise en charge après l'intervention, et améliorer les mesures préventives, notamment par la promotion des soins prénatals, afin de détecter précocement les complications de grossesse et de réduire le délai d'accès à une structure de santé en cas d'accouchement.

Dispositif actuel

Hôpital général de Jahun (151 lits) :

- Urgences gynéco-obstétriques : 96 lits, dont : 56 lits post-accouchement (20 de plus en 2018), 7 lits en unité de soins intensifs (ICU) (8 de plus) et 25 lits en unité de soins intensifs néonatals.
- Chirurgie des fistules : 55 lits

Activités de proximité : soutien à 3 unités de soins obstétricaux et néonatals d'urgence de base (BEmONC) dans la zone d'intervention, dont une dans la ville de Jahun.

Évolution du projet

2008 : mise en place du projet, priorité donnée à l'aide à la chirurgie des fistules à l'hôpital général de Jahun. Constatation des difficultés au sein de la maternité, début de l'intervention en matière de soins obstétricaux et néonatals d'urgence. À noter qu'au cours des années suivantes, les activités de la maternité se sont constamment développées, au rythme de 10-15 % par an, tandis que le coût des traitements par patiente est resté relativement stable.

2014 : le ministère de la Santé a construit une structure de 40 lits pour la maternité afin de réduire le taux d'occupation des lits et de ne plus devoir placer les patientes dans des tentes.

2015 : le nombre de patientes a poursuivi sa progression, le taux d'occupation des lits ayant atteint plus de 150 %, voire plus de 200 % fin 2017, pendant plusieurs mois consécutifs.

2018 : ajout d'une structure temporaire de 18 lits + 2 lits post-accouchement. À la suite de l'ouverture du service BEmONC à Jahun, l'hôpital a connu une baisse du nombre d'admissions pour des accouchements sans complications, ainsi que du taux d'occupation des lits moyen par mois, à environ 128 % (le taux le plus faible, 97 %, a été observé en juillet 2018). Volume global en 2018 (jusqu'à fin septembre) : 10 046 admissions dans le service de soins obstétricaux et néonatals d'urgence complets (CEmONC), 5 712 accouchements au total, pour une moyenne mensuelle de 72 % de cas avec complications. Au cours de la même période, de janvier à septembre 2018, le service BEmONC a pris en charge 2 599 patientes admises et 2 144 accouchements.

	2016	2017	2018
Nb d'admissions à la maternité	10 531	12 383	12 407
Nb de grossesses avec complications prises en charge	7 371	7 920	7 908
Nb de césariennes effectuées	1 396	1 803	1 680
Nb d'interventions chirurgicales pour fistule	296	342	267
Activité de proximité / Nb d'ANC & PNC*	9 192	13 200	18 282
Activité de proximité / Nb d'accouchements	816	1 539	2 958

* Consultations prénatales et postnatales

PROJET : PORT HARCOURT – VIOLENCES SEXUELLES

Historique du projet : évolution des objectifs

L'État de Rivers et sa capitale, Port Harcourt, font face à un niveau de violence urbaine élevé depuis les années 1970, avec des pics constatés au début du XXIe siècle (2005/2012). Au Nigéria, de nombreux groupes armés illégaux (sectes/gangs, groupes militants) sont nés à Port Harcourt et dans les environs à la suite de la découverte d'importantes réserves de pétrole et de gaz (puis de la concurrence que cela a créée) dans la région du delta du Niger en 1956. Utilisés/manipulés par l'industrie du pétrole et du gaz et par l'ensemble de la classe politique, ces groupes armés poursuivent leurs activités et ont déclaré qu'ils continueraient à lutter pour obtenir une part de ces ressources naturelles, y compris en menaçant de ne pas respecter le cessez-le-feu convenu précédemment. Ils vont sans doute jouer un rôle dans les prochaines élections au niveau national et des différents États (élections prévues début 2019), d'autant que des événements violents ont déjà été observés en 2018.

Depuis son engagement initial au sein du centre de traumatologie de Teme, à Port Harcourt (2005-2013), MSF-OCP a constaté qu'un nombre important de patients se présentaient pour des traumatismes liés à des violences sexuelles, ce qui a entraîné l'ouverture en 2006 d'une unité médicale dédiée aux victimes de violences sexuelles. À l'issue du projet de traumatologie de Teme, il a été décidé de maintenir/relancer en juin 2015 un projet ciblant spécifiquement les victimes de violences sexuelles.

Objectifs généraux du projet

- Améliorer l'accès à des soins complets pour les victimes de violences sexuelles (VVS) : services médicaux, conseil, soutien social et psychologique.
- Sensibiliser aux violences sexuelles dans l'État de Rivers et promouvoir l'existence des services de MSF-OCP proposés aux victimes de violences sexuelles.
- Mettre en place une collaboration opérationnelle pérenne avec les partenaires de MSF (État et autorités de santé, société civile, etc.) afin d'améliorer l'accès des victimes de violences sexuelles à des services complets, au-delà de ceux proposés par MSF.

Dispositif actuel

Deux cliniques dédiées aux violences sexuelles au sein de deux établissements du ministère de la Santé :

- Orogbum, LGA de Port Harcourt (sud de la métropole), inaugurée en juin 2015. Ouverte 24h/24, 7j/7 depuis le 15 janvier 2018 afin d'améliorer l'accès aux soins pour les victimes, et fréquentée par environ trois quarts des victimes examinées par MSF-OCP.
- Eliozu, LGA d'Obio Akpor (nord de la métropole), inaugurée en août 2017. Ouverte de 7h à 19h tous les jours, et fréquentée par environ un quart des victimes examinées par MSF-OCP.

MSF a non seulement développé des protocoles de services et, là où ils étaient nécessaires, des systèmes de référence vers d'autres structures de santé, mais également poursuivi ses efforts de mise en place d'une collaboration avec les services/organisations d'aide sociale et juridique aux victimes.
Une équipe de proximité s'attelle à sensibiliser la population à la fois à l'existence des services MSF et à la nécessité de demander une aide médicale dans les 72h après un viol, et ce par le biais de diverses activités (visites dans les écoles, sur les marchés, dans les postes de police, etc.) et de l'utilisation des médias et de supports de communication adaptés.

Le projet a été mis en place dans un environnement très exigeant, qui se caractérise par un niveau de violence urbaine constamment élevé et par de nombreux obstacles empêchant les victimes d'accéder aux services disponibles (peur, stigmatisation, manque de connaissances, perte d'estime de soi, absence de moyens de transport, problèmes d'argent, etc.). Par ailleurs, les sectes et les gangs de la région sont connus pour avoir recours au viol comme une sorte de « rituel initiatique », tandis que le viol d'enfants très jeunes semble lié à des pratiques de « magie noire », et conférer des pouvoirs protecteurs à leurs auteurs. A cause de fortes croyances religieuses, la question de l'interruption de grossesse (IVG) est très sensible : les lois sont d'ailleurs très restrictives en la matière.

Bilan 2018

Les données mettent en évidence une augmentation régulière du nombre de nouveaux cas examinés à la clinique chaque mois, alors qu'il est évident qu'ils ne représentent qu'une faible part des victimes de violences sexuelles probables dans l'agglomération de Port Harcourt. Les indicateurs du projet nécessitent clairement d'être observés sur une période de plusieurs années.

	2016	2017	2018
Nb de nouveaux cas	643	876	1 422
Nb de nouveaux cas examinés par mois	54	73	118
Nb de consultations (méd., psy, conseil)	2 491	4 099	6 311
Nb de cas référés	19	56	76
Nb d'IVG	5	34	50

PROJET : ÉQUIPE D'URGENCE – SURVEILLANCE, PRÉPARATION ET INTERVENTION

Historique du projet : évolution des objectifs

L'équipe de préparation aux situations d'urgence basée à Abuja (E-Prep) est en charge de la surveillance et des interventions au Nigéria en cas d'épidémies, de violences et de déplacements de populations en résultant, de catastrophes naturelles, de crises de malnutrition, etc. Les États fédérés sous surveillance permanente dans le cadre du programme élargi de vaccination (PEV) sont Jigawa, Gombe, Katsina, Bauchi, Rivers et Borno.

L'équipe de préparation aux situations d'urgence a été formée en 2006. Étant donné que le pays connaît chaque année nombre de situations d'urgence, il était nécessaire de créer une unité au niveau national capable d'intervenir en cas de catastrophes naturelles et d'épidémies.

Objectifs généraux

- Assurer une réponse aux urgences et contribuer à réduire les vulnérabilités associées dans six États du Nigéria (surveillance et suivi, plans de contingence, réponse aux urgences).
- Augmenter la capacité de MSF-OCP à se préparer et répondre aux urgences au Nigéria, et développer les compétences du personnel pour soutenir d'autres missions MSF par la présence de managers expérimentés et polyvalents (formation et développement de compétences, analyse du contexte et de la situation sur le plan sécuritaire).

Évolution du projet

2006-2014 : L'équipe E-Prep a développé de solides compétences de réponse aux urgences et a aussi offert des perspectives de carrière au personnel national. L'équipe a répondu à plusieurs grosses urgences (épidémies de méningite, choléra, rougeole…) et a apporté son aide à des missions exploratoires ayant débouché sur le lancement de nouveaux projets (Jahun en 2008, Maiduguri en 2014). En 2014, après les deux interventions de réponses aux épidémies de choléra à Bauchi et Maiduguri, l'équipe a principalement été affectée à l'ouverture des projets de Borno.

2015 : Après le transfert des opérations de Borno vers la cellule d'urgence, les membres de l'équipe E-Prep ont été affectés à différentes activités dans la même zone, et ce pendant la plus grande partie de l'année.
2016 : Après les frustrations dues à des objectifs trop vagues et à plusieurs démissions de membres du personnel pour cette raison, il a été décidé de reconstituer l'équipe et de la faire gérer par un chef de projet expatrié (personnel international) expérimenté à plein temps, à partir de 2017.

Lorsqu'elle n'est pas affectée à une mission particulière, l'équipe E-Prep s'occupe de la surveillance dans le cadre du PEV, de la formation liée à l'E-Prep et du soutien à d'autres projets en place dans le pays, afin de maintenir disponible un large éventail de compétences professionnelles et de combler les manques récurrents.

Bilan 2018

Missions exploratoires (souvent menées de manière répétée dans les mêmes États) dans les États de Jigawa, Katsina, Gombe, Bauchi et Kaduna en lien avec des alertes épidémiques, et dans l'État de Benue, à la suite d'une flambée de violence et du flux de déplacés qu'elle a entraîné.

Bauchi (février-juillet 2018)

Première intervention pour répondre à une épidémie de fièvre de Lassa (construction d'un centre d'isolement, formation du personnel du ministère de la Santé sur la prise en charge des patients et le contrôle et la prévention des infections), suivie d'une réponse à une épidémie de choléra.
Quelques chiffres : Un centre de traitement du choléra mis en place (4 775 patients traités) et 20 points de réhydratation orale (4 001 patients traités). Le ministère de la Santé a lancé une campagne massive de vaccination anticholérique d'urgence avec un vaccin oral en deux doses pour 600 000 personnes à haut risque. MSF a apporté son soutien dans la planification et la supervision de la mise en œuvre, la gestion des données et le support logistique. 590 000 personnes ont été vaccinées au cours de la campagne.

Plateau (mai-juillet 2018)

Réponse à une épidémie de choléra dans la LGA de Jos Nord et à une flambée de violence et de déplacements de population (formation du personnel du ministère de la Santé, mise en place d'un centre de traitement du choléra - 46 patients traités ; cliniques mobiles dans des camps de déplacés - 700 consultations médicales).

Katsina (en cours depuis juillet) :

Réponse à une épidémie de choléra. Principaux points à retenir : surveillance et formation du personnel du ministère de la Santé à la prise en charge des patients, interventions eau/assainissement ; mise en place de deux centres de traitement du choléra dans deux des LGA les plus touchées en septembre (3 739 patients traités jusqu'à fin octobre 2018).

PROJET : MAIDUGURI – SERVICE D'HOSPITALISATION PÉDIATRIQUE

Historique du projet : évolution des objectifs

Même dans la capitale de l'État de Borno, et avec la forte présence, toujours accrue, d'autres acteurs humanitaires, il est toujours nécessaire de proposer des services d'hospitalisation pédiatriques spécialisés, à la fois pour les déplacés et pour la population hôte de Maiduguri, que les autres acteurs (dont le ministère de la Santé) ne peuvent offrir. À ce jour, on ne compte aucun lit pédiatrique dédié au sein de l'unité de soins intensifs, pour une population d'environ 1,8 million de personnes, en dehors de ceux dont dispose la structure de

MSF-OCP, et même les soins les plus essentiels sont souvent payants : par conséquent, ils restent inaccessibles aux populations les plus pauvres.

L'hôpital de Gwange, au centre de Maiduguri, est un établissement doté d'un service d'hospitalisation pédiatrique comprenant une salle d'urgence (ER) et d'observation, une unité de soins intensifs et un service d'hospitalisation comptant 80 lits au total (52 lits d'hospitalisation, 18 lits dédiés aux soins intensifs et 10 lits d'isolement). Il opère sous sa forme et au sein de son site actuel, c'est-à-dire au sein d'un centre de soins de santé primaires du ministère de la Santé, depuis le mois d'août 2017. Compte tenu de l'expérience vécue au moment du pic de paludisme de 2017, il a été prévu d'augmenter la capacité jusqu'à 150 lits (dont 30 au sein de l'unité de soins intensifs) pendant le pic de paludisme, en 2018.

Cet hôpital est le seul de ce type à Maiduguri : il propose des services non disponibles ailleurs dans cette grande ville (principalement des soins pédiatriques intensifs spécialisés).

Bilan 2018

	2017	2018
Admissions dans le service d'hospitalisation à Gwange	2 721	7 282
Consultations salle d'urgence	4 265	11 695

L'activité d'hospitalisation pédiatrique a été transférée de Maimussari à Gwange en 2017.

- En 2018, la saison du pic de paludisme s'est avérée bien plus intense que prévu : l'hôpital a dû admettre jusqu'à 195 patients, dont plus de 70 nécessitaient des soins intensifs. Le nombre de lits était insuffisant, avec 116 lits d'hospitalisation, dont 47 dédiés aux soins intensifs.
- Des cas de malnutrition aiguë sévère ont parfois été admis au sein du centre de nutrition thérapeutique intensif (ITFC), installé sous tentes à cause de l'engorgement des services. Cela a été particulièrement le cas au cours de la première quinzaine d'août, lorsque l'équipe MSF-OCP de Bama a détecté des cas d'enfants victimes de malnutrition sévère ne pouvant être référés ailleurs qu'à Gwange, étant donné que les autres acteurs de Maiduguri étaient déjà surchargés et que l'établissement de MSF-OCP à Bama n'était pas encore opérationnel.

PROJET : MONGUNO

Historique du projet : évolution des objectifs

MSF-OCP a lancé le projet de Monguno en septembre 2016, à l'issue d'une mission exploratoire en juillet de la même année et après la publication de rapports émanant de plusieurs ONG, qui tiraient la sonnette d'alarme quant à la situation sanitaire, en particulier le taux élevé de malnutrition. Comme d'autres acteurs étaient déjà sur place pour des activités de distribution de nourriture, d'eau/assainissement, de fourniture d'abris et de consultations médicales dans les camps de déplacés, MSF-OCP a ouvert une structure d'hospitalisation qui n'existait pas à Monguno, encore une fois dédié aux soins pédiatriques et à la malnutrition. En octobre 2016, il a été décidé de soutenir également l'hôpital général du ministère de la Santé, non fonctionnel, avec un service de consultations pour améliorer le système de référence vers le service d'hospitalisation et d'offrir des services de base à la population de Monguno et des environs.

En 2018, le nombre d'acteurs dans la région a considérablement augmenté : ALIMA a notamment lancé des opérations au sein de l'hôpital général. Le service d'hospitalisation pédiatrique de 50 lits de MSF a été confié à ALIMA en juillet 2018.

Malgré le grand nombre d'acteurs présents sur place, il n'existe actuellement aucun service d'hospitalisation pour adultes à Monguno et MSF a concentré ses activités de cliniques mobiles à l'extérieur de Monguno pour cette catégorie de population. Le contexte reste complexe dans le nord de Borno, mais l'équipe est parvenue à créer un réseau et à se déplacer dans des villages à proximité de Monguno. Néanmoins, en raison de ressources financières limitées, mais aussi de capacité de gestion (la mission gère six projets), il a été décidé de mettre un terme à ce projet d'ici fin 2018.

Bilan 2018

	2017	2018
Admission en hospitalisation pédiatrique	3 629	1 566
Consultations cliniques mobiles	400	11 887

PROJET : BAMA – CENTRE DE NUTRITION THÉRAPEUTIQUE ET D'HOSPITALISATION PÉDIATRIQUE

Historique du projet : évolution des objectifs

Ce projet a été ouvert en « mode d'urgence » en août 2018 à la suite de plusieurs missions exploratoires à Bama, dans l'État de Borno, ayant mis en évidence un flux considérable de nouveaux déplacés vers un camp déjà presque complet. Parmi ces nouvelles arrivées, les équipes MSF-OCP ont noté un taux élevé de malnutrition aiguë sévère et une mortalité inquiétante, ainsi que l'absence totale de services de santé pour les enfants mal nourris avec complications et de structures d'hospitalisation pédiatriques. Sans système de référence opérationnel et en raison du coût inabordable du trajet ou de l'impossibilité pour les familles concernées de se rendre dans les hôpitaux de Maiduguri (pour des raisons de sécurité), il est apparu rapidement nécessaire d'ouvrir une structure sur place.

Initialement doté de 30 lits installés dans des tentes, afin de créer un centre de nutrition thérapeutique (ITFC) et des services d'hospitalisation pédiatriques, l'hôpital a dû rapidement augmenter sa capacité à 45 lits afin de répondre aux besoins du nombre croissant de déplacés et de la communauté hôte de Bama, en particulier au cours du pic saisonnier de paludisme.

En septembre, MSF-OCP a également dû ouvrir un centre temporaire de traitement du choléra, étant donné que les autres acteurs présents à Bama n'étaient pas en mesure de proposer des soins adaptés aux patients touchés par cette maladie. Au total, 66 patients ont été traités au sein du centre MSF.

Bilan 2018

	Août 2018 (au 16/08)	septembre 2018	octobre 2018	novembre 2018	décembre 2018
Admissions ITFC	68	81	52	60	19
Admissions en hospitalisation	46	133	258	293	158
Admissions dans l'unité de soins intensifs	10	28	55	N/A	N/A
Consultations salle d'urgence	125	286	622	488	285

OUGANDA

Typologie : conflit armé, épidémie, endémie

Personnel 2018
International : 40
National : 360

Nombre de projets 2018 : 3

Dépenses 2018 :7 800 k€

Financements Institutionnels : 770 k€ (Canada).

Autres centres opérationnels MSF présents : aucun.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Selon les estimations 2017, la population de l'Ouganda se situe autour de 42 millions de personnes. Longtemps paralysé par des difficultés et troubles divers, le pays est désormais parvenu à retrouver une certaine stabilité et prospérité. Depuis son indépendance du Royaume-Uni en 1962, cette nation d'Afrique de l'Est a dû faire face à un coup d'État militaire, puis à une dictature militaire particulièrement autoritaire, renversée en 1979, à des élections contestées en 1980, et enfin à une guérilla qui a perduré pendant cinq ans, avant que le chef de l'armée rebelle, le président Yoweri Museveni, ne prenne le pouvoir en 1986. L'Ouganda a également dû lutter pendant 20 ans contre des soulèvements violents au nord, menés par l'Armée de résistance du Seigneur de Joseph Kony, qui se cache aujourd'hui quelque part entre la République Centrafricaine, le Soudan du Sud et la République Démocratique du Congo.

Le président Yoweri Museveni et son mouvement de résistance nationale (NRM), au pouvoir depuis 31 ans, ont de nouveau remporté les élections en 2016 pour un mandat de cinq ans (2021), ce qui a entraîné une flambée de violence dans certaines tribus, en particulier dans les districts de Kasese et Bundibugyo.

En outre, la popularité croissante de Bobi Wine et de son mouvement « People Power » menace depuis peu le gouvernement Museveni. L'arrestation de Bobi Wine et les soupçons de torture en garde à vue ont déclenché des violences à Kampala en août 2018. Depuis sa libération, ce leader continue de faire entendre sa voix au sein de l'opposition. Ces événements ont contribué à instaurer un climat de paranoïa au sein du gouvernement, qui cherche à gérer au mieux cette vague d'opposition.

Au niveau régional, l'Ouganda et ses alliés, le Kenya et le Rwanda, restent une force politique et militaire majeure. En 2017, bien que les Forces de défense populaire de l'Ouganda (UPDF) se soient retirées de la RCA à la fin de leur mission destinée à retrouver Joseph Kony, l'engagement de l'UPDF s'est poursuivi en Somalie, dans le cadre de la mission AMISOM, soutenue par l'ONU. Le rôle important de l'Ouganda dans la lutte contre l'insurrection al-Shabaab le rend vulnérable aux opérations menées sur son propre sol par ce groupe islamiste, bien que l'on ne déplore aucune attaque d'envergure sur le territoire ougandais depuis l'attaque à la bombe de juillet 2010 à Kampala, au cours de la Coupe du monde de football.

L'Ouganda est également entouré de pays instables, comme le Soudan du Sud, qui a fait face, à partir du 7 juillet 2016, à une lutte entre le gouvernement (SPLA-IG) et les forces d'opposition (SPLA-IO), qui s'est rapidement propagée dans la ceinture verte, au sud du pays (Eastern Equatoria, Central Equatoria and Western Equatoria). Encore une fois, ces événements ont contraint la population du Soudan du Sud à fuir les zones de conflit et les violences généralisées dans la région : actuellement, l'UNHCR estime à environ 1 million le nombre de réfugiés de ce pays en Ouganda.

L'autre pays voisin à haut risque est le Congo. En effet, il est probable que le flux de réfugiés congolais augmente en provenance de la Province orientale de ce pays en raison des élections générales prévues pour décembre 2018, ainsi que des activités des différents groupes rebelles de la région : la milice Mai-Mai, ADF et la rébellion du M23, entre autres.

En 2017, selon l'UNHCR, l'Ouganda est devenu le pays accueillant le plus grand nombre de réfugiés en Afrique, avec plus de 1,47 million de réfugiés (1 065 000 Soudanais du Sud, 288 766 Congolais, 42 656 Burundais, 37 193 Somaliens et 35 794 personnes d'autres nationalités, comme des Éthiopiens et des Érythréens).

Contexte sanitaire

VIH/TB

Selon l'évaluation de l'impact du VIH sur la population ougandaise menée en 2016/2017, la prévalence du VIH chez les adultes âgés de 15 à 64 ans est de 6,2 %, soit 1,2 million de personnes atteintes du virus en Ouganda. Le rapport final n'est pas encore prêt, mais on sait que l'incidence globale du VIH est de 0,4 %, avec une incidence plus forte chez les femmes (pour la tranche d'âge 15-19 ans, l'incidence du VIH est de 0,47 % chez les femmes et de 0,31 % chez les hommes). Quant à la suppression de la charge virale, elle est proche de 60 % pour les adultes et de 40 % pour les enfants de moins de 15 ans.

Étant donné le taux élevé de résistance aux médicaments anti-VIH de prétraitement (résistance aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) >15 %), il a été décidé d'administrer du dolutégravir en première intention au second semestre 2018, en commençant par les centres de santé les plus importants. Seules les femmes ayant accès à la contraception seront éligibles à ce nouveau régime, ainsi que les patients présentant une suppression virologique (échantillons de plasma : CV<200 copies/ml), pour les traitements de première intention en cours et pour

toute initiation de traitement. Néanmoins, le passage d'un traitement à base d'INNTI à un traitement TLD a été reporté, et il y a des inquiétudes quant au stock d'INNTI disponible dans le pays.

Par ailleurs, l'accès aux tests de résistance aux médicaments et aux traitements de troisième intention est limité en Ouganda. Le rapport de l'OMS publié en 2017 sur la résistance aux médicaments anti-VIH chez les patients débutant leur traitement par ARV, qui portait sur des individus utilisant les ARV pour la première fois, des individus ayant déjà été exposés à ces médicaments et des individus dont on ne connaissait pas le degré d'exposition aux ARV, montre que la résistance aux INNTI (EFV/NVP - les médicaments les plus abordables et les plus couramment utilisés en traitement par ARV de première intention en Ouganda) était bien plus élevée chez les patients utilisant ce traitement en première intention et ayant déclaré avoir déjà été exposés à des antirétroviraux (patients recommençant un traitement ou femmes exposées dans le cadre du programme PMTCT (prévention de la transmission mère enfant)), atteignant 17,5 %, ainsi que chez les individus soumis à ce traitement pour la première fois (15,4 %).

Un atelier national a été organisé à Kampala à la suite de la publication de ces résultats afin d'établir un plan stratégique sur cinq ans. Ce plan comprendra un volet sur le financement des tests de résistance aux médicaments (DRT), mais aussi d'un plus grand nombre de médicaments de deuxième et troisième intention.

Actuellement, on compte environ 600 patients sous traitement de troisième intention en Ouganda, mais un seul laboratoire habilité à effectuer des DRT (payants). De plus, le stock de médicaments de troisième intention est imprévisible ces derniers mois : on déplore en effet régulièrement des pénuries en raison d'une quantification imprécise des commandes et d'une mauvaise gestion des stocks au niveau national.

Pour la co-infection VIH/tuberculose, le programme tuberculose (TB) national fournit des traitements à base de rifabutine. L'approvisionnement en médicaments anti-TB est également irrégulier depuis octobre 2017 : on compte de nombreuses pénuries concernant notamment les médicaments à base de rifampicine. Le programme anti-TB national a permis en 2018 de déployer le régime de traitement court de la tuberculose multirésistante (MDR-TB), qui dure neuf mois.

Autre enjeu majeur en Ouganda, les soins aux patients séropositifs à un stade avancé. L'accès à la numération des cellules CD4 et aux autres tests de laboratoire afin de procéder au suivi des infections opportunistes (IO), ainsi que l'absence de traitement, limitent considérablement la qualité des soins pour ces patients.

Interventions en cas d'urgence

Le nombre d'arrivées de réfugiés du Soudan du Sud a baissé en 2018 pour atteindre environ 1 700 par mois. On observe toujours une absence de services dédiés à la santé mentale et aux violences sexuelles dans les situations d'urgence (réfugiés), dans les phases post-urgence, mais également pendant les périodes stables. Les violences sexuelles sont considérées comme une priorité par l'UNHCR comme par les acteurs humanitaires dans la plupart des lieux où se trouvent les réfugiés. Néanmoins, la nécessité de proposer des traitements médicaux aux victimes est rarement prise en compte. De plus, les avortements ne se pratiquent quasiment jamais dans de bonnes conditions en raison du cadre juridique (et parfois culturel) mis en place dans le pays. Cela étant, l'avortement est légal en cas d'abus sexuels ou si la grossesse présente un risque pour la santé physique ou mentale de la mère. Par conséquent, les « soins post-avortement » sont assez répandus en Ouganda, bien que le niveau de qualité des soins varie beaucoup (et soit généralement très faible).

En 2018, l'Ouganda a également connu l'une des plus graves épidémies de choléra dans le district de Hoima, où l'on a compté plus de 1 500 cas. Une campagne de vaccination orale contre le choléra a été prévue la même année dans onze districts sensibles : 1,6 million de doses devaient ainsi être administrées. Le district de Hoima était le premier concerné par cette campagne, suivi de celui de Nebbi, récemment. Les autres districts feront l'objet d'un plan de contrôle national contre le choléra, comprenant différentes phases.

Toujours en 2018, l'Ouganda a également dû faire face à une épidémie de rougeole dans 43 districts. La dernière campagne de vaccination de masse contre la rougeole a été menée en 2015, parallèlement à une campagne de routine sous-optimale.

Par ailleurs, des cas de fièvre de la vallée du Rift (FVR) ont été signalés dans le sud du pays, avec un taux de létalité de 50 %. De même, quelques cas de fièvre hémorragique de Crimée-Congo ont été constatés, dont les deux derniers à Kampala, en 2018.

Après la déclaration de l'épidémie d'Ebola dans la RDC voisine, en août 2018, l'armée ougandaise a activé son plan de préparation à l'intervention contre Ebola, en se concentrant sur cinq districts. Des efforts considérables y ont été fournis en matière de formation sur la fièvre hémorragique virale : évaluations et rénovation ou construction de centres de traitement d'Ebola (CTE), mise en place de dépistages aux points d'entrées et vaccination préventive pour les travailleurs de première ligne avec le vaccin ZeBoV). Il a également été question lors de réunions de l'armée et de différents sous-comités du traitement expérimental MEURI et de la vaccination en anneau.

PRÉSENCE DE MSF

MSF est présent en Ouganda depuis 1980. En 2001, MSF-OCP a lancé un projet VIH/TB à Arua. L'organisation est également intervenue lors de plusieurs situations d'urgence dans le pays (épidémies de choléra, populations déplacées/réfugiées, fièvre hémorragique virale - dernière épidémie fin octobre 2017 : Marburg). MSF-OCP demeure la seule section opérationnelle en Ouganda, mais MSF-OCG dispose d'une unité d'approvisionnement (SUKA) pour ses projets au Soudan du Sud et en RDC.

L'Ouganda compte par ailleurs une base MSF/Epicentre à Mbarara, qui mène diverses études en collaboration avec l'université de la ville.

MSF a signé un accord de siège (HCA – Host Country Agreement) avec les autorités ougandaises (ministère des Affaires étrangères).

On ne déplore aucun problème de sécurité majeur pour les équipes MSF travaillant en Ouganda, à l'exception de la criminalité et des accidents, en particulier les accidents de

la route. On compte parmi les problèmes les plus délicats ces dernières années pour le personnel MSF des abus sur les biens de l'organisation et des fraudes, accompagnés de menaces de mort exprimées sous différentes formes.

PROJET : ARUA

Historique du projet : évolution des objectifs

Le projet de lutte contre le VIH mené à Arua a été lancé en 2001. Depuis, il a évolué vers sa forme actuelle, ultra-spécialisée, avec pour priorité les populations les plus vulnérables.

Après le transfert au ministère de la Santé de la plupart des activités en 2014, MSF est resté présent dans le pays les trois années suivantes pour mettre en place la mesure de la charge virale au chevet du patient et améliorer la prise en charge médicale des patients chez qui la suppression virale n'avait pas été obtenue.

En juin 2017, l'objectif du projet a été modifié en se concentrant sur l'amélioration des soins anti-VIH pour les enfants et les adolescents, de la prise en charge des patients à un stade avancé de la maladie ou présentant une charge virale élevée, ainsi que de l'accès aux tests de charge virale de laboratoire, et d'autres tests parmi lesquels le diagnostic précoce effectué au chevet des nourrissons. La stratégie principale en matière de soutien psychosocial, qui consiste en un système de groupes de soutien par des pairs et de mentorat, s'avère plutôt efficace pour la cohorte d'adolescents.

Bilan 2018

	2014	2015	2016	2017	2018
Nb total de patients sous traitement de 1re intention*	5 801	6 240	5 594	6 595	6 502*
Nb de patients en 1re intention <19 ans*					390*
Nb total de patients en 2nde intention	471	529	634	937	1 118
Nb de patients en 2nde intention <19 ans					236
Nb total de patients en 3e intention	NA	8	18	30	49
Nb de patients en 3e intention <19 ans (+ « 2e+ »)			4	10	15
% maintien des traitements ARV à 12 mois*	75,7 %	76,9 %	81,3 %	80,6 %	89,6%*
Couverture charge virale %			78 %		78 %
Taux de suppression (CV <1 000 copies/ml)			70 %		77 %
CV <1 000 < 19 ans					71 %

La principale source est la base de données du ministère de la Santé (marquée *), mais elle ne donne qu'un aperçu global. Ces données ne permettent pas un suivi précis de la cohorte.

PROJET : POPULATIONS VULNÉRABLES À KASESE

Historique du projet : évolution des objectifs

Kasese est l'un des trois districts comptant le plus grand nombre de veufs, divorcés ou d'adolescents séparés âgés de 10 à 17 ans (20,7 % de la population), et fait partie des 10 districts où l'on constate le plus grand nombre de grossesses chez les adolescentes (17,9 %).

Le projet de Kasese a été lancé en 2015 : il était alors axé sur les populations vulnérables dans deux sites différents.

D'une part, MSF a ouvert une clinique pour adolescents (KAC – Kasese Adolescent Clinic) en tant qu'extension administrative du centre de santé III (géré par le ministère de la Santé) de la ville de Kasese, avec pour principal objectif d'offrir l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive fiables : soins VIH et sensibilisation aux questions de santé adaptée à un public jeune, etc. En 2016, la prise en charge des violences sexuelles ont été rendus accessibles à toutes les tranches d'âge, et en 2017, ce fut le cas pour les avortements. Par ailleurs, nous avons étendu nos activités (de proximité) aux adolescents difficiles à atteindre (vivant dans la rue ou dans des zones reculées).

D'autre part, MSF a lancé en 2015 un programme de lutte contre le VIH ciblant les communautés de pêcheurs autour des lacs George et Édouard, qui couvrent trois districts (Kasese, Kamwenge et Rubirizi), avec pour objectif d'améliorer la cascade de soins anti-VIH par l'augmentation du nombre de tests effectués dans le cadre d'une campagne de dépistage au niveau communautaire et par une aide à la prise en charge des patients atteints du VIH dans les 13 centres de santé faisant office de lieux d'accueil. En 2016, MSF et Epicentre ont mené une enquête sur le VIH dans ces communautés de pêcheurs afin d'y estimer le taux de séroprévalence du virus. Les résultats ont mis en lumière la couverture globale du projet et la cascade de soins, pour une prévalence du VIH de 17,5 % chez les adultes (20 % chez les femmes). Parmi les patients séropositifs, 86 % ont déclaré qu'ils avaient connaissance de leur état de santé, 78 % qu'ils étaient sous ARV et 56 % que leur charge virale était inférieure à 1 000 cp/ml. Parmi les patients séropositifs sous ARV, 67,6 % avaient obtenu une suppression virale (<1 000 cp/ml). Les hommes présentaient un risque plus élevé de ne pas avoir été dépistés et d'être porteur d'un virus détectable que les femmes. À la lumière de ces résultats, il a été décidé de donner la priorité au lieu d'accueil le plus vulnérable en mettant en place un modèle d'offre de services différenciés (DSDM – *Differentiated Services Deliveries Model*) et une stratégie de tests ciblés par autotest.

Bilan 2018

KAC: Kasese adolescent clinic ; LS : lieux d'accueil

	2016	2017	2018
KAC : nb de consultations (nouveaux patients et suivis)	12 182	14 318	19 616
KAC : nouveaux cas de violences sexuelles	11	21	37
KAC : % violences sexuelles prises en charge en moins de 72h	96 %	52 %	57 %
KAC : nouveaux cas d'IVG	51	147	354
KAC : nouveaux soins prénatals	NA	NA	1 191
KAC : nouveaux cas de femmes bénéficiant d'un moyen de contraception	NA	NA	1 251
LS : nb de patients VIH + sous traitement	1 731	2 214	1 332 (Mayhoro)
LS : nb de patients sous ARV de 1re intention			1 306
LS : nb de patients sous ARV de 2nde intention			26
Couverture Charge virale		60 %	78 %
Taux de suppression charge virale		90 %	90 %
LS : nb de groupes CCLAD* formés	0	0	76
LS : nb de patients déjà inscrits dans un groupe CCLAD			394
LS : nb de patients actifs dans un groupe CCLAD			361

* CCLAD (Community Client Led ART groups) : groupes de patients sous ARV animés par des patients de la communauté

PROJET : INTERVENTION D'URGENCE AUPRÈS DES RÉFUGIÉS DU SOUDAN DU SUD

Historique du projet : évolution des objectifs

MSF a lancé un projet dédié aux réfugiés du Soudan du Sud en juillet 2016 (environ 500 000 personnes). L'organisation s'est d'abord implantée dans des centres d'accueil à Adjumani, puis dans des camps, à BidiBidi et Imvepi, afin d'apporter une assistance médicale (vaccination, service de consultations, service d'hospitalisation et maternité), de mettre en place un système de surveillance, de veiller à un apport en eau de qualité, en procédant à la chloration de l'eau fournie par d'autres acteurs, et de construire des latrines.

Depuis début 2018, le nombre d'arrivées de réfugiés du Soudan du Sud a baissé, atteignant environ 1 700 par mois.
En juillet et décembre 2018, MSF a transféré à Médecins du Monde (MdM) son centre de consultations de Bolomoni, y compris la clinique spécialisée en violences sexuelles et en santé mentale, ainsi que le service d'hospitalisation et la maternité. En mai 2018, MSF a ouvert des services de proximité en santé mentale, violences sexuelles et avortement au centre de santé III de Yoyo, dans la zone 3 de BidiBidi et dans le camp d'Omugo/Rhino.

Bilan 2018 dans le district de Yumbe

	2016	2017	2018
Consultations	2 547	96 814	24 562*
Cas de paludisme	6 477	50 701	9 941
Nouveaux cas de violences sexuelles	10	785	1 257
% violences sexuelles <72 heures	70 %	17 %	13 %
Nouveaux cas d'IVG			245
Admissions en hospitalisation	0	1 802	4 007
Nb d'accouchements		477	1 150
Nouveaux cas de santé mentale		3 089**	5 482
Mortalité globale en service d'hospitalisation		2 %	2 %

* Service de consultations transféré en août 2018
** Base de données dédiée à la santé mentale (SM) mise en place en février 2018. Auparavant, les données de SM n'étaient pas fiables.

PROJET : RÉPONSE À L'AFFLUX DE RÉFUGIÉS ET L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA À HOIMA/ KYANGWALI

Contexte

En décembre 2017, un afflux massif de réfugiés congolais est arrivé dans les camps de réfugiés de Kyangwali, à la suite de conflits entre clans à propos de la terre et des zones de pêche qui ont eu lieu entre les tribus Lendu et Bahema dans la province de l'Ituri. La violence a atteint son apogée en février 2018 lorsque de nombreuses maisons furent brûlées, que de nombreuses personnes furent tuées et des dizaines de milliers de personnes ont fui à la recherche de zones plus sures. Mi-février, pendant le pic de violence, jusqu'à 3000 personnes arrivaient chaque jour en Ouganda. De décembre 2017 à octobre 2018, plus de 100 000 réfugiés ont traversé le lac Albert vers l'Ouganda. Le nombre total de réfugiés à Kyangwali s'élève à 111 717 (dont 35 000 provenant d'un ancien exil des années 1990).

Dispositif actuel

MSF a mis en place un service de consultations (OPD) au centre d'accueil de Kagoma et un autre dans les camps de Maratatu, ainsi qu'une clinique mobile à Kavule, et y a mis en place des soins de santé primaires, un système de référence, des soins de santé sexuelle et reproductive incluant une prise en charge des violences sexuelles et des activités de vaccination.

Bilan 2018

91 053 consultations ont été effectuées, dont 23% pour les enfants de moins de cinq ans, auxquelles il faut ajouter 5 990 consultations anténatales, 750 consultations postnatales, 373 consultations gynécologiques et 261 de planification familiale.
En parallèle, une épidémie de choléra s'est déclarée le 23 février 2018 dans la même région, le premier cas étant

apparu parmi les réfugiés venant de RDC. L'équipe MSF a mis en place 5 points de réhydratation orale, deux centres de traitement choléra de 100 lits et une structure de stabilisation. Plus de 2000 patients avec un choléra grave ont reçu le traitement. En dehors du choléra, les pathologies les plus fréquentes traitées dans les deux OPDs étaient la schistosomiase, les diarrhées sanglantes et le paludisme, habituellement provoquées ou aggravées par le manque d'accès à l'eau potable. MSF a installé une unité de traitement de l'eau du lac pour la distribuer à la population locale et l'acheminer par camions citernes vers les camps de réfugiés. Pour la première fois, les Aqua force 15000 – des unités de traitement de l'eau qui utilisent un procédé d'ultrafiltration par membrane – ont été déployés pour produire 100 000 litres par jour.

Le nombre total de cas de choléra recensés dans les structures MSF entre le 16 février et le 29 avril s'élève à 1672 et 9 décès. 53% des cas concernaient la population réfugiée, alors que les 47% restant touchaient les populations nationales habitant sur les rives du lac. 41% des cas étaient graves, 28% modérés et 31% légers. Les enfants de moins de cinq ans représentaient 31/% des cas.

MSF a vacciné 47 542 personnes dans les nouveaux camps de réfugiés. 150 cas de violences sexuelles ont été pris en charge, dont 92% dans les 72 heures suivant les faits (la majorité des incidents ont eu lieu en RDC). 21 avortements sécurisés ont été effectués.

Le projet a été réduit dès juin lorsque l'épidémie de choléra a été sous contrôle et que les arrivées de RDC ont diminué. Toutes les activités de traitement de l'eau ont été transférées au HCR. Toutes les autres activités ont été passées à Medical Team International (MTI) le 1er novembre 2018.

PAKISTAN

Typologie : conflit armé, accès aux soins.

Personnel 2018
International : 14
National : 217

Nombre de projets 2018 : 2

Dépenses 2018 : 3 188 k€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCB, OCA.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Depuis 2015 et les opérations militaires d'envergure menées contre les talibans pakistanais (TTP), le conflit a perdu en intensité au nord-ouest du Pakistan, dans les provinces de Khyber Pakhtunkhwa (KP) et des zones tribales (FATA - *Federally Administered Tribal Areas*). Néanmoins, on observe toujours un certain nombre d'attaques suicides et de massacres ciblés menés par des militants du TTP et d'autres groupes terroristes toujours présents dans ces provinces, ainsi que dans celle du Baloutchistan.

Dans le cadre d'une stratégie visant à intégrer la « frontière du nord-ouest » au reste du territoire pakistanais, le statut spécial des FATA, héritage de l'administration coloniale britannique, a été aboli en mai 2018. Les FATA sont désormais appelées régions ou zones tribales de Khyber Pakhtunkhwa, depuis leur fusion avec la province de KP.

Le parti d'Imran Khan, le PTI *(Pakistan Tehreek-e-Insaf),* a décroché la majorité à l'Assemblée nationale en juillet 2018. La situation économique compte parmi les priorités pour son gouvernement, notamment en raison de la dette extérieure, faramineuse. Il lui faut également faire face à la guerre qui continue de faire rage en Afghanistan, ainsi qu'aux tensions avec l'Inde et à la dégradation de ses relations avec les États-Unis. En effet, ces derniers mettent tout en œuvre pour que le Pakistan suspende l'aide que le pays est soupçonné de fournir aux talibans afghans et au réseau Haqqani. À noter que les relations sont meilleures avec la Chine, à la fois sur le plan économique et diplomatique : il s'agit là de faciliter le processus de paix en Afghanistan.

Depuis sa création en 2015, l'État islamique de la province du Khorasan est très actif, en particulier dans les provinces afghanes à la frontière du Pakistan (Kunar, Nangarhar).

Contexte sanitaire

Si l'accès aux soins est en cours d'amélioration pour la population du Pakistan, les indicateurs de santé sont toujours loin du niveau optimal, et ce pour différentes raisons : sous-investissement/financement, inefficacité de la gouvernance et problème de performance des systèmes de santé, faible niveau des déterminants sociaux liés à la santé comme l'éducation, l'emploi, les inégalités entre les sexes, l'exclusion sociale et l'urbanisation rapide.

- **Les femmes et les enfants** comptent parmi les groupes les plus vulnérables s'agissant de l'accès aux soins et de la morbidité et mortalité liées aux grossesses. Taux de mortalité maternelle : 178/100 000 naissances vivantes (OMS 2015)

- **Taux de mortalité néonatale le plus élevé du monde :** 44,2/1 000 naissances vivantes (OMS 2017), plus élevé qu'en République centrafricaine et en Afghanistan.
- **Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans :** 74,9/1 000 naissances vivantes (OMS 2017). Le taux élevé de malnutrition et la couverture vaccinale limitée aggravent le problème.
- **Prévalence de la tuberculose :** 348/100 000 (cinquième rang mondial), c'est-à-dire entre 520 000 et 740 000 patients atteints de tuberculose active. Le Pakistan occupe par ailleurs le quatrième rang mondial en termes de prévalence de la tuberculose multirésistante.
- **Épidémies récurrentes :** typhoïde, hépatite C, dengue, leishmaniose, fièvres hémorragiques (fièvre hémorragique de Crimée-Congo).
- **Catastrophes naturelles :** tremblements de terre (2005, épisode important pour MSF) et inondations (les dernières inondations notables ont eu lieu en 2010 - MSF était également présent), d'où une attention particulière portée à la préparation aux situations d'urgence.
- 29,5 % des Pakistanais vivent au-dessous du seuil de pauvreté, pour une population de 207 millions d'habitants.

PRÉSENCE DE MSF

MSF est arrivé au Pakistan dans les années 1980 afin d'y mener à bien des projets dédiés aux réfugiés afghans.

MSF-OCP a débuté ses activités dans le cadre d'une intervention d'urgence à la suite du tremblement de terre de 2005, puis est venu en aide à l'hôpital local de Darband, en 2008, et s'est efforcé de répondre aux besoins des nombreux déplacés dans la province de KP, en 2009, ainsi que des victimes des inondations, en 2010.

Dans les zones directement touchées par le conflit, MSF a géré des activités d'urgence et de chirurgie à Hangu, de 2010 à 2016, ainsi que des services pédiatriques dans deux hôpitaux de l'agence de Kurram (FATA : Alizai et Sadda).

Quant à la maternité de Peshawar (soins obstétricaux et néonatals d'urgence complets - CEmONC), elle a ouvert ses

portes en 2011 afin d'offrir un accès à des soins néonatals et maternels aux femmes originaires des FATA et du district de Peshawar.

Enfin, s'agissant des activités liées à l'épidémie de leishmaniose cutanée, MSF a ouvert un centre de traitement en 2018 au sein d'un hôpital public de Peshawar.

Populations ciblées :
1. Femmes et enfants, en raison de l'absence de services médicaux de qualité dans les zones reculées des provinces de KP/FATA
2. Personnes touchées par des maladies négligées et transmissibles, comme la leishmaniose cutanée et la tuberculose
3. Population touchée par les catastrophes naturelles et le conflit ; déplacés

Deux autres sections opérationnelles sont présentes au Pakistan :
- MSF-OCB (Timurgara/KP : salle d'urgence et service dédié aux mères et enfants ; Karachi/Sindh : hépatite C)
- MSF-OCA (Baloutchistan : nutrition, salle d'urgence, service dédié aux mères et enfants, leishmaniose cutanée)

Principaux problèmes :
- Importance de la population et des problèmes de santé publique en comparaison des ressources de MSF pour apporter des changements significatifs
- Contraintes d'accès et de mouvement imposées par les autorités dans les zones instables, comme les provinces de KP/FATA et du Baloutchistan
- Contraintes administratives sur les ONG : pas de renouvellement des autorisations pour certains projets (MSF-OCP Kurram en septembre 2017 et MSF-OCB Bajaur en novembre 2017).
- Situation très délicate pour les ONG financées par les États-Unis et pour celles qui travaillent sur des sujets tels que les droits de l'Homme, l'éducation...
- Le cadre général des opérations de MSF-OCP au Pakistan est en cours d'enregistrement, et le mémorandum (MoU) a été signé avec le ministère de l'Intérieur en mars 2017 pour une période de trois ans.

PROJET : HÔPITAL POUR FEMMES DE PESHAWAR

Historique du projet : évolution des objectifs

Le projet d'obstétrique et de néonatologie a été ouvert en 2011 pour répondre aux besoins obstétriques d'urgence de la population des provinces de FATA et de KP (zones rurales), mais aussi des déplacées vivant à Peshawar et des réfugiées afghanes.

2008-2010 : Activités mobiles dans les environs de Peshawar pour répondre aux besoins des déplacées, notamment par le biais de soins prénatals au sein de centres de soins essentiels (BHU).

2011 : Ouverture de l'hôpital pour femmes de Peshawar (soins obstétricaux et néonatals d'urgence complets assurés par MSF - CEmONC). Poursuite des visites mobiles (interrompues en 2013, en raison des risques au cours des déplacements en lien avec la campagne d'assassinats par les talibans pakistanais des travailleurs spécialisés dans la polio).

2011-2015 : l'hôpital pour femmes de Peshawar géré par MSF faisait partie d'un réseau comptant également les projets de Kurram et Hangu : un grand nombre de patientes étaient directement référées depuis ces structures. En 2015, le projet de Hangu a été interrompu par une décision opérationnelle de MSF, et en 2017, les activités à Kurram ont été arrêtées en raison du refus des autorités de renouveler l'autorisation du projet.

2017 : Menace d'éviction de University Town où se trouve l'hôpital de MSF, mais le gouvernement a instauré une loi permettant de maintenir ces services.

Si l'hôpital de Peshawar se concentre désormais sur la zone rurale du district (qui compte environ 2,2 millions de personnes et où l'équipe de terrain dispose d'un permis de travail et a noué des relations avec quelque 40 BHU), il reçoit également des patientes en obstétrique originaires de districts des FATA (principalement de l'agence Khyber, représentant 23 % des patientes admises).

Dispositif actuel

- 1 bloc opératoire, 13 lits dans l'unité de néonatologie, 15 lits dans le service d'hospitalisation pour femmes.
- Le laboratoire, la banque de sang, la pharmacie, le service de stérilisation et la blanchisserie sont gérés par MSF.

Bilan 2018

Réalisations :

- Amélioration des pratiques de contrôle des infections et de la formation du personnel sur les soins centrés sur les patients
- Amélioration de la vaccination des nouveau-nés (ajout du BCG)
- Deux dispositifs de ventilation en pression positive continue (CPAP) ont été affectés à l'unité pour les nouveau-nés et le personnel a été formé
- Suivi plus strict de la mortalité maternelle
- Travail proactif sur les protocoles de soins palliatifs et la prise en charge de la douleur
- Activités de planification familiale à partir de septembre
- L'équipe de terrain et de sensibilisation aux questions de santé compte désormais un expatrié dédié :
  - Meilleures cartographie et connaissance des structures de santé, de la population ciblée et de nos partenaires
  - Sensibilisation croissante aux soins prénatals et aux déterminants liés aux grossesses/accouchements à haut risque, renforcement de l'éducation du personnel MSF et non MSF, des patients et des accompagnateurs quant aux problèmes de santé
  - Augmentation du nombre de cas référés par les BHU de 8 % à 15 % (les femmes venant de zones ciblées représentent 79 % des admissions)

	2015	2016	2017	2018
Nb d'admissions à la maternité	5 284	5 500	4 188	6 012
Nb d'accouchements à la maternité	4 767	4 906	3 198	4 873
Bloc opératoire : nb de césariennes	525	479	489	602 (12,4 %)
Nb total d'accouchements avec complications	-	-	30 %	731 (16 %)
Nb d'admissions dans l'unité pour nouveau-nés	913	601	559	603

PROJET : LEISHMANIOSE CUTANÉE

Historique du projet : évolution des objectifs

L'activité de traitement de la leishmaniose cutanée (LC) a été évaluée par l'équipe de Peshawar pendant plusieurs années en raison de la nature endémique et locale de la maladie dans la région de KP et des FATA, mais aussi de la non-disponibilité de traitements de qualité devant être fournis par le département de la Santé de la province de KP/FATA.

2008-2011 : Traitement de la LC dans l'hôpital de Darband (district de Mansehra) jusqu'au départ de MSF

2009-2017 : Centres de traitement de la LC à Sadda et Alizai (Kurram) jusqu'à la fermeture forcée.

Janvier 2018 : Signature d'un mémorandum pour une activité de 150 nouveaux patients débutant leur traitement chaque mois au sein de l'hôpital Naseerullah Babar Memorial de Peshawar.

Au mois d'août, aide apportée par le référent expatrié MSF-OCA spécialisé dans la LC : formation et mise en place de l'activité médicale.

Soins prodigués et activités :

- Sensibilisation aux questions de santé, confirmation par le laboratoire des infections de LC actives, mise à disposition de traitements appropriés selon le protocole actuel et les recommandations de l'OMS (utilisation de méglumine antimoniate, Glucantime).
- Formation du personnel de santé affecté par le gouvernement (NBMH) sur le dépistage, l'identification, le traitement et le conseil aux patients atteints de LC.

Situation géographique de l'activité et modalités opérationnelles :

Le programme est mis en œuvre au sein de l'hôpital Naseerullah Babar Memorial dans le cadre d'une collaboration entre l'équipe MSF et le ministère de la Santé.

Population ciblée :

Toutes les tranches d'âge, femmes et hommes confondus, à Peshawar, dans les districts voisins et dans les FATA, à partir du moment où les gens connaissent l'existence des services MSF.

Bilan 2018

Réalisations

- Signature du mémorandum avec la direction de la santé de la province de KP et l'hôpital municipal de Peshawar.
- Formation de l'équipe de l'hôpital municipal de Peshawar.
- Préparation d'un plan de décentralisation des activités afin de fournir des traitements dans d'autres zones que Peshawar.
- Réflexion sur une approche commune pour les projets MSF-OCP et MSF-OCA dédiés à la LC (traitement et mobilisation).

Tous les objectifs ont été atteints : en octobre 2018, MSF avait traité environ 600 patients.

Difficultés

- Approvisionnement en médicaments : il se peut que le glucantime ne soit pas disponible suffisamment régulièrement. Il est nécessaire d'identifier des sources de médicaments adaptées afin d'éviter les pénuries.
- Qualité des soins : en raison de la forte demande, la qualité des soins doit être suivie avec la plus grande attention.
- Taux d'abandon : en raison des difficultés de traitement, il convient de procéder à un suivi rigoureux de ce taux, tout en sensibilisant les patients aux questions de santé et en leur prodiguant des conseils.

Leishmaniose	**2018**
Nb total de patients	1 378
Résultats d'examens de laboratoire positifs (%)	987 (72 %)
Traitement	953 (69 %)
Résultats : nb de guérisons perdus de vue échecs (% guérisons)	 735 294 0 (67 %)

PALESTINE

Typologie : conflit armé, accès aux soins

Personnel 2018
International : 23
National sous contrat : 156

Nombre de projets 2018 : 2

Dépenses 2018 : 7 667 k€

Financements Institutionnels : 400 k€ (Japon).

Autres centres opérationnels MSF présents : OCBA, OCB.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique et humanitaire

Après plusieurs années d'absence relative de confrontations armées depuis les hostilités de 2014, la situation politique, sécuritaire, économique et humanitaire s'est considérablement dégradée en 2018 dans les territoires palestiniens occupés (OPT).

Dans la bande de Gaza, les manifestations de la Grande marche du retour – en cours depuis le 30 mars 2018 – ont conduit à une crise sans précédent, affectant tous les secteurs nécessaires à la subsistance de ses 2 millions d'habitants (politique, économique, social, sanitaire) ainsi que leur accès aux services de première nécessité. Ces événements ne font qu'exacerber une situation déjà critique, alimentée par plus de 13 années de blocus israélien dans la bande de Gaza, 52 ans d'occupation et une fracture intérieure toujours d'actualité chez les Palestiniens.

Malgré un calme apparent, les tensions persistent par ailleurs en Cisjordanie (Jérusalem-Est comprise), où de violents incidents continuent d'éclater entre les Palestiniens et les forces de sécurité et colons israéliens. Les raids nocturnes et perquisitions domiciliaires menés par les forces israéliennes, sans oublier la détention prolongée et arbitraire de Palestiniens – avec des placements en détention administrative –, constituent des violations des droits de l'homme toujours aussi préoccupantes.

L'Autorité palestinienne (AP) demeure fragile sur le plan politique, notamment depuis la montée des tensions avec Israël concernant le versement de taxes. Elle s'est ainsi retrouvée au bord d'une crise économique tandis que la pression s'est accrue sur Gaza, qui dépend du financement de l'AP en dépit des divisions internes. Ce climat menace également la coordination sécuritaire entre Israël et l'AP, essentielle au maintien de la stabilité en Cisjordanie.

Selon la Banque mondiale, la situation économique se détériore à une allure considérable, tandis que la pauvreté, le chômage et l'insécurité alimentaire prennent de l'ampleur, tout comme les autres éléments qui engendrent des besoins humanitaires.

L'échec des tentatives de résolution de la fracture politique intra-palestinienne et la perte de légitimité de l'AP exacerbent la fragmentation territoriale et politique, tout en accentuant le cynisme et le désespoir de la jeunesse palestinienne. Ce sentiment de désespoir palpable chez les Palestiniens met à rude épreuve leurs mécanismes d'adaptation ainsi que leur résilience, tandis que la montée de la violence et des tensions alimente les craintes d'une nouvelle escalade des hostilités.

Dans la bande de Gaza, pendant la majeure partie de l'année 2018, des coupures de courant de 18 à 20 heures par jour ont entravé la fourniture de services de première nécessité et paralysé les activités de production. L'approvisionnement en carburant payé par le Qatar depuis fin octobre 2018 a toutefois permis d'améliorer considérablement – quoique temporairement – la production d'électricité.

Pour assurer leurs services essentiels, les hôpitaux, les infrastructures d'approvisionnement en eau et d'épuration des eaux usées ainsi que les systèmes de collecte des déchets solides dépendent toujours des livraisons de carburant d'urgence coordonnées par l'ONU.

Unique source d'eau naturelle à Gaza, l'aquifère côtier est aujourd'hui presque entièrement épuisé, conséquence d'une sur-extraction et de l'intrusion des eaux de mer : appauvrie, la population est contrainte de s'approvisionner auprès de camions-citernes, dont l'eau est souvent de piètre qualité et peut être 20 fois plus onéreuse que celle du réseau.

En Cisjordanie, si la situation humanitaire paraît moins alarmante, les perspectives d'emploi et de croissance économique restent considérablement amoindries par les restrictions relatives à l'accès aux terres, aux ressources naturelles et à la construction. Israël poursuit son occupation militaire directe, qui s'accompagne d'une appropriation des terres et des ressources.

L'AP n'exerce aucun contrôle sur Jérusalem-Est ni sur la zone C, qui représentent 60 % de la Cisjordanie et recèlent les ressources naturelles les plus précieuses du territoire.

Cet environnement coercitif s'intensifie, alimenté par les démolitions, les évictions forcées, un régime de planification discriminatoire, les restrictions d'accès, le développement des colonies et la violence des colons, entraînant un risque de déplacement forcé de nombreux Palestiniens présents dans la zone C, à Jérusalem-Est et dans la zone H2 de Hébron, contrôlée par Israël.

Les nouvelles mesures législatives et administratives, si elles venaient à être appliquées, risqueraient de limiter considérablement la capacité des habitants et des organisations de défense des droits de l'homme à contester la démolition ou la saisie de propriétés palestiniennes situées en zone C ou à Jérusalem-Est.

Toutes ces évolutions s'accompagnent d'une pénurie de fonds sans précédent, à laquelle s'ajoutent les restrictions croissantes imposées aux partenaires humanitaires, limitant ainsi de plus en plus le champ opérationnel.

Fin 2018, seulement 225 millions de dollars sur les 539,7 millions nécessaires pour le Plan d'intervention humanitaire (HRP – Humanitarian Response Plan) avaient été obtenus selon OCHA. Ce déficit, qui accentue la détresse d'une population réfugiée déjà fragilisée, résulte avant tout d'une baisse des contributions à l'UNRWA (United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East) – dont les projets représentent plus de 50 % des fonds requis dans le cadre du HRP – suite au retrait du financement par les États-Unis, historiquement son principal pays donateur.

En réponse à la nouvelle situation d'urgence à Gaza, les agences humanitaires ont sollicité la somme de 43,8 millions de dollars pour l'année 2018, notamment à des fins de prise en charge des traumatismes et de fourniture de soins d'urgence. 10,5 millions de dollars ont par ailleurs été alloués par le biais du Fonds humanitaire du Territoire palestinien occupé, permettant de répondre à certains des besoins humanitaires les plus urgents, notamment le programme d'approvisionnement en carburant d'urgence géré par l'ONU (qui garantit le fonctionnement des services de santé critiques) ainsi que les services d'eau et d'assainissement.

Si l'UNRWA est parvenu à rouvrir ses écoles à la fin du mois d'août, cette agence a été contrainte d'interrompre ou de réduire la portée de ses interventions d'urgence à Gaza et en Cisjordanie. Ses partenaires se trouvent donc dans l'incapacité de réagir à toute nouvelle dégradation de la situation palestinienne.

Selon les estimations, 2,5 millions de personnes, dont 1,4 million de réfugiés palestiniens, requièrent une aide humanitaire en Palestine, principalement dans la bande de Gaza (1,6 million de personnes ou 64 % de la population à Gaza), en zone C de Cisjordanie (qui concentre la plus grande proportion de personnes dans le besoin en Cisjordanie), où les besoins sont particulièrement élevés en matière de protection et de santé, ainsi qu'à Jérusalem-Est. Parmi toutes ces personnes, 16 500 sont encore déplacées en conséquence du conflit de 2014.

Contexte sanitaire

Le système de santé de Gaza – sur le point de s'effondrer après des années de blocus et de régression du développement, et aujourd'hui dans l'incapacité de prendre en charge les innombrables victimes des manifestations de la Grande marche du retour (GMR) – constitue la principale préoccupation sanitaire en 2018.

Selon le rapport sur les besoins humanitaires publié d'OCHA, 1,2 million de personnes ont besoin d'une aide humanitaire d'ordre sanitaire en Palestine, dont 900 000 à Gaza. 54 % sont de sexe féminin et plus d'un tiers sont des enfants.

Les victimes de traumatismes liés au conflit, les femmes enceintes ou allaitantes, les enfants de moins de 5 ans, les personnes âgées et handicapées, les patients souffrant de troubles mentaux ainsi que les nouveau-nés figurent parmi les groupes particulièrement vulnérables.

En Cisjordanie, environ 330 000 personnes requièrent une aide sanitaire, dont 114 000, réparties dans 100 communautés, se trouvent dans la zone C, dans la zone H2 de Hébron et dans la « zone charnière ». Ces communautés font face à différents obstacles dans l'accès aux soins de santé primaires et d'urgence, notamment les groupes les plus fragiles comme les femmes enceintes ou allaitantes, les enfants, les personnes âgées et les personnes souffrant d'un handicap. Les barrières physiques, la proximité des colonies, le régime de zonage discriminatoire, les longues distances à parcourir pour rejoindre les cliniques et le manque de transports publics sont autant de facteurs qui limitent les mouvements des patients, du personnel de santé et des ambulances dans la zone C, dans la zone H2 et dans la « zone charnière ».

La fermeture en août 2018 de 6 cliniques mobiles de l'UNRWA, destinées à répondre aux besoins de 100 000 réfugiés palestiniens dans des zones soumises à des restrictions d'accès et/ou dans des régions isolées en Cisjordanie, accroît la vulnérabilité de la population touchée.

A Jérusalem-Est, se trouvent également des groupes particulièrement vulnérables, dans l'incapacité d'accéder aux services à Jérusalem et en Cisjordanie, avec environ 140 000 personnes (dont 40 000 réfugiés) nécessitant une assistance sanitaire.

Principaux enjeux sanitaires associés à la Grande marche du retour

Un afflux sans précédent de victimes de traumatismes

Selon les estimations officielles de fin mars 2019, 277 personnes (dont 52 enfants) ont perdu la vie et 31 214 ont été blessées dans la bande de Gaza au cours des manifestations de la Grande marche du retour.
Parmi les victimes, 6 846 ont été blessées par balle. Plus de la moitié (3 608) ont été accueillies dans des cliniques MSF pour recevoir des soins chirurgicaux ou post-opératoires. Les activités ont ainsi décuplé depuis le début de la GMR.
MSF fait face aujourd'hui à une situation exceptionnelle : 90 % des patients traités par MSF présentent des lésions hautement destructives au niveau des membres inférieurs.

Un système de santé au bord de l'implosion

Au total, plus de 14 000 blessés ont été transférés des points de stabilisation situés à la frontière vers les structures du ministère de la Santé et des ONG. Les structures sanitaires se sont toutefois trouvées dans l'incapacité de gérer l'arrivée massive de victimes durant les premières semaines de manifestations.
N'importe quel système de santé au monde peinerait à s'adapter à un tel afflux de patients nécessitant des interventions chirurgicales multiples, une hospitalisation de longue durée et un suivi post-opératoire.
Or, dans la bande de Gaza, cette crise intervient après 13 ans de blocus, dans un contexte de dégradation des infrastructures publiques qui a particulièrement touché le secteur sanitaire. Par ailleurs, les coupures de courant, les risques fréquents de pénurie de carburant servant à alimenter les générateurs hospitaliers ainsi que l'effondrement du système d'égouts ont détérioré l'environnement opérationnel du personnel médical. Au début de 2019, selon les autorités, 8 000 patients sont aujourd'hui sur liste d'attente pour recevoir les soins chirurgicaux prévus en raison d'un goulot d'étranglement lié à l'arrivée massive de victimes de traumatismes. Cela s'ajoute à une capacité d'accueil déjà limitée au sein des structures publiques, à un manque de ressources humaines spécialisées, à des pénuries de fournitures médicales et, surtout, à des capacités financières insuffisantes pour couvrir les coûts opérationnels. Aujourd'hui, une intervention chirurgicale planifiée peut nécessiter jusqu'à 68 semaines d'attente.

Un environnement propice aux infections

Plus de la moitié des lésions traitées par MSF au niveau des membres inférieurs étaient des fractures ouvertes. Dans les situations d'urgence, la capacité limitée des infrastructures sanitaires a souvent conduit à un mauvais débridement et/ou recouvrement des plaies, entraînant une hausse du risque d'infection osseuse (ostéomyélite).
D'après différentes estimations de l'OMS, de MAP-UK et de MSF, plus de 1 000 patients ayant subi une fracture ouverte pourraient déjà courir le risque de développer une ostéomyélite. Selon les résultats de laboratoire préliminaires et la littérature relative aux cas similaires au Moyen-Orient, plus de la moitié pourraient un jour être infectés par des pathogènes résistants nécessitant des traitements antibiotiques étendus (jusqu'à 6 semaines de thérapie intraveineuse) avant d'envisager une chirurgie reconstructrice. La capacité d'accueil requise ne peut actuellement être atteinte en l'absence d'investissements complémentaires, et des interventions chirurgicales sont nécessaires pour prélever des échantillons d'os, ce qui exige une capacité accrue en bloc opératoire.

PRÉSENCE DE MSF

MSF est présent à Jérusalem et en Cisjordanie depuis 1988 et dans la bande de Gaza depuis 2000, axant ses activités sur les soins de santé mentale en Cisjordanie ainsi que sur la chirurgie spécialisée et la réhabilitation pour les victimes de brûlures à Gaza.

MSF OCBA est présent depuis 1997 à Hébron (Cisjordanie), où il se consacre à la santé mentale de la population, et a initié de nouvelles activités à Jérusalem et Bethléem entre 2017 et 2018, désormais fermées. De juillet à novembre 2018, OCBA a mené des activités chirurgicales dans le Gouvernorat de Rafah (bande de Gaza). MSF OCBA a entamé la procédure d'approbation pour le démarrage d'activités de santé mentale dans la bande de Gaza.

MSF OCB est arrivé en mai 2018 par le biais d'un partenariat avec l'Union of Health Work Committee à l'hôpital Al-Awda, une structure privée basée dans le Gouvernorat de Gaza Nord, et a décidé en juillet 2018 de mettre en place un programme de chirurgie reconstructrice. Leur protocole d'accord ayant expiré en décembre 2018, une prorogation s'applique jusqu'à fin mai 2019, en attendant la soumission d'un nouveau protocole.

MSF doit coopérer avec 3 gouvernements différents : le gouvernement israélien, l'Autorité nationale palestinienne et le gouvernement de facto du Hamas à Gaza. MSF doit également faire face à des différends idéologiques (mouvements de boycott, société civile divisée, etc.) et s'efforcer de trouver les tribunes adéquates pour transmettre son message dans un contexte de conflit fortement médiatisé et politisé.

PROJET : GAZA

Historique du projet : évolution des objectifs

MSF OCP est présent à Gaza depuis 1989. Ce projet découle de la volonté d'intervenir dans cette région hautement sensible, régulièrement confrontée à des pics de violence, et d'agir dans des domaines spécialisés comme la santé mentale, la prise en charge des victimes de brûlures ou encore la gestion de la douleur : des spécialités dans lesquelles le personnel est suffisamment compétent pour mener des activités innovantes, susceptibles de renforcer également l'expertise de MSF.

Jusqu'en 2007, les activités de MSF s'articulaient exclusivement autour des soins de santé mentale. Par la suite, en raison des conflits internes et du blocus mis en place par le gouvernement israélien, MSF n'a plus été en mesure de mener librement ses consultations psychologiques.

À partir de 2007, compte tenu de l'évolution du contexte opérationnel, MSF a enfin démarré un projet post-opératoire pour soutenir les victimes de brûlures, des enfants pour la plupart. Le blocus imposé par Israël a conduit à une restriction des mouvements, à des possibilités de formation limitées pour le personnel et à un financement réduit pour l'UNRWA, principal acteur humanitaire dans la région. Cette situation inhabituelle où sont contrôlés l'ensemble des déplacements d'individus et de biens aux frontières de Gaza, associée aux divisions internes entre Palestiniens, contribue à la dégradation de la situation socio-économique et sanitaire de la population.
Au-delà de ces évolutions, MSF souhaitait également pouvoir intervenir d'urgence dans les cas d'escalade majeure ou extrême du conflit, comme en 2009, 2012 et 2014.
Fin 2017, en raison d'un manque de capacité au sein du ministère de la Santé et de l'UNRWA, MSF est devenu l'acteur le plus important dans la prise en charge des séquelles de brûlures (soins post-opératoires, suivi chirurgical).

Le dispositif général du projet se composait de 3 cliniques post-opératoires appliquant une stratégie ambulatoire et proposant des consultations médicales, des services de kinésithérapie et des poses de pansements. Des activités de chirurgie plastique ont également été mises en place par le biais de sessions organisées 3 à 4 fois par an pour permettre aux victimes de brûlures de bénéficier d'un traitement chirurgical. Pour cela, MSF travaillait dans deux endroits différents, dans le nord (hôpital Shifa du ministère) et au sud (hôpital Nasser du ministère, puis hôpital privé Dar es Salam), où MSF loue un bloc opératoire. L'équipe était composée de 4 employés internationaux et 79 employés nationaux prenant en charge une cohorte de 400 à 500 victimes de brûlures.

En 2018, les conséquences des manifestations de la GMR ont profondément transformé la structure du projet : objectifs opérationnels, population cible, organisation, équipe, stratégie médicale et chirurgicale, ressources budgétaires et financières, chaîne d'approvisionnement, procédures de commandes pharmaceutiques, système de collecte de données (avec une structure informatique adéquate et renforcée), communication de grande ampleur et finalement déploiement d'une stratégie de plaidoyer dans le cadre du plan opérationnel pour apporter les différents enjeux et défis à un niveau élevé chez les différentes parties prenantes.

Dispositif et bilan 2018

Le dispositif actuel inclut 4 programmes, auxquels vient s'ajouter le programme de transfert Gaza-Amman :

1. Soutien post-opératoire

- 4 structures dans la bande de Gaza : Beit Lahia (nord), ville de Gaza, Nusseirat (centre) et Khan Younès (sud). L'ensemble des structures relèvent du ministère de la Santé, à l'exception de la clinique de Gaza, entièrement gérée par MSF.
- Stratégie ambulatoire : services ambulatoires de jour assurés 5 jours/semaine (ville de Gaza : 6 jours/semaine), avec un système de rendez-vous et une aide aux déplacements.

- Approche complète : différentes activités médicales proposées pour la prise en charge de chaque patient (consultations médicales et chirurgicales, pansements, kinésithérapie, ergothérapie, prise en charge de la douleur, promotion de la santé et services sociaux et de conseil).
- Population cible : victimes de brûlures et de traumatismes. Les brûlures sont en quasi-majorité d'origine domestique (conséquences du blocus, pour la plupart), tandis que les traumatismes résultent de confrontations armées (GMR).
- Cohorte : 1 100 patients en moyenne, dont 660 victimes de traumatismes et 440 victimes de brûlures.

2. Chirurgie traumatologique

- Avant 2018 : 1 bloc opératoire à l'hôpital Shifa ou à l'hôpital de Dar-es-Salam pour la chirurgie plastique des victimes de brûlures.
- En 2018 : 2 blocs opératoires, 1 à l'hôpital Shifa + 1 à l'hôpital Dar-es-Salam pour la chirurgie traumatologique/orthopédique + réponse d'urgence pendant 3 mois à l'hôpital Al Aqsa.
- Depuis 2019 : 1 service d'hospitalisation de 17 lits + 1 bloc opératoire à l'hôpital Dar-es-Salam et 1 à l'hôpital Shifa + 1 laboratoire de microbiologie (à l'hôpital Rantisi ; soutien au laboratoire pour les analyses microbiologiques).

NB : l'hôpital Dar-es-Salam est un hôpital privé ; les hôpitaux Shifa et Rantisi relèvent du ministère de la Santé. Même si l'hôpital Dar-es-Salam est privé, le protocole d'accord doit être approuvé par le ministère de la Santé.

3. Prise en charge de l'ostéomyélite

Ce programme s'est heurté à de nombreux obstacles, dans les négociations avec les autorités, dans la capacité de MSF à mobiliser les partenaires à l'échelle mondiale (OMS, ONG/MAP-UK, CICR, etc.), ainsi qu'en interne, au sein de MSF.
La décision initiale a été prise en août 2018 : l'objectif était d'assurer la prise en charge médicale et chirurgicale des victimes de traumatismes présentant une infection osseuse. La structure proposée prévoyait un service d'hospitalisation de 20 lits et un bloc opératoire à l'hôpital Dar-es-Salam, ainsi qu'un laboratoire de microbiologie aménagé dans le laboratoire central du ministère de la Santé.
En tant que coordinateur du Groupe de travail sur les traumatismes ainsi que du Cluster santé, l'OMS a organisé début décembre 2018 un atelier visant la création d'un service de chirurgie reconstructrice des membres (50 à 60 lits) à l'hôpital Nasser en collaboration avec le ministère de la Santé et plusieurs ONG, tandis que MSF s'est vu attribuer une partie de l'ancien bâtiment dudit hôpital.
Une deuxième proposition prévoyant un service d'hospitalisation de 30 lits et 2 blocs opératoires dans l'ancien bâtiment de l'hôpital Nasser a ainsi été préparée pour soumission au ministère de la Santé, lequel a refusé la fourniture d'une assistance microbiologique dans le laboratoire central et le laboratoire de l'hôpital Nasser et a redirigé MSF vers le laboratoire de l'hôpital Rantisi.
Enfin, début 2019, MSF s'est vu attribuer un autre site à l'hôpital Nasser en raison de différents désaccords parmi les services de direction et les organes du ministère de la Santé : ce site permet l'aménagement d'un service d'hospitalisation de 16 lits, capable d'accueillir 4 postes de consultation en antibiothérapie et 2 blocs opératoires, la capacité pouvant être étendue à 30 lits.

Le plan du programme est en cours de finalisation, avec un lancement prévu entre mi-août et septembre 2019 pour une durée initiale de 2 ans. Ce programme s'articulera autour de celui de l'hôpital Dar-es-Salam, en vue d'une fermeture progressive de son bloc opératoire puis de son service d'hospitalisation, permettant ainsi de limiter le nombre de sites dédiés aux interventions chirurgicales.

4. Prise en charge chirurgicale des victimes de brûlures

Ce programme s'articule autour des activités de chirurgie plastique des brûlés dans le bloc opératoire de l'hôpital Shifa. Il ne s'agit pas d'un programme à proprement parler, mais il reste en cours de discussion au sein des équipes de terrain, de coordination et du siège et devrait se développer, notamment grâce à l'atelier qui sera organisé en 2019 et grâce au soutien d'un chirurgien spécialisé (brûlés et chirurgie plastique).

5. Transfert Gaza-Amman

Le transfert de patients de Gaza à l'hôpital de chirurgie reconstructive de MSF à Amman est le cinquième programme composant le projet Gaza.

En vue de maximiser le nombre d'options disponibles, une mission exploratoire a été lancée en Égypte, son but étant d'évaluer les alternatives de transfert, notamment pour les patients atteints d'ostéomyélite.

	2016	**2017**	**2018**
Patients suivis (file active)	-	-	1 327
Nouvelles admissions	**4 231**	**4 906**	**7 889**
Victimes de brûlures et autres patients	3 838	4 556	4 500
Victimes de traumatismes	393	350	3 389
Sessions de pansements	52 222	51 180	102 871
Sessions de kinésithérapie	36 337	33 390	63 868
Consultations de prise en charge de la douleur	N/A	N/A	23 861
Consultations chirurgicales	588	414	1 345
Patients opérés	**275**	**197***	**905**
Victimes de brûlures opérées	186	142*	129
Victimes de traumatismes opérées	57	28*	773
Interventions chirurgicales	**274**	**373***	**2 202**
Interventions chirurgicales pour les brulés	N/A	N/A	207
Interventions chirurgicales pour les victimes de traumatismes	N/A	N/A	1 275
Pansements effectués en bloc opératoire	N/A	N/A	720

* 6 sessions chirurgicales ont eu lieu en 2017 : en mars, de juillet à septembre, en novembre et en décembre

PROJET : NAPLOUSE

Historique du projet : évolution des objectifs

MSF a ouvert en 1994 un programme dédié à la santé mentale en Cisjordanie, afin de soutenir les personnes souffrant de troubles psychologiques après la première intifada. Depuis cette date, MSF France et MSF Espagne n'ont cessé d'assurer des soins de santé mentale à Jénine, Hébron et Gaza. En 2004, la population palestinienne était fortement exposée à la violence et au harcèlement des forces militaires, aux incursions, aux destructions et à la multiplication des checkpoints. Les colonies se sont développées, le mur a été édifié et les capacités de déplacement restreintes ont empêché les villageois d'accéder aux structures communautaires de santé mentale. La dégradation de la situation socio-économique et le contexte politique ont également fragilisé la population (chômage, criminalité, violences familiales), augmentant le risque de conflits internes et de confrontations de rue.

Dans ce contexte, et étant donné que de nombreux acteurs travaillaient sur des projets psycho-sociaux mais sur le premier niveau de soins, MSF OCP a décidé de démarrer en 2004 à Naplouse un projet dédié à la santé mentale. MSF est l'un des rares acteurs proposant des soins spécialisés avec psychothérapie pour les cas modérés et graves, notamment en raison d'un manque de personnel qualifié en psychologie clinique.

La situation politique et humanitaire en Cisjordanie demeure stable, dans un contexte d'occupation et de restrictions pour les Palestiniens. Si la violence est moins élevée qu'il y a 3 ans, les incursions et arrestations sont encore monnaie courante, et les colons font toujours preuve de brutalité. Par ailleurs, les colonies s'étendent encore en Cisjordanie, allant jusqu'à compromettre la continuité territoriale déjà illusoire. Des divergences intérieures sont également palpables (le Fatah avec les autres factions, et Fatah – Fatah), le retrait du financement américain de l'UNRWA contraint ce dernier à interrompre plusieurs activités, et soutien financier à l'Autorité palestinienne se réduit. Citons également le choix du Président de confier l'ensemble des décisions au Comité central du Fatah (comité national et comité législatif), susceptible d'attiser les conflits parmi les différentes fractions, notamment au sein du Hamas.

Néanmoins, malgré une liberté de circulation limitée et une situation socio-économique précaire pour une partie de la population, les conditions d'accès à la santé sont relativement bonnes, excepté pour les patients nécessitant des traitements hautement spécifiques et complexes, en zone C pour certains groupes, ainsi que dans le domaine de la santé mentale. Il existe en effet encore des lacunes dans l'appréhension, la compréhension et la gestion de la santé mentale chez les patients potentiels, le personnel médical et dans la société de manière générale.

Avec le soutien de nombreux donateurs et organisations à l'échelle mondiale, le ministère de la Santé vise à mettre en place une stratégie d'intervention fondée sur une prise en charge complète : intégration des services de santé mentale aux soins de santé primaires, promotion de programmes pour la prise en charge des maladies non transmissibles, optimisation de la qualité des soins, amélioration de la gouvernance sanitaire dans son ensemble ainsi que de son financement. Aujourd'hui, le ministère de la Santé s'intéresse davantage aux aspects liés à la santé mentale : il veille à ce que ses centres médicaux disposent d'outils et de personnel formé capables d'identifier à un stade précoce les besoins en la matière, ce qui contribuera à réduire les dépenses à long terme. MSF collabore étroitement avec le ministère de la Santé et son Département de santé mentale pour travailler en complémentarité avec leurs équipes, et propose en parallèle un service spécialisé de psychothérapie clinique, le ministère de la Santé et les ONG ne disposant pas vraiment d'une expertise dans ce domaine.

Justification du projet

Le contexte a évolué en Cisjordanie depuis le lancement en 2004 du projet à Naplouse : c'est une guerre silencieuse et pernicieuse qui fait rage, la population subissant parfois de nouvelles violences ou humiliations de la part des colons ou d'Israël. Le traumatisme ne résulte pas d'événements inattendus, mais prend la forme d'une peur et d'une anxiété chroniques qui marquent profondément enfants et adolescents. La population palestinienne en Cisjordanie fait constamment face à une situation d'instabilité qui l'empêche de guérir et de mener une vie normale. Aujourd'hui, les expériences traumatiques spécifiques sont moins nombreuses et ne résultent pas toutes du conflit (39 % des patients ont été référés pour des violences domestiques et des dysfonctionnements familiaux ; il s'agit principalement de femmes). Les critères d'inclusion ont été élargis en conséquence en 2016, de la manière indiquée ci-dessous.

Objectif

L'objectif général, dans un contexte de conflit et d'occupation qui impacte le nord de la Cisjordanie, est de contribuer à l'amélioration des soins de santé mentale proposés aux patients souffrant de troubles mentaux à graves et susceptibles de bénéficier d'un suivi psychologique.

Dispositif actuel

MSF mène principalement des consultations en santé mentale (deuxième et troisième niveaux) dans 2 salles de consultations à Naplouse et à Qalqilya. 54 % des patients consultent sur les conseils de proches ou d'autres patients de MSF ou de leur propre initiative, 38 % sont orientés par d'autres organisations spécialisées en santé mentale ou par des structures gouvernementales, et les 8 % restants consultent grâce aux activités de sensibilisation. MSF assure également des consultations à domicile lorsque les patients ne peuvent se rendre dans ses salles de consultation. Des séances de thérapie individuelles, familiales, en dyades et en groupes sont également proposées.

Cette approche pluridisciplinaire a été mise en œuvre afin de permettre aux patients de bénéficier d'une prise en charge complète (psychologique, sociale et médicale, selon leurs besoins).
Les activités deproximité/sensibilisation se poursuivent auprès du personnel du ministère de la Santé, des associations et de la population (communauté).

Des efforts importants ont été déployés en 2018 afin de mieux structurer le projet et de disposer d'une base solide grâce à l'instauration de directives et de définitions claires concernant les événements, les syndromes et les critères.

MSF a poursuivi ses activités dans le service des grands brûlés et le service pédiatrique de l'hôpital Rafidia, optimisant l'organisation grâce à la désignation d'interlocuteurs dédiés pour faciliter ses actions au sein de l'hôpital. MSF assure un

soutien psychologique aux patients et aux accompagnants et mène des activités de sensibilisation auprès du personnel médical, l'objectif étant d'offrir cette aide dans l'ensemble des services et de développer cette idée dans les autres hôpitaux prenant en charge les troubles chroniques et les cancers.

MSF poursuit le renforcement des compétences auprès des étudiants de l'université d'An-Najah (master de psychologie clinique), de l'Union palestinienne des travailleurs sociaux et des psychologues, ainsi qu'auprès du personnel MSF.

Bilan 2018

Consultations

Deux succès majeurs. Le premier est la proportion de patients qui ont fait le déplacement pour bénéficier de leur traitement (environ 96 %). Cela signifie également qu'il y a moins de temps perdu sur les routes. Le deuxième succès correspond à la croissance continue du nombre de sessions mensuelles avec la présence de 3,5 psychologues actifs.

Sensibilisation

Malgré le développement des opérations de sensibilisation (reflété par la proportion croissante de patients consultant de leur propre initiative, sur les conseils de proches ou grâce au travail de sensibilisation), MSF doit améliorer deux aspects essentiels : l'engagement du psychologue concernant sa présence et sa participation, et l'élaboration d'une stratégie claire pour ces activités.

Hôpital Rafidia : interventions psychologiques et développement des relations

La présence de MSF a été renforcée au sein de l'hôpital cette année. Il convient de tisser de meilleures relations avec l'équipe pour que les membres n'hésitent pas à contacter MSF et à solliciter son aide. En parallèle, les niveaux de communication mis en place ont contribué à faciliter les opérations de MSF au sein de l'hôpital.

Soutien aux chirurgiens plasticiens du service des grands brûlés grâce à l'organisation de sessions chirurgicales ainsi que de formations de kinésithérapie et de prise en charge de la douleur, en fonction des besoins

Aucune session chirurgicale n'a été menée, l'hôpital ayant été en mesure de répondre aux principaux besoins ; les patients ne font toutefois pas l'objet d'un suivi après leur sortie. Une formation en kinésithérapie faciale a été assurée et s'est révélée très fructueuse, tandis que la formation en prise en charge de la douleur a été reportée ; l'équipement destiné à l'hôpital Rafidia a été acheté en 2018 (système EMONO…)

Ministère de la Santé / Renforcement des relations et de la présence au sein du Community Mental Health Centre à Qalqilya

Cet objectif n'a pas été atteint en 2018, le psychiatre à la tête de la clinique s'opposant toujours à la présence de MSF et insistant sur le fait que seule une personne capable de réaliser des tests de QI est recherchée. MSF est parvenu à bâtir une relation avec la clinique de soins de santé primaires à Qalqilya, en y menant des activités de sensibilisation auprès du personnel infirmier et des médecins.

Soutien technique aux équipes MSF pour une psychologie clinique de qualité

Des efforts considérables ont été déployés et sont toujours en cours pour actualiser et mettre en œuvre les directives ainsi que pour préciser les définitions (critères d'inclusion/d'exclusion, symptômes, événements, etc.), avec l'aide d'un superviseur technique présent sur place pendant 3 mois. Des formations ont été dispensées à l'équipe au cours de l'année (par exemple : auto-traitement, thérapies cognitivo-comportementales, groupes). L'aquipe a également œuvré à l'amélioration des pratiques et de la prise en charge des patients : cela a mené à une meilleure organisation du temps pour développer les activités de sensibilisation.

Une base de données solide avec un logiciel de qualité a été mise en place, condition sine qua non à un suivi efficace des données ainsi qu'en vue de la rédaction d'articles scientifiques sur la santé mentale en Palestine.
La nouvelle base de données patients a été déployée fin janvier 2018, d'importants efforts ayant été fournis pour renseigner les cas de 2017 qui étaient encore d'actualité ainsi que les nouveaux cas pour 2018.

	2016	2017	2018
Consultations psychologiques	2 368	2 238	2 357
Consultations médicales	681	456	377
Actions sociales	1 185	1 432	377
Consultations psychologiques à l'hôpital	-	135	199

Les initiatives lancées en milieu d'année 2017 (présentations, sensibilisation, développement des compétences des équipes, meilleure compréhension des buts et objectifs) ont commencé à porter leurs fruits dans le cadre du projet, tandis qu'une plus grande stabilité peut aujourd'hui être notée pour cette activité. Davantage de sessions devraient être assurées en 2019.

Aujourd'hui, la stratégie appliquée étant plus claire et plus adéquate, 3,5 psychologues effectuent le travail réalisé autrefois par 5 psychologues.

Un docteur à mi-temps assure chaque mois environ le même nombre de sessions que le docteur a plein temps précédemment en poste. Les actions sociales sont mieux identifiées.

Les relations avec l'hôpital Rafidia ont été renforcées, et MSF poursuit dans cette voie avec la formation des agents de liaison et le développement de la présence de MSF dans les autres services.

PAPOUASIE NOUVELLE GUINEE

Typologie : épidémie / endémie.

Personnel 2018
International : 28
National : 147

Nombre de projets 2018 : 3

Dépenses 2018 : 4 714 k€.

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : aucun.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Indépendante de l'Australie depuis 1975, la Papouasie-Nouvelle-Guinée (PNG) jouit d'une diversité parmi les plus riches au monde, que ce soit sur les plans géographique, biologique, linguistique ou culturel. Sur une population de 8 millions de personnes, le pays compte en effet plus de 800 langues parlées : c'est plus que nulle part ailleurs.

La PNG bénéficie également de nombreuses ressources végétales et minérales. Néanmoins, cela a également de lourdes conséquences sociales et environnementales pour les communautés concernées : malgré des ressources naturelles abondantes, 28 % de la population vit sous le seuil de pauvreté.

Globalement, la PNG ne connaît pas de problème majeur du point de vue politique, mais le risque d'instabilité devrait s'intensifier à l'issue du sommet de la Coopération économique pour l'Asie-Pacifique, en novembre 2018 : on redoute en effet des violences dans la province des Hautes-Terres méridionales. Par ailleurs, le moratoire sur les motions de censure contre le gouvernement prendra fin début 2019, et Transparency International classe la PNG au 135e rang mondial sur 180 en matière de corruption. Autre facteur potentiellement déstabilisant : la question de l'indépendance de la région autonome de Bougainville. 2015 a marqué le début d'une période de cinq ans durant laquelle un référendum sur son indépendance pouvait être organisé. Le référendum aura lieu en juin 2019.

La situation des demandeurs d'asile sur l'île de Manus a légèrement évolué en 2018, avec le départ de 110 personnes aux États-Unis, mais 716 personnes se trouvent toujours en Papouasie-Nouvelle-Guinée, et leur avenir est incertain.

La PNG est une nation dotée d'une grande diversité, mais qui fait face depuis un siècle à des changements majeurs dans les domaines social, culturel, économique et politique. Ces changements, ainsi que les plus de 800 cultures indigènes que compte cet État-Nation, ont entraîné une escalade de la violence tribale, des violences familiales et sexuelles et de la criminalité. On compte parmi les principaux incidents recensés les vols de voiture, les vols à main armée, les agressions physiques et sexuelles et la violence tribale.
En PNG, 97 % du territoire est sous propriété coutumière, ce qui rend délicate l'identification des propriétaires. S'ajoutent à cela de longs processus de négociation, ainsi que le coût élevé du logement : il est généralement nécessaire de procéder à d'importants travaux de remise en état.

Enfin, la PNG se situe dans la « ceinture de feu du Pacifique », à l'intersection de différentes plaques tectoniques. Le pays fait souvent face à des catastrophes naturelles, qui freinent le processus de développement dans les zones urbaines comme reculées. En effet, on y déplore régulièrement de multiples catastrophes de faible ampleur, mais ayant un impact disproportionné sur les communautés les plus pauvres et les plus isolées. Le dernier tremblement de terre, d'une magnitude de 7,5 sur l'échelle de Richter, a eu lieu le 26 février 2018 dans la province des Hautes-Terres méridionales. Le changement climatique touche également la population elle-même : le niveau de la mer ne cesse d'augmenter et l'on dénombre plusieurs graves sécheresses ces dernières années.

Contexte sanitaire

En 2018, la plupart des Papous étaient considérés comme pauvres par les référentiels régionaux et internationaux. On associe toujours à la pauvreté une situation sanitaire médiocre, mais il est également largement reconnu que l'échec des services de santé y contribue de manière considérable. Les indicateurs de santé de la PNG sont les pires au niveau régional, et ce sur l'ensemble des aspects des soins.

Le pays a connu une épidémie de poliomyélite en 2018 (les premiers cas depuis 2000), ainsi que des épidémies de coqueluche et de rougeole en 2019.
Certains indicateurs permettent de mettre en lumière l'ampleur de la situation :
- Espérance de vie : 63 ans pour les hommes, 68 ans pour les femmes
- Taux de mortalité maternelle : 270/100 000
- Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : 50/1 000
- Retard de croissance : 50 %
- PEV (programme élargi de vaccination) : couverture DTP3 de 70 %
- Tuberculose : 417/100 000

Les principaux problèmes de santé demeurent les maladies transmissibles : le paludisme, la tuberculose (TB), les maladies diarrhéiques et les maladies respiratoires aiguës constituent les premières causes de morbidité et de mortalité. La TB est la deuxième cause de mortalité en PNG. Le pays doit encore statuer sur sa réponse au bref communiqué de l'OMS datant de 2018, qui demande que les traitements actuels soient abandonnés pour utiliser les nouveaux médicaments. Les autres acteurs luttant contre la TB sont le Burnett Institute, sur l'île Daru, la Banque mondiale et le département des Affaires étrangères et du Commerce, qui financent nombre d'organisations luttant contre la TB dans le pays, comme FHI360,

World Vision et ChildFund, plus précisément pour combattre les maladies non transmissibles (NCD). Le Greenlight Committee (initiative OMS) de la région s'est rendu en PNG en 2018 afin de rendre un rapport sur les progrès effectués en matière de TB, qui s'est avéré globalement positif. Toujours en 2018, les Nations unies ont organisé une réunion de haut niveau sur la TB, puis une autre a eu lieu au cours de la conférence de la Coopération économique pour l'Asie-Pacifique, lors de laquelle la PNG a mis l'accent sur la tuberculose résistante (DR-TB) comme sujet d'importance capitale.

La majorité des enjeux sanitaires en PNG découlent du délitement des systèmes de santé. Environ 40 % des établissements de soins de santé primaires en zone rurale, comme les postes de secours et les centres de santé, sont fermés ou ne fonctionnent que partiellement. La plupart des centres de santé dans ces régions nécessitent une rénovation et l'approvisionnement de matériel, et bon nombre de ceux qui sont ouverts dans les zones reculées sont gérés par des églises, des ONG et des sociétés privées. Enfin, la pénurie de personnel médical et l'incohérence de l'attribution des subventions contribuent également aux défaillances du système de santé.

PRÉSENCE DE MSF

C'est en 1993 que MSF a apporté pour la première fois une assistance médicale en Papouasie-Nouvelle-Guinée, au cours du conflit dans la région de Bougainville. Actuellement, MSF-OCP est la seule section présente dans le pays. Le principal motif de cette présence aujourd'hui est le poids important de la tuberculose dans le pays. Dans le cadre de la planification stratégique de MSF, la TB demeure une menace récurrente sur le plan sanitaire qu'il est nécessaire d'éliminer : la PNG est toujours l'un des pays dans lesquels MSF fournit le plus d'efforts en matière de lutte contre la TB. À noter que la tuberculose fait actuellement l'objet de changements radicaux au niveau international, notamment avec l'introduction de nouveaux traitements et tests, ainsi que le déploiement de nouvelles stratégies visant à la combattre et que MSF met en place en partenariat avec les autorités de la PNG. Globalement, ces stratégies sont conçues pour réduire le poids de la TB à un niveau permettant de la gérer dans le cadre des activités habituelles du secteur de la santé. Les activités de MSF ont débuté mi-2014 et fin 2015 pour une durée estimée de cinq à dix ans.

MSF est de plus en plus reconnu comme acteur majeur en PNG, grâce à son engagement sans faille dans le cadre de programmes de prise en charge de la TB en coopération avec ses partenaires officiels (département de la Santé national et programme TB national) et d'autres organisations.

MSF-OCA était présent en PNG entre 2007 et 2016, notamment pour intervenir auprès des victimes de violences sexuelles, et MSF-OCB a annoncé en 2018 son éventuel intérêt pour une intervention sur l'île de Manus.

PROJET : SOUTIEN TRANSVERSAL / COORDINATION

Historique du projet : évolution des objectifs

L'équipe de coordination mise en place à Port Moresby joue un rôle actif dans le développement des activités de lutte contre la tuberculose :

- **Soutien aux activités de cultures du laboratoire national :** les activités étaient initialement centrées sur les cultures solides, puis il a été décidé d'aider le laboratoire à mettre en place des tests LPA (sonde linéaire) rapides et des tests de sensibilité aux médicaments.
- **Aide au remplacement des traitements TB au niveau national** afin de faire bénéficier les patients de traitements plus courts et de nouveaux médicaments contre la DR-TB. Travail en lien avec les décideurs politiques du pays afin de publier de nouvelles directives fin 2016. Introduction de nouveaux médicaments et de traitements plus courts en 2017, selon les nouvelles directives. Atelier organisé en 2018 afin de faciliter la mise à jour des nouvelles directives et le remplacement des traitements.
- **Bilan du projet pour en améliorer les résultats.** Bilan effectué en 2017 et enquête d'anthropologie menée en 2018 afin de mieux orienter le projet et de clarifier les objectifs et les activités dans ce cadre complexe.
- **Participation aux interventions d'urgence.** Participation ponctuelle, mais proposée chaque fois que nécessaire (ex. : coqueluche en 2017, île de Manus en 2017, campagne de vaccination contre la polio - soutien logistique en 2018).
- **Évaluation des nouvelles activités.** Proposition d'activité sur l'île de Manus, évaluation de l'activité de soins de santé primaires dans le delta Ihu.

Bilan 2018

Malheureusement, en raison de difficultés de collaboration, il a été décidé d'interrompre les efforts de développement des activités du laboratoire national et de continuer à utiliser le système de laboratoire de référence externe.

L'atelier sur l'introduction des nouveaux traitements fut une réussite, avec une forte adhésion et des améliorations considérables en termes d'administration de traitements appropriés aux patients. Le message délivré lors de la réunion de haut niveau des Nations unies montrait un certain engagement, mais les objectifs n'ont pas été atteints. L'accord sur l'utilisation étendue de la bédaquiline ou du délamanid dans le cadre des projets MSF n'a pas été signé.

Le rapport d'anthropologie a été finalisé lors d'une présentation à la Conférence de l'Union, puis transmis aux parties prenantes. Il est prévu que les conclusions soient publiées.

	2016	2017	2018
Culture laboratoire national		Culture solide mise en place	LPA non déployés dans le pays
Nouveaux traitements	Établissement de directives	Lancement du traitement court	Nb de patients bénéficiant des nouveaux médicaments Comité clinique visant à faciliter leur utilisation étendue
Réponse aux urgences		Coqueluche	Soutien logistique polio Intervention à Manus
Évaluation des nouvelles activités		Évaluation delta d'Ihu	Proposition pour l'île de Manus

PROJET : PROVINCE DU GOLFE

Historique du projet : évolution des objectifs

MSF vient en aide aux services de lutte contre la tuberculose (TB) dans la province du Golfe depuis juillet 2014.
Initialement, MSF se concentrait sur le renforcement des services TB de l'hôpital général de Kerema en gérant un département d'hospitalisation et consultation complet, ainsi que les services du laboratoire (microscope et GenExpert).
En 2016, le projet a été complété par un soutien aux centres de prise en charge à Ihu (environ 17 643 personnes dans la zone d'intervention) et à Malalaua (environ 18 990 personnes), ainsi qu'aux centres de santé situés dans des zones reculées (Orokolo et Iokea). Par ailleurs, MSF a recruté, formé et dirigé le personnel dans le cadre d'une approche décentralisée centrée sur les patients. Cette activité a entraîné une rapide augmentation du nombre de cas de TB examinés, mais des inquiétudes quant à la collecte des données et au diagnostic et au suivi de ces cas.
En 2017, MSF s'est davantage concentré sur la qualité des soins, en documentant mieux ses activités et en améliorant le diagnostic et le suivi, de sorte que les patients bénéficient d'une meilleure qualité de service et de meilleurs résultats.
En 2018, la priorité était d'améliorer la mise en œuvre des activités de proximité et de développer la gestion des services d'hospitalisation par le département de Santé national (NDoH).

Dispositif actuel

- Travail au sein des structures du NDoH en fournissant des soins complets à la cohorte de patients TB dans les zones d'intervention, notamment pour aider quatre centres de prise en charge de base à Kerema, Malalaua, Ihu et Orokolo.
- Mise en place de services d'hospitalisation TB (service de 17 lits) à l'hôpital général de Kerema (structure du NDoH).
- Soutien complet aux activités du laboratoire TB, cas référés en externe vers l'hôpital public du NDoH pour des examens aux rayons X et des analyses générales de laboratoire.
- Partage des soins VIH prodigués aux patients TB dans le cadre du programme de lutte contre le VIH du NDoH.

Bilan 2018

Réalisations

- Amélioration de la qualité des soins - légère réduction des perdus de vue lors du suivi, réduction du nombre d'échecs des tests sur des échantillons de crachats, amélioration du taux de réussite
- Clarification et mise en place de l'activité de décentralisation
- Lancement du dépistage du VIH et du traitement des patients TB
- Amélioration de la collaboration avec les autorités
- Cartographie des activités de proximité : autres acteurs, patients, promoteurs du traitement
- Construction d'une clinique sécurisée à Malalaua pour un meilleur contrôle des infections

Objectifs non atteints

- Cartographie GPS des promoteurs du traitement non finalisée
- Évaluation par drone non réalisée
- Cartographie des cliniques, églises, écoles et associations afin de renforcer les activités de sensibilisation non finalisée

PROJET : DISTRICT DE LA CAPITALE (NATIONAL CAPITAL DISTRICT)

Historique du projet : évolution des objectifs

MSF vient en aide aux services de santé dédiés aux maladies non transmissibles depuis juillet 2015 (aide officialisée par la signature d'un mémorandum en décembre 2015). MSf s'est concentré initialement sur la gestion des services TB externes et des services de laboratoire (microscopie et GenExpert).

En 2016, priorité a été donnée à la TB sensible aux médicaments dans la zone couverte par le centre de prise en charge de Gerehu, ainsi qu'au soutien à l'hôpital général de Port Moresby. Les équipes mobiles ont offert des soins à domicile à leur cohorte de patients DR-TB.

En 2017, MSF a commencé à proposer des soins directs aux patients diagnostiqués avec une DR-TB dans le nord-ouest du district de Port Moresby, ainsi que des activités d'éducation et de conseil pour les patients, et également à améliorer la gestion des données. D'autre part, les activités de proximité ont été réorientées afin d'apporter un soutien à la cohorte de la clinique MSF de Gerehu.

En 2018, de nouveaux acteurs dans la lutte contre la TB ont émergé grâce au financement de la Banque mondiale, comme Child Fund, dans le district nord-ouest, afin de proposer des traitements avec observation directe (DOT). Une procédure opérationnelle permanente a été signée en août par ces deux parties prenantes afin de formaliser leur partenariat. Enfin, en

2018, principalement, MSF s'est concentré sur l'amélioration de la qualité des soins, dont la prise en charge des patients co-infectés par le VIH.

Dispositif actuel

Le programme propose des activités TB en externe à une cohorte de patients atteints de tuberculose simple et résistante : dépistage, diagnostic, traitement, éducation et suivi à la clinique de Gerehu, mais aussi activités de soutien externes pour la prise en charge des patients DR-TB, y compris des soins à domicile si nécessaire. Des activités de laboratoire pour le diagnostic de la TB sont en place, y compris des tests de résistance à la rifampicine. Les services généraux de laboratoire, d'imagerie et d'hospitalisation sont principalement externalisés à l'hôpital général de Port Moresby, où MSF fait une visite hebdomadaire.

Bilan 2018

Réalisations 2018

- Augmentation du niveau d'activité démontrant l'acceptation de MSF
- Amélioration continue de la qualité des soins (ex. : réduction des perdus de vue)
- Amélioration du dépistage du VIH
- Nette hausse du nombre de patients dans la cohorte DR-TB, accompagnée d'une amélioration du suivi en continu
- Introduction d'un nouveau médicament (bédaquiline)
- Engagement de toutes les parties prenantes dans la construction d'un centre de traitement de la tuberculose adapté au sein de l'hôpital de Gerehu

Objectifs non atteints

- Développement des compétences du personnel MSF et NDoH (médical et paramédical)
- Renforcement de la collaboration avec les services de lutte contre le VIH : formations, réunions, prescription et suivi des patients sous traitement, etc.

PHILIPPINES

Typologie : conflit armé, accès aux soins.

Personnel 2018
International : 11
National : 29

Nombre de projets 2018 : 2

Dépenses 2018 : 1 833 k€.

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : aucun.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Les Philippines comptent 106 millions d'habitants, dont 90 % sont des chrétiens, pour la plupart catholiques. Fort d'une croissance annuelle moyenne de 6,3 % entre 2010 et 2016, par rapport à 4,5 % entre 2000 et 2009, à moyen terme, le pays devrait passer d'un revenu intermédiaire faible (revenu national brut par habitant de 3 580 USD en 2016) à un revenu moyen supérieur (fourchette de revenu par tête entre 3 956 USD et 12 235 USD). Néanmoins, en 2016, quelque 22 millions de Philippins, soit plus d'un cinquième de la population, vivaient toujours sous le seuil de pauvreté national. Un modèle de croissance moins favorable aux pauvres, les grandes inégalités en matière de revenus et de perspectives, ainsi que l'impact négatif des catastrophes naturelles et des conflits comptent parmi les obstacles ralentissant la réduction de la pauvreté.

En juin 2016, l'ancien maire Rodrigo Duterte, leader charismatique, est arrivé au pouvoir en remportant une victoire écrasante auprès des électeurs, après leur avoir promis, lors d'une campagne où tous les coups étaient permis, de s'attaquer à la criminalité, aux drogues et à la corruption.

L'archipel des Philippines se situe le long de la ceinture de feu, ce qui le rend vulnérable en cas d'éruption volcanique ou de tremblement de terre. Près de 20 cyclones touchent chaque année le pays, dont plusieurs sont généralement classés en catégorie 4 ou 5.

Mindanao, la partie sud du pays, concentre un quart de la population, et 40 % des personnes pauvres des Philippines y vivent. Par ailleurs, 94 % des musulmans du pays habitent cette île. Dans la région autonome musulmane de Mindanao (ARMM, pour *Autonomous Region in Muslim Mindanao*), des rumeurs circulent toujours, depuis la fin de la bataille de Marawi, en octobre 2017, selon lesquelles les groupes locaux sympathisants de l'Etat Islamique (EI) procèdent à des activités de recrutement et de regroupement. On déplore de manière sporadique des fusillades, des embuscades, des attaques aux engins explosifs improvisés et aériennes.

Contexte sanitaire

Le système de santé des Philippines est décentralisé : les 17 régions disposent chacune d'un interlocuteur du département de la Santé. De plus, les 81 provinces et unités de gouvernement locales (LGU) sont largement autonomes. En effet, si le département de la Santé définit les politiques et les normes à appliquer, c'est aux LGU de décider ou non de leur mise en œuvre, quelle que soit la méthode utilisée. D'autre part, le niveau de bureaucratie est élevé, ce qui complique d'autant plus le fonctionnement du système, déjà fragmenté. Le secteur privé concentre une grande partie des services de santé disponibles, qui sont complétés par un programme de sécurité sociale national appelé Phil Health, permettant d'offrir un filet de sécurité, principalement pour les dépenses d'hospitalisation.

En dehors des agences habituelles de l'ONU, la Croix-Rouge des Philippines jouit d'une marge de manœuvre et d'une influence non négligeables en local. Par ailleurs, de nombreuses ONG internationales sont présentes dans le pays, mais elles n'ont que peu de pouvoir au niveau national. Le gouvernement améliore visiblement sa capacité en matière de soins de santé et d'interventions en réponse aux urgences, ce qui lui permet d'asseoir son autorité. Tout cela a un impact sur l'environnement dans lequel MSF évolue : autorisations d'importation, possibilités d'évaluer les situations d'urgence et à intervenir, si nécessaire, etc.

C'est sur l'île Nord que les indicateurs de santé sont les plus élevés, et les chiffres baissent peu à peu, à mesure que l'on va vers le sud : les statistiques les plus mauvaises correspondent à Mindanao, en particulier à la province ARMM. Les principales causes de morbidité sont les maladies non transmissibles et les maladies infectieuses. Le choléra est endémique, et l'on déplore régulièrement des épidémies de maladies pour lesquelles on dispose pourtant de vaccins, et ce en raison de la couverture vaccinale en déclin. Un grand plan anti-TB est prévu pour 2018/2019 afin de cibler le taux d'incidence de la tuberculose, en hausse.

Maladies non transmissibles	Prévalence	Maladies infectieuses	Cas (2016)
Hypertension	25 %	Dengue	209 387
Hyperlipidémie	10 %	Chikungunya	5 782
Diabète	5 %	Encéphalite japonaise	359
Asthme de l'adulte	9 %	Leptospirose	1 693
		Typhoïde	28 055

PRÉSENCE DE MSF

MSF-OCP est présent aux Philippines depuis le typhon Haiyan survenu en 2013. Par la suite, cette section est restée dans le pays dans le cadre d'un partenariat avec une ONG locale, à partir de janvier 2016. Aucune autre section n'y mène des projets opérationnels, mais MSF-OCB y occupe des fonctions de recrutement et de communication.

PROJET : SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE À TONDO, DISTRICT DE MANILLE

Historique du projet : évolution des objectifs

Après le passage du typhon Haiyan, afin d'intervenir plus rapidement en cas d'urgence due à une catastrophe naturelle, MSF-OCP a décidé de rester dans le pays dans le cadre d'un projet de long terme, en 2015. En 2016, MSF a conclu un partenariat avec Likhaan, une ONG locale déjà implantée dans les bidonvilles de Tondo et San Andres, à Manille, où elle propose des services de planification familiale et facilite l'accès à des soins de santé reproductive.

Tondo compte 650 000 habitants, dont la majeure partie vit dans des bidonvilles, le long de la baie de Manille. Il s'agit du plus vaste ghetto du pays. Jouissant d'un accès très limité à des soins de santé reproductive en raison de sa pauvreté, cette population a souffert du peu de moyens du département de la Santé et de la direction de la santé de la ville.

Prévu sur cinq ans, le projet doit se terminer en décembre 2020. Les deux premières années, ce programme visait à renforcer la collaboration avec Likhaan et à développer la prévention, le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus, ainsi que les activités de planification familiale. Par la suite, en 2017, d'autres services, comme la prise en charge des victimes de violences sexuelles et les soins prénatals et postnatals, ont été intégrés au projet.
La question de la santé reproductive chez les adolescents nécessitait une approche transversale afin d'apporter une réponse adaptée aux besoins de cette population vulnérable et négligée des bidonvilles de Manille.

Dispositif actuel

Le projet vise à proposer à la population de Tondo (districts médicaux 1 et 2) et de San Andres (district médical 5) des services de santé sexuelle et reproductive (SRH) selon cinq piliers. Les adolescents sont considérés comme la population ciblée la plus vulnérable : ils sont concernés par presque tous les piliers du projet, en particulier la planification familiale et l'accès aux soins prénatals, afin de favoriser un engagement auprès des services de santé.

1. Planification familiale
2. Prévention et traitement du cancer du col de l'utérus
   - Une clinique sur site et un véhicule permettant de proposer des services dans d'autres lieux, quatre fois par semaine
3. Prise en charge syndromique des IST
4. Prise en charge des cas de violences sexuelles
5. Soins prénatals et postnatals

MSF propose un soutien à Likhaan pour les interruptions volontaires de grossesse avec un approvisionnement en médicaments et des évaluations de la qualité.

Une équipe de mobilisation communautaire de 13 personnes s'occupe de sensibiliser la population aux questions de santé et de promouvoir l'accès aux services disponibles auprès des bénéficiaires ciblés.

Bilan 2018

- Augmentation des activités mobiles de deux à quatre fois par semaine pour le dépistage et la cryothérapie en cas de cancer du col de l'utérus
- Activité de prévention du cancer du col de l'utérus (CECAP) lancée à San Andres et hausse du nombre de jours d'activités pour le véhicule
- Augmentation du nombre d'intervenants en planification familiale, ce qui représente 38 % de l'ensemble des activités de planification familiale menées par MSF-OCP en 2017.
- Activité de soins prénatals (ANC) et postnatals (PNC) lancée à Lila
- Fin de la rénovation de la clinique de Lila
- Réorganisation et amélioration de la coordination du flux de travail et des process

	2016	2017	2018
Nb de consultations planification familiale	12 222	12 374	12 391
Nb d'inspections visuelles à l'acide acétique	220	1 438	3 474
Nb de cryothérapies	11 (5 %)	74 (5,1 %)	123 (3,5 %)
Nb de patients victimes de violences sexuelles	-	7	64
Nb de patients ANC/PNC	-	-	1 729

PROJET : MARAWI

Historique du projet : évolution des objectifs

Marawi, ville située dans l'ARMM, possède les indicateurs de santé les plus mauvais des 17 régions des Philippines, avec Lanao del Sur, la province la plus pauvre du pays. MSF a répondu aux besoins des déplacés internes dus à l'attaque des groupes locaux affiliés à l'Etat Islamique visant à prendre le contrôle de Marawi, la seule ville islamique de l'archipel (205 000 habitants, dont 95 % de musulmans). Plus de 370 000 personnes ont été déplacées, dont plus de 90 % ont été accueillies au sein de familles ou communautés, et 10 % placées dans des centres d'évacuation agréés par le gouvernement. Malgré l'engagement de centaines d'ONG locales et internationales, MSF a pu fournir des services de santé mentale et une assistance eau/assainissement à seulement 11 000 déplacés dans des familles ou communautés à Iligan et le long de la route menant à Marawi.

À l'issue de la bataille ayant eu lieu fin octobre 2017, l'équipe a procédé à une évaluation en novembre, qui a mis en évidence divers problèmes : absence d'accès pour les rapatriés à des soins primaires à Marawi, 70 % des centres de santé locaux détruits, presque tous les travailleurs de santé eux-mêmes déplacés et touchés psychologiquement,

manque de médicaments et de ressources humaines, même avant la bataille, mauvaises conditions eau/assainissement chez les déplacés, 1 latrine pour 100 déplacés en moyenne, approvisionnement en eau par personne et par jour inférieure à 20 litres, et bactéries « coliformes fécaux » détectées dans 17 camps de déplacés sur 31. Au moins 50 000 personnes ne pourront pas retourner en ville dans les années qui viennent et conserveront donc leur statut de déplacées, puisque leur zone résidentielle appelée « Ground Zero » a été totalement détruite.

Sur la base de ces constatations, la mission a proposé de lancer un projet axé sur les soins primaires pour les rapatriés et de continuer à fournir une assistance en eau et assainissement aux déplacés. La suggestion a été approuvée par Paris en février 2018.

Dispositif actuel

À partir de mi-octobre, MSF a commencé à fournir des ressources humaines et à approvisionner un service de consultations et un service d'urgences dans un centre de santé rural du ministère de la Santé, situé dans la zone la plus peuplée de Marawi. MSF est en charge de la qualité des services dans ces unités. En revanche, MSF ne participe pas au PEV, à la lutte contre la TB et le VIH et aux activités de santé reproductive. Environ 15 000 familles de rapatriés, représentant 45 % des rapatriés de la ville, devraient avoir accès aux services de MSF. MSF est aussi responsable des cas référés vers l'hôpital de soins tertiaires situé dans la ville, à proximité.

Bilan 2018

L'intervention d'urgence après le passage du typhon Vinta dans la province de Lanao del Norte (LDN) en janvier a permis à MSF d'établir un réseau avec le MILF (Moro Islamic Liberation Front) à haut niveau. MSF a fourni des kits d'hygiène et de l'eau à 926 familles dans les trois municipalités les plus touchées de la province.

L'intervention sur la rougeole à Marawi, en février, a mis en lumière la nécessité de bien comprendre le comportement de la population locale en matière de besoins de santé.

Le processus IMO a pris beaucoup de retard : lancé fin février, il a réellement débuté fin septembre. Les médicaments sont toujours en cours d'inspection, ce qui pose problème pour mettre en œuvre le programme. Finalement, une solution a été trouvée en passant par des achats locaux.

L'approvisionnement en continu des Philippines passera en effet, si besoin est, par des achats locaux, et l'on n'aura recours aux importations que lorsque les circonstances le permettront, c'est-à-dire en cas d'urgence.

93 latrines et 29 dispositifs de traitement de l'eau ont été construits dans 10 camps de déplacés à Marawi et dans cinq autres municipalités, et l'on a également procédé à la rénovation du centre de santé rural de Marawi (RHU).

Par ailleurs, des activités de sensibilisation aux questions d'hygiène et de santé ont débuté dans 11 camps de déplacés, et 10 comités d'hygiène ont été créés et formés. Des kits de traitement de l'eau et des kits d'hygiène ont été distribués à 1 195 familles de déplacés.

Intervention à Marawi auprès des déplacés	**2018**
Vaccination contre la rougeole	5 638 (couverture de 43 %)
Consultations médicales	2 300 (à partir de mi-octobre)
Latrines/approvisionnement en eau dans les camps de déplacés	93 / 29

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE (RCA)

Typologie : conflit armé.

Personnel 2018
International : 75
National : 985

Nombre de projets 2018 : 4

Dépenses 2018 : 18 377 k€.

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCB, OCA, OCBA.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Depuis les violences sans précédents qui ont eu lieu en 2013/2014 et trente mois après l'élection du Président Touadera, la situation sécuritaire qui prévaut actuellement en République centrafricaine (RCA) reste extrêmement préoccupante. Les violences sont principalement de nature ethno-économiques. Les groupes armés se sont multipliés. Dans un processus de décentralisation, le mouvement Anti Balaka s'est répandu toutes les régions. Au contraire, les groupes ex Seleka se sont concentrés sur le contrôle des villes et axes et contrôlent de facto 14 préfectures sur 16.

Bria et Bangassou, les foyers de tensions de 2016-2017 sont restés actifs, tandis que de nouvelles tensions ont éclaté à Paoua (décembre 2017, 70 000 déplacés), sur l'axe Bambari-Ippy (mars-avril 2018), à Bangui (avril-mai 2018), et Bambari (mai 2018) pourtant fleuron du succès de la MINUSCA en 2017.

Une énième initiative pour la paix ? Depuis juillet 2017, un panel de facilitateurs de l'Union africaine rencontre tour à tour autorités et groupes armés centrafricains pour recueillir leurs revendications et poursuivre les discussions des modalités de paix – les tentatives précédentes ayant toutes échoué. Le dialogue qui conclura cette initiative est censé se tenir avant la fin de l'année 2018.

Par ailleurs, force est de constater que les forces de l'ordre et de maintien de la paix sont inefficaces. Les moyens de la MINUSCA et son mode de fonctionnement restent trop limités pour arrêter, contenir ou prévenir les violences exercées contre la population. De façon générale, les forces conventionnelles (Forces armées royales de la MINUSCA et Forces internationales) ont une faible capacité à sécuriser simultanément plusieurs zones de conflit. La Russie, à la faveur d'un accord militaire conclu entre Moscou et Bangui en décembre 2017, est devenue un nouvel acteur sécuritaire en Centrafrique. La Russie joue un jeu trouble, se plaçant à la fois comme conseiller au Président et partie de la garde présidentielle et aussi négociatrice avec les groupes armés pour l'accès aux mines. L'arrivée russe internationalise les tensions et mène depuis le début de l'année à une escalade à l'armement des différents belligérants.

La RCA demeure l'un des pays les plus dangereux au monde pour les acteurs humanitaires. Entre janvier et septembre 2018, 316 incidents affectant directement les acteurs et les biens humanitaires ont été enregistrés – dont 24 concernent MSF. Huit travailleurs humanitaires ont perdu la vie.

Contexte sanitaire

Les conséquences humanitaires des tensions et conflits sont catastrophiques. Les violences de 2018 ont entraîné une augmentation spectaculaire du nombre de personnes déplacées : 621 000 en septembre vs 426 000 en avril 2017, soit une augmentation moyenne de 50%, auxquels s'ajoutent 572 000 réfugiés.

Les besoins humanitaires estimés à 515 millions de dollars ne sont financés qu'à hauteur de 184 millions. L'aide peine à se déployer. Le système de santé, sous-financé (10% seulement du total des dépenses de santé couvertes par le Gouvernement), est dysfonctionnel à tous les niveaux – 55% des structures de santé non soutenues par un partenaire sont non fonctionnelles.

Selon les données de l'OMS en 2015, l'espérance de vie à la naissance est de 52,5 ans pour un Centrafricain. Le taux de couverture vaccinale reste bas (41% selon le cluster santé) malgré le renforcement du programme élargi de vaccination (PEV). Le paludisme est la première cause de mortalité chez les moins de 5 ans (68% des consultations en 2016, 71% des hospitalisations et 71% des décès). Selon healthdata.org, la tuberculose puis le VIH sont les causes principales de décès chez les adultes (prévalence VIH à 4,1%, incidence prévalence de la Tuberculose estimée à 423/100 000 en 2017).

PRÉSENCE DE MSF

MSF France intervient en RCA en 2006, trois ans après le coup d'Etat du général Bozize, et commence par la mise en place de programmes à Paoua et Bangui, puis à Carnot en 2009. MSF OCP maintient ses programmes réguliers de Paoua et Carnot tout en augmentant ses opérations à Bangui (chirurgie) et Bria (ouverture) durant les pires moments de l'offensive Seleka de 2013. MSF OCB, OCA et OCBA sont également présents dans le pays. Au total, MSF y mène actuellement 12 projets.

L'UNICEF soutient la vaccination et fournit les intrants nutritionnels, le Fonds Mondial est présent pour la prise en charge de la tuberculose, du VIH, du paludisme (essentiellement intrants), tandis que la Banque mondiale et l'Union européenne ont initié le déploiement de programmes de financement des structures de santé basé sur la performance (notamment à Paoua). Des ONG tels que IMC, Mentor ou la Croix-Rouge opèrent également en RCA.

PROJET : BANGUI, SICA

Historique du projet : évolution des objectifs

Un projet chirurgical de prise en charge des blessés a été ouvert à Bangui en décembre 2013 du fait des violences. Le projet a été ouvert d'abord à l'hôpital communautaire puis au Centre national hospitalier universitaire de Bangui (CNHUB). En novembre 2015, le ministère de la Santé a demandé officiellement à MSF de libérer les locaux. En 2016, MSF a aménagé une structure privée, 'SICA'. L'activité y a été opérationnelle en juin 2017. Ce projet adresse aujourd'hui un manque criant de prise en charge des cas traumatologiques en RCA. La prise en charge des victimes de violences sexuelles a débuté au CNHUB en juillet 2014.

Dispositif actuel

L'hôpital de SICA est un centre de traumatologie 100% MSF comprenant un service d'urgences, 60 lits d'hospitalisation, un bloc opératoire avec 2 salles d'opération, un service de soins post opératoires et de consultations externes, un service de prise en charge des victimes de violences sexuelles et enfin les services support de physiothérapie, laboratoire et radiologie. Cette structure s'adresse aux adultes (> 15 ans) victimes de violences et traumatismes, venant de Bangui et potentiellement des provinces par le biais des références.

La typologie des patients a évolué depuis 2014 : la violence n'est plus la première cause de consultations aux urgences, elle a été supplantée par la prise en charge des accidents de la voie publique (60% de l'activité).

Bilan 2018

Après un an d'activités à SICA, malgré les contraintes et les doutes, il apparaît que les activités de traumatologie sont assurées correctement et que la structure est capable de prendre en charge l'activité quotidienne et les afflux de blessés. Des progrès notables concernant le suivi des patients en ambulatoire ont été réalisés depuis 6 mois.

En septembre 2018, la structure connait des difficultés d'espace, de prise en charge des cas de bactéries multi-résistantes, et ne dispose pas de service de soins de suite et réhabilitation (SSR). La stratégie médicale et opérationnelle de la chirurgie à Bangui reste à formaliser.

De plus, les coûts de maintenance sont importants du fait de la qualité des matériaux locaux utilisés lors de la construction, des équipements mis en place pour prévenir les remontées de la nappe phréatique et de la station d'épuration pour traitement des eaux usées.

Cette année, suivant la visite conjointe de la cellule et des départements médical/logistique, les prérequis incontournables pour un centre de traumatologie sont en cours de mise en œuvre : amélioration du contrôle de l'infection et de la réponse à l'antibio-résistance (IPC, laboratoire), amélioration du suivi postopératoire et des soins de réhabilitation.

La prise en charge des victimes de violences sexuelles (VVS) continue mais rencontre des difficultés à améliorer la qualité des soins et à atteindre les objectifs en termes de sensibilisation – la majorité des victimes arrivent plus de 72 heures après les faits. La mise en place des activités d'interruption volontaires de grossesse (IVG) et de planning familial (PF) est en cours.

En 2018, on remarque une augmentation générale d'activités dans tous les services. Cette augmentation fait suite à la succession d'épisodes de violence en avril et mai ayant conduit à des afflux de blessés successifs, à l'arrêt des activités du CICR et à l'augmentation des références de province.

Bilan 2018

- Urgences : 11 099 passages dont 3% référés par la province. 41% dus à des violences, mortalité à 0,2% et 10% hospitalisés
- Bloc opératoire : 3500 interventions dont 34% de nouveaux patients, 4788 actes de chirurgie dont 80% mineure, 9% ortho et 5% viscérale
- Hospitalisation: 1272 admissions pour une durée moyenne de séjour de 11 jours
- Ambulatoire : 1746 nouvelles admissions pour 5697 dossiers suivis
- Consultations VVS : 1745 consultations dont 16% de moins de 72 heures

PROJET : BRIA

Historique du projet : l'évolution des objectifs

Ouvert en juillet 2013, le projet avait pour but d'offrir des soins primaires et secondaires pédiatriques à la population de la Haute-Kotto (114 000 habitants dont 87 000 en sous-préfecture de Bria) et de permettre la prise en charge de blessés dans un contexte de conflit armé avec pour conséquence des déplacements de populations.

A partir de fin 2016 et jusqu'à aujourd'hui, les différentes flambées de violences ont provoqué une partition de la ville de Bria, à laquelle MSF a dû ajuster ses activités – interventions pour les populations déplacées (PK3, les axes) et les populations enclavées (clinique dans les quartiers).

Le nombre de déplacés est estimé à 80 377 dont 48 115 sur le site de PK3. En 2018, au niveau périphérique, sur l'ensemble des axes (Ippy, Ouadda, Irabanda, et Yalinga), plusieurs affrontements ont opposé le FPRC/Tchadiens avec support des UPC aux Anti Balaka. Les violences à Bria sont extrêmes.

Dispositif actuel

Le projet offre des soins primaires pour les enfants de moins de 15 ans (incluant VIH et violences sexuelles) : OPD à l'hôpital de Bria, OPD « décentralisés » selon les besoins dans les quartiers enclavés, le dispensaire de PK3 (dans le camp de déplacés) et des cliniques mobiles sur les axes, actuellement à Lafolo et Kolaga. Les références par moto /et ou par véhicules MSF sont faites de ces centres/postes de santé vers l'hôpital de Bria.

Il offre aussi des soins secondaires à l'hôpital préfectoral: en pédiatrie (OPD, pansements, VIH, programme élargi de vaccination, 16 lits de soins intensifs, 22 lits d'hospitalisation et 9 lits de néonatologie) et une prise en charge pour les urgences chirurgicales (blessés pour toutes les tranches d'âges).

Bilan 2018

L'année a encore une fois été marquée par de nombreuses violences sur les différents axes et entrainant de nouveaux déplacements, notamment en brousse. MSF a été victime de plusieurs incidents dont 2 braquages de la base vie amenant à la suspension des activités pendant un mois.

IMC a réduit ses activités au sein de l'hôpital en raison de la baisse de financement alloué notamment à son support à la chirurgie. MSF a donc débuté un soutien aux urgences chirurgicales ainsi qu'un soutien en matière de suivi post-opératoire des blessés, et a par ailleurs continué les références vers l'hôpital et vers Bangui, et poursuivi le soutien au bloc avec sa réfection, des intrants et le support à la stérilisation.

Les activités externes ont été adaptées en fonction de l'évolution du contexte – arrêt des cliniques mobiles en ville (circulation entre quartiers rétablie), centre de santé de PK3 rendu permanent 24/7 et incluant la prise en charge du VIH/Tuberculose et des victimes de violences sexuelles, maintien des cliniques sur les axes externes à destination des populations réfugiées en brousse quand la sécurité le permet.

- Consultations : 70 929 réalisées dont 35% à l'hôpital, 34% à PK3 et 25% sur les axes (53% paludisme)
- Pédiatrie hospitalière : 2770 admissions en pédiatrie avec un taux d'occupation des lits à 107%, une durée moyenne de séjour de 4 jours et une mortalité à 2% (paludisme = 39%, létalité 0,7%)
- Nutrition : 276 admissions avec 8% de mortalité. 55% des enfants sont testés pour le VIH, 4% sont positifs
- Néonatologie : 474 admissions dont 47% sont en lien avec l'accouchement au village, 10% de mortalité
- Cohorte pédiatrique VIH : 48 au total
- Ouverture d'un service de prise en charge des urgences chirurgicales en août : 452 présentations dont 72% retournent à domicile, 24% hospitalisés ou pris en charge par le ministère de la Santé et 16% transférés à SICA pour être pris en charge

PROJET : PAOUA

Historique du projet : évolution des objectifs

La sous-préfecture de Paoua, 228 196 habitants, située au Nord-Ouest de la RCA dans la région de l'Ouham Pende est frontalière avec le Tchad sur 64 km. En 2006, du fait de l'insécurité dans la zone, une équipe MSF assure en collaboration avec le ministère de la Santé les soins de santé primaires et secondaires à l'hôpital. En avril 2015 suite à une crise sociale, MSF se retire des services de chirurgie et de maternité de l'hôpital.

Paoua reste une zone stratégique du fait de sa densité de population plus importante, sa proximité avec la frontière tchadienne, et la présence de groupes armés.

Dispositif actuel

L'implication dans les soins secondaires comprend la gestion du service des urgences (incluant la prise en charge des victimes de violences sexuelles), la pédiatrie incluant la nutrition et néonatalogie (74 lits), la médecine interne (29 lits).

MSF soutient également les services de chirurgie et de maternité pour la prise en charge des urgences (donations et références vers Bangui), le laboratoire (banque de sang), l'imagerie médicale, le renforcement du système de références sur tous les centres périphériques du district avec remboursement des frais aux taxi-motos pour les enfants et personnes vivant avec le VIH.

L'implication dans les soins primaires pédiatriques à l'hôpital et les 7 centres de santé comprend la gestion de la clinique VIH/Tuberculose dans l'hôpital et la décentralisation des soins en périphérie, l'appui à la PTPE (prévention transmission parents enfants), la vaccination, les consultations et la prise en charge de la malnutrition.

Bilan 2018

Cette année a été marqué par les violences qui ont eu lieu en périphérie et abouti au déplacement de 70 000 personnes sur Paoua ville et de 20 000 autres au Tchad. Le projet a donc dû s'adapter avec l'arrêt du support aux centres de santé jusqu'en mai et le redéploiement des ressources sur la ville – organisation de cliniques mobiles en ville, appui à la vaccination ainsi qu'à l'eau et l'assainissement.

En plus du rapprochement des soins de la population déplacée, il y a eu le renforcement de la surveillance épidémiologique à travers 1 point focal épidémiologiste, 1 sensibilisateur et 11 agents de santé communautaire dispatchés entre les sites communautaires de déplacés. Malheureusement, le retour des déplacés n'a pas été suivi et le retour de MSF sur les axes ne s'est pas adapté à la situation mais a maintenu le schéma existant avant les violences.

La prise en charge des cas de VVS a été opérationnelle en mars avec la mise en place du circuit des victimes ainsi que la mobilisation et la sensibilisation communautaire.

Au niveau de l'hôpital « Soins Santé Secondaires », les activités ont continué et ont au global baissé pour la pédiatrie mais augmenté en médecine interne.

L'activité VIH recense une augmentation du nombre de perdus de vue, comme à Carnot, qui reste inexpliquée à ce jour. La décentralisation des soins a été suspendue du fait de l'arrêt du soutien en périphérie en début d'année.

- Consultations dans les centres de santé : 66 875 consultations dont 71% de moins de 5 ans, 2842 références (4% de l'ensemble des consultations des centres de santé) et 73% de paludisme et 1713 enfants suivis en unité nutritionnelle thérapeutique ambulatoire (UNTA)
- Urgences : 16 678 passages dont 41% de moins de 5 ans. La pathologie principale est le paludisme (35%), les morsures de serpents représentent 4% de l'ensemble des passages aux urgences
- Pédiatrie : 2544 admissions avec un taux d'occupation des lits à 88%, une durée de séjour de 4 jours et une mortalité à 4%. 54% de paludisme (létalité 1,6%)
- Unité nutritionnelle thérapeutique intensive (UNTI) : 862 admissions avec 5% de mortalité, 58% des enfants sont testés pour le VIH, 4% sont positifs
- Néonatalogie : 516 admissions, 59% sont en lien avec l'accouchement au village, 10% de mortalité
- Médecine : 813 admissions avec une mortalité de 13,2%. Le VIH et les maladies associées concernent 17% des admissions, la tuberculose pulmonaire 10%, les envenimations 5%
- Violences sexuelles: 128 victimes admises en consultations dont 26% dans les moins de 72 heures
- VIH/Tuberculose : problème d'enregistrement des données à clarifier

PROJET : CARNOT

Historique du projet : évolution des objectifs

La région de Carnot (121 696 habitants sur la sous-préfecture et 57 784 habitants pour la ville de Carnot) est une importante zone minière du sud-ouest du pays. MSF intervient pour la première fois à Carnot suite à une urgence nutritionnelle en 2009 puis décide de mettre en place un projet intégré de prise en charge du VIH en 2010. En 2011/2012, une enquête rétrospective de mortalité montre un dépassement des seuils d'urgence de mortalité et les activités sont étendues à la pédiatrie, à 3 centres de santé et à la mise en place d'agents paludisme.

Des violences ont lieu contre les musulmans en 2013 et 2014, il est alors décidé à ce moment de passer le projet VIH sur un mode vertical MSF et non plus intégré avec le ministère de la Santé.

A partir de 2016, les activités de décentralisation sont reprises et les activités de prise en charge des victimes de violences sexuelles sont ajoutées en 2018 mais peinent à prendre forme.

Dispositif actuel

- Soins primaires pédiatriques et VIH dans 3 centres de santé en périphérie et dans 1 centre de santé urbain + références
- Soins secondaires au sein de l'hôpital de district de Carnot (HDC), dans les services de pédiatrie incluant urgences pédiatriques, hospitalisation, néonatologie et nutrition (111 lits) et VIH/TB incluant le support à la médecine interne et la zone d'isolation pour la tuberculose.
- Support des services transverses : laboratoire (banque de sang) et radiologie, service de chirurgie pour le suivi des pansements, stabilisation et références des cas de traumatologie.

Bilan 2018

En 2018, il s'agissait d'identifier d'autres partenaires afin de reprendre tout ou partie du projet Carnot et ainsi de permettre le désengagement de MSF de cette zone. Cet objectif n'est que très partiellement atteint. La Croix Rouge française a déjà exprimé la possibilité de reprendre la clinique VIH mais ALIMA, MSF OCB et MDM ont refusé une reprise d'activités.

VIH : d'après les données FUCHIA, les pertes de vue à Carnot sont importantes et en augmentation – l'équipe a travaillé à l'analyse des facteurs de risques et met en place des stratégies pour les réduire (passage au Test and Treat, journée enfants/ado, circuit court, CAG en périphérie, sensibilisation)

Pédiatrie : campagnes ciblées de vaccination tétanos pour les femmes enceintes et en âge de procréer, maintien de la qualité dans le service d'hospitalisation.

Médecine interne : maintien de l'activité – le taux de mortalité y reste important

Violences sexuelles: appui aux sages-femmes de la PTPE pour la prise en charge des victimes et réseautage avec notamment la maison d'écoute de Mercy Corps (peu de cas sont vus pour le moment – seulement 5 en 2018).

- Consultation centres de santé : 58 387 consultations dont 72% de moins de 5 ans, 3355 références (6% de l'ensemble des consultations des centres de santé) et 75% de paludisme et 1043 enfants suivis en UNTA (69% dans le centre de santé de Charpente)
- Urgences : 7716 passages avec 52% de paludisme, les morsures de serpent représentent 1% de l'ensemble des passages aux urgences
- Pédiatrie : 4272 admissions avec un taux d'occupation de lits à 110%, une durée moyenne de séjour de 4 jours et une mortalité à 3% ; 57% de paludisme (létalité 1,5%)
- UNTI : 639 admissions en nutrition avec 8% de mortalité, 58% des enfants sont testés pour le VIH, 3% de positifs
- Néonatoalogie : 467 admissions, 58% sont en lien avec l'accouchement au village, 10% de mortalité
- Médecine : 944 admissions avec une mortalité de 18%. Le VIH et les maladies associées concernent 27% des admissions, la tuberculose pulmonaire 4%, les envenimations 3%
- Violences sexuelles : 5 victimes admises en consultations dont 50% dans les moins de 72 heures.
- VIH/Tuberculose : 3200 personnes sous traitement dont 52,5% suivis;

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Typologie : conflit armé, épidémie / endémie.

Personnel 2018
International : 44
National : 225

Nombre de projets : 5

Dépenses 2018 : 11 565 k€.

Financements Institutionnels : 166 k€ (Canada).

Autres centres opérationnels MSF présents : OCA, OCB, OCBA, OCG.

CONTEXTE POLITIQUE

La crise politique et institutionnelle créée par la non-organisation de l'élection présidentielle prévue en 2016 et repoussée à décembre 2018 n'a fait qu'accentuer la situation d'instabilité et insécurité que traverse la République Démocratique du Congo depuis maintenant deux décennies.

Les manœuvres et machinations du pouvoir pour se maintenir, d'abord en tentant de modifier la Constitution pour permettre au président Kabila au pouvoir depuis 17 ans de briguer un troisième mandat, puis en reportant le scrutin, en maintenant l'utilisation de la polémique machine à voter et en refusant de procéder au nettoyage du fichier électoral (qui compte plus de 16% des personnes sans empreinte digitale) plongent le pays dans une situation d'incertitude et de profonde crise politique. Sous pression internationale, régionale et nationale, le président Kabila a fini par choisir son « dauphin », l'ex ministre de l'intérieur, Emmanuel R. Shadary. Malgré cette désignation, le président Kabila a tout mis en œuvre pour conserver une grande influence même en dehors de la présidence sur tous les secteurs stratégiques et influents du pays (armée, magistrature et économie).

L'opposition congolaise en recherche d'un leader, rongée par les égos de ses ténors et divisions intempestives, a eu du mal à se rassembler autour d'un candidat unique pour espérer renverser la machine du pouvoir mis en place. Avec l'exclusion par la Commission nationale électorale indépendante (CENI) des trois poids lourd de l'opposition à la présidence (Jean Pierre Bemba, Moise Katumbi et Muzito), c'est l'opposant Martin Fayulu qui a été choisi lors d'une réunion organisée sous l'égide de la fondation Koffi Annan avec les 7 leaders de l'opposition (Jean Pierre Bemba, Moise Katumbi, Adolph Muzito, Freddy Matungulu, Felix Tshisekedi et Vital Kamerhe). 48 heures après la signature, Felix Tshisekedi et Vital Kamerhe, se sont désolidarisés de la décision en créant leur propre coalition appelée Cap pour le changement (CACH). Les élections combinées – présidentielle, législatives nationales et provinciales – se sont tenues le 30 décembre 2018 et ont vu la victoire contestée – et sur fond de manipulations – de Felix Tshisekedi à la présidence et du camp de l'ex président Kabila aux législatives, nationales et provinciales. Les résultats annoncés par la CENI sont contestés par la puissante Eglise catholique et l'autre opposant Martin Fayulu qui revendique la victoire à la présidentielle et réclame la « vérité des urnes ».

La période électorale et postélectorale est aussi une période propice pour les entrepreneurs politiques pour se positionner en mobilisant les populations sur des problématiques locales. A travers la mobilisation de groupes armés, ces hommes politiques tentent de s'accaparer le pouvoir résiduel laissé par Kinshasa (députation, contrôle du gouvernorat et des postes de ministres provinciaux…) tout en promettant aux populations de solutionner leur problématique d'accès à la terre, d'insécurité, etc. Il en résulte souvent une nouvelle montée en tension opposant diverses communautés et un regain de violences, surtout dans le Kivu. Ces scénarii sont très probables, le degré de violence à venir représente la part d'incertitude restante (la violence est déjà présente mais peut s'intensifier et se propager à d'autres zones du pays).

L'Est de la RDC est marqué depuis des décennies par des affrontements entre groupes armés et armées régulières des différents pays voisins. La région est particulièrement touchée à des degrés divers par l'insécurité, notamment du fait des groupes armés et des conséquences de leurs activités pour les populations. Plus de 100 groupes armés opèrent au Nord Kivu en 2018, contre environ 70 ces dernières années. Ces groupes suivent une double logique de banditisme et de revendications politiques. Cette logique de prédation économique a ainsi, entraîné une hausse constante du nombre d'enlèvements ces dernières années et affecte particulièrement les territoires de Goma, Rutshuru, Lubero et Beni. La plupart des enlèvements se soldent par la libération des otages après versement d'une rançon allant de quelques centaines à quelques milliers de dollars, mais il n'est malheureusement pas rare que les otages soient tués. Les ONGs ne sont pas épargnées, voire de plus en plus ciblées ces derniers mois.

Entre fin 2017 et 2018, MSF a connu plus de 5 incidents majeurs - attaques d'une base (Mweso-OCA), kidnappings de personnels nationaux et/ou expatriés (Kalemie-OCG, Bambou-OCP, territoire de Mweso-OCA) - et procédé à des évacuations préventives et/ou à des suspensions de d'activités à cause des incidents ou de fortes menaces sur les équipes.

Les activités économiques sont très largement entravées voire empêchées, y compris l'accès aux champs dont la grande majorité de la population dépend. Cela entraîne des situations de malnutrition chronique en zones pourtant extrêmement fertiles. Les « ponctions » sur la population et les acteurs économiques ne cessent d'augmenter, chaque groupe armé – dont les forces armées congolaises (FARDC) – y allant de sa taxe ou de son prélèvement sur les biens en particulier agricoles et sur les routes. Cette insécurité entraîne depuis maintenant quelques années des mouvements pendulaires de populations qui se déplacent au gré des violences.

L'expansion des conflits dans la région du Kasaï et à l'Est du pays a eu des conséquences exponentielles sur le nombre de personnes déplacées, l'insécurité alimentaire, la malnutrition et la propagation des épidémies. La RDC est aujourd'hui le pays

africain le plus affecté par les mouvements de population avec plus de 4,35 millions de personnes déplacées dont 25% dans le Nord Kivu selon OCHA.

Contexte sanitaire

La situation sanitaire en RDC est à l'image de sa politique, fragile et instable. Un système de santé vétuste et dysfonctionnel reposant sur la participation de la population, une absence d'intrants (médicaments, consommables et équipements), régulièrement corrompu et affecté par les crises politiques, économiques et les conflits. La RDC fait face à des épidémies récurrentes et dues à la fois à une défaillance de son système de santé, à la faiblesse du plan de vaccination (avec des couvertures vaccinales annoncées qui dissonent avec la réalité observée sur le terrain), et à une chaîne de froid souvent pillée ou mal entretenue – quand elle existe (pas déployée sur tout le territoire). Les mouvements réguliers des populations accentuent la défaillance de la vaccination.

En 2018, la RDC a connu sa neuvième et dixième épidémie d'Ebola respectivement dans les provinces de l'Equateur en mai, et du Nord Kivu et Ituri depuis août et toujours pas endiguée en 2019.

La RDC a ratifié le Protocole de Maputo sur la protection des droits reproductifs et la santé de la femme en 2018. Ce Protocole permet aux femmes d'accéder à une interruption médicalisée de grossesse sous certaines conditions (violence sexuelle, santé mentale, etc).

PRÉSENCE MSF

Présents en RDC depuis 1981, MSF est intervenue sur l'ensemble du pays pour répondre aux besoins des populations affectées par les conséquences directes ou indirectes des conflits ou en réponse à des urgences épidémiques.

Les 5 centres opérationnels sont présents en RDC.
Depuis le début des années 2000, les opérations de MSF OCP se sont concentrées au Nord Kivu et dans les provinces de l'ex-Katanga du fait des conflits, violences, et des nombreuses épidémies que connaissent ces deux régions. Les projets en RDC évoluent souvent en fonction du contexte.

Les premiers projets de MSF OCP au Katanga datent de 1996. Ils ont été fermés fin 2007, un an après les élections présidentielles et un retour à la stabilité dans les régions d'intervention (Tanganyika et Haut Lomami). MSF OCP est intervenue sur demande de MSF OCB au Katanga en réponse à des épidémies en 2008 pour la rougeole dans le Tanganyika et pour le choléra en 2009 dans le Haut-Katanga. En 2010, MSF OCP est retournée au Katanga avec un projet de prévention et réponse à l'épidémie de choléra à Kalémie, dans une zone sanctuaire choléra, avec une équipe pour répondre aux urgences dans la province (Pool d'urgence Katanga-PUKA). Après la fermeture du dernier projet dans le Katanga (Kalemie), une nouvelle orientation opérationnelle est donnée pour les 5 prochaines années (2018-2022) avec un programme de réponse aux épidémies – en particulier la rougeole en développant des activités à la fois préventives et réactives (réponse rapide, efficace et efficiente).

Présent au Nord Kivu depuis les années 1994 (épidémie de choléra et afflux de réfugiés rwandais lors du génocide), en réponse à des cycles de violences ou des pics épidémiques, nos projets ont suivi les dynamiques et les enjeux locaux des conflits dans la région. Nos projets se sont étendus sur les territoires de Béni (réponse aux conséquences de conflit armé avec déplacements de populations – fermé en 2004), à Lubero-Kayna-Kanyabayonga (conflit armé avec déplacements des populations – fermé en 2009) en passant par Rutshuru-Nyanzale-Binza (conflit armé avec déplacements de populations – fermé en 2017) et Goma (VIH-SIDA) qui est toujours en cours. L'adaptation des projets en fonction de l'évolution, des dynamiques du conflit et de la crise (devenue chronique) a toujours été un défi pour les opérations.

Ces réponses longues ou ponctuelles à des problématiques s'inscrivant dans la durée (chronicité de l'instabilité politique et des conflits inter-ethniques) ont amené à des allées et venues répétées dans les mêmes zones, voire dans les mêmes structures de santé, pour des raisons identiques.

La mise en œuvre de ces projets, bien qu'elle ait fait ses preuves, demeure lourde, particulièrement en termes de sécurité, de RH et de logistique, et ne permettait pas une réactivité et souplesse suffisante face à des changements de situations fréquents et des alertes récurrentes.

PROJET: URGENCES ÉPIDÉMIQUES (URGEPI)

Historique du projet : évolution des objectifs

Les provinces de l'Ex Katanga connaissent des épidémies de rougeole récurrentes et cycliques (tous les 3 ans). Les cas de rougeole recensés dans cette province représentent environ 30% de la totalité des cas dans le pays. Malgré les bonnes couvertures vaccinales annoncées dans les différentes zones de santé (> 95%), environ 180 000 cas étaient recensés en 2005, 130 000 cas en 2006-2007, 300 000 cas dont 5 000 décès en 2010-2011, 50 889 cas en 2015, et 51 796 cas en 2018.

Les raisons de ces survenues épidémiques sont multifactorielles :

- Faible couverture et faible accès aux soins
- Inadéquation entre la couverture vaccinale administrative et l'enquête (problème de dénominateur ?)
- Faible couverture en chaine de froid (< 40%) impactant la qualité de la vaccination
- Difficultés et/ou défaillance de la vaccination de routine, expliquées par des interruptions fréquentes des activités de vaccination à cause de l'insécurité et par la mobilité de la population couplée à un taux de croissance important (environ 3%)
- Non-respect par le gouvernement des engagements de co-financement des activités de vaccination de rattrapage entraînant des retards voire une annulation
- Réponse tardive avec un système de surveillance défaillant : problèmes de complétude, promptitude et exactitude des données
- Surveillance biologique insuffisante ne permettant pas de détecter à temps l'épidémie de rougeole (peu de cas confirmés en laboratoire) : problème de transport et de qualité des échantillons, rupture fréquente des réactifs au niveau du laboratoire national, long délai de réception des résultats (en moyenne 35 jours)
- Longs délais de déclaration d'épidémie et de mise en œuvre de la réponse favorisant une forte mortalité (> 10%) et une diffusion de l'épidémie

MSF est intervenue à plusieurs reprises en réponse aux épidémies de rougeole dans la province du Katanga et les défis sont restés les même :

- Réponse tardive : vaccination organisée en moyenne 12 semaines après la confirmation laboratoire
- Pression et discussion difficile concernant les stratégies vaccinales
- Stratégie d'intervention controversée et souvent inadaptée au contexte épidémiologique local : inclusion des autres pathologies associées (paludisme, malnutrition), stratégies différenciées
- Lourdeur d'interventions avec une logistique énorme (surtout en zones rurales)
- Difficultés d'importation des vaccins
- Questionnements réguliers sur la plus-value de la vaccination lors des épidémies (surtout en cas de réponse tardive)

Au regard de tous ces défis, l'objectif du projet est d'agir pro-activement pour diminuer l'apparition des épidémies de rougeole dans la province de l'Ex-Katanga et d'améliorer les réponses en cas d'épidémie avec des stratégies opérationnelles discutées, acceptées et négociées en amont avec le Ministère de la Santé et les autres partenaires impliqués dans la stratégie de lutte contre la rougeole. Le projet a pour objectif général de réduire la fréquence et sévérité des épidémies de rougeole dans une des provinces de l'ex Katanga. C'est un projet en collaboration avec le Ministère de la Santé et d'autres partenaires (OMS, UNICEF, GAVI etc.) dont la réussite dépend de l'engagement actif et du leadership des autorités nationales et locales dans la planification, la mobilisation et la priorisation des ressources.

Dispositif actuel

Etat d'avancement des 4 volets du projet:

- Renforcement de la surveillance sur 5 zones de santé (sites « sentinelle »)
- Investigation et riposte : 9 investigations et 7 interventions menées dont 3 par l'équipe des urgences
- Laboratoire : des discussions sont en cours pour la mise en place d'un laboratoire décentralisé à Lubumbashi
- Vaccination préemptive : cette activité a été suspendue pour se concentrer à la riposte

Bilan 2018

Un atelier sur la rougeole a été organisé avec tous les partenaires provinciaux et nationaux et un comité de coordination MSF-MoH a été mis en place.

Après quelques mois, nous avons recentré nos ambitions en concentrant nos interventions sur 2 provinces plutôt que 4, le Tanganyika et le Haut Katanga.

Les premiers sites « sentinelle » ont été mis en place puis évalués mais la mise en œuvre a été tardive, tout comme la vaccination préemptive et le laboratoire

Fin 2018, la riposte à une épidémie de rougeole est en cours dans 7 zones de santé. La réponse vaccinale a été tardive à cause d'une rupture de vaccins et d'un long processus d'importation.

	2018
Nb des sites sentinelle	5
Nb d'enfants vaccinés en réactif	296 275
Taux de couverture vaccinale	103%
Nb des cas de rougeole pris en charge	3345
Nb des cas sévères pris en charge	280

Le démarrage du projet a coïncidé avec le début de l'épidémie de rougeole. La rupture en réactifs de laboratoire à Kinshasa et en doses de vaccins dans le pays ont retardé la confirmation et la réponse vaccinale. La prise en charge des autres pathologies meurtrières chez les enfants (paludisme et malnutrition) n'a pas été intégrée dans les réponses à cause d'un manque d'intrants au niveau du projet. Aucune enquête de couverture vaccinale n'a pas pu être réalisée.

PROJET: RUTSHURU, BAMBU ET KIBIRIZI (NORD KIVU)

Historique du projet : évolution des objectifs

Le projet de l'hôpital de Rutshuru a ouvert en octobre 2005 suite aux affrontements entre groupes armés survenus dans la zone. D'une prise en charge des cas chirurgicaux et des urgences/violences sur l'hôpital général régional (HGR) de Rutshuru, le projet évoluera rapidement vers un soutien de l'ensemble des services de l'hôpital.

La question du désengagement de MSF s'est posée lors des périodes d'accalmie de la situation en 2009 puis en 2013, avant une prise de décision en 2015. Le programme de désengagement a consisté en la mise en place d'un cadre de gestion Ministère/MSF fonctionnel au sein de l'hôpital et à la rédaction d'un accord sur le plan de développement hospitalier après le départ de MSF. Ledit accord met l'accent sur le renforcement des formations des personnels affectés par le Ministère. Le recouvrement des coûts a été rétabli en 2017 et le transfert de la totalité des services au Ministère de la Santé s'est terminé à la fin de cette même année. Le projet de Bambu a été ouvert en 2017 pour répondre aux déplacements de populations et à l'augmentation des cas de malnutrition. Il a aussi été réorienté en fonction de la stratégie mis en place en 2018.

Le degré d'exposition sécuritaire des équipes est aujourd'hui un élément clé de l'équation opérationnelle au Nord Kivu. Les éléments contextuels couplés à la dégradation attendue de la situation dans l'ensemble du Nord Kivu a amené à définir une stratégie opérationnelle souple permettant à la fois de répondre aux besoins médicaux de la population (violences, déplacements, épidémies) et d'assurer la continuité des soins tout en prenant en compte les difficultés d'accès auxquelles les équipes sont confrontées.

Les tensions dans la région de Rutshuru restant cycliques, la localisation de l'hôpital de Rutshuru demeure stratégique. En 2018, MSF OCP décide de s'impliquer de nouveau dans l'hôpital de Rutshuru et après de longues discussions, commence à soutenir les services des urgences (entrée), de chirurgie, de soins intensifs et de nutrition (pédiatrie) en septembre 2018. Un support est également apporté à 2 autres hôpitaux et plusieurs centres de santé de la région. A Bambu et Kibirizi, deux zones situées sur une

ligne de front, MSF a mis en place et soutient dans les structures de santé gérées par le ministère de la Santé le service des urgences, la pédiatrie, l'unité nutrition, la prise en charge des victimes de violences sexuelles et des consultations externes au niveau des centres de santé éloignés (deux à Kibirizi et trois à Bambu) entre les deux communautés. L'objectif de ces projets est de donner accès à des soins médicaux aux populations de cette région instable et en régulièrement au cœur de conflits. La stratégie à Bambu comme à Kibirizi se traduit par l'instauration de la gratuité des soins, le renforcement des capacités de personnels par des formations et l'approvisionnement en médicaments, équipements et autres consommables. Après cette phase, les structures s'autonomisent (plus de présence permanente des équipes MSF) avec une équipe de supervision basée à Rutshuru. Le projet de Bambu est entré en phase d'autonomisation depuis septembre 2018, le projet de Kibirizi entame cette deuxième phase fin 2018.

Dispositif actuel

Le dispositif opérationnel de la partie sud du Nord Kivu se fait à deux niveaux :

1er niveau : Hôpital de référence (HGR) à Bambu et Kibirizi avec le support aux services des urgences, de pédiatrie, nutrition, la prise en charge des victimes des violences sexuelles et références des cas graves à Rutshuru ainsi que le support à la prise en charge des soins primaires au niveau de 6 centres de santé

2e niveau : Hôpital de référence de Rutshuru – services des urgences, chirurgie et nutrition (pédiatrie) et support à la prise en charge de la malnutrition dans 4 structures périphériques de Rutshuru.

Bilan 2018

- Orientation du projet Bambu avec la mise en place d'un service des urgences, un support assuré aux services de pédiatrie et nutrition et le support à 3 centres de santé (Faradja, Mushababwe et Kishishe) ainsi que la prise en charge des cas des violences sexuelles
- Ouverture du projet Kibirizi (avril 2018) avec le même dispositif et un support à 2 centres de santé
- Réouverture du projet Rutshuru (septembre 2018) matérialisé par un support aux services des urgences, chirurgie et nutrition.

Zones de santé de Bambu

	2017 (mai-déc)	2018
Nb de consultations curatives	23 058	41 551
Nb de cas de paludisme parmi les consultations curatives	6448	10 220
Nb d'admissions en pédiatrie	1306	1491
Mortalité pédiatrie (%)	3%	3,7%
Nb d'admissions dans le programme nutrition ambulatoire (UNTA)	1406	1501
Dont admis dans le programme nutrition intensif (UNTI)	324	340
Nb de victimes de violences sexuelles	83	117
Salle urgence	-	921
Nb de références		67

Zones de santé de Kibirizi

	2018
Nb de consultations curatives	15 657
Nb de cas de paludisme parmi les consultations curatives	3373
Nb d'admissions en pédiatrie	1168
Mortalité Pédiatrie (%)	2%
Nb d'admissions dans le programme nutrition ambulatoire (UNTA)	112
Dont admis dans le programme nutrition intensif (UNTI)	67
Cas VVS	15
Salle Urgence	2066
Nb de références Chirurgie	51

Hôpital général régional de Rutshuru

	2017	(sept-déc) 2018
Nb de passages aux urgences (ER)	13174	2760
Nb d'admissions en nutrition -pédiatrie		549
Nb d'actes de chirurgie	6582	476
Nombre de victimes de violences sexuelles	231	99

PROJET : LUBERO (NORD KIVU)

Historique du projet : évolution des objectifs

MSF est intervenu à plusieurs reprises dans les territoires du Nord de la province du Nord Kivu avec des programmes de long terme (Béni, Kayna, Lubero), et de façon discontinue pour répondre à des situations d'urgences depuis 1994. Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie opérationnelle du Nord Kivu, et au regard de la détérioration de la situation sécuritaire dans le territoire du Lubero à cause des violences causées par l'activisme des groupes armés depuis 2015, MSF OCP a ouvert en juin 2018 un projet dans le nord du territoire de Lubero. A mi-chemin entre Béni et le sud Lubero, ce positionnement permettrait le lancement de réponses rapides en cas d'alerte sanitaire, sur l'ensemble du territoire – ce qui est pratiquement impossible depuis la partie sud du Nord Kivu en raison d'un contexte sécuritaire particulièrement tendu à la frontière entre le territoire de Lubero et le territoire de Rutshuru.

Dispositif actuel

- HGR Lubero : support aux urgences, pédiatrie, unité nutrition et violences sexuelles
- Support à 2 centres de santé périphériques
- Poursuite des évaluations et explorations sur la région de Kayna et Beni.

Bilan 2018

HGR Lubero

	2018 (25 mai –août)
Nb de consultations	4758
Nb de cas paludisme parmi les consultations	232
Nb d'admissions en pédiatrie	703
Mortalité Pédiatrie (%)	1,6%
Nb d'admissions dans le programme nutrition ambulatoire (UNTA)	136
Dont admis dans le programme nutrition intensif (UNTI)	176
Nb de victimes de violences sexuelles	96
Salle Urgence	1485

PROJET : VIH GOMA

Historique du projet : évolution des objectifs

Le projet VIH/SIDA a ouvert à la fin août 2015 suite à une exploration menée dans différentes régions de RDC. La volonté d'ouvrir un projet VIH répondait aux objectifs médico-opérationnels de développer des modèles de partenariat et de soins dans un pays à faible prévalence et faible accès aux soins. La prévalence officielle du VIH en RDC est de 1,2 % avec un très faible accès aux soins pour les populations touchées. Bien que la gratuité des soins soit affirmée dans la loi, les consultations et les examens biologiques sont payants.

Dispositif actuel

Le projet VIH dans la ville de Goma est un projet d'appui au ministère de la Santé qui se matérialise par le support à 5 structures offrant des soins aux personnes vivant avec le VIH : l'hôpital général de Virunga, le centre de santé de référence de Kahembe, l'hôpital militaire, le centre de santé de référence de Carmel et l'hôpital Heal Africa (prise en charge des enfants).
MSF apporte un appui organisationnel, technique et financier.
En 2017, MSF a mis en place une machine de mesure de charge virale à l'hôpital de Virunga permettant de mesurer l'efficacité du traitement.

Bilan 2018

	2015	2016	2017	2018
Nb de dépistages réalisés dans les structures soutenues	13 152	22 236	31 250	37 830
Taux de positivité	2%	2%	1,7%	2,2%
File active des patients sous ARV	ND	2 613	2721	2890
% <15 ans	ND	ND	8%	7,5%
% couverture charge virale	ND	ND	45%	40%
Taux de suppression	ND	ND	72%	69%
Nb personnes vivant avec le VIH hospitalisées		23	186	295
Taux de mortalité		17,4%	12,4%	16,6%

PROJET : EPIDÉMIE DE ROUGEOLE DANS LE HAUT LOMAMI

Une épidémie de rougeole a été déclarée dans plus de cent zones de santé en RDC durant l'année 2018, culminant à environ 67 000 cas signalés au ministère de la Santé à travers le pays sur une année, nombre le plus élevé depuis 2013. Durant le second semestre 2018, le territoire de l'ex-Katanga, a connu la plus importante épidémie, enregistrant 27 000 de ces cas. Fin octobre, la majorité des cas était recensée dans la province du Haut-Lomami (zone non couverte par URGEPI).

MSF OCP a déployé une équipe d'urgence dans les zones de santé de cette province (Mukanga, Malemba-Nkulu et Kitenge) pour mener des activités de vaccination à Malemba-Nkulu et de prise en charge des cas de rougeole. La stratégie initialement prévue consistait à soutenir l'hôpital général et les centres de santé en périphérie, mais compte tenu des difficultés d'accès aux zones les plus touchées – où l'accès aux soins de santé est particulièrement limité et où les taux de mortalité et de morbidité infantiles sont les plus élevés – , il a été préféré une approche ciblée combinant des activités de vaccination contre la rougeole et des opérations d'identification et de traitement de la malnutrition (seuils alarmant chez les moins de 5 ans) et du paludisme, ainsi que des cas de rougeole.

La prise en charge des cas de rougeole simples et compliqués a démarré début décembre sur Malemba et mi-décembre sur Mukanga. 107 cas compliqués ont été traités au total dans les centres de traitement de la rougeole avec 17% de létalité.

967 cas simples ont bénéficié d'une prise en charge gratuite. Les cas compliqués avec paludisme associé représentaient 50% et ceux associés à de la malnutrition aigüe sévère comptaient pour 19%.

Le 26 décembre, une équipe tout juste arrivée sur Kitenge a démarré les activités de prises en charge des cas simples et compliqués. Le principal défi auquel l'équipe doit faire face est le manque d'intrants médicaux et le manque de moyens de communication.

Organisée en support au Ministère de la Santé, la campagne de vaccination de masse dans la zone de santé de Malemba-Nkulu pour les enfants de 6 à 59 mois s'est déroulée du 18 au 23 décembre avec une couverture de 113% soit 64 629 vaccinés pour l'ensemble de la zone.

PROJET : INTERVENTION DE MSF EN RÉPONSE À L'ÉPIDÉMIE D'EBOLA DANS LE NORD-EST DE LA RDC

L'intervention de MSF pour lutter contre Ebola dans l'est de la RDC implique tous les centres opérationnels. MSF-OCB, OCG et OCP sont les principales sections engagées, tandis que MSF-OCA soutient le centre de traitement d'Ebola (CTE) géré par le ministère de la Santé à Goma. Le ministère dirige la mission d'intervention contre Ebola depuis le début, avec le soutien de l'OMS, et les activités de MSF s'inscrivent dans le cadre du plan d'intervention national.

Bilan 2018

Le 1er août 2018, le ministère de la Santé a annoncé une épidémie d'Ebola à Mangina, une ville de 40 000 habitants située dans le nord du Nord-Kivu, et dans l'Ituri. Cinq jours après cette déclaration, MSF a installé une unité d'isolement dans le centre de santé de référence de Mangina. Le 14 août, MSF a ouvert à Mangina un centre de traitement de 30 lits, sous des tentes, dont la capacité a immédiatement été portée à 68 lits. MSF a par ailleurs ouvert un centre de transit dans le village de Makeke, à 4 km de là, mais dans l'Ituri, étant donné que les patients et les familles refusaient d'être transférés à Mangina. Le 23 août, MSF a commencé à livrer des médicaments thérapeutiques expérimentaux aux patients éligibles, dans le cadre du protocole MEURI. Durant la même période, afin d'être en mesure de réagir rapidement à d'éventuelles nouvelles alertes, de les évaluer et de décider de la mise en place de nouvelles structures d'intervention, MSF a créé une équipe d'intervention rapide. L'équipe s'est rendue à Maseraka, Tchomia et Katwa, ainsi que dans la zone sanitaire de Kayna et la ville voisine de Butembo.

Au bout d'un mois, l'épicentre de l'épidémie semblait progressivement se déplacer vers le sud, d'abord dans la ville plus importante de Beni (centre administratif de la région comptant environ 400 000 habitants), puis à Butembo (nœud commercial de 800 000 habitants), où MSF a ouvert un centre d'isolement, ainsi qu'un CTE de 28 lits en partenariat avec le ministère de la Santé. À Beni, MSF a commencé par des activités de décontamination et de contrôle et prévention dans les centres de santé, ainsi que par la sensibilisation aux questions de santé et la vaccination des travailleurs de première ligne, tandis qu'Alima dirigeait le CTE de la ville. En novembre, MSF a ouvert un centre de transit pour les cas suspects à Beni.

En octobre, l'épidémie s'étant propagée vers le lac Albert dans la province de l'Ituri, MSF a rapidement ouvert une unité d'isolement et un CTE à Tchomia. Puis, fin 2018, le nombre de nouveaux cas confirmés et de nouvelles zones sensibles a augmenté autour de Butembo, tout comme dans la commune de Katwa (nouvelle zone sensible fin 2018), ainsi que dans des zones rurales, comme Kalenguta, Kyondo et Kayna. Des cas sporadiques sont également apparus dans la province voisine de l'Ituri, plus au nord, à Komanda et Bunia. MSF a ouvert un centre d'isolement au sein de l'hôpital général de Bunia.

Le 21 novembre, le ministère de la Santé a annoncé le lancement officiel de l'essai clinique randomisé (ECR) sur les traitements ZMapp, Mab114 et Remdesivir. Le 24 novembre, l'association Alima a été la première à mettre en place l'ECR dans son CTE de Beni. De son côté, MSF l'a lancé à Butembo mi-décembre et prévoit de faire de même dans les CTE de Katwa.

La propagation incontrôlée de l'épidémie et le fait que les acteurs de santé se soient principalement concentrés sur Ebola ont déclenché des tensions et des incidents de sécurité qui ont entravé le bon déroulement des activités. Le 22 septembre, une attaque attribuée à ADF a fait au moins 19 morts (dont 14 civils) à Beni. La semaine suivante, Beni a été déclarée « ville morte », et les activités de lutte contre Ebola ont été presque totalement interrompues. Quelques jours plus tard, les équipes MSF de sensibilisation aux questions de santé ont été attaquées, tout comme celles de la Croix-Rouge en charge de l'organisation d'enterrements décents en toute sécurité.

Par ailleurs, le Nord-Kivu compte parmi les régions les plus instables du Congo, où les questions politiques font partie des principaux motifs de tensions et de conflits. Le 20 décembre 2018, les élections présidentielles, attendues depuis bien longtemps et initialement prévues pour le 22 décembre, ont été reportées au 30 décembre. Cette décision a créé des tensions partout dans le pays, en particulier à Beni et Butembo, fiefs de l'opposition. Le 26 décembre, la commission électorale nationale a annoncé que les élections seraient de nouveau reportées dans trois zones, dont Beni et Butembo, en raison de l'épidémie d'Ebola qui faisait toujours rage, et de risques d'attaques. Cette annonce a entraîné de violentes protestations, principalement à Beni. Sur le plan sécuritaire, la situation n'est pas la même dans toute la région. Certaines routes et zones, en particulier au nord-est de Beni et en allant vers la frontière avec l'Ouganda, sont des no-go zones, ou « zones rouges ».

Au 31 décembre 2018, le nombre total de cas (selon les données du ministère de la Santé) s'élevait à 602 (554 confirmés + 48 probables), et le nombre total de personnes n'ayant pas survécu était de 349 (293 confirmés + 56 probables). Jusqu'ici, 16 zones sanitaires dans le Nord-Kivu et l'Ituri ont signalé des cas d'Ebola confirmés ou considérés probables par le ministère (Ituri : Komanda, Mandima, Nyakunde et Tchomia. Nord-Kivu : Beni, Biena, Butembo, Kalunguta, Katwa, Kyondo, Mabalako, Masareka, Musienene, Mutwanga, Oicha et Vuhovi). Depuis le début de l'épidémie, 4 820 contacts ont été identifiés et 4 564 suivis par le ministère de la Santé. 53 917 personnes ont été vaccinées (14 392 contacts, 23 695 contacts de contacts, 15 830 travailleurs de première ligne). MSF a participé à la vaccination des travailleurs de première ligne : MSF-OCP en a vacciné 605 à Beni et MSF-OCG 4 395 dans le Nord-Kivu et l'Ituri (484 à Biakato, 500 à Beni, 2 861 à Butembo et Katwa, 550 à Lubero). La détection et le suivi des contacts sont effectués par le ministère de la Santé avec une équipe d'épidémiologistes.

	CTE Butembo	CT Beni	CTE Bwana Sura	CTE Mangina	CTE Tchomia	TOTAL
Nb d'admissions	796	765	11	317	30	1 919
Nb de cas confirmés	139	29*	0	75	2	245
Nb de cas de guérison (confirmés)	75	N/A	N/A	35	0	110
Nb de décès (confirmés)	64	4	N/A	40	2	110
Nb de cas transférés (confirmés)	N/A	25*	N/A	N/A	N/A	25
Autres décès	6	5	1	6	0	18
Autres transferts	1	50*	7	3	5	66

* Ces patients confirmés sont référés pour traitement vers le CTE d'Alima immédiatement après confirmation du résultat. Les cas graves suspectés sont également orientés vers le CTE afin d'y recevoir des soins médicaux de plus haut niveau.

Globalement, la situation reste préoccupante : la propagation de l'épidémie semble imprévisible car de petits groupes de cas diffus peuvent émerger n'importe où dans la région. Les épidémiologistes travaillent toujours à l'identification de l'ensemble des chaînes de transmission actives. Mais le fait que certains des nouveaux cas ne soient pas liés à une chaîne de transmission déjà connue pose problème, parce que cela complique le suivi des contacts et le contrôle de l'évolution de l'épidémie. Par ailleurs, dans plusieurs zones rurales, l'accès aux patients peut s'avérer difficile en raison de l'insécurité ou des contraintes géographiques, comme la qualité des routes. Il est donc assez délicat d'obtenir un panorama précis de l'épidémie et des chaînes de transmission. Autre préoccupation, le risque que l'épidémie atteigne Goma (ville d'un million d'habitants et capitale de la province) : MSF a donc procédé au suivi de la situation en collaboration avec le ministère de la Santé.

Enfin, MSF a veillé à la préparation aux situations d'urgence de l'ensemble des équipes de projets réguliers en place dans le Nord-Kivu et l'Ituri en fournissant des équipements, notamment des équipements de protection individuels, et en mettant en place des protocoles d'hygiène et de contrôle des infections adaptés afin de protéger le personnel et les patients de tout risque de contamination, si l'épidémie venait à atteindre cette zone.

SOMALILAND

Typologie : accès aux soins.

Personnel 2018
International : 2
National : 0 (en cours d'ouverture)

Nombre de projets : 1

Dépenses 2018 : 0
(les investissements ont débuté en janvier 2019).

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : aucun.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

La République indépendante autoproclamée du Somaliland est bordée par l'Éthiopie au sud et à l'ouest, Djibouti au nord-ouest, et le golfe d'Aden au nord. Le pays compte au total 3,83 millions d'habitants : 2,06 millions en zones urbaines, 0,376 million en zones rurales, 1,3 million de nomades, et 0,916 million de déplacés internes (UNFPA, 2014). Le territoire possède sa propre devise, le shilling du Somaliland, ainsi qu'un système bureaucratique relativement efficace et ses propres forces armées et services de police. La région séparatiste est parvenue à conserver une certaine stabilité politique et sécuritaire depuis la chute du gouvernement somalien en 1992. Le dernier incident majeur s'est produit en 2008, lorsque des attentats suicides ont été perpétrés simultanément à Hargeisa et dans le port de Bosaso, dans l'état du Puntland. Les élections présidentielles de novembre 2017 ont été remportées par Kulmiye, le parti au pouvoir, qui a recueilli 55,19 % des suffrages. Ces élections ont fait l'objet de contestations pendant une semaine avant que le leader de l'opposition ne reconnaisse sa défaite, mais bien que les observateurs internationaux aient signalé quelques irrégularités, aucune d'entre elles n'a été considérée comme de nature à remettre en cause la validité du scrutin. Musa Bihi Abdi a donc succédé à Ahmed Mahamoud Silanyo, qui n'était pas candidat à sa réélection.

L'économie du Somaliland repose sur les ventes de bétail, qui représentent la majorité de ses exportations, sur les envois d'argent de la part des Somalilandais émigrés, et sur les activités du port de Berbera, une infrastructure qui permet au pays de faire figure de plateforme de redistribution – légale et illégale – dans toute la région de marchandises détaxées en provenance des Émirats arabes unis (EAU). En 2018, après des mois de négociations, DP World – le principal exploitant portuaire des EAU – a signé avec les autorités du Somaliland un accord en vertu duquel l'Éthiopie a acquis 19 % des parts du port de Berbera. Ce contrat s'accompagne d'un investissement de 420 millions de dollars visant à augmenter la capacité du site. L'accord démontre que le Somaliland n'est pas épargné par les rivalités qui opposent les EAU et le Qatar dans la région.

Le Somaliland n'a pas encore été officiellement reconnu en tant qu'État, et bien qu'il ait la possibilité de signer certains contrats, toute l'aide bilatérale qu'il reçoit est encadrée par les autorités de Mogadiscio. Le territoire peut néanmoins recevoir une aide limitée directement de la part d'organisations non gouvernementales et de programmes des Nations Unies. La relative stabilité dont bénéficie le Somaliland par rapport au sud et au centre de la Somalie et à la région éthiopienne de l'Ogaden incite la communauté internationale à lui apporter son soutien. Les organisations internationales peuvent intervenir relativement facilement sur le territoire, notamment en détachant de façon permanente du personnel international à Hargeisa, la capitale.

En termes de sécurité, l'ouest du Somaliland est relativement stable et sûr. Les déplacements entre différents sites sont possibles, mais les autorités insistent pour que les organisations internationales soient escortées par des agents armés de la Special Police Unit (SPU) si au moins un passager international est présent dans le convoi. La situation est en revanche plus instable dans la région de Las Anod, revendiquée par le Puntland.

Les passages par la frontière entre le Somaliland et l'Éthiopie en direction du sud sont relativement fluides. Les Somalis vivant dans la région de l'Ogaden ou dans la région Somali, en Éthiopie, se rendent fréquemment au Somaliland à la recherche de pâturages pour leur bétail, pour y bénéficier de services tels que des soins de santé, ou encore pour fuir des conflits. Le dernier déplacement massif de population en direction du Somaliland a eu lieu en août 2018, lorsque des habitants de Djidjiga, la capitale de la région de l'Ogaden, ont fui des combats opposant les militaires éthiopiens aux forces de sécurité régionales.

Contexte sanitaire

Des années de financements insuffisants, voire d'absence d'investissements, en faveur de l'infrastructure sanitaire et de la fourniture des soins de santé ont engendré des problèmes constants en matière d'accès aux soins. Ainsi, les maladies transmissibles évitables (paludisme, tuberculose, maladies diarrhéiques ou encore maladies respiratoires aigües) constituent la première cause de mortalité et de morbidité au Somaliland. Tout comme dans le reste de la Somalie, cette dramatique situation sanitaire est aggravée par des épidémies récurrentes, l'insécurité alimentaire ainsi que la sécheresse, autant de fléaux à cause desquels la région présente certains des pires indicateurs de santé à l'échelle mondiale.

Outre les maladies transmissibles, le Somaliland présente également des taux élevés de maladies non transmissibles liées au tabagisme et au mâchage de khat, aux mutilations

génitales féminines, aux violences sexuelles et aux violences en général, ainsi que des taux élevés de mortalité maternelle et de retard de croissance.

Somaliland : principaux indicateurs

Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	732
Taux de mortalité chez les moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	137
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	85
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	40
Incidence de la TB (100 000 par an)	285
Taux de prévalence du VIH/SIDA	0,6
Prévalence du paludisme	< 1 %
Émaciation infantile	14 %
Naissances encadrées par des professionnels	33 %
Ratio professionnels de santé/habitants	4,38/10 000

Le ministère de la Santé étant actuellement en manque de fonds et dans l'incapacité de contribuer efficacement à la plupart des programmes de santé (son budget total s'élevait à 8 millions de dollars en 2018), la majeure partie du système de santé publique est soutenue par des organisations internationales. Rares sont les installations de santé publique équipées ou fonctionnelles. Ce système de santé publique bancal a ouvert la voie à une présence significative d'acteurs privés (60%, 1 700 prestataires enregistrés au Somaliland). Nombre de professionnels de santé travaillant dans les hôpitaux publics et sous-payés exercent parallèlement « au noir » au sein d'infrastructures privées. La plupart des infrastructures sanitaires se concentrent dans les zones urbaines, ce qui implique que l'accès aux soins de santé des populations rurales nomades s'avère généralement très précaire.

Le Somaliland fait souvent l'actualité dans la sphère humanitaire en raison des situations d'urgence régionales et chroniques qu'il subit : la sécheresse qui a sévi dans la région en 2015-2017 a engendré des taux de malnutrition alarmants dans certaines zones ; à la même période, Djibouti, le Somaliland et la région Somali en Éthiopie ont été frappés par une épidémie générale de choléra ; enfin, début 2018, le cyclone Sagar a causé des dégâts considérables aux habitations et infrastructures sanitaires le long du littoral.

Au moment de la mission exploratoire menée en 2018, la situation en matière de sécurité alimentaire s'était améliorée grâce à des pluies printanières relativement abondantes ainsi qu'à une hausse des récoltes. Cependant, la malnutrition reste considérée comme un fléau chronique malgré l'intervention de nombreux acteurs dans le domaine de la santé des mères et des enfants. La région est régulièrement le théâtre de déplacements de population liés aux troubles qui secouent en permanence l'Érythrée et la région Somali en Éthiopie. En août 2018 par exemple, des Somalis ont quitté la région de l'Ogaden pour se réfugier au Somaliland. Le risque de survenue d'une situation d'urgence liée à la malnutrition, à une épidémie ou à un déplacement de population dans un futur proche reste élevé.

Les autorités du Somaliland se montraient réfractaires à l'idée de permettre à MSF-OCP d'intervenir de façon ponctuelle en cas de situation d'urgence sans avoir lancé au préalable une initiative à long terme permettant de répondre aux besoins sanitaires considérables des habitants du territoire. Parmi les priorités médicales faisant régulièrement surface figuraient les capacités insuffisantes de contrôle de la propagation de la tuberculose sensible aux médicaments (DS-TB) et multi-résistante (MDR-TB), qui a été décrite comme une épidémie non contrôlée mais sous-signalée. Toutes les activités de terrain du programme national de lutte contre la tuberculose du Somaliland ont été interrompues en raison de manques de financements. Les activités de lutte contre la tuberculose (TB) au Somaliland sont financées par le Global Fund, qui investit environ 11 millions de dollars par an dans les activités menées dans toute la Somalie (Somaliland, Puntland, et centre-sud de la Somalie) principalement par l'intermédiaire de World Vision, son principal partenaire de mise en œuvre. Malgré ce soutien, le dépistage reste inadapté, les taux de détection demeurent faibles, et les taux d'abandon sont élevés. Si le Global Fund et World Vision fournissent du matériel médical et de laboratoire (dont des systèmes de diagnostic GeneXpert), ils ne disposent d'aucun personnel de mise en œuvre sur le terrain. Les communautés sont donc mal informées sur la maladie, le personnel médical et de laboratoire n'est pas correctement formé ni supervisé, et les professionnels de santé et autres intervenants fortement exposés aux risques ne disposent pas des moyens les plus élémentaires de protection contre la maladie.

PRÉSENCE DE MSF

MSF était présent pour la dernière fois au Somaliland par l'intermédiaire de MSF-OCA à Cellrigabo (centre de nutrition thérapeutique intensif, hospitalisation, chirurgie, consultations, pédiatrie) et de MSF-OCB à Burao (soins secondaires complets). Ces deux unités permettaient à la population de ce pays relativement stable et en cours de développement d'accéder aux soins. Ces activités ont pris fin en 2013 lorsque, malgré certains désaccords au sein du mouvement, le Somaliland a été considéré comme faisant partie de la Somalie. MSF-OCA et MSF-OCB se sont alors retirés de la zone en même temps que l'ensemble du mouvement MSF s'est retiré de Somalie.

S'il avait été présent par le passé en Somalie, MSF-OCP n'était jamais intervenu au Somaliland. En accord avec la politique « One MSF » menée en Somalie, MSF-OCP s'est enregistré sous le nom de MSF au Somaliland, permettant ainsi à MSF-OCA de revenir ultérieurement sous la bannière de MSF. L'enregistrement a été validé en octobre 2018 et reste valable pour une année civile. Il doit toutefois être renouvelé chaque année. Compte tenu des bouleversements qui se sont produits au cours des cinq dernières années, MSF-OCP doit analyser toutes les procédures, toutes les directives ainsi que tous les textes de loi, et considérer qu'il s'agit d'une première intervention dans un nouveau pays. La plupart des acteurs internationaux sont basés à Nairobi, et leurs bureaux au Somaliland sont dirigés par du personnel national. C'est également à Nairobi qu'ont lieu les réunions de coordination humanitaire.

Pour MSF-OCP, qui à l'heure actuelle n'intervient pas en Somalie, en Éthiopie, ni en Érythrée et réduit ses projets au Kenya, le Somaliland offre une opportunité d'être présent dans la Corne de l'Afrique afin de continuer à suivre le contexte régional et de mieux réagir aux urgences, tout en répondant aux besoins pressants et légitimes d'une population vivant dans une situation de grande précarité, dans une région où il est possible de mobiliser du personnel international permanent sur le terrain (contrairement au sud et au centre de la Somalie).

PROJET : HARGEISA TUBERCULOSE

Historique du projet : évolution des objectifs

Comme indiqué précédemment, MSF-OCP souhaitait rester présent dans la Corne de l'Afrique et se réétablir dans la région Somali. Le Somaliland fait état chaque année d'une crise alimentaire liée à la sécheresse qui frappe le territoire depuis 2015, et fait régulièrement face à d'autres catastrophes naturelles, la dernière en date étant le cyclone Sagar, qui a poussé au printemps 2018 la province autonome à demander l'aide de la communauté internationale. La mission exploratoire avait pour objectif d'évaluer la situation globale en matière de santé et de nutrition, en gardant à l'esprit qu'une réinstallation au Somaliland devrait débuter par des opérations d'envergure raisonnable et une présence durable pendant tout le temps nécessaire pour se réapproprier le contexte, nouer de nouvelles relations avec les autorités et comprendre les dynamiques sociales, ethniques et sécuritaires complexes en jeu dans la zone.

À l'issue de l'évaluation initiale, qui a mis en évidence la situation extrêmement préoccupante associée à l'épidémie de tuberculose sur le territoire, une activité à long terme visant à contribuer au programme national de lutte contre la TB a été proposée. Le programme national a été sous-financé pendant des années, et les fonds seront encore réduits au cours du plan triennal à venir alors même que le Somaliland fait face à une épidémie de tuberculose.

C'est World Vision International qui reçoit les fonds du Global Fund pour la mise en œuvre du programme de lutte contre la TB aux côtés du ministère de la Santé. Le déploiement des systèmes de diagnostic GenXpert a débuté, mais il s'agit là d'un projet ambitieux qui est loin d'être fonctionnel, et pâtit d'un manque de personnel compétent et de programmes communautaires. MSF propose d'apporter son expertise technique dans le cadre d'un certain nombre d'activités. L'organisation du programme national de lutte contre la TB devrait permettre à MSF de le soutenir et le compléter, mais aussi d'en éviter toute interruption, plutôt que de prendre en charge toute une structure ou une activité alors que d'autres acteurs continuent de financer d'autres volets du programme. La mobilisation doit également constituer un aspect permanent du projet. Un quart de la population du Somaliland est nomade et se déplace en permanence d'une région à une autre, ce qui complique la mise en œuvre d'activités de dépistage, de diagnostic et de suivi thérapeutique efficaces. La TB représente un problème de santé publique et de développement significatif, le taux de détection des cas n'étant que de 47 % selon l'OMS. Par conséquent, l'incidence de la maladie est estimée à 266/100 000 par an. Pour la MDR-TB, l'incidence actuelle est estimée à 28/100 000 (OMS, 2018), tandis qu'environ 47 % des patients atteints de TB sensible aux médicaments connaissent une rechute. Ces chiffres par habitant figurent parmi les plus élevés au monde.

Dispositif actuel

Le programme devrait débuter en janvier 2019, dans un premier temps avec le soutien du centre tuberculose de Hargeisa, avant de s'étendre à des activités de proximité à Hargeisa et de cibler les populations nomades, puis de s'étendre aux centres tuberculose de Boroma, Berbera et enfin Burao. Le programme entend prêter main-forte aux structures du ministère de la Santé déjà soutenues par d'autres acteurs dans le cadre de la DS-TB, MSF se focalisant sur les patients atteints de MDR-TB et s'assurant que les initiatives de lutte contre la maladie soutenues par d'autres acteurs sont efficaces et menées en toute sécurité.

Bilan 2018

Les activités devraient débuter en janvier 2019.

SOUDAN DU SUD

Typologie : conflit armé, accès aux soins.

Personnel 2017
International : 69
National : 769

Nombre de projets : 3

Dépenses 2017 : 17 484 k€.

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCA, OCB, OCBA, OCG.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Le conflit et l'insécurité sont les deux principales caractéristiques définissant le Soudan du Sud aujourd'hui. En effet, malgré la signature d'une série d'accords de paix mi-2018, il reste beaucoup de chemin à parcourir pour résoudre durablement le conflit. Les près de 200 000 personnes cherchant toujours refuge auprès des sites de Protection Civile disséminés dans le pays sont la preuve de cette insécurité permanente.

Tout au long de l'année 2017, le gouvernement du Soudan du Sud a gagné du terrain en lançant des offensives d'envergure et en mobilisant des milices. Puis, pendant la majeure partie de l'année 2018, les lignes de front n'ont pas bougé, parce que l'opposition (IO – In Opposition) avait des difficultés à retrouver à la fois des munitions et de la motivation, ce qui a contribué à stabiliser de manière relative l'environnement de travail dans les zones d'intervention de MSF-OCP. La situation dans la vaste région Équatoria, directement touchée par le conflit depuis l'échec de l'Accord sur la résolution du conflit en République du Soudan du Sud (ARCSS), en juillet 2016, reste incertaine et complexe. On compte en effet dans cette zone de multiples groupes armés, et le conflit s'est mué en guerre asymétrique dont les structures de commandement et de contrôle restent floues. Des convois d'ONG, dont MSF, les Nations unies (ONU) et le Comité international de la Croix-Rouge (CIRC) y ont par ailleurs été attaqués.

Malgré la stabilité relative du pays, par rapport aux années précédentes, le statu quo ne fait que refléter la dégradation de la situation de nombreux civils : plus de 6 millions de personnes dépendent de l'aide humanitaire (un Soudanais du Sud sur deux), en raison de dizaines d'années de conflit, du manque d'infrastructures et de développement, y compris du système de santé, ainsi que des près de 4,5 millions de déplacés et des 383 000 personnes tuées au cours du conflit, selon les estimations.

La corruption au sein du gouvernement et le maintien du réseau de clientélisme politique, essentiel à la structure du pouvoir actuel, mais aussi les dépenses militaires, annihilent tout impact positif de l'augmentation de la production de pétrole. Au total, l'appel humanitaire pour 2018 s'élevait à 1,72 milliard de dollars américains, ce qui souligne l'importance de l'aide humanitaire pour l'économie. Le gouvernement et les autorités de l'opposition cherchent à tirer profit des acteurs humanitaires (hausse des taxes, multiplication des obstacles bureaucratiques), ce qui continue d'entraver leurs activités, bien que l'accès aux populations reste possible pour MSF, dans les zones contrôlées tant par l'opposition que par le gouvernement.

Contexte sanitaire

L'Équipe Humanitaire des Nations unies (HCT – Humanitarian Country Team) estime que 4 472 000 personnes n'auront pas accès à des soins de santé suffisants en 2019. Seule une naissance sur cinq bénéficie de l'assistance d'un personnel de santé qualifié, et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 90,7 pour 1 000 naissances vivantes montre à quel point la situation sanitaire au Soudan du Sud est désastreuse. Autre exemple de l'échec du système et des limites d'accès aux soins : la couverture pour les maladies pouvant être prévenues grâce à la vaccination restait en deçà des 50 % en 2018.

Le système de santé est toujours dominé par le Health Pooled Fund (HPF), qui sera revu en 2019 et deviendra HPF3, tandis que les ONG spécialisées dans le secteur de la santé permettent de combler les manques du ministère de la Santé, presque non fonctionnel. De son côté, la Banque mondiale a mis fin à son soutien à la santé en 2018, mais étudie actuellement différentes options pour 2019. Par ailleurs, la menace d'Ebola pourrait modifier les priorités et réorienter les fonds en 2018 et 2019. Les épidémies demeurent une grande préoccupation, bien que l'épidémie de choléra la plus étendue et la plus longue ait été déclarée terminée en février 2018. Quant au paludisme, il reste un enjeu de santé considérable pendant la saison des pluies, d'avril à novembre, tout comme la leishmaniose viscérale (LV), la rougeole et l'hépatite E, entre autres.

Au Soudan du Sud, la malnutrition et l'insécurité alimentaire sont des problématiques de long terme. 47 000 personnes ont été classées dans la catégorie « catastrophe » (Integrated Phase Classification (IPC) Phase 5) au cours de la période de soudure 2018, auxquelles s'ajoutent 6,1 millions et 1,7 million en phases 3 et 4, respectivement. Et en raison des pluies tardives et irrégulières que de nombreuses régions ont connues en 2018, les estimations quant à la situation nutritionnelle en 2019 sont préoccupantes. On s'attend en effet à un début précoce de la période de soudure, dû aux faibles rendements des cultures, et ces récoltes insuffisantes devraient se révéler d'autant plus problématiques qu'une grande partie de la population n'a toujours pas accès aux terres agricoles et aux cultures.

PRÉSENCE DE MSF

MSF France a été la première section MSF à intervenir au Soudan, avec une première intervention en 1978 à Port-Soudan. Puis, en 1983, MSF France a commencé à œuvrer sur les terres appartenant aujourd'hui au Soudan du Sud, auprès des réfugiés ougandais et de la population locale, à Yei. Les cinq centres opérationnels MSF sont aujourd'hui actifs au Soudan du Sud et gèrent un portefeuille dynamique de 15 à 20 projets. Le principal moteur de la mission MSF au Soudan du Sud est le conflit et ses conséquences. MSF est donc actuellement présent dans les zones contrôlées par le gouvernement et par l'opposition (IO) afin de proposer des soins de santé primaires, secondaires et mobiles.

MSF-OCP jouit d'un lien historique avec l'ancien état du Bahr el Ghazal du Nord (NBeG), où la il est intervenu pour la première fois à Aweil, en 1986. MSF-OCP est présent à Yida depuis 2011, et à Old Fangak depuis 2014. Divers projets ont été ouverts ou fermés entre temps, notamment le projet d'urgence de Wau fermé en avril 2017.

Le conflit incessant, les besoins considérables en aide humanitaire, impactés par les déplacements de population à grande échelle (4,5 millions, dont 2 millions de déplacés internes), et le système de santé inefficace, voire inexistant, sont autant de facteurs qui justifient la présence actuelle et l'étendue des projets des différents centres opérationnels MSF.

PROJET : AWEIL

Historique du projet : évolution des objectifs

Le projet d'Aweil a été lancé en 2008, à la suite de la fermeture du projet d'Akuem, avec pour objectif d'offrir aux femmes enceintes et aux enfants (jusqu'à 15 ans) un accès à des soins maternels et pédiatriques de qualité au sein de l'hôpital d'État d'Aweil (ASH). Si la présence de MSF OCP au Soudan du Sud s'inscrivait en priorité dans un objectif opérationnel d'interventions d'urgence, l'offre de soins maternels et pédiatriques demeure inchangée, bien le projet ait évolué au cours des dix dernières années.

Malgré le contexte politique et conflictuel du pays, la situation est restée aujourd'hui relativement calme, puisque, sur les cinq dernières années, l'accès aux populations et les opérations n'ont pas été interrompus. Cet environnement opérationnel stable est notamment dû au contrôle rigoureux du gouvernement et à une homogénéité ethnique relative. Plusieurs propositions de transfert et de fermeture progressive du projet ont été faites ces dix dernières années. MSF a reconnu un intérêt institutionnel au projet d'Aweil, en plus du fait qu'il permet d'apporter des soins vitaux aux patients. Mais le volume d'activité a parfois fait obstacle à ces projets de transfert vers d'autres ONG internationales, et le ministère de la Santé n'est toujours pas prêt à gérer un transfert sans que les services fournis en pâtissent.

En 2018, une stratégie sur trois ans a été proposée en vue de décentraliser les soins obstétricaux et néonatals d'urgence de base (BEmONC), de réduire le programme d'activités de proximité et d'améliorer la prise en charge chirurgicale de tous les patients, y compris les brûlés, et ce par le biais d'une formation du personnel soudanais.

Dispositf actuel

MSF est présent au sein de l'ASH dans le cadre d'activités bien distinctes. MSF est en effet responsable de maternité et de la pédiatrie, ainsi que d'une aide saisonnière au service externe spécialisé dans le paludisme (OPD). Le ministère de la Santé gère le service de consultations (OPD) et le service de médecine pour adultes, dont la chirurgie, tandis que MSF soutient le bloc opératoire (OT).

- Service pédiatrique – 120 lits (170 pendant le pic de paludisme) :
  - Salle d'urgence (ER), unité de soins intensifs (ICU) de 10 lits (13 lits pendant le pic de paludisme)
  - Service d'hospitalisation de 45 lits (IPD), 90 lits au cours du pic de paludisme, et service de chirurgie et brûlés de 35 lits
  - Centre de nutrition thérapeutique intensif de 20 lits (ITFC)
  - Service néonatal de 30 lits
- Maternité (35 lits = 31 + 4 en cas de surcharge)
- Interventions d'urgence : surveillance des épidémies endémiques potentielles

L'absence de système de soins de santé primaires fonctionnel entraîne un nombre limité de cas référés, le plus souvent tardivement.

Bilan 2018

L'année 2018 fut une nouvelle année relativement normale au Nord Bahr el Ghazal et à Aweil. MSF est intervenu lors d'une épidémie de rougeole en vaccinant près de 22 976 enfants en collaboration avec Medair, mais n'a déploré aucun déplacement de population notable ni aucun conflit ou épidémie, y compris de paludisme saisonnier ou de malnutrition nécessitant une intervention spéciale.

- Réorganisation de l'ASH, dont le déménagement de MSF dans la maternité construite pas l'OMS ; Rénovation et déménagement du service néonatal ; Amélioration des services de chirurgie et brûlés pour une meilleure prise en charge des patients et le contrôle de l'hygiène.
- Pour répondre à l'objectif de cibler les défaillances de qualité des soins en chirurgie, deux postes (chirurgien expatrié et kinésithérapeute) ont été créés pour apporter des soins directs aux patients, tandis qu'un programme de formation dédié aux médecins faisant partie du personnel national et portant sur les compétences de base en chirurgie est en cours de développement et de mise en place.
- Une évaluation et une restructuration du processus, des protocoles et du parcours de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ont été finalisées, en améiorant la confidentialité, le traitement des patientes et la sécurité du personnel.
- L'expansion proposée du projet par le biais de soins BEmONC au niveau communautaire n'a pas été réalisée en 2018, parce que des questions liées à la pérennité, à l'impact, au manque de partenaires potentiels et au budget ont entraîné des retards.
- Le nombre important d'accouchements et de consultations reste la meilleure illustration de la réussite du projet ces dernières années.

- Les enjeux logistiques et administratifs liés à ce volume doivent également être reconnus (gestion d'environ 375 membres du personnel national dans un environnement juridique bureaucratique complexe).

	2016	2017	2018
Nb de nouvelles admissions en hospitalisation	11 730	8 114	6 006
Nb d'admissions en néonatologie	1 386	1 451	1 536
Nb d'hospitalisations pour paludisme (<14 ans)	8 810	5 773	3 526
Nb total d'admissions en soins intensifs	1 809	1 526	1 175
Nb total d'admissions à l'ITFC	2 503	1 067	535
Nb total d'interventions au bloc opératoire	2 491	3 289	3 337
Nb de nouvelles admissions en gynéco-obstétrique	6 927	7 105	6 947
Nb d'accouchements par voie basse	4 153	4 550	5 017
Nb d'accouchements avec complications	168	199	258
Nb de césariennes	105	127	160
Nb de cas de violences sexuelles	11	16	0
Nb d'interruptions de grossesse	189	407	385
Nb d'accouchements au BEmONC	2 730	0	0

PROJET : NOUBA/YIDA

Historique du projet : évolution des objectifs

MSF-OCP est d'abord intervenu auprès de réfugiés nubiens du Kordofan du Sud (Soudan), au sein de l'État nouvellement créé du Soudan du Sud, en 2011. L'intervention initiale auprès des réfugiés est toujours en place et a servi de lieu d'accueil pour les populations réfugiées de Yida, ainsi que de base arrière pour le projet de Nouba. La distribution de nourriture reste un facteur d'attraction, alors que l'UNHCR encourage vivement les réfugiés à se rendre dans d'autres camps (Pamir et Ajoung Tok), plus éloignés du couloir contrôlé par l'armée populaire de libération du Soudan - Nord (SPLA-N). La population officielle de Yida s'élève actuellement à 54 000 personnes. Il est difficile de faire des estimations réelles, étant donné les fluctuations permanentes du nombre de réfugiés dans les camps, mais on sait qu'ils sont plus nombreux au moment des distributions alimentaires.

MSF-OCP a ouvert un service de consultations transfrontalier, ainsi qu'un service d'hospitalisation à Farandala, au Soudan, en avril 2012. En 2013, la capacité du service d'hospitalisation a été augmentée de 10 à 20 lits, et un soutien a été apporté à cinq centres de santé. En 2014, MSF-OCP a tenté de maintenir la présence de personnel international dans les monts Nouba. Mais l'insécurité, ainsi que deux attaques à la bombe ciblant l'hôpital MSF de Farandala, en juin 2014, puis en janvier 2015, ont contraint l'équipe internationale à évacuer, et la gestion de l'hôpital a dû se faire à distance, depuis Yida. Par la suite, une mission exploratoire a été menée en juillet 2015, période coïncidant avec l'apaisement du conflit des Nouba, en raison du début de la saison des pluies : les conclusions ont entraîné la décision de repositionner du personnel international de manière permanente dans les monts Nouba. En décembre 2015, les projets de Yida et Nouba ont été fusionnés en un seul projet, opérationnel à partir de 2016. Une clinique de soins primaires, avec un système de référence vers un centre de stabilisation pendant 48h a été mise en place, puis ce Stab-48 a été transformé en service d'hospitalisation (IPD) en 2018. À Yida, les cohortes tuberculose et VIH ont été transférées à d'autres acteurs à Pariang, capitale de l'état, pendant que des modèles de transition étaient à l'étude.

Dispositf actuel

Yida

Service d'hospitalisation de 15 lits (taux moyen d'occupation des lits inférieur à 50 %), activité PEV (vaccination), approvisionnement en eau et forage au niveau de la communauté, assistance au centre de santé de CARE pendant la période de paludisme saisonnier (test & treat).

Nouba

Deux centres de soins de santé primaires avec une capacité de quatre lits d'hospitalisation/stabilisation, cinq unités de soins de santé primaires, un service d'hospitalisation de 12 lits, principalement pour les cas référés, orientation des cas d'urgence, PEV (vaccination), services de base.

Bilan 2018

2018 a été une année consacrée à réorienter certains aspects du projet, sur les deux zones concernées, pour s'adapter aux besoins réels et au nombre de patients. Par exemple, les moyens ont été réduits à Yida (transfert des patients chroniques, réduction du nombre de lits) et dans les monts Nouba (transformation du Stab-48 en service d'hospitalisation, baisse du nombre de cas référés vers Yida). La stabilité relative sur ces deux sites a également permis de se concentrer sur les contrôles administratifs et qualité, mais les problèmes liés aux ressources humaines (postes vacants, inadéquations) ont entraîné quelques difficultés en 2018.

Yida

- Transfert de l'activité VIH/TB à CARE en juin 2018, démantèlement du centre de consultations et d'hébergement des patients géré par MSF
- Réduction du nombre de lits d'hospitalisation de 33 à 15
- Réduction du PEV de quatre sites dans le camp à un seul site
- Contrôle efficace du nombre de cas de diarrhée aqueuse aigüe en janvier 2018
- Intervention efficace à l'augmentation des cas de paludisme à partir d'août 2018, en mettant en place la stratégie test & treat dans la structure de CARE
- Les problèmes avec les autorités locales et la jeunesse s'agissant des réductions de personnel national et de la question de l'emploi ont été efficacement résolus.

Nouba

- Transformation du Stab-48 en service d'hospitalisation à Lado et fermeture de l'unité de soins primaires d'Um-Dorein, en raison du faible nombre de patients et de la présence de l'ONG SGR
- Modernisation des installations de gestion des déchets dans les unités et centres de soins de santé primaires
- Finalisation du nouveau système de stockage de carburant à Farandala et réparation de la route de Lado
- Réajustement des procédures de référence en installant des générateurs et des concentrateurs d'oxygène dans les deux centres de soins de santé primaires (Buram et Kurchi) afin d'améliorer la qualité des soins et la capacité du service d'hospitalisation
- Ouverture de la maternité au sein des centres de soins de santé primaires de Buram et Kurchi et recrutement de sages-femmes et d'assistants pour maintenir une activité pérenne
- Formation de 61 accoucheurs traditionnels

	2016 (8 mois)	2017	2018
Nb d'admissions àYida	1 051	1 356	1 058
Nb de consultations à Nouba	68 454	164 725	159 369
Nb d'admissions à Nouba (2016-2018 : tous les centres de soins primaires + services d'hospitalisation ; 2019 : centres de soins primaires uniquement)	679	1 720	1 306
Paludisme à Yida (OPD/urgences + Test & Treat)	NA	NA	38 512
Nb d'accouchements à Nouba	43	183	331
Nb de doses de vaccins administrées à Yida	26 423	37 932	18 965
Nb de doses de vaccins administrées à Nouba	7 715	29 806	36 332
Nb de patients TB (nouvelles inclusions, programme fermé en mars 2018)	216	160	21
Patients VIH (nouvelles inclusions)	50	51	8

PROJET : FANGAK

Historique du projet : évolution des objectifs

MSF a lancé des opérations à Old Fangak en novembre 2014 en réponse à un flux de plus de 20 000 déplacés internes et à la suite d'un appel à l'aide du South Sudan Medical Relief (SSMR - Dr Jill). L'intervention initiale était axée sur un soutien à une clinique surchargée par l'augmentation de la population et par un manque de réactivité face au grand nombre de victimes. Mais étant donné l'absence presque totale de système de santé accessible et opérationnel dans la région, MSF a développé davantage son intervention d'urgence et pris en charge les activités du centre de soins santé primaires.

En 2016, étant donné la hausse du nombre de rapatriés à New Fangak et des conditions de vie et d'hygiène problématiques à Old Fangak, il a été décidé de construire une clinique et de transférer l'opération à New Fangak, lieu abritant auparavant un hôpital. Puis, l'intensification du conflit près de New Fangak fin 2016 et début 2017 a entraîné l'annulation du transfert : un service de consultations (OPD) est toutefois resté ouvert à New Fangak. En 2017, MSF a décidé d'investir dans la construction de l'hôpital d'Old Fangak et d'une nouvelle structure pour les expatriés et la signature d'un mémorandum (MoU) officiel a réparti les rôles et les responsabilités entre MSF et SSMR. Le mémorandum a été signé en octobre 2017 et la construction a été finalisée en grande partie en août 2018. Une équipe de chirurgie fixe a été basée à Old Fangak : mais en raison de l'absence d'événements impliquant de nombreuses victimes et de faibles besoins en chirurgie, l'équipe a été relocalisée à Aweil. Enfin, l'absence de mouvements sur la ligne de front et d'offensive de grande ampleur ou de conflits locaux ont contribué à créer un environnement relativement stable tout au long de l'année 2018. L'équipe a su en profiter en développant ses activités de proximité et en apportant un soutien plus régulier à New Fangak, où la population avait commencé à rentrer.

Dispositif actuel

Même si, techniquement, il s'agit d'une structure du ministère de la Santé, SSMR et MSF sont les seuls acteurs de santé dans l'établissement, et plus largement dans cette région, et tous les membres du personnel sont des employés MSF.

- Salle d'urgence / triage : soins dans la salle d'urgence externe disponibles 24h/24, 7j/7, avec 4 lits de stabilisation
- Service d'hospitalisation : service de soins médicaux pour patients hospitalisés ouvert 24h/24, 7j/7, avec 12 lits adultes et 5 lits pédiatriques
- ITFC : unité de stabilisation de 5 lits réservés aux cas de malnutrition aiguë sévère avec complications
- Maternité : soins maternels dans un service d'hospitalisation ouvert 24h/24, 7j/7, destinés aux femmes ayant eu un accouchement normal, ainsi qu'aux femmes enceintes et aux cas gynécologiques (3 lits)
- Service de consultations (OPD) : transfert de la gestion à MSF finalisé le 1er mai 2018
- Activité de proximité : Service de consultations (OPD) à Phom, cliniques mobiles ciblées et référence des cas d'urgence en bateau depuis les villages bordant la rivière Zaraf/Phow et le Nil.

Bilan 2018

L'engagement de rester et de développer l'activité et la présence de MSF à Old Fangak selon l'évolution du contexte début 2017 s'est poursuivi en 2018. En plus de la stabilité relative du conflit et de la composition de l'équipe, des progrès ont été effectués dans plusieurs domaines.

- Finalisation des importants travaux de construction/réhabilitation du centre de soins de santé primaires d'Old Fangak – les nouvelles plateformes, les structures sous tentes et les circulations, le nouveau laboratoire et la nouvelle toiture ont contribué à améliorer les conditions d'hygiène
- La finalisation la nouvelle structure pour les expatriés a créé une séparation entre vie professionnelle et privée, qui contribuera à la délégation des responsabilités au personnel médical national et à un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle pour les équipes internationales
- Les activités de proximité ont été traitées en priorité en 2018 : plusieurs évaluations ont été menées et de nouveaux sites de clinique mobile ont été ajoutés, le planning de la clinique est devenu régulier et le soutien à l'OPD de New Fangak a été accru.
- Un mémorandum a été signé avec SSMR en octobre 2017 : il a été en grande partie respecté, y compris s'agissant du transfert de l'OPD à MSF et de l'abandon du modèle d'incitations financières de SSMR
- Initiation du transfert et du développement du programme VIH
- L'équipe de chirurgie de MSF a déménagé à Aweil en raison du faible nombre de patients et de l'absence d'événement impliquant un grand nombre de victimes

Activité	Description des indicateurs	2016	2017	2018
Service d'hospitalisation	Nb d'admissions OFG*	1 611	1 017	1 086
Maternité	Nb d'accouchements OFG	221	270	427
Service de consultations	Consultations OFG (MSF jusqu'à mai 2018)	47 055	71 351	43 681
Soins prénatals (ANC)	Nb total consultations ANC OFG*	3 137	5 557	5 728
Activités de proximité	Total NFG*+ Consultations	15 727	18 148	26 329
VIH	Nb total de patients dans la cohorte	NA	37	46

*OFG : Old Fangak - *NFG : New Fangak

SYRIE

Typologie : conflit armé.

Personnel 2018
International : 21
National : 200

Nombre de projets 2018 : 3

Dépenses 2018 : 5 295 k€.

Financements Institutionnels : aucun

Autres centres opérationnels MSF présents : OCA, OCB, OCBA, OCG.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

La crise syrienne est toujours en cours, mais on assiste à de grands changements depuis début 2016. En effet, la situation a considérablement évolué après que le gouvernement syrien a demandé de l'aide à la Russie, en septembre 2015. Entre 2017 et 2018, grâce au soutien militaire de ses alliés, l'Iran, le Hezbollah et la Russie, Damas est parvenu à reprendre plus de territoires. Néanmoins, la Syrie est toujours divisée en plusieurs parties et différents pouvoirs : en dehors des zones contrôlées par le gouvernement syrien, Idlib et Alep-Ouest, au nord-ouest, restent sous le joug de différents groupes d'opposition armés (AOG) avec des postes d'observation turcs, le Bouclier de l'Euphrate et Afrin sont sous le contrôle de l'armée turque. La coalition internationale menée par les États-Unis, établie en 2014 afin de lutter contre l'État islamique (EI) et qui soutient les Forces démocratiques syriennes (FDS), est toujours installée dans le nord-est de la Syrie, contrôlé localement par le parti de l'union démocratique (YPD, branche syrienne du PKK) et sa branche armée, les People Protection Units (YPG/YPJ). C'est dans cette zone que la formation de la Fédération démocratique de la Syrie du Nord a été annoncée en mars 2016.

L'EI est toujours présent dans quelques poches de la partie est de la Syrie (Deir ez-Zor), où il est combattu à la fois par la coalition et le gouvernement syrien.

Les négociations politiques entre le gouvernement et les représentants de l'opposition lors des différentes conférences de Genève organisées par l'ONU depuis 2014 n'ont pas pu aboutir à une résolution du conflit. À partir de début 2017, la Russie, l'Iran et la Turquie ont procédé à des négociations à Astana afin d'établir des zones de désescalade, qui ont en réalité aidé le gouvernement syrien et la Russie à reprendre le contrôle de la zone de Homs, des banlieues de Damas et du sud du pays.

Une zone démilitarisée est aujourd'hui établie autour de ce qui est une « enclave turque », au nord-ouest du pays (Idlib et Alep-Ouest), seule zone toujours sous le contrôle d'AOG (principalement Hayat Tahrir al-Cham (HTS) et d'autres groupes pro-gouvernement turc). Si cette disposition a permis d'éviter tout éventuel assaut final sur Idlib, reste à savoir combien de temps cela va durer. D'autre part, les négociations entre le gouvernement syrien et l'YPD ont repris mi-2018, afin que le gouvernement syrien reprenne le contrôle de cette zone, mais elles sont désormais au point mort en raison d'un regain de tension. MSF y a observé des incidents de sécurité.

Avec tous ces changements, l'espace disponible pour l'action humanitaire de MSF est de plus en plus réduit.
L'accès aux différentes régions du pays est difficile depuis le début du conflit : MSF n'est pas parvenu à intervenir dans les zones contrôlées par le gouvernement syrien, qui a refusé sa présence. Au contraire, MSF a pu travailler à certains sites des zones contrôlées par les groupes d'opposition, mais après l'enlèvement de cinq membres de son personnel, en janvier 2014, l'ensemble du personnel international a quitté la Syrie. Depuis, tous les projets sont gérés à distance. En 2017, pour la première fois depuis 2014, MSF-OCP a lancé un projet dans le nord-est de la Syrie, que la section gère directement.

Contexte sanitaire et humanitaire

Ce conflit qui perdure a généré des déplacements de populations permanents à l'intérieur de la Syrie (6,6 millions de déplacés internes), mais aussi à l'extérieur (plus de 5,6 millions de réfugiés en avril et en novembre 2018, selon l'UNHCR). On estime à 511 000 le nombre de personnes ayant perdu la vie.

Les centres de santé, les biens et le personnel ont été et sont toujours très touchés ou ciblés dans les zones contestées : la Banque mondiale a d'ailleurs déclaré en 2018 que l'on compte plus de Syriens décédés en raison de l'effondrement du système de santé que des conséquences directes du conflit et des combats.

On estime enfin qu'au moins la moitié des infrastructures des services de santé syriens ont été détruites.

PRÉSENCE DE MSF

L'intervention de MSF-OCP en Syrie a débuté en 2012 sous la forme d'un soutien matériel aux victimes du conflit dans le nord-ouest du pays : dons d'équipements médicaux/chirurgicaux, aide financière et expertise technique dans des centres gérés par le personnel médical syrien. Puis, MSF-OCP a créé une unité chirurgicale de traumatologie à Atmeh (Idlib), à proximité des lignes de front. En 2013, cet hôpital a été converti en unité spécialisée pour les brûlés. MSF-OCP a également mis en place un programme élargi de vaccination (PEV) à Atmeh et dans les camps de déplacés locaux (population de plus de 100 000 personnes), pris en charge les patients non brûlés et organisé des distributions d'aide non alimentaire.

En mai 2013, la section a ouvert un hôpital général doté de 25 lits à Qabasin. Cette petite ville située au nord-est d'Alep a ainsi pu bénéficier d'une maternité, d'un service de chirurgie et d'un services de consultations jusqu'au mois d'août.
Toujours en 2013, MSF-OCP a étendu son assistance médicale à près de 20 centres de santé dans les gouvernorats d'Alep, Idlib et Hama. L'aide a été maintenue au même niveau jusqu'en 2017, année où elle a été considérablement réduite.

En avril 2017, MSF-OCP a débuté ses activités par la présence d'expatriés dans le nord-est de la Syrie, à l'hôpital de Kobané, et par une action dans le camp de déplacés d'Aïn Issa. Mais à la suite d'un incident de sécurité et de l'évacuation de l'équipe d'expatriés, au mois d'août 2018, il a été décidé de gérer à distance les activités en place dans cette zone (que ce soit pour le camp d'Aïn Issa ou pour Tabqa). À partir du mois d'octobre 2018, et après évaluation du contexte et de la gestion à distance, MSF-OCP a décidé de cesser ses activités dans la région. L'arrêt a été effectif mi-décembre 2018 : les activités de santé mentale ont ainsi été transférées à MSF-OCA.

MSF-OCB, MSF-OCBA et MSF-OCP gèrent désormais des activités dans le nord-ouest de la Syrie. MSF-OCB et MSF-OCBA soutiennent des hôpitaux et des centres de soins de santé primaires (PHCC – Primary Health Care Centers), et gèrent leurs activités à distance, depuis la Turquie. De leur côté, MSF-OCA et MSF-OCG sont toujours présents dans le nord-est de la Syrie. MSF-OCA mène à bien des activités dans des hôpitaux et des PHCC de Kobané, Tell Abyad, Aïn Issa (camp) et Raqqa, en lien avec une équipe de coordination basée à Qamichli. Enfin, MSF-OCG est présent à Tal Kocher et Hassake et coordonne des opérations depuis Tal Tamer.

PROJET : IDLIB

☐ Premier volet : Unités de prise en charge des brûlés à Atmeh

Historique du projet : évolution des objectifs

Le projet d'Atmeh a été lancé en juin 2012 : il s'agissait alors d'un centre de traumatologie pour les personnes blessées au cours du conflit syrien.

Mais en raison du déplacement des lignes de front et de l'ouverture d'autres centres de traumatologie dans la région, le centre a évolué en unité de chirurgie spécialisée pour les brûlés en 2013. La Syrie connaît de nombreux cas de brûlés, dus aux bombardements, aux tirs d'artillerie et aux explosions, mais aussi à des accidents de raffinage du pétrole et à l'utilisation de carburant de mauvaise qualité en lien avec des conditions de vie médiocres. MSF-OCP a également mis en place un programme élargi de vaccination (PEV) à Atmeh et dans les camps de déplacés locaux (population de plus de 100 000 personnes), pris en charge les patients non brûlés et organisé des distributions d'aide non alimentaire.

En 2013, MSF a étendu son assistance médicale à près de 20 centres de santé dans les gouvernorats d'Alep, Idlib et Hama. L'aide a été maintenue au même niveau jusqu'en 2017, année où elle a été considérablement réduite.

La dégradation de la situation sécuritaire a contraint les expatriés à se retirer de l'unité pour brûlés d'Atmeh en 2014. Depuis, le projet a été directement géré par l'équipe nationale et soutenu par une équipe basée à Gaziantep, composée de personnel national et expatrié.

Néanmoins, à partir de 2016, les procédures de résidence en Turquie sont devenues de plus en plus complexes. MSF n'a pas de droit de présence dans ce pays. D'autre part, malgré l'accès limité, même pour les Syriens, des membres de l'équipe de support basé en Turquie ont pu effectuer des visites à Atmeh.

Actuellement, le nord de la Syrie ne compte aucun autre centre capable d'apporter des soins spécialisés aux brûlés dans les zones contrôlées par l'opposition. L'unité pour brûlés couvre Idlib, Alep-Ouest et quelques autres régions situées dans le nord du pays, depuis l'ouverture de certaines frontières avec les zones sous le contrôle du gouvernement de Turquie. Unique en son genre, elle est parvenue à se forger une solide réputation.

En 2018, la population d'Idlib était estimée à 1,5 million de personnes, dont 850 000 déplacés. La population totale des zones d'opposition du nord-ouest de la Syrie était de 2 987 716 personnes.

Dispositif actuel

L'hôpital pour brûlés d'Atmeh consiste en une structure de 15 lits (+ 2 lits de soins palliatifs) comprenant un bloc opératoire, un service de sédation, un service d'hospitalisation et une salle d'urgence. On y pratique des interventions chirurgicales, des greffes de peau et la pose de pansements et l'on y propose un soutien psychologique et des séances de kinésithérapie.

Le taux d'occupation des lits est plus élevé au cours de l'hiver.

Quatre équipes PEV s'occupaient initialement de la vaccination de routine, mais le collectif de vaccination syrien (SIG – Syrian Immunization Group) soutenu par l'OMS reprendra la gestion de ces activités en février/mars 2019.

L'hôpital se charge également de référer les cas de brûlés vers la Turquie par ambulance MSF. À noter que le suivi direct des patients référés n'était pas possible jusqu'à maintenant, principalement en raison du statut non reconnu de MSF en Turquie.

Bilan 2018

Les principaux objectifs du projet consistent à réduire la morbidité et la mortalité chez les patients brûlés, mais aussi l'incidence des maladies pouvant êtr e prévenues grâce à la vaccination parmi la population cible, avec l'aide du SIG. MSF veille également à ce que les patients de l'unité pour brûlés d'Atmeh (service d'hospitalisation et de consultation) reçoivent un support en santé mentale de qualité.

Les activités d'Atmeh sont gérées à distance dans des conditions délicates, mais l'équipe parvient à maintenir leur efficacité.

En dehors de la gestion à distance, l'équipe du projet a connu quelques difficultés : restrictions en matière de formation en chirurgie spécialisée pour les chirurgiens, en raison des problèmes pour passer la frontière, impossibilité

d'augmenter la capacité (plus de 15 lits) pendant les pics hivernaux, en prenant en compte le fait que la zone d'intervention s'étend (ouverture d'Idlib à d'autres zones sous le contrôle du gouvernement turc), et suivi difficile des cas référés vers la Turquie.

	2016	2017	2018
Nb de visites aux urgences	2 883	3 734	3 715
Nb d'admissions en hospitalisation	439	431	401
Nb de consultations OPD (pansements)	4 661	6 363	7 115
Nb total d'interventions au bloc opératoire	2 520	1 436	1 319
Nb de séances de kinésithérapie (IPD + OPD)	6 916	12 232	10 370

L'hôpital admet les patients originaires des communautés hôtes, ainsi que les déplacés, mais accepte aussi les cas référés depuis les hôpitaux d'Idlib, de Hama-Nord et d'Alep-Est et Ouest. D'autres régions (Afrin, Al-bab et Azaz) ont récemment été ajoutées à notre zone d'intervention. En raison de la proximité d'Atmeh avec les camps de déplacés et de la forte vulnérabilité aux brûlures des populations qui y vivent (espaces de cuisine non délimités, carburant de mauvaise qualité, appareils et cuisinières de mauvaise qualité, grande densité des camps dans les régions d'Atmeh/Idlib/Alep), la demande est forte au sein du service pour brûlés. Les patients non brûlés, mais nécessitant d'être traités en urgence et de rester hospitalisés sont stabilisés dans la salle d'urgence et orientés vers les hôpitaux à proximité, soit en Syrie, soit en Turquie.

Dans cette région, les services de santé sont également sous la menace directe du conflit. Les frappes aériennes des gouvernements syrien et turc sur les structures et les centres de santé sont relativement fréquentes et entraînent des problèmes considérables en matière de disponibilité et d'accès aux soins.

Enfin, de nombreuses ONG locales et internationales interviennent toujours dans cette zone, et les hôpitaux reçoivent de l'aide de différents acteurs. L'OMS est actif par le biais des ONG, principalement dans le cadre des campagnes de vaccination du SIG.

☐ Deuxième volet : Activités externes (soutien médical à la Syrie)

Historique du projet : évolution des objectifs

Les activités externes ont débuté dans le cadre du projet de soutien médical à la Syrie (SMS), en 2011, d'abord sous forme d'une activité de réseau et de dons. Elles permettaient de couvrir les besoins de plus de 20 structures médicales situées dans les gouvernorats d'Alep, Idlib et Hama, dans le nord-ouest de la Syrie.

En janvier 2017, MSF-OCP portait assistance à 23 centres de santé. Puis, en juin 2017, la question de la rationalisation et les critères d'assistance ont fait l'objet de discussions. Il a alors été décidé de réduire l'aide directe et de conserver les centres de soins de santé primaires en se concentrant non plus sur les traumatismes, mais sur les maladies chroniques, les soins primaires et les soins prénatals et pédiatriques. Fin août 2017, MSF-OCP avait réduit son aide de près de 50 %, mais a continué à soutenir 14 structures répondant aux nouveaux critères, dont huit centres de soins primaires, un poste médical, un hôpital général, un hôpital doté d'un centre de dialyse et trois hôpitaux spécialisés dans les traumatismes. Enfin, en octobre 2017, MSF a cessé d'aider deux de ces structures : Ariha et Taftanaz.

En réduisant le nombre de centres couverts de 23 en janvier à 12 en octobre, MSF a pu se concentrer sur les cliniques mobiles (équipe d'intervention) chargées de mener des évaluations et de donner des consultations dans des zones que les autres services médicaux ne pouvaient pas atteindre. En juillet 2017, deux équipes devaient rendre visite à dix centres, une fois par semaine, en se concentrant sur le suivi des patients atteints de maladies chroniques. Le nombre de consultations a augmenté de 522 en avril à 1 453 en août. Enfin, en octobre 2017, il a été décidé de cesser les activités SMS et de continuer à porter assistance à deux centres de soins de santé primaires, où MSF s'occuperait de la prise en charge des maladies non transmissibles.

Dispositif actuel

Début 2018, parmi les structures bénéficiant auparavant d'une aide SMS, seuls deux centres (Taqad et Tal Kresyan) étaient toujours couverts.

Par ailleurs, en raison du flux de déplacés de la région d'Abu al-Duhur et Sinjar vers Ad Dana, le nombre de déplacés a atteint 97 000. MSF est donc intervenu en créant trois cliniques mobiles permettant de répondre aux besoins émergents.

De même, en raison de frappes aériennes intenses au sud d'Idlib et d'affrontements entre les différents AOG au nord, MSF est venu en aide à cinq hôpitaux en leur fournissant des kits de traumatologie pour trois mois : Idlib, Eyadat, Binnish, l'hôpital de charité d'Atmeh et Al Kinanah.

Le bureau des activités externes est basé à Ad Dana et le stockage du matériel médical se fait à Atmeh.

Bilan 2018

Après les déplacements de populations de Ghouta-Est et de Jinderes à Ad Dana, MSF-OCP est intervenu rapidement en prodiguant des soins de santé primaires dès l'arrivée des déplacés. Le déploiement de cliniques mobiles d'urgence était particulièrement adapté au contexte et aux besoins.
Par ailleurs, le recrutement d'une femme médecin pour la clinique mobile a permis d'accéder plus facilement aux patientes.

	2018
Nb de consultations maladies non transmissibles dans les centres de soins de santé primaires	4 833
Nb de consultations dans le cadre des cliniques mobiles	11 712
Nb de cas maladies non transmissibles référés des cliniques mobiles vers MSF, dans les centres de soins de santé primaires	367

Le projet fait toujours face à des difficultés. D'abord, il est délicat d'établir une cartographie des acteurs et une définition claire des besoins, en particulier en cas de gestion à distance. Par ailleurs, les déplacés sont disséminés sur une vaste zone géographique, ce qui ne permet pas de fournir facilement des soins complets. Enfin, la sécurité reste une préoccupation permanente dans un contexte en perpétuelle évolution.

PROJET : NORD-EST DE LA SYRIE

Historique du projet : évolution des objectifs

MSF-OCP a débuté ses activités dans le nord-est de la Syrie en avril 2017 en envoyant des expatriés. MSF menait alors à bien deux projets de soins primaires : un dans le camp de déplacés d'Aïn Issa, l'autre en milieu urbain, à Tabqa. Ces zones ont été sélectionnées en raison du déplacement de populations depuis les régions touchées par le conflit (Manbij, Deir Azor, Raqqa). MSF est également intervenu pendant quelque temps à l'hôpital de Kobané.

MSF-OCP a repris le projet MSF-OCA d'Aïn Issa : pansements, nutrition, santé mentale, maladies non transmissibles et référence des patients. Ces services étaient accessibles à une population d'environ 17 000 personnes. Bien que la stratégie de long terme n'ait jamais consisté à fournir des services de consultations, les problèmes récurrents rencontrés par la Croix-Rouge kurde et par l'ONG locale al-Mawada ont contraint MSF-OCP à s'en charger à court terme. À noter que MSF a fourni des services de santé mentale dans une zone sécurisée du camp abritant une population particulièrement vulnérable, principalement composée de femmes et d'enfants liés à l'État islamique. Les consultations et les références ont été suspendues fin septembre 2018, alors que d'autres acteurs (Save the Children et la Croix-Rouge kurde) se sont proposés pour dispenser des consultations.

Dans la clinique de soins de santé primaires de Tabqa, MSF a travaillé en collaboration avec le Comité de santé de Tabqa pour offrir des soins à une population cible d'environ 200 000 personnes, dont des déplacés. MSF a commencé à s'occuper de la gestion de cette clinique en octobre 2017, et les activités de consultations, de pose de pansements et de santé mentale se sont globalement stabilisées depuis leur lancement.

Une fois les négociations lancées entre les autorités kurdes et le gouvernement syrien, et après la survenue d'un incident de sécurité grave en Syrie, MSF-OCP a procédé au retrait de son personnel international de la région à partir du mois d'août 2018. L'équipe a alors continué à piloter l'activité à distance, depuis Dohuk, jusqu'au mois d'octobre. Enfin, il a été décidé de cesser ces activités au mois d'octobre, après évaluation des conditions de sécurité, des activités elles-mêmes et de leur gestion à distance.

Dispositif actuel

Dans le camp de déplacés d'Aïn Issa, le projet était uniquement piloté par MSF, et l'ensemble du personnel était sous contrat MSF, jusqu'à l'interruption du projet fin novembre 2018. Les services fournis étaient les suivants :

- Santé mentale, notamment dans la zone de sécurité abritant des femmes et des enfants soupçonnés d'avoir des liens avec l'État islamique. Cette activité a été reprise par MSF-OCA.
- Nutrition, en se concentrant sur les services externes dédiés aux patients souffrant de malnutrition sévère et aiguë modérée, ainsi que sur les nourrissons mal nourris âgés de moins de 6 mois. Les partenaires de l'UNICEF ont ensuite repris cette activité.
- Soins basiques et clinique maladies non transmissibles
- Salle de pansements pour les blessures mineures, avec stérilisation
- Réseau de santé communautaire dédié à la surveillance sanitaire, au suivi démographique, à la promotion de la santé et au suivi des perdus de vue

À Tabqa, les activités comprenaient :

- Des services de consultation
- Des soins de santé mentale
- Une clinique spécialisée dans la leishmaniose
- Des soins en nutrition, en se concentrant sur les services externes dédiés aux patients souffrant de malnutrition sévère et aiguë modérée
- Une salle de pansements pour les blessures mineures
- Des services de référence, principalement vers les hôpitaux de Tabqa ou Tell Abyad

Entre octobre et décembre 2017, MSF-OCP a offert des services de kinésithérapie. La cohorte pour cette activité était généralement assez réduite, et étant donné qu'aucun expatrié de remplacement n'a été identifié, l'activité a été interrompue et transférée à Handicap International.

Bilan 2018

Réalisations

- Priorité aux activités de santé mentale, nutrition et maladies non transmissibles à Aïn Issa. Cette réorientation a également permis d'éviter des duplications, étant donné que d'autres ONG proposent actuellement des services de consultation et de référence au sein du camp.
- L'amélioration de la collecte de données dans le cadre du programme sur la leishmaniose aide à fournir une meilleure qualité de soins de suivi.
- Le programme de santé mentale a bien fonctionné, avec une formation intensive pour les conseillers non professionnels, des améliorations en matière de soins de suivi et la mise en œuvre d'un outil de collecte de données.
- La réorientation des services liée à une gestion à distance a donné des résultats relativement probants.

Difficultés

Les principales difficultés rencontrées en mettant en place la gestion à distance étaient les suivantes :

- Absence d'encadrement « intermédiaire » sur site permettant de superviser les opérations au quotidien et de veiller au respect des protocoles et des principes
- Risque accru pour le personnel national resté sur le terrain, en raison d'une plus grande visibilité et d'une augmentation de la dépendance
- Perspectives limitées pour la présence de MSF en Syrie depuis que le gouvernement syrien a repris le contrôle

Par ailleurs, des disparités existent entre les pratiques médicales culturelles et les protocoles MSF, en particulier en lien avec la surprescription de médicaments injectables, l'usage des antibiotiques et les pratiques en santé mentale. L'absence de gestion sur site pour renforcer ces protocoles n'a fait qu'aggraver le problème, étant donné que la formation de routine sur site et le soutien sont essentiels pour modifier ces pratiques.

Aïn Issa

	2017	2018 Les activités médicales ont été interrompues fin novembre
Consultations	0	14 421*
Consultations Maladies non transmissibles	0	363
Nb de cas référés	1 197 (juin-déc)	1 493**
Nb d'interventions en salle de pansements	1 009 (oct-déc)	2 358
Nb de consultations en santé mentale (nouveaux cas et suivis)	Chiffres combinés avec les données de Tabqa (cf. ci-dessous)	2 873
Nb d'admissions dans le cadre du programme de nutrition thérapeutique en ambulatoire (6-59 mois)	47 (oct-déc)	302***
Nb d'admissions pour aide à l'allaitement des nourrissons (1-6 mois)	78 (sept-déc)	217 (jan-oct)

* Les consultations d'octobre et novembre étaient uniquement des cas de maladies non transmissibles
** Référence des patients interrompue à partir de septembre
*** Cohorte transférée à l'UNICEF à partir de novembre

Tabqa

	2017	2018
Nb de consultations	85 819 (oct-déc)	50 999
Nb de cas référés	13 (nov-déc)	874
Nb d'interventions en salle de pansements	756 (oct-déc)	4 981
Nb de consultations en santé mentale (nouveaux cas et suivis)	619 (juillet-déc) Chiffres combinés avec les données d'Aïn Issa	1 422
Nb de patients atteints de leishmaniose traités	0	223

La fermeture a été décidée en octobre 2018. Les activités médicales ont cessé fin novembre 2018. La fermeture administrative est prévue pour décembre 2018.

TCHAD

Typologie : épidémies/endémies.

Personnel 2018
International : 30
National sous contrat : 230

Nombre de projets 2018 : 4

Dépenses 2018 : 7 496 k€.

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCA.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Le président Idriss Deby et son parti, le Mouvement Patriotique du Salut, dominent la scène politique tchadienne depuis leur accession au pouvoir en 1990. La 4e République tchadienne a vu le jour le 30 avril 2018 avec une nouvelle Constitution, donnant plus de pouvoir au président Deby dont le régime se radicalise (atteintes à la liberté de la presse et d'association, répression).

A l'exception de la sécurité, les budgets de tous les ministères et sous-délégations en provinces ont été drastiquement réduits suite à l'écroulement du prix du baril de pétrole. Dans ce contexte, une grogne sociale a émergé avec des manifestations et des grèves régulières de fonctionnaires réclamant le paiement des arriérés de leurs salaires) et d'étudiants protestant contre la suppression des bourses, rapidement réprimées par les forces armées.

Fin 2018, le pays semble particulièrement en proie à la déstabilisation. En plus des troubles sociaux, Boko Haram semble se réaffirmer notamment dans la région du lac Tchad. Au nord, des groupes rebelles tchadiens actifs en Libye ont effectué des attaques contre l'armée tchadienne qui a elle-même réagit de façon violente contre les orpailleurs et la communauté Tebu – prenant le risque d'une nouvelle rébellion. Dans l'Ouaddaï, des conflits communautaires impliquant des hommes apparemment armés au Darfour inquiètent. A la frontière centrafricaine, des mouvements de troupes importants ont lieu et s'accompagnent de rumeurs de défections de préfets et d'officiers tchadiens du coté centrafricain. Pour autant, le pays est considéré sur la scène internationale comme le rempart à l'extension des différents conflits régionaux (Libye, Nigéria, Soudan, Centrafrique) et à la radicalisation islamique.

Contexte sanitaire

Le pays se classe 186ème sur 188 dans le classement de 2016 de l'Indice du Développement Humain. On compte au Tchad moins d'un professionnel de santé qualifié pour 1 500 habitants, moins d'un médecin pour 23 000 personnes (1/10 000 selon la norme OMS). Selon l'Enquête Démographique de Santé et à Indicateurs Multiples menée en 2014-205 au Tchad, environ un enfant sur huit meurt avant l'âge de cinq ans au Tchad (quotient de mortalité infanto juvénile de 133 ‰). La mortalité maternelle reste forte avec 860 décès pour 100 000 naissances vivantes. Après six années d'une politique de gratuité des soins relativement large, une nouvelle politique de « gratuité ciblée » destinée aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes a été instaurée en août 2017.

PRÉSENCE DE MSF

MSF OCP est présent au Tchad de 1977 à 1984, répondant aux conséquences des conflits et autres urgences, puis revient à partir de 2004 suite à l'afflux de réfugiés soudanais à l'Est, puis prend en charge la population locale et les réfugiés centrafricains à Gore. En 2010, les activités se déplacent vers le sud avec l'ouverture du programme de prise en charge du paludisme à Moissala et la prise en charge des urgences, épidémies, réfugiés. En 2018, seuls 2 centres opérationnels restent présents au Tchad – MSF OCP et MSF OCA. Le Tchad reste en situation de désert sanitaire et à risque de déstabilisation.

PROJET : MOISSALA

Historique du projet : évolution des objectifs

En juillet 2010, MSF ouvre un projet de prise en charge des personnes affectées par le paludisme dont le double objectif est d'assurer l'accès à un traitement efficace pour les patients et d'explorer des modes opératoires capables de réduire le nombre de cas sévères de la maladie. Depuis son commencement, le projet adopte une approche verticale qui a été régulièrement remise en question par les équipes. De plus, il paraît peu probable que MSF puisse passer l'activité de chimio-prévention du paludisme (CPS) à d'autres acteurs, y compris le Ministère de la Santé publique (MSP) dont la priorité est de couvrir les zones prioritaires avec la CPS à 100% (pic paludisme < à 4 mois – recommandations OMS) – or Moissala n'est pas une zone prioritaire étant donné que son pic paludisme est inférieur ou égal à 5 mois. La CPS a été reconduite en 2018 à Moissala. Le MSP considère que celle-ci doit être arrêtée.

En 2018, l'équipe a travaillé à la fois sur la CPS et sur la réorientation du projet. La volonté d'ouvrir l'offre de soins au suivi des femmes et des enfants s'est matérialisée au cours de l'année. Une première phase de proposition de projet était présentée en février 2018 afin de développer une stratégie de soins femmes/enfants du communautaire à l'hospitalier.

Dispositif actuel

La CPS et l'appui aux 23 centres de santé pour la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans

et les femmes enceintes ont été maintenus pour l'année 2018. L'unité paludisme hospitalière a été intégrée aux services Pédiatrie avec un focus particulier sur les urgences pédiatriques maintenues toute l'année pour les enfants de moins de 15 ans – en période de pic, le service pédiatrie est monté à 85 lits.

La surveillance épidémiologique de la méningite dans les 23 zones de santé ainsi que la prévention des maladies à potentiels épidémiques par le renforcement de la vaccination de routine et le rattrapage jusqu'à 2 ans sont toujours en place.

Au niveau hospitalier, un travail de préparation de la maternité, du bloc opératoire et des services transversaux (eau, électricité, buanderie, laboratoire) a été effectué.

Une analyse participative communautaire a été menée en 2018, tout comme une revue de la littérature et une enquête quantitative en attente de validation (couverture des soins, taux de malnutrition chronique et sévère).
Ces trois travaux débouchent sur une proposition devant faire l'objet d'une validation en comité de projet quant au développement du système de soins femmes/enfants, curatif et préventif, du communautaire à l'hospitalier dans 2 zones de responsabilités.
Les discussions avec la mission ont abouti à une refonte totale du projet permettant de développer les nouvelles activités.

Bilan 2018

- Centres de santé : 45 044 traitements pour paludisme administrés, 3% référés vers l'hôpital via les cliniques mobiles pour réfugiés, 6708 cas traités pour paludisme
- Passage aux urgences : sur 6579 passages, 85% des patients ont été hospitalisés en pédiatrie dont 76% pour cause de paludisme
- Pédiatrie : 5616 admissions avec 57% de paludisme – létalité paludisme 2,7%. La mortalité globale était de 4%. La durée moyenne de séjour était de 4 jours. Sur les 5616 admissions en pédiatrie, les nouveau-nés représentaient 4% et les enfants souffrant de malnutrition sévère représentaient 10%.
- CPS : une moyenne de 123 297 enfants a reçu la CPS, la couverture administrative estimée s'élève à 95%.

PROJET : INTERVENTION NUTRITIONNELLE À N'DJAMENA ET WADI FIRA

Contexte

En 2018, plusieurs facteurs ont contribué à une augmentation du taux de malnutrition aigüe à Ndjamena : la crise économique ; l'accès aux soins limités en raison du caractère payant des consultations (et médicaments) dans les centres de santé – y compris pour les enfants de moins de 5 ans – ; une période de soudure annuelle après une récolte médiocre en 2017 ; une grève importante du secteur public depuis janvier 2018 menant à la réduction significative des activités dans les centres de santé et les hôpitaux.

Dispositif actuel

Alors que les ONG Alima et Alerte Santé mènent déjà un programme nutritionnel dans la capitale, ils se retrouvent débordés face au nombre croissant d'enfants atteints de malnutrition aigüe sévère au début de l'été 2018. Après consultation avec Alima/Alerte Santé et le ministère de la Santé, MSF décide d'intervenir en urgence à N'Djamena. Entre fin juillet et début septembre, MSF OCP a ouvert une unité nutritionnelle thérapeutique (UNT) dans le quartier de N'djari et a également ouvert 3 unités nutritionnelles ambulatoires (UNA) et en a appuyé 3 autres existantes, dans 4 districts différents de Ndjamena. Les équipes ont travaillé en étroite collaboration avec Alima/Alerte Santé, notamment via un système de référence.

Bilan 2018 (juillet-novembre)

N'Djamena

Au total 1010 enfants souffrant de malnutrition aigüe sévère ont été admis au sein de l'UNT de N'djari. Parmi eux, 53,7% étaient des enfants transférés des UNA non-MSF (principalement de l'UNA de N'djari) ; 20,5% venaient des UNA MSF ; les admissions directes représentaient 24,6% et les réadmissions 1,2%.

92,6% des enfants sont sortis stabilisés de l'UNT et ont été référés vers des UNA pour continuer leur suivi. 52 enfants (5,1%) sont décédés pendant leur séjour à l'UNT dont 88,5% plus de 24h après leur admission.

Plusieurs cas de comorbidité ont été détectés lors des consultations à l'UNA, la majorité étaientdes infections respiratoires aigües (31%) et des gastro-entérites (30%), le paludisme représentait 9% et la rougeole 1%.

Les UNA ont été passées à Alima/Alerte Santé à la fin du mois de novembre. L'UNT a été fermée dans la foulée. La mission d'urgence a fermée le 5 décembre.

Wadi Fira

Dans le Wadi Fira, les équipes ont monté un site de dépistage de la malnutrition pour les enfants de 6-59 mois, ont apporté un support aux unités nutritionnelles ambulatoires des centres de santé ainsi qu'à l'unité de nutrition thérapeutique de l'hôpital régional de Biltine. MSF a assuré les références depuis les unités ambulatoires vers l'unité de nutrition thérapeutique et les contre-références. Les activités ont débuté à la mi-août 2018.

Activité de dépistage	23/08/2018	27/08/2018	30/08/2018
Nom du site	Bandar	Mignerie	Indina
Total dépistés	73	295	300
Total MAS dépistés	1	0	19
Total MAM dépistés	12	20	38
% MAS	1,30%	0%	6,30%
Nom du site	Kelki	Tazire	Kou-chaguine
Total dépistés	201	296	403
Total MAS dépistés	10	5	19
Total MAM dépistés	27	14	29
% MAS	4,90%	1,60%	4,70%

MAS : malnutrition aigüe sévère
MAM : malnutrition aigüe modérée

Au vu du profil sanitaire des enfants dépistés, la malnutrition semble plus chronique qu'aigüe, certainement en raison des habitudes de vie. Certains sites présentent des taux de dépistage supérieur à 3 mais très peu de facteurs de comorbidité sont notifiés lors des dépistages (2 enfants référés à l'UNT / 1568 dépistés). Les équipes ont opté pour une stratégie de suivi des enfants dépistés pendant 4 visites avant de passer le relais au centre de santé. Les activités ont cessé fin septembre.

PROJET : RÉFUGIÉS GORÉ

Entre décembre 2017 et janvier 2018, des affrontements dans la région de Paoua en Centrafrique ont engendré un afflux de 20 000 personnes vers le sud du Tchad dont 15 000 dans le Logone oriental installés dans des villages hôtes et 3000 dans le district de Moissala.

Des cliniques mobiles ont rapidement été mises en place dans le district de Moissala, le long de la frontière, pour favoriser l'accès aux soins des réfugiés. 11442 consultations effectuées - les moins de 5 ans représentaient 50%. Le paludisme était la morbidité principale avec 53% des diagnostics. Ces cliniques mobiles ont cessé lors de l'ouverture d'un projet près de Goré, à 3 kms de la frontière avec la RCA, en février 2018. Le projet reposait sur la mise en place de cliniques mobiles donnant accès aux soins à la population réfugiée et la population d'accueil, il avait initialement une durée de trois mois en attendant l'arrivée d'autres acteurs humanitaires. En avril, les Centres de Santé de la zone n'étaient pas en mesure d'assurer la continuité des soins ainsi que la référence vers l'hôpital des cas graves et des conséquences sur la population des moins de cinq ans du pic palu, à partir de juin étaient à craindre. Le projet a donc été maintenu pour assurer la continuité des soins en appuyant 2 centres de santé et palier l'impossibilité de référer les patients à Goré pendant la saison des pluies avec l'ouverture d'un centre de stabilisation.

Des agents de santé communautaires ont été formés à la prise en charge du paludisme, ils ont dépisté 3 200 personnes et 2 000 personnes ont été traitées. Au total, 21 781 consultations ont été réalisées, 373 cas ont été référés vers l'hôpital de Goré (pour une prise en charge payante) et 431 patients ont été admis au centre de stabilisation. Presqu'autant de réfugiés que de résidents ont bénéficié de nos activités. L'équipe a dû faire face à des défis d'infrastructure (réhabilitation ou construction des structures) et d'accès. Des activités d'approvisionnement en eau (réalisation de trois forages) et de réhabilitation des centres de santé ont été accomplies pendant la durée du projet. Avec la baisse franche des taux d'occupation des lits du centre de stabilisation, l'absence de signaux d'alerte d'urgence et l'arrivée d'ACF et Mentor, la décision de fermeture est prise en octobre et la clôture du projet est effective à fin novembre 2018.

Bilan 2018

Bekam /unité de stabilisation 2018

Nombre de lits : 20
Nombre d'admissions : 431
Durée moyenne de séjour : 3j
Mortalité : 4%
Proportion des cas de paludisme : 70%
Létalité : 2%
Proportion de nouveau-nés : 5%
Proportion de MAS : 5%

YEMEN

Typologie : conflit armé.

Personnel 2018
International : 36
National sous contrat : 550

Nombre de projets 2018 : 5

Dépenses 2018 : 20 760 k€.

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCA, OCBA, OCG.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Après la chute du président Saleh en 2011, à la suite du printemps arabe, les Houthis ont annoncé en février 2015 la dissolution du Parlement et formé le *« comité révolutionnaire »* et le *« conseil présidentiel »*. En mars, l'alliance de Sanaa a lancé une offensive sur les gouvernorats du sud du pays, qui lui a permis d'atteindre Aden. Le président Hadi a alors fui en Arabie Saoudite. Le 26 mars, le royaume d'Arabie Saoudite a annoncé la formation d'une coalition de neuf pays, menée par les Émirats et l'Arabie Saoudite (SELC), afin de lancer une opération militaire selon la résolution 2216 des Nations unies. Une phase de bombardement par la SELC a alors débuté - elle est toujours en cours aujourd'hui. En juillet, la SELC, avec le soutien actif d'une alliance complexe de sécessionnistes, la *« Résistance du Sud »,* de groupes salafistes, d'Al-Islah, et dans une moindre mesure, de groupes radicaux (Al-Qaïda dans la péninsule arabique (AQAP) et l'État islamique en Irak et au Levant (ISIS)), a repris le contrôle d'Aden, puis a délogé les Houthis/Saleh de Lahij, Abyan et Shabwah. Aden et les régions du sud, qui semblaient principalement contrôlées par les Émirats arabes unis (EAU), ont dû faire face à une dégradation importante de leur situation sur le plan de la sécurité. Elles se sont alors engagées aux côtés des EAU dans une stratégie de lutte antiterroriste. Quelques mois plus tard, le centre de santé MSF situé au nord du Yémen, à Haydan (gouvernorat de Saada), a été touché par une frappe aérienne, ce qui a contraint l'organisation à suspendre ses activités et à entreprendre de longues négociations avec la SELC afin d'obtenir certaines garanties.

Début 2016, les Nations unies ont organisé des négociations de paix au Koweït. Mais ces discussions n'ont abouti à aucun accord, les Houthis et leurs alliés ayant créé une nouvelle instance dirigeante unilatérale, le *« conseil politique suprême »*. En août 2016, le royaume d'Arabie Saoudite a lourdement bombardé le nord du Yémen. L'hôpital d'Abs et le centre de santé de Razeh, où MSF intervenait, ont été touchés deux fois. À la suite de ces frappes, MSF a procédé au retrait de son personnel international dans les gouvernorats de Saada et Hajjah.

Puis, en septembre, Hadi a annoncé la relocalisation de la banque centrale du Yémen de Saada à Aden, en déclarant qu'elle contribuerait à assurer la continuité du paiement des salaires dans le pays, et que les revenus nationaux ne seraient plus utilisés à des fins militaires par les Houthis. Depuis, aucun salaire n'a été versé dans les gouvernorats du nord du pays.

Par ailleurs, en octobre 2016, l'aéroport de Sanaa a été fermé à tous les vols commerciaux par la SELC.

Les affrontements et les bombardements se sont poursuivis en 2017 sur toutes les lignes de front, mais sans avancée majeure, d'une part comme de l'autre. Néanmoins, les forces de la SELC, principalement menées par les EAU, dans le sud, ont réussi une percée sur la côte ouest et sont parvenues à prendre le port de Mocha, à l'ouest de Taïz, en début d'année, signe de leur intention d'avancer vers le port d'Al-Hodeïda, artère vitale de l'économie du nord du pays. De leur côté, les forces de Sanaa avaient pour priorité de sécuriser les limites est de la ville de Sanaa, à proximité des fronts de Marib, le front de la côte ouest, dans le gouvernorat de Hajjah, ainsi que les zones proches des frontières avec l'Arabie Saoudite, constamment touchées depuis le début de la guerre, mais aussi d'augmenter la capacité balistique des Houthis/du Congrès général du peuple (GPC), afin d'entrer sur le territoire saoudien.

Au sud, la période d'après-guerre a été dominée par des figures sécessionnistes. Le remplacement des gouverneurs auquel Hadi a procédé en avril 2017 a entraîné un grand mécontentement populaire et déclenché une réaction politique anticipée de la part du groupe sécessionniste du sud, qui a formé le Conseil de transition du Sud (STC), un organisme politique censé poursuivre les appels à l'indépendance au sud du Yémen.

La même année, après plusieurs mois de tensions à l'évidence accrues entre les alliances du nord et du sud, Saleh/les Houthis et les séparatistes du sud/le gouvernement Hadi, respectivement, la situation s'est dégradée, avec des affrontements à Sanaa, lorsque Saleh a appelé à un soulèvement du peuple contre les Houthis et proposé un accord de paix à l'Arabie Saoudite afin de mettre fin au conflit. Les affrontements de Sanaa en décembre 2017 se sont terminés par la mort de Saleh et par la fragmentation de son parti unique, le GPC. Au sud, de manière similaire à l'évolution de la situation à Sanaa, les tensions à Aden ont déclenché des affrontements entre le STC et le gouvernement Hadi, fin janvier 2018, peu avant la reprise de la ville par le STC et le retrait du gouvernement sous la pression politique de la coalition menée par l'Arabie Saoudite (SELC).

En 2018, la SELC et ses forces de soutien ont créé une nouvelle faction militaire menée par le neveu de Saleh, Tarek Saleh, afin d'avancer vers le port d'Al-Hodeïda, objet de préoccupations au niveau international en raison des répercussions sur le plan humanitaire. En juin, les forces de soutien de la SELC (salafistes, unité du sud et unité menée

par Tarek Saleh) se sont engagées dans des affrontements sans merci à proximité de l'aéroport de la ville d'Al-Hodeïda, peu avant une pause dans l'offensive accordée afin de laisser place aux négociations politiques menées par l'ONU. Une nouvelle table de négociations a été annoncée en septembre, mais elle a échoué avant même qu'Hadi et les Houthis ne se rassemblent à Genève, ces derniers ayant posé des conditions à leur voyage à la dernière minute.

À l'extrême sud, les EAU ont continué à soutenir de manière explicite les factions séparatistes (le STC en tant qu'organisme politique) en leur apportant leur aide, de manière à former une grande puissance sur la ligne de front. Cette décision a logiquement posé problème au gouvernement Hadi, qui comptait asseoir sa présence physique et administrative à Aden : elle demeure aujourd'hui une cause inhérente de tensions. En outre, Islah, qui représente une partie significative du cabinet Hadi, est en passe d'être annihilé par les alliés des EAU, au sud. Ces deux dernières années ont été marquées par de nombreuses arrestations de ses figures. Par ailleurs, l'élimination et l'assassinat de ses partisans, en particulier membres ou d'anciennes figures du parti, de salafistes et de chefs de la sécurité, se sont poursuivis à un rythme régulier. Les différents partis s'accusaient les uns les autres d'être à l'origine de ces attaques, bien qu'ISIS en ait revendiqué certaines.

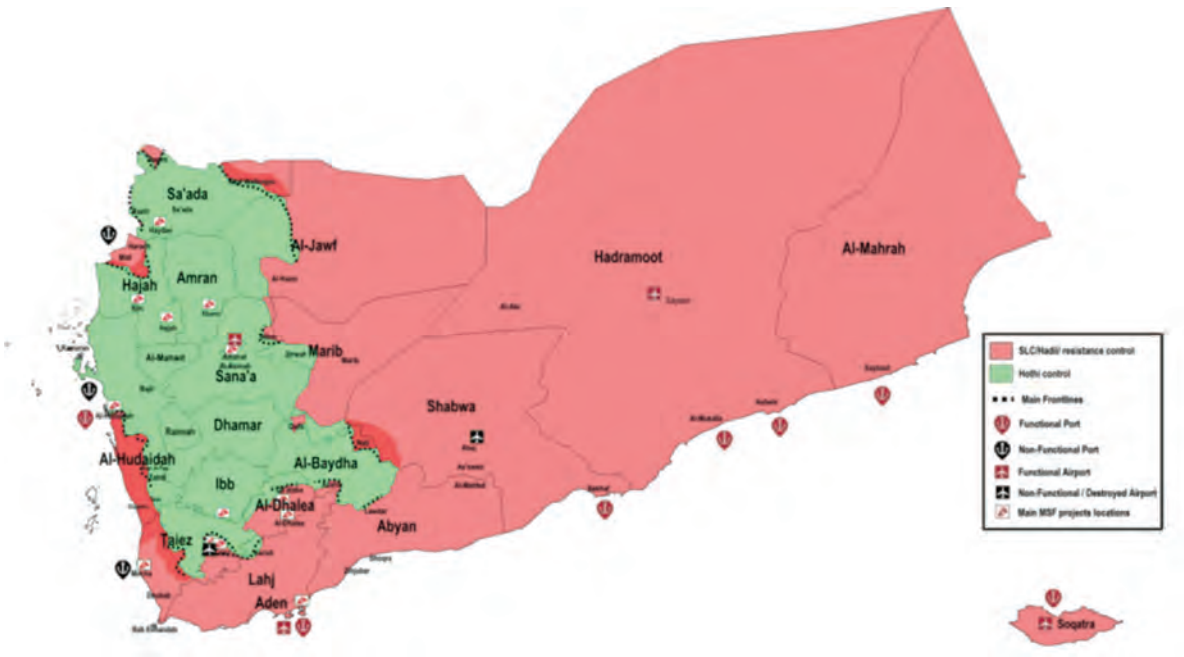
En mai 2018, les forces de Tarek Saleh, avec le soutien de groupes salafistes et du STC, ont lancé une offensive afin de reprendre la ville d'Al-Hodeïda. Une bataille acharnée s'en est suivie sur la côte jusqu'au mois d'octobre. Début novembre, la bataille d'Al-Hodeïda a débuté et toutes les lignes de front du pays ont été réactivées, notamment à la frontière avec l'Arabie Saoudite, sur la côte ouest, au nord d'Ad Dhale, et à l'est, près d'Al Bayda.
Lancée dans un contexte de grave crise économique, cette offensive a eu pour effet d'augmenter encore davantage les besoins humanitaires dans un pays déjà touché par près de quatre années de guerre.

Contexte sanitaire

La crise humanitaire continue de prendre de l'ampleur. Le ministère de la Santé s'est complètement effondré en 2017, dans tout le pays, et encore plus clairement dans les gouvernorats du nord. Aucun salaire n'a été versé au personnel depuis septembre 2016. Les soins de santé ont peu à peu été limités aux rares derniers hôpitaux pas encore touchés et toujours fonctionnels, qui luttent pour trouver des ressources et augmentent par conséquent le coût de recouvrement des services qu'ils fournissent.

Les pénuries de personnel du ministère en raison du problème de versement des salaires et l'absence d'équipements de base due à l'effondrement économique et aux restrictions internationales sur les ports et les aéroports ont entraîné le quasi-effondrement des services de santé et ont sans aucun doute contribué à la propagation de la plus grande épidémie de choléra de l'histoire du Yémen, avec plus d'un million de cas enregistrés en 2018. Si elle semble désormais contenue, cette épidémie reste une menace imminente, étant donné les conditions propices à d'autres flambées. La diphtérie constituait également une menace en 2018, avec un total de cas probables estimé à plus de 2 143, dont 112 décès associés jusqu'au mois d'août. Quant au PEV (programme élargi de vaccination), bien qu'il reste l'un des seuls domaines qui continuent de fonctionner malgré les difficultés, il parvient de moins en moins à couvrir les différentes zones dans le besoin, principalement en raison de contraintes d'accès. Fin 2018, on a observé une hausse du nombre de cas de rougeole, en particulier dans le nord du pays.

Avant cette crise interminable, le Yémen importait 80 % à 90 % de ses besoins alimentaires de base et environ 544 000 tonnes de carburant importé par mois notamment pour les transports, l'alimentation en eau et les structures de santé. Les importations de carburant ont chuté depuis le début de la crise, pour retomber à seulement 190 000 tonnes en septembre 2017. En outre, la fermeture de l'aéroport de Sanaa aux vols commerciaux en août 2016 a contribué à limiter la possibilité de transporter des marchandises dans le pays et a empêché



les Yéménites, en particulier au nord, de se rendre à l'étranger pour recevoir des soins médicaux. L'accès aux structures de santé est de plus en plus difficile :

- Une part croissante de la population ne peut s'acquitter des frais de transport pour se rendre dans les hôpitaux.
- Les structures de santé fonctionnent de moins en moins bien faute de paiement des salaires.
- Certaines structures de santé ont été détruites par les bombardements de la coalition SELC.

Dans ce contexte, les acteurs humanitaires sont en passe de remplacer le secteur public, jusqu'à payer eux-mêmes les salaires du personnel des ministères. En effet, on demande littéralement aux acteurs travaillant dans le secteur de la santé, comme MSF, de remplacer le ministère de la Santé et de prendre en charge de plus en plus de services dans les centres dans lesquels ils interviennent, afin d'apporter une aide financière de gestion à davantage de centres de santé ou d'aider à transporter des médicaments et des équipements médicaux jusqu'au Yémen. De même, mais dans une moindre mesure, dans le sud du pays, l'accès aux soins constitue un grave problème, et ce malgré le fait que l'ONU ait reçu 1,5 milliard de dollars de la part de l'Arabie Saoudite et des EAU, ce qui en fait les principaux donateurs en matière d'assistance aux Yéménites aux Nations unies. En effet, tout en continuant à bombarder le pays, ces deux États prennent de plus en plus le contrôle sur l'aide humanitaire, en particulier dans le cadre d'OCHA et du processus d'apaisement du conflit. Les autres ONG internationales sont principalement présentes à Sanaa et Aden : très peu œuvrent en dehors de ces deux capitales.

Les blessés de guerre se comptent chaque jour par dizaines, voire centaines. Parmi eux, on déplore de nombreux civils, comme à l'hôpital de traumatologie MSF d'Aden, à Mocha, à Al-Hodeïda et à Abs. L'absence ou le manque de capacité en matière de chirurgie dans les centres de santé constitue un problème majeur, étant donné la prolongation du conflit sur la côte ouest. L'intervention des acteurs humanitaires ne suffit toujours pas à couvrir tous les besoins. La détention du personnel de l'ONU et de certaines ONG internationales cette année, les retards au niveau des checkpoints, les refus ou les retards de traitement des demandes de visa et l'ingérence dans la gestion des activités sont tout autant de facteurs auxquels MSF doit faire face tout au long de l'année.

PRÉSENCE DE MSF

Présent en permanence au Yémen depuis 2007, MSF-OCP est d'abord intervenu dans le gouvernorat de Saada, en lien avec les guerres entre le gouvernement yéménite (Saleh/Al-Islah) et les Houthis (2004-2010). Désormais, Aden, Amran et Saada sont les principales zones d'intervention de MSF-OCP, qui y permet un accès à des soins de santé, notamment d'urgence.

En août 2018, à la suite de l'intensification des combats au sud d'Al-Hodeïda, MSF-OCP a ouvert un hôpital de chirurgie de campagne à Mocha. Puis, en octobre 2018, un hôpital de chirurgie a également été ouvert, cette fois dans la ville d'Al-Hodeïda. De juillet à octobre 2018, le Yémen a été géré directement par la cellule d'urgence de Paris.

MSF-OCP a par ailleurs procédé à différentes interventions, dont certaines sont toujours en cours, à Sanaa, Lahij, Taïz, Abyan, Shabwah et Al Mukalla. MSF-OCP pilote la base logistique de Djibouti pour l'ensemble des centres opérationnels et achemine les expatriés et les médicaments par avion.

Trois autres centres opérationnels interviennent au Yémen : MSF-OCBA à Hajjah et Abs, MSF-OCA à Taïz et Al Hurban, au nord de Taïz (le projet d'Ad Dhale a été interrompu en octobre 2018 en raison de graves menaces de sécurité), et MSF-OCG à Ibb.

D'autres sections ont ouve rt un bureau à Aden en fin d'année, principalement à des fins de représentation et d'approvisionnement sans poste d'expatrié permanent.

En octobre 2018, au Yémen, près de 2 000 travailleurs MSF œuvraient dans 13 hôpitaux et centres de santé et portaient assistance à plus de 20 hôpitaux ou centres de santé dans 11 gouvernorats (Abyan, Aden, Amran, Hajjah, Al-Hodeïda, Ibb, Lahij, Saada, Sanaa, Shabwah et Taïz).

Interventions d'urgence

- L'hôpital de campagne de Mocha ouvert en août 2018 dispose d'un bloc opératoire et de 35 lits, l'objectif étant de prendre en charge des patients entre la vie et la mort nécessitant une intervention chirurgicale en urgence (césariennes comprises).
- L'ouverture de l'hôpital d'Al-Hodeïda était également destinée à répondre aux urgences chirurgicales vitales, y compris césariennes.
- Assistance à l'hôpital d'Al-Sadaqah au cours de l'épidémie de diphtérie, et dons à Saada également liés à cette épidémie.
- Intervention contre le choléra à Sanaa et Khamir en juillet/août 2018.

PROJET : SAADA

Historique du projet : évolution des objectifs

Fief du mouvement Ansar Allah (AA/Houthis) et zone la plus pauvre du Yémen, le gouvernorat de Saada fait face à un cycle de conflits violents depuis 2004. Après six guerres, les Houthis ont profité du printemps arabe de 2011 pour prendre le contrôle de plus en plus de territoires et réduire l'influence des tribus (quelques cheiks ont fui en Arabie Saoudite, tandis que ceux soutenus par les Houthis ont par la suite pris des postes clés dans certains districts, en 2017).

Plusieurs années après s'être retiré de Saada, en raison de difficultés avec les Houthis, en avril 2015, MSF a relancé un projet à l'hôpital de Haydan et dans le centre de santé de Majz. En octobre 2015, l'hôpital de Haydan a été sérieusement endommagé et partiellement détruit par une frappe aérienne de la SELC, ce qui a entraîné l'arrêt des activités à Saada jusqu'en décembre 2015, date à laquelle elles ont été réouvertes dans le cadre d'une gestion à distance.

En outre, MSF a commencé à intervenir au centre de santé de Nushor, dans le district de Kitaf, et au centre de santé de Yasneem, dans le district de Baqim.

Après avoir fait venir du personnel international pendant quelques mois en 2016 pour apporter des soins d'urgence/consultations/obstétrique, l'équipe a une nouvelle fois dû évacuer, à la suite du bombardement de l'hôpital d'Abs par la SELC, début août 2016 (19 morts).

En février 2017, MSF s'est réengagé de manière directe par le biais de la présence d'expatriés et a reconstruit l'hôpital.

Mais l'accès aux villages situés sur les lignes de front était impossible à cause des restrictions imposées par les Houthis. Par conséquent, il a été décidé de concentrer les activités de terrain sur Haydan, en fournissant des soins de santé primaires (pour traiter les principales maladies mortelles), tout en déployant une stratégie E-Prep (préparation aux situations d'urgence) dans la ville de Saada. L'activité continue de se développer depuis l'ouverture du nouvel hôpital.

Dispositif actuel

MSF gère les activités suivantes en collaboration avec le ministère de la Santé :

- Consultations (OPD) + urgences 24h/24, 7j/7 (5 brancards + 2 lits d'observation) + salle de pansements (1 lit)
- Service d'hospitalisation pédiatrique (13 lits) + Centre de nutrition thérapeutique intensif (ITFC) (8 lits) + Centre de nutrition thérapeutique ambulatoire (ATFC) + salle d'isolement (11 lits) - extension prévue pour 2019, étant donné que le nombre de lits ne suffit plus
- Maternité - Soins obstétricaux et néonatals d'urgence de base (BEmONC) (2 lits d'accouchement, 3 lits pré/post-partum), soins prénatals et postnatals, planification familiale
- Laboratoire (tests rapides, principalement), stérilisation
- Soutien au système de référence des hôpitaux de Saada, avec trois ambulances, et mise en place d'un réseau d'accoucheurs traditionnels et à distance (TBA – Traditional Birth Attendants) pour la prise en charge des femmes enceintes

Bilan 2018

Les objectifs 2018 ont été dépassés, la principale réalisation étant la reconstruction et l'ouverture d'un « nouvel » hôpital à Haydan, désormais la seule structure de santé fonctionnelle dans le district et les environs. L'activité ne fait qu'augmenter depuis.

Projet SAADA	2017	2018
Nb de consultations aux urgences	11 894	31 829
Nb d'admissions en hospitalisation	568	925
Nb d'admissions à l'ITFC depuis juin		337
Nb de consultations prénatales	323	3 829
Nb de cas référés		1 324
Nb de consultations (OPD)		30 920

PROJET : AMRAN

Historique du projet : évolution des objectifs

Le projet dans le gouvernorat d'Amran a débuté en décembre 2009, en raison du flux de déplacés provoqué par la guerre de Saada, principalement dans la ville d'Amran.

En 2015, MSF-OCP est intervenu dans les centres de santé de Harf Sufyan, Al Qaflah et Al Asha, destinés à jouer le rôle de postes médicaux avancés pour les blessés de guerre des lignes de front à proximité, ainsi qu'à étendre la zone d'intervention et la capacité de surveillance et à améliorer la qualité des soins d'urgence/du système de référence. Mais en raison de la faible activité et du faible impact de MSF en termes de qualité de soins, il a été décidé d'interrompre les activités dans ces centres de santé en 2017.

En 2017, Epicentre a mené une enquête nutritionnelle en s'appuyant sur les rapports disponibles (pas d'autorisation de mener une enquête auprès de la population), et il a été décidé de former des cliniques mobiles dans les zones les plus touchées. L'équipe de projet a identifié quelques zones difficiles à atteindre et proposé d'intervenir dans quatre districts, dans le cadre de deux types d'activités différentes, à la fois en se concentrant sur la santé des mères et celle des enfants. Au bout de quatre mois, en avril 2018, une évaluation a été menée : les résultats montraient clairement que la stratégie devait être revue (faible nombre de cas référés). L'équipe a également dû faire face à des restrictions d'accès au niveau des checkpoints.

Dispositif actuel

MSF OCP intervient dans deux hôpitaux de deux districts différents en collaboration avec le ministère de la Santé, pour une capacité de 133 lits.

Hôpital de Khamir (109 lits)

- Urgences : 10 brancards (4 pour les hommes, 4 pour les femmes, 2 pour la réanimation) + Soins intensifs : 3 lits
- Service d'hospitalisation : 19 lits (hommes) + 11 lits (femmes) + 8 lits (maternité)
- Service pédiatrique : 16 lits (3 pour soins intensifs) + 14 lits (ITFC)
- Maternité : 10 lits (2 lits d'accouchement, 4 pré- et post-partum) + unité néonatale : 19 lits
- Isolement : 16 lits
- 2 blocs opératoires
- Banque de sang, rayons X, PEV
- Le ministère de la Santé gère le service de consultations (OPD)

Projet SAADA	2016	2017	2018	Fin 2018
Construction d'un nouvel hôpital	Rénovation	Planification	Construction et ouverture	Réorganisation (pharmacie externe, consultations dans des containers de l'OMS)
Activités de proximité	Soutien à deux centres de santé	Soutien à deux centres de santé	Transfert et arrêt de l'intervention	Priorité à Haydan/environs (cible : principales maladies mortelles)

Centre de santé de Huth (24 lits / soutien à 5 services)

- Urgences : 6 brancards (3 pour les hommes, 2 pour les femmes, 1 pour la réanimation)
- Service pédiatrique : 15 lits + 6 lits (ITFC)
- Maternité : 6 lits (2 lits d'accouchement et 4 pour le pré- et post-partum)
- Isolement : 3 lits

Bilan 2018

Progrès effectués et défis relevés :

- Augmentation des activités aux urgences, à la maternité, au service néonatal et à l'ITFC, principalement
- Taux de mortalité de 0 % dans la maternité, sachant que des femmes décèdent en accouchant à domicile
- 67 % du nombre total d'admissions dans le service d'hospitalisation ne provient pas du district de Khamir. Même si le reste en est originaire, cela montre que les patients font un grand trajet pour recevoir des soins dans ce centre, le seul disposant d'un service d'hospitalisation dans le nord du gouvernorat d'Amran.
- Meilleure gestion des problèmes de sécurité cette année en raison de la mise en place d'un comité présidé par le ministère de la Santé destiné à résoudre ces problèmes
- Augmentation du nombre de transfusions sanguines sur les trois dernières années, principalement dans des cas chroniques (thalassémie, drépanocytose)
- En juillet 2018, six patients souffrant de malnutrition sévère sont morts dans l'unité de soins intensifs, dont 70 % sont décédés dans les 48h suivant leur hospitalisation
- Ouverture d'une clinique mobile en mai 2018

PROJECT: ADEN

Historique du projet : évolution des objectifs

MSF a commencé à travailler dans le sud du Yémen en 2011, dans le cadre d'une intervention au service d'urgence de l'hôpital d'Abyan, à la suite d'affrontements entre l'armée yéménite et l'AQAP. L'année suivante, MSF a ouvert un hôpital indépendant spécialisé en traumatologie et chirurgie d'urgence au sein du complexe hospitalier d'Al-Sadaqah, à Aden.

Puis, l'année 2015 a été marquée par un conflit entre les Houthis et l'ancien président Saleh d'un côté, et la Résistance du Sud de l'autre, ce qui a provoqué une guerre active dans cette ville, de mars à août. Par conséquent, au cours de cette période, notre hôpital a principalement pris en charge des blessés de guerre, étant donné qu'il s'agissait du seul hôpital de chirurgie fonctionnel à Aden.

Après la guerre, l'équipe a relancé ses activités externes le long des lignes de front et est intervenue dans les structures de santé à proximité des zones de combat, en donnant la priorité à la stabilisation et aux références des patients. Par ailleurs, MSF a contribué à la réouverture de la banque de sang nationale et à la réactivation des services d'urgence situés dans les gouvernorats d'Abyan, Lahij et Taïz, par le biais de donations, de formations et d'incitations financières.

En 2017, dans un contexte relativement calme, MSF a décidé de se concentrer sur l'amélioration de la qualité des soins dans son centre de traumatologie, en mettant en place une activité de fixation interne (juin), en améliorant le contrôle et la prévention des infections et en lançant un programme sur la bonne utilisation des antibiotiques (avril), en vue de traiter les cas postopératoires compliqués à moyen/long terme.

Dans le même temps, MSF a continué d'aider chaque mois l'hôpital de Khalifa (Aturbah – Taïz), d'Al Mahnaf (Lawdar – Abyan) et la clinique de Karesh (Lahij), ainsi qu'à porter ponctuellement assistance à d'autres hôpitaux/postes

Projet AMRAN	**2016**	**2017**	**2018**
Nb de consultations aux urgences	29 212	25 411	27 260
Nb d'admissions en hospitalisation (sauf maternité)	4 544	5 196	1 063
Nb total de consultations à la maternité	3 093	3 214	3 352
Nb d'accouchements avec ou sans césarienne	2 023	2 473	2 596
Nb de césariennes	256 (12,6 %)	357 (10,6 %)	256 (11 %)
Nb de visites au service de soins prénatals	5 201	6 178	4 689
Nb de visites au service de planification familiale	5 591	4 842	4 456
Nb total d'interventions chirurgicales	2 989	3 237	2 561
Nb total de transfusions sanguines	946	927	917
Taux de mortalité pédiatrique	2,3 %	1,6 %	1 %
Nb d'admissions à l'ITFC	755	462	624
Taux de mortalité à l'ITFC	3,5 %	3,3 %	0,3 %
Taux de mortalité au service d'hospitalisation	0,4 %	0,2 %	1 %
Taux de mortalité néonatal	11 %	18,1 %	18,7 % (moyenne)
Taux de mortalité des adultes dans le service de soins intensifs	6,6 %	5,8 %	13 %
Taux de mortalité pédiatrique dans le service de soins intensifs	N/A	N/A	20 %

médicaux avancés (formation/donations). Le soutien à l'hôpital de Khalifa a été transféré à l'organisation WAHA en mars 2018.

Enfin, une équipe d'urgence a été déployée pour prendre en charge la deuxième épidémie de choléra, entre mai et septembre : formation au chevet des patients, donations et support eau/assainissement dans les centres et unités de traitement du choléra gérés par le ministère de la Santé.

En janvier 2018, MSF a rénové un étage entier de l'hôpital d'Al-Sadaqah, formé le personnel et équipé le bloc opératoire de cet étage pour qu'il serve de centre de prise en charge des cas de diphtérie pendant un mois, avant d'être transféré à l'hôpital lorsque l'épidémie s'est apaisée et que le nombre de cas ne justifiait pas de poursuivre.

Les mois suivants, l'équipe a observé un regain de tension sur la côte ouest du pays, avec le lancement d'une marche militaire par des groupes de résistance soutenus par la coalition, et a proposé une intervention dans la ville de Mocha, pilotée par la cellule d'urgence, en lien avec le projet d'Aden (juillet à octobre 2018). En juillet, la capacité en termes de lits à Aden a été augmentée à 104 lits. Un hôpital de campagne a été installé à Mocha, et le premier patient a été reçu le 1er août : l'objectif était de proposer des interventions chirurgicales permettant de sauver immédiatement des membres, voire la vie des patients, au plus près de la zone touchée, étant donné que le transfert vers Aden prend 4 à 5 heures. Les cas très sévères/compliqués sont référés depuis l'hôpital MSF de Mocha vers l'hôpital de traumatologie d'Aden afin de leur prodiguer des soins après la stabilisation initiale ou les premières interventions de contrôle des blessures.

L'activité de fixation interne a été suspendue et l'hôpital a été de nouveau placé en « mode d'urgence ». Depuis l'ouverture de l'hôpital MSF de Mocha, à proximité de la ligne de front, et la mise en place d'un système de référence organisé, l'hôpital d'Aden continue de recevoir des cas très sévères et compliqués de Mocha et Al-Hodeïda, en particulier de l'hôpital d'Al Khokha. La hausse du nombre de ces cas nécessitant des interventions chirurgicales longues, intenses et multiples a considérablement augmenté la charge de travail de l'hôpital, sur l'ensemble des services, mais aussi les besoins en matière de soins spécialisés.

Dispositif actuel

Hôpital de chirurgie traumatologique d'urgence de niveau C3 (MSF) :

- Soins chirurgicaux destinés aux patients présentant des plaies aiguës, y compris des blessures dues à des violences (coups de feu, explosion de bombes, blessures à l'arme blanche...)
- Opérations d'urgence visant à sauver des membres ou des vies, interventions chirurgicales vasculaires et orthopédiques, y compris des soins postopératoires selon le type et l'étendue des blessures (kinésithérapie, nutrition...). Consultations de suivi des patients ayant pu quitter l'hôpital dans un service de consultations (OPD) orthopédique dédié : des chirurgiens généraux s'occupent des cas spécialisés et un médecin généraliste des autres cas. On y pratique également la kinésithérapie et la pose de pansements.
- Pose de prothèses des membres inférieurs en cas d'amputation, puis séances de kinésithérapie avec l'équipe jusqu'à adaptation du patient. Les prothèses proviennent d'un centre de prothèses externe, mais la formation et la préparation des patients à l'utilisation de leur prothèse sont assurées par les kinésithérapeutes MSF.
- Dans les cas de patients polytraumatiques nécessitant des soins sur-spécialisés en traumatologie, Aden dispose d'une équipe de spécialistes externes portant assistance à l'équipe médicale de MSF (ophtalmologue, urologue, néphrologue, gynéco-obstétricien, chirurgien vasculaire, etc.).
- Grâce à la mise en place du laboratoire de microbiologie et du programme d'utilisation raisonnée des antibiotiques, Aden a augmenté sa capacité à prendre en charge ses propres cas avec complications (infections des os, des tissus mous et de la circulation sanguine), en réduisant la durée de séjour de ses patients à l'hôpital MSF d'Amman et en améliorant l'utilisation des antibiotiques dans l'hôpital.
- En cas de nécessité de chirurgie reconstructive, l'agent de liaison médical d'Amman est également présent dans l'OPD pour enregistrer et suivre le processus de validation des cas référés vers le projet de chirurgie reconstructive d'Amman.
- Lien avec les autres acteurs contribuant à la protection et aux activités d'aide sociale aux groupes de populations vulnérables : enfants (Danish Refugee Council, UNICEF et King Salomon's Foundation), migrants et réfugiés (OIM), patients en traumatologie (CICR).

Organisation et capacité en termes de lits :

- 6 brancards dans la salle d'urgence (capacité simultanée de 6-7 patients, après la rénovation en août 2018)
- 3 blocs opératoires et 3 lits de réadaptation (un bloc opératoire dédié aux fixations internes, mais en raison de l'augmentation de l'activité depuis juillet 2018, il est désormais utilisé comme bloc opératoire classique). Il est possible d'atteindre le nombre de 4 lits de réadaptation.
- Unité de soins intensifs (10 lits), 8 services d'hospitalisation (total de 75 lits). En juillet/août, deux tentes ont été montées dans l'enceinte de l'hôpital, avec 20 lits supplémentaires, en raison de la hausse du nombre de patients venant de Mocha et Al-Hodeïda - total de 105 lits avec l'unité de soins intensifs.
- Services de support de l'hôpital : kinésithérapie, laboratoire général, banque de sang, laboratoire de microbiologie, rayons X et échographies, utilisation raisonnée des antibiotiques, stérilisation, blanchisserie, pharmacie, références par ambulances, morgue, gestion des déchets, biomédical et service de cuisine externalisé.

Activités externes

- Soutien du service d'urgence/bloc opératoire des centres de santé/stabilisation proches des lignes de front (incitations financières, formation et donations) : hôpital de Mahnaf (Lawder, Abyan) et clinique de Karesh (Lahij).
- Soutien des postes médicaux avancés (formation et donations) : centre de santé d'Al Hanaka (Azahir, Al Bayda), clinique de Naman (Al Bayda) et hôpital de Tor Al-Baha (Lahij).
- Autres : interventions ponctuelles dans les hôpitaux d'Ataq (Shabwah), Al Hariqia (Taïz), Ibn Khaldon (Lahij) et Razi (Abyan), incitations financières mensuelles au centre de prothèses d'Aden et dons réguliers de kits/sacs à la banque de sang.
- Suivi des épidémies pour intervenir de manière appropriée, en temps opportun.

Bilan 2018

Depuis 2012, l'hôpital doit gérer une activité fluctuante, avec des hauts et des bas, en fonction du contexte politique et social, de la proximité de la ligne de front et de l'efficacité du système de référence des structures médicales les plus proches des combats pour acheminer leurs patients à Aden. Le fort taux de criminalité à Aden et l'inclusion des accidents de la route dans les critères d'admission de l'hôpital ont semblé stabiliser le taux d'occupation des lits à un niveau acceptable pour justifier la présence de MSF, même au cours des périodes de « relative stabilité politique ».

Les plus grands progrès effectués et les principaux défis relevés jusqu'en octobre 2018 ont été les suivants :

- Amélioration continue de la qualité des soins et meilleure gestion de l'espace et du contrôle et prévention des infections (IPC), avec rénovation de la salle d'urgences, qui peut désormais accueillir 6-7 brancards. Une nouvelle zone destinée aux eaux usées a été construite afin d'améliorer l'hygiène et l'IPC.
- Les activités de fixation interne ont été développées en juillet, puis suspendues. Le laboratoire de microbiologie et le programme sur l'utilisation des antibiotiques ont été renforcés cette année. Deux référents régionaux s'y sont rendus à des fins de suivi.
- A cause du contexte, il ne semble pas réaliste d'effectuer des interventions de chirurgie reconstructive dans un avenir proche à Aden, le principal obstacle étant que cette activité nécessite une certaine stabilité qu'Aden ne peut offrir à ce jour.
- Le service de consultations (OPD) a été réorganisé et adapté afin d'améliorer le suivi des patients (moins de réclamations). Le suivi des perdus de vue a été mis en place et amélioré, ce qui a permis d'en réduire le nombre.
- La pharmacie a également bénéficié d'améliorations, avec l'installation d'étagères et une réorganisation pour un meilleur stockage. Une nouvelle organisation des RH a été mise en place et les responsabilités ont été redistribuées pour optimiser le travail des équipes.
- Malgré les difficultés (temps, engagement de la coalition...), les évaluations menées à Mocha ont entraîné la mise en place d'un projet d'urgence impliquant un système de référence qui facilite le suivi des besoins dans le sud d'Al-Hodeïda. Afin d'assurer l'efficacité du projet, MSF procède en permanence à une rotation avec l'équipe de l'hôpital d'Aden. La capacité à garder le personnel fait partie des objectifs de la période à venir.

PROJET : MOCHA

Historique du projet : évolution des objectifs

Comme dit précédemment, l'équipe d'Aden, par le biais de son équipe d'activités externes, se rendait régulièrement sur la ligne de front de la côte ouest du Yémen, en particulier depuis début 2017 : elle est d'abord allée à Bab-el-Mandeb, en janvier 2017, puis, jusqu'en mai, elle a procédé à des visites et à des donations d'équipements pour les pansements et la stabilisation des blessés à des postes médicaux avancés à Bab-el-Mandeb, Hareqiya (près de Dhubab) et Mocha (ville prise par la SELC en mars 2017).

Ces postes médicaux avancés étaient (et sont toujours) gérés par le personnel et les médecins yéménites (certains de ces médecins ont travaillé avec MSF pendant la guerre à Aden, en 2015), grâce à une aide financière de la coalition aux leaders militaires yéménites ou de la Résistance, qui, à leur tour, permettent à certains acteurs de mener à bien leurs activités. En outre, ces postes pilotent un réseau d'ambulances qui acheminent les patients vers les hôpitaux d'Aden (hôpitaux MSF, publics et privés), après stabilisation. L'un des objectifs des visites/de l'assistance consistait à encourager la référence des patients blessés vers l'hôpital MSF d'Aden.

À l'issue d'une visite par le responsable de cellule mi-mai à Khokha, il a été décidé de proposer des interventions chirurgicales d'urgence pour les blessés de guerre et pour les patients présentant des plaies chirurgicales aiguës (césariennes, laparotomies abdominales aiguës), directement liées à l'offensive d'Al-Hodeïda/Taïz et à l'effondrement des services de santé publique (pas de service de chirurgie entre les villes d'Al-Hodeïda et d'Aden). Lorsque les EAU ont refusé que MSF intervienne à l'hôpital de Mocha, il a été rapidement décidé d'essayer d'ouvrir un hôpital MSF indépendant, soit dans une maison, soit dans un espace ouvert, et à créer un hôpital de chirurgie entièrement géré par MSF. Avec l'arrivée d'une équipe d'urgence et le soutien de l'équipe d'Aden, un hôpital sous tente entièrement équipé et doté d'un service de chirurgie, prêté par le ministère de la Santé à Aden (don de la Turquie), a été installé début juillet à l'intersection des routes d'Al-Hodeïda et de Taïz (où se trouve également une ligne de front active). Le chef de la sécurité, Tarek Saleh, et d'autres groupes armés ont salué l'initiative de MSF.

Après un intense travail logistique, la préparation médicale et le recrutement de personnel, l'hôpital a été ouvert le 1er août 2018 : il dispose d'un bloc opératoire, d'une unité de

Projet ADEN	2016	2017	2018
Nb de consultations aux urgences	5 764	6 549	6 029
Nb d'admissions en hospitalisation	2 454	2 546	3 144
Nb d'interventions chirurgicales	5 980	5 834	5 414
Nb de consultations (OPD)	6 921	6 412	6 709
Nb de fixations internes	N/A	52 (jusqu'en juin)	Interrompu
Nb d'admissions en soins intensifs	640	631	676
Taux de mortalité dans l'unité de soins intensifs	4	6,4	7
Taux de mortalité au service d'hospitalisation	0	0	1,5
Nb total de patients testés pour la résistance aux antibiotiques	N/A	193	152
% d'infections résistantes aux antibiotiques	N/A	79,2	70
% d'admissions aux urgences	43	39	51

soins intensifs, d'une banque de sang et d'appareils à rayons X, d'une salle d'urgence de 8/10 brancards et d'un service d'hospitalisation de 20 lits (14 pour les hommes, 16 pour les femmes). Si les premières estimations des commandes médicales reposaient sur une moyenne de cinq interventions chirurgicales par jour, elles se sont rapidement avérées largement en deçà de l'activité réelle.

Dispositif actuel

Depuis mi-septembre 2018, l'hôpital MSF ouvert 24h/24, 7j/7 est composé de :

- Un service de consultations (OPD) : suivi des patients, séances de kinésithérapie et salle d'examen dédiée aux soins obstétricaux
- Une salle d'urgence (8 à 10 brancards) - un espace de 180 m^2 est en construction devant cette salle pour le triage des cas verts et jaunes en cas d'afflux massif de patients
- Une unité de soins intensifs (5 lits)
- Un bloc opératoire
- Un service d'hospitalisation (20 lits pour femmes, 10 pour hommes) - une extension préfabriquée est également opérationnelle pour l'hospitalisation des hommes.
- Laboratoire, banque de sang, blanchisserie, unités de stérilisation et morgue
- Deux ambulances opérationnelles données par l'OMS (une troisième sera bientôt achetée)
- Le nombre de membres du personnel s'élève à environ 150, en prenant en compte la rotation avec l'équipe médicale d'Aden et 7 à 9 expatriés

Bilan 2018

L'objectif était d'ouvrir aussi rapidement que possible un hôpital de chirurgie dans la zone touchée par l'offensive de la SELC, lancée dans la province d'Al-Hodeïda, et d'offrir un accès à des césariennes et à des soins en cas de syndrome abdominal aigu.
MSF a pu ouvrir un hôpital fonctionnel doté de suffisamment de personnel et d'équipements en l'espace de trois semaines, en ne partant de rien. Le sentiment d'appropriation et la fierté du personnel national peuvent également être considérés comme une réussite, tout comme les efforts fournis pour former une équipe inclusive composée de personnel national et international vivant ensemble dans la même maison.
Les chiffres du premier mois d'activité étaient bien supérieurs aux attentes, ce qui montre à quel point cet hôpital de chirurgie était nécessaire.

Projet MOCHA	2018
Nb de patients s'étant présentés aux urgences	2293
Nb d'admissions à l'hôpital	950
Nb d'actes chirurgicaux	1 281

PROJET : HODEIDAH

Historique du projet : évolution des objectifs

Pour répondre à l'intensification du conflit dans le gouvernorat d'Hodeida, MSF a ouvert un projet d'urgence dans la ville d'Hodeidah en septembre 2018. L'objectif général du projet est de soutenir kes services de santé pour les urgences vitales, plus particulièrement en chirurgie traumatique et d'urgence.

Accéder à Hodeida et y maintenir une activité a été un pari. Négocier avec les Houtis pour monter un projet dans la ville ou aux environs a pris beaucoup de temps. OCG a essayé en premier, et après de nombreux refus et blocages, OCP est finalement parvenu à obtenir les autorisations pour intervenir.

En ce qui concerne la sécurité, début novembre, la ligne de front s'est rapidement rapprochée de l'hôpital (800 mètres). Des balles ont été reçues dans la maison du personnel, obligeant l'équipe à déménager dans le bureau proche de l'hôpital, tandis que les bombardements aériens et par mer et les combats se poursuivaient nuit et jour.

Le principal hôpital d'Hodeida (Al Tawhra) a toujours été fonctionnel pendant toute cette période, mais avec une capacité limitée, comparée à ce qu'elle était avant les combats. L'hôpital s'est vite retrouvé dans la même situation que MSF lorsque la ligne de front s'est établie à 500 mètres de là.
Finalement, le 20 décembre 2018, un cessez-le-feu a été signé à Stockholm, sous l'égide des Nations unies. Depuis, l'intensité des combats s'est réduite bien qu'il y en ait tous les jours.
En novembre, les responsables de cellule d'OCP et d'OCG se sont rendus à Hodeida pour organizer une passation. Il a été décidé de transférer le projet à OCG le 1er mars 2019.

Dispositif actuel

Les départements entièrement soutenus par MSF concernent :

- Salle d'urgence : triage, 8 lits et 2 lits de réanimation
- Service d'hospitalisation : 47 lits (y compris 2 lits de soins intensifs niveau 2)
- Deux blocs opératoires
- Salle de pansements
- Banque de sang
- Stérilisation
- Blanchisserie

Bilan 2018

Salle d'urgence

D'octobre à décembre 2018, 2764 cas ont été prise en charge dans le service d'urgence, parmi lesquels 232 liés au conflit (8%).

Projet HODEIDAH	Conflit	Accident	Médical	Chirurgical	Autres	Total
Octobre	26	202	72	16	0	**316**
Novembre	136	395	555	35	11	**1132**
Décembre	70	383	829	24	10	**1316**
Total	**232**	**980**	**1456**	**75**	**21**	**2764**

Activités chirurgicales

Un total de 354 interventions chirurgicales d'urgence ont été effecetuées depuis le 7 octobre, dont 236 liée à la violence (66.6%).

Hospitalisations

D'octobre à décembre, 213 patients ont été admis, principalement pour des soins post-opératoires, dont 90 admissions de cas liés au conflit en cours (42%). Le taux de mortalité pour la période est de 1,1% (2 décès).

PROJET : DJIBOUTI

Historique du projet : évolution des objectifs

Ce projet a été lancé lorsque la SELC a décidé de fermer les espaces aériens et maritimes du Yémen en 2016. Le bureau de Djibouti s'occupe directement de l'approvisionnement pour les projets du nord du Yémen, par voie aérienne, vers l'aéroport de Sanaa (transport de fret / full charters), et du sud du Yémen, par voie aérienne et maritime vers Aden (les premiers vols pour Aden n'ont pu décoller qu'en novembre 2016). Par ailleurs, la gestion des mouvements du personnel depuis/vers le Yémen passe par le bureau de Djibouti. Ces déplacements se font en avion MSF vers Sanaa, et en avion MSF, et parfois en bateau, vers Aden. Les centres opérationnels (OCP, OCBA, OCA et OCG) ont convenu de partager un bureau, où MSF-OCP s'est engagé à être l'acteur et interlocuteur principal pour ce projet, qui comprend la gestion des expatriés et du bureau (MSF-OCA pilote les activités à l'aéroport de Sanaa, tandis que MSF-OCBA s'occupait de celles du port maritime d'Al-Hodeïda, avant que l'activité soit interrompue).

La base de Djibouti organise en moyenne chaque année le transfert d'environ 500 tonnes de marchandises (bateau et avion) en moyenne et plus de 200 vols vers le Yémen pour 1 200 passagers (2017).

Bilan 2018

L'objectif principal du projet de Djibouti est de contribuer à la mission au Yémen. L'équipe a connu de grandes difficultés, en particulier au cours du mois de novembre 2017, en raison de l'embargo de la SELC sur l'aéroport et les ports maritimes du Yémen, ainsi que des affrontements entre le GPC et les Houthis à Sanaa. MSF était la seule ONG continuant à demander l'autorisation de s'y rendre par avion et à être en contact régulier et presque à harceler l'EHOC (24 vols demandés, 18 refus). En mai, une partie de l'équipe de Djibouti a participé à la réunion de Riyad, dans le cadre d'une demande d'itinéraire de vol et après plusieurs incidents évités de justesse au cours des derniers mois (collision évitée avec un drone, jets poursuivant l'avion de MSF, etc.). Au cours des mois suivants, l'équipe de Djibouti est venue en aide à la mission au Yémen, notamment lorsque le centre de traitement du choléra de MSF-OCBA a été touché par une frappe aérienne de la SELC, en juin 2018, quand il a fallu organiser une évacuation par avion sanitaire en août, et lorsqu'il a été nécessaire de réserver un bateau afin d'intervenir à Mocha.

L'année 2018 a également été marquée par la contractualisation de l'ensemble du personnel (février), ce qui a permis d'améliorer considérablement le projet, mais surtout les conditions de travail du personnel, et ainsi de mieux gérer les activités, d'une manière globale : normes MSF, système de santé avec un hôpital validé pour le personnel national, politique MSF avec des heures de travail clairement définies et des congés payés, transparence dans la communication interne, esprit d'équipe MSF, etc.

En matière d'approvisionnement, l'équipe MSF de Djibouti a privilégié les vols via la compagnie MSF ou l'option gratuite (PAM), au lieu de passer par des entreprises externes, trop onéreuses. Fin septembre, le PAM avait pris en charge près de la moitié du fret MSF entre Djibouti et le Yémen. Avant les interventions à Mocha et Al-Hodeïda, MSF-OCP n'avait absolument rien dépensé en 2018 (sauf dans le cadre du contrat régulier de la compagnie aérienne MSF, utilisée par les quatre centres opérationnels) pour les livraisons de Djibouti au Yémen.

En matière d'opérations aériennes, avec l'aide de la cellule de coordination et de la cellule avion, l'équipe de Djibouti a pu négocier un itinéraire clair et adapté avec l'EHOC, après de longs mois de discussions techniques et d'échanges (le problème de l'altitude est toujours en cours de discussion avec la SELC). MSF a fait tous ces efforts principalement pour éviter tout blocage de l'EHOC et leur expliquer que l'ancien itinéraire était impossible à suivre pour des raisons évidentes (vol au-dessus de l'Érythrée). MSF est la première ONG à avoir réglé ce problème avec l'EHOC, et le CICR/UNHAS (Service aérien d'aide humanitaire des Nations unies) a ensuite emboîté le pas.

Par ailleurs, l'équipe a renouvelé son mémorandum avec les autorités et négocié des visas à entrées multiples à Djibouti. Plusieurs réunions ont également été organisées avec les ambassades française et yéménite, ainsi qu'avec les représentants du ministère de la Santé, afin de faciliter le processus de délivrance de visa Schengen ou pour Aden.

	2016	2017	2018
Coût du fret Djibouti ➔ Yémen pour les marchandises (2016, à la fois marchandises et passagers)	738 000 $	160 154 $	25 735 $
Chargement de l'avion MSF	N/C	9 000 kg (base de données mise à jour uniquement entre juillet et décembre 2017)	23 500 kg
Personnel national sous contrat MSF	0	0	31
Processus de dédouanement et coût du stockage (facturé par BMMI)	241 000 $	260 000 $	42 000 $

Paoua, RCA
Photographe : **Anaïs Deprade**

Les satellites de Médecins Sans Frontières

OBJET ET MISSION

Créée en 1989, à l'initiative de l'Association MSF, La Fondation Médecins Sans Frontières a pour objet la promotion de l'action humanitaire et sociale en France et à l'étranger. Elle abrite depuis 1995 le Centre de réflexion de la Fondation devenu le Centre de Réflexion sur l'Action et les Savoirs Humanitaires (CRASH) en 1999.

L'année 2018 a été une année de mise en application pour la Fondation MSF de son nouveau positionnement, autour de l'innovation technologique, la recherche appliquée et la connaissance humanitaire. Trois axes qui constituent une formidable opportunité pour soutenir la recherche et le développement d'outils innovants et contribuer à l'évolution de la médecine humanitaire.

Ainsi, MSF s'offre, à travers sa Fondation, la possibilité d'expérimenter, de tester de nouvelles solutions et d'améliorer le développement des compétences pour améliorer ses performances sur le terrain.

Pour chacun de ses projets, La Fondation MSF facilite une approche collaborative. Pour ce faire, elle développe un réseau propre, invite une expertise externe (des universités, des start-up, des chargés d'études) et les porte à la connaissance de l'Association. Elle favorise ainsi un échange entre les compétences spécifiques des acteurs externes et les expériences des professionnels du terrain. Sa mission, pour le compte d'MSF, est de jouer le rôle de laboratoire d'innovations.

Afin de garantir le respect d'une vision globale des priorités pour le bien de la mission sociale d'MSF, c'est ensuite conjointement avec l'Association que les projets à porter au vote du Conseil d'administration de La Fondation sont choisis.

☐ Trois champs d'action pour une seule mission : faire évoluer les pratiques

L'innovation technologique

Technologies 3D, intelligence artificielle, transformation digitale… A partir d'innovations technologiques, La Fondation MSF développe des solutions à des problématiques de terrain. Après une phase d'étude et de test, son objectif est de les déployer sur les terrains d'action de l'Association MSF et de les partager avec l'ensemble du secteur.

La recherche appliquée

Pour valider de nouveaux protocoles médicaux et initier des changements de pratique à grande échelle, La Fondation MSF soutient des recherches médicales conduites par d'autres acteurs institutionnels. Ces recherches, réalisées sur le terrain, sont choisies pour leur potentiel transformatif.

La connaissance humanitaire

Au sein de La Fondation MSF, le Centre de Réflexion sur l'Action et les Savoirs Humanitaires a pour vocation d'animer le débat et la réflexion critique sur les pratiques de terrain, en particulier celles de MSF, et plus généralement sur le monde humanitaire. Par ailleurs, nous proposons également aux cadres de MSF des bourses afin de favoriser le renforcement de leurs compétences via la formation.

ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT

Le Conseil d'administration

La constitution du Conseil d'administration se compose de 3 collèges qui associent des représentants de l'Association MSF à des philanthropes et des experts.

Les membres du CA ont un double rôle. Ils ont un rôle d'ambassadeur auprès d'acteurs extérieurs, facilitant les rencontres et les échanges d'informations. Ils accompagnent aussi La Fondation MSF, en fonction de leurs compétences spécifiques, dans différents domaines : propriété intellectuelle, marketing et positionnement de marque, innovation et nouvelles technologies, sciences sociales et recherches scientifiques et médicales, philanthropie et fonctionnement des Fondations.

Modifications du règlement intérieur

Le 4 décembre 2018, le projet de modification du Règlement Intérieur a été adopté à l'unanimité par les membres du Conseil d'administration de La Fondation.

La création de la première fondation abritée

La « Fondation Innovators For Humanitarian Action » (FIFHA) a été créée sous l'égide de La Fondation MSF et approuvée à l'unanimité le 27/02/2018 par les membres du Conseil d'administration de La Fondation.

Il s'agit d'un donateur, Monsieur Godron, qui s'est engagé sur le développement des projets portés par La Fondation MSF parmi lesquels le projet ASTapp intégralement financé par la FIFHA.

Elle a pour objet de :

- Développer des projets innovants pour répondre aux besoins des terrains MSF, favoriser les échanges entre innovateurs et MSF, mettre à disposition les innovations au bénéfice de l'aide humanitaire et faire évoluer l'aide humanitaire.
- Le cas échéant, valoriser les innovations ainsi développées auprès d'acteurs non humanitaires, les produits éventuels de cette valorisation étant intégralement affectés à la mission de la fondation ;
- Toutes opérations connexes aux missions ci-dessus.

La FIFHA est administrée par un Comité de Fondation composé de :

- 4 représentants au titre du collège des Fondateurs
- Et de 2 représentants au titre du collège de La Fondation Médecins Sans Frontières

Cette première fondation abritée est la parfaite illustration d'une collaboration de proximité avec nos mécènes.

1re Edition des Rencontres de La Fondation MSF

La 1re Edition des Rencontres de La Fondation MSF s'est déroulée le 4 décembre 2018.

Au cours de cet événement, nos donateurs ont pu découvrir le bilan de l'année 2017 présenté par Denis Gouzerh (Président de La Fondation) et les 2 projets phares de La Fondation en présence des acteurs qui les portent. Ce fut également l'occasion de les inviter à discuter autour des « Nouvelles tech au service de l'humanitaire : promesse ou réalité ? » présenté par Clara Nordon (Directrice de La Fondation) et l'un de nos donateurs Nicolas Mottis (Professeur à l'Ecole polytechnique en Management of Innovation & Entrepreneurship).

Ainsi ce sont près de 70 personnes qui ont participé à ce temps fort d'animation de notre communauté de donateurs.

LES PROJETS

☐ **La Fondation est opératrice des projets suivants :**

Programme 3 D

La Fondation Médecins Sans Frontières a lancé, fin 2016, le programme 3D au sein de l'hôpital de chirurgie reconstructive de MSF situé à Amman, en Jordanie. Ce projet est mené par un kinésithérapeute et un ingénieur biomédical.

Ce programme a pour but de développer l'expertise de MSF en matière d'appareillage et de rééducation, en explorant les possibilités offertes

par la technologie 3D, pour améliorer l'accès aux soins d'appareillage et de rééducation dans les pays à ressources limitées.

Pour cela, La Fondation MSF a déployé 2 sous-projets :

- Concevoir et fabriquer des prothèses sur-mesure trans-radiales ou partielles de main et fournir des soins de rééducation complets grâce à une équipe multidisciplinaire. Fin décembre 2018, l'équipe a inclus 24 patients dans son projet autour des quatre étapes :
  - Identification des besoins et bilan de rééducation (clinique, fonctionnelle)
  - Décrire les résultats cliniques et fonctionnels des patients après 3 et 12 mois de suivi ;
  - Évaluer la durabilité et la fonctionnalité de la prothèse grâce à un suivi régulier ;
  - Évaluer la satisfaction du patient avec l'appareil 3D.

  Pour favoriser la passation du projet aux équipes nationales jordaniennes, le recrutement d'un superviseur 3D national a été réalisé en décembre 2017. Le poste d'ergothérapeute, attaché à temps plein au projet, a été ouvert en novembre 2018. Deux consultants, un orthoprothésiste et une ingénieure biomédicale, font également partie de cette équipe respectivement depuis juin 2017 et juin 2018.

- Évaluer la faisabilité d'une méthode assistée par la technologie 3D pour la fabrication d'appareillage de compression transparent pour les brûlés.

  La prise en charge des patients brûlés de la face et du cou nécessite une compression précoce et prolongée du visage afin de limiter les cicatrices qui peuvent, chez les grands brûlés, laisser des séquelles esthétiques et fonctionnelles. L'étape longue et traumatisante qui consiste à mettre des bandes de plâtres sur un visage fragilisé va être remplacée par un scan de surface du visage rapide et indolore. L'équipe a réalisé, sur l'année 2017, plusieurs prototypes de masque de compression réalisés via une méthode assistée par ordinateur ce qui lui a permis d'appréhender la pertinence de cette technologie pour simplifier la réalisation de ce dispositif jusqu'alors complexe à réaliser et chronophage. En 2018, elle a équipé 10 patients à l'hôpital d'Amman (Jordanie) et des premiers tests ont été réalisés à l'hôpital Drouillard à Port au Prince (Haïti).

  En partenariat avec le centre Léon Bérard d'Hyères, l'équipe va mener une étude au sein de l'hôpital Drouillard, pendant 2 ans. Elle aura pour but de déterminer la faisabilité de la méthode de création des appareillages de compression assisté par ordinateur et à distance. Cette dernière sera comparée avec les méthodes de modification conventionnelle plâtrée.

  L'équipe du projet a également initié des activités de recherche sur la chirurgie reconstructrice

La chirurgie reconstructrice

Depuis février 2017, l'équipe projet vise à intégrer l'impression de réplicas anatomiques pour améliorer la planification des chirurgies complexes. Dans un second temps, on envisagera l'utilisation d'implants spécifiques internes. Pour ce faire, nous avons développé une collaboration avec l'équipe de chirurgiens CMF et ORL de l'hôpital Saint-Joseph à Paris qui utilisent au quotidien la technologie 3D (réplicas et implants internes) dans leur pratique. Ce partenariat a notamment été marqué, en 2018, par deux visites de l'équipe de chirurgiens de l'hôpital Saint Joseph à Amman.

Développement d'un outil d'imagerie médicale

Le référent technique du projet (l'ingénieur biomédical) ainsi que le responsable du service chirurgie d'Amman travaillent avec une start-up indienne pour co-développer un logiciel d'imagerie et de planification chirurgicale dans le cadre de la correction des déformations des os longs (utilisation d'algorithme pour répliquer une visualisation en 3D type CT scan à partir de plusieurs rayons X).

ASTapp

L'antibiorésistance est un phénomène naturel qui peut cependant être amplifié par une utilisation non rationnelle des antibiotiques. Lorsqu'un traitement antibiotique est inadapté, les bactéries résistantes survivent et, du fait de l'élimination des autres bactéries, deviennent majoritaires. Si le phénomène n'est pas nouveau, il devient aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique, à mesure que la généralisation des résistances et le rythme relativement lent de la recherche sur de nouvelles molécules réduisent le champ des possibles en matière d'antibiothérapie. Technique-

ment le diagnostic des antibiorésistances repose sur la production d'antibiogrammes qui permet de tester la sensibilité d'une bactérie identifiée (après culture et analyse) à différentes classes d'antibiotiques.

Une des difficultés auxquelles sont confrontés les terrains MSF, dans la lutte contre l'antibiorésistance, est le manque de formation du personnel de laboratoire pour la lecture et l'interprétation de ces antibiogrammes. Cette interprétation, réalisée par un microbiologiste, permet d'établir le diagnostic biologique des infections et, ainsi, d'aider les cliniciens à choisir les bons antibiotiques. Sur les terrains MSF, du fait du manque de ressources humaines formés, ce défi est partiellement résolu par la présence d'expatriés.

En 2017, un projet a été initié, sur proposition de la référente en bactériologie chez MSF et en partenariat avec l'un des spécialistes mondiaux de l'antibiorésistance, un chercheur en Bio-informatique, un enseignant-chercheur en mathématiques et un pharmacien biologiste, pour développer une application de lecture et d'interprétation de ces antibiogrammes appelée ASTapp.

ASTapp est une application gratuite, hors ligne, sur smartphone pour aider le personnel non expert travaillant en milieux à ressources limités à interpréter les antibiogrammes dans leurs activités courantes de laboratoire.

Il effectuera l'analyse des images d'antibiogrammes et fournira des conseils pour le traitement approprié du patient.

L'année 2018 a vu le codage de l'application, le processus de traitement d'image et le développement du 1er prototype.

L'étape suivante est de travailler sur les messages à adresser aux utilisateurs ainsi que sur l'interface et le mode hors connexion. Une première version devra ensuite être testée sur le terrain et une évaluation comparative de la performance de l'outil devra également être lancée.

Développement de Test de Diagnostic Rapide (projet TDR)

En 2017, la Fondation Mérieux en collaboration avec l'Institut Pasteur de Dakar et un groupe de partenaires (dont l'IRD et FIND) a soumis à MSF un projet recherche et développement et d'industrialisation de tests diagnostics rapides.

La Fondation fut sollicitée début 2018 et fit appel à un consultant pour évaluer la faisabilité de ce projet.

L'évaluation a tenu compte des besoins des terrains MSF, qui ont été rediscutés à cette occasion. Une liste de 8 tests prioritaires a été établie et a servi de fil conducteur tout au long de l'analyse (incluant rougeole, diphtérie, choléra, hépatite E, typhoïde, etc...). L'analyse en temps réel a porté plus spécifiquement sur les paramètres clés pour MSF, à savoir la capacité de produire rapidement des tests utiles à l'investigation d'une suspicion d'épidémie et de répondre aux exigences de standards de qualité établis par MSF, la volonté de partager les données du coût de production en toute transparence ainsi que le modèle de financement. Ces informations ont été étudiées en collaboration avec différents groupes de travail MSF, dont des spécialistes de laboratoire, des cliniciens, le groupe vaccination, et des spécialistes des maladies négligées.

L'impact majeur de l'analyse développée en 2018 a été pour MSF de reconsidérer son intérêt pour ces prototypes de tests de diagnostic rapide dormants mais attendus par les équipes terrain. Il est apparu évident que ces tests constituent une aide précieuse à la prise en charge des patients dans des contextes difficiles et à la réponse rapide aux épidémies. La contribution de MSF au développement de ces produits qui n'atteignent pas le marché commercial pourrait soutenir une approche innovante à la R&D de produit de santé.

L'année 2019 permettra à MSF de poursuivre la discussion autour de ce projet et de décider en toute connaissance de cause d'un engagement financier à plus long-terme sur l'industrialisation de tests diagnostics et de son soutien officiel à cette approche innovante à la production de tests rapides.

☐ La Fondation soutient les projets MSF suivants :

MiniLab

Ce projet a pour but de concevoir et de réaliser un laboratoire transportable sur les terrains d'intervention MSF. En adaptant des technologies existantes, il permettra de réaliser dans des conditions de terrain des analyses bactériologiques indispensables au diagnostic de certaines infections, de surveiller le phénomène de résistance aux antibiotiques et d'améliorer la prise en charge de nos patients.

L'année 2018 a été riche avec :

- L'identification de nouvelles innovations qui ont été testées puis inclues dans le kit (pour la culture du sang et la pré-identification des bactéries avant les résultats finaux) ;
- La construction du premier prototype à Bordeaux (MSF Log) pour le test du matériel et de la mise en kit ;
- Le co-développement de technologie de test de sensibilité aux antibiotiques adaptés aux terrains MSF avec un industriel américain.

En 2018, La fondation Médecins Sans Frontière a financé ce projet à hauteur de 20.65% (231.296 Euros sur 1.12K€ du budget réel).

Fièvre jaune

La fièvre jaune est une maladie hémorragique virale aiguë transmise par des moustiques infectés. Il n'y a pas de traitement pour cette maladie qui tue plus de 50.000 personnes chaque année en Afrique. La vaccination reste la seule solution pour la prévenir. Avec seulement quatre sociétés pharmaceutiques produisant le vaccin, les pénuries sont fréquentes surtout pendant les flambées ce qui met en évidence la nécessité d'augmenter la quantité de doses disponibles.

Une étude conduite en 2008 a montré qu'une seule dose de vaccin contre la fièvre jaune diluée cinq fois assurerait toujours une protection à vie. Cette découverte est cruciale car elle multiplierait par cinq le nombre de personnes qui pourraient être protégées contre la maladie. Cependant, plus de preuves sont nécessaires pour confirmer ces résultats et déterminer si une fraction d'une dose de vaccin peut fournir une protection.

Si les résultats sont confirmés, les 6 millions de doses produites chaque année seront suffisantes pour vacciner 30 millions de personnes.

Dans ce cadre, Epicentre mène depuis juillet 2017 un essai clinique en Ouganda, au sein du centre de recherche de Mbarara, et au Kenya, en partenariat avec l'Institut de recherche médicale de Kilifi.

La première phase de l'étude, menée en 2017/2018 auprès de 960 adultes, a permis de sélectionner un vaccin parmi les quatre proposés par les laboratoires. Elle a démontré qu'avec 1/5e de la dose, les patients sont aussi bien immunisés qu'avec une dose entière. À présent, les équipes s'apprêtent à tester, en 2019, cette dose de vaccin sur une population plus fragile : les enfants et les adultes atteints du VIH. Cette seconde phase est primordiale, car elle permettra de déterminer si cette dose est efficace sur l'ensemble des populations, et notamment celles qui sont le plus vulnérables à cette infection.

La Fondation Médecins Sans Frontières finance cette étude à 100%.

COMMUNICATION & DIFFUSION

Presse

The Economist_reportage vidéo_18 janvier 2018
« 3D printing prosthetic limbs for refugees »

AFP_ reportage vidéo_21 février 2018
« Jordan 3D printing lab gives amputees a helping hand »

AFP_presse écrite_22 février 2018
« Des blessés de Syrie et d'Irak retrouvent l'espoir avec des prothèses en 3D »

Challenges_ presse écrite_22 février 2018
« Des blessés de Syrie et d'Irak retrouvent l'espoir avec des prothèses en 3D »

L'express_ presse écrite_22 février 2018
« Des blessés de Syrie et d'Irak retrouvent l'espoir avec des prothèses en 3D »

France Soir_ presse écrite_22 février 2018
« Des blessés de Syrie et d'Irak retrouvent l'espoir avec des prothèses en 3D »

Al Mashareq_ presse écrite_22 février 2018
« Un laboratoire jordanien imprime des membres en 3D pour les blessés de guerre »

Allo Docteurs_ presse écrite_23 février 2018
« Amputations, malformations : l'espoir des prothèses 3D »

Franceinfo_ presse écrite_26 février 2018
« Amputations, malformations : l'espoir des prothèses 3D »

Yahooactualités_ presse écrite_26 février 2018
« Amputations, malformations : l'espoir des prothèses 3D »

Radio Classique_ Interview radio_7 mars 2018
La matinale de Radio Classique

BBC Click_Interview radio_13 mars 2018
« 3D Printed Prosthetic Limbs for Injured Refugees »
Dutch TV_reportage vidéo_mars 2018
« Toekomst na de oorlog_L'avenir après la guerre »

Intelligence robot_ presse écrite_01er mai 2018
« Tout ce qu'il faut savoir sur l'impression 3D_ Imprimante 3D Médecine »

Vivre FM_ Interview radio_21 juin 2018
« Médecins Sans Frontières et l'accueil des mineurs non-accompagnés »

IRIN_ presse écrite_29 août 2018
« 3D printing offers new hope for war-wounded »

Al Jazeera_ presse écrite_07 décembre 2018
« MSF-run hospital offers 3D-printed prostheses to war wounded »

Le point_ presse écrite_13 octobre 2018
« La technologie au service de l'humanitaire »

Principales interventions

Arab Health Congress/ Dubaï_ Janvier
Projet & Network
https://www.arabhealthonline.com/en/Home.html
Présentation du programme 3D

Numa/ Paris_ Janvier
Network
https://paris.numa.co/
Rencontre pour échanger sur différents thèmes (process, sélection et accompagnement des projets).

Rodin4d/ Bordeaux_Février
Projet & Network
http://rodin4d.com/fr
Evènement européen avec plus de 400 cliniques présentes auquel nous avons participé avec l'objectif de développer nos contacts.

MSF Scientific Days/ Londres_Mai
Projet & Network
https://www.msf.org.uk/msf-scientific-days
Présentation du programme 3D

Vivatech/ Paris_ Mai
Network
https://vivatechnology.com

Le Point - Futurapolis Santé/ Montpellier_ Octobre
Projet & Network

https://www.futurapolis-sante.com

Intervention sur le thème de « La technologie au service de l'humanitaire »

Divers

Les Echos Formation/Paris_Septembre
Formation & Network

Lunch&Learn : La blockchain et le marché des cryptomonnaies

LE CRASH

Comme l'année dernière, le Crash a approfondi ses relations avec un certain nombre de départements et d'entités, dont certaines extérieures à MSF, intensifiant ses efforts en matière de conseil et de formation tout en maintenant ses activités de recherche à un niveau élevé.

1/ Evaluation et retour d'expérience

L'année 2018, c'est l'année 1 du **RIDER** : la participation du Crash, au côté d'Epicentre et de sa coordinatrice, au dispositif d'enquête et d'apprentissage qui a pris la relève de la cellule évaluation, représente 30% d'un temps plein de directeur d'études.

Par ailleurs, **la revue opérationnelle « Borno »** a été conclue par la publication en interne d'une conséquente histoire de l'opération, partagée auprès des commanditaires et des personnes impliquées dans l'opération. Le travail se poursuivra l'année prochaine par des ateliers, consacrés spécifiquement au Nigeria et plus largement à des thèmes sélectionnés avec l'équipe des opérations. Le projet aura certes duré bien plus longtemps qu'initialement prévu. Mais la granularité du récit, sans précédent nous semble-t-il, devrait permettre son utilisation à de nombreux niveaux.

La revue Borno (et les premiers pas du RIDER) ont soulevé plusieurs questions méthodologiques – sur l'intérêt d'une démarche de « micro-histoire », sur les limites de l'objectivation scientifique, sur le développement de formats de retour d'expérience plus légers, sur les modalités d'accompagnement de l'exécutif dans la production de connaissance rigoureuses, mais aussi sur les enjeux et les difficultés des investigations pluridisciplinaires combinant sciences sociales et épidémiologie.

La volonté de renforcer le dialogue interdisciplinaire entre « centres de recherches » contribuant à l'action de MSF se traduit par un effort de coopération avec Epicentre qui suit des axes multiples (formation, réunion de travail périodique, Rider, projet de recherche Ebola). Ces tentatives de travail en commun sont dans l'ensemble jugées productives, même si elles sont parfois marquées par des tensions liées à l'apprentissage de nos fonctionnements respectifs. Elles ont notamment permis de lancer une discussion productive sur les seuils de mortalité et plus largement l'usage des enquêtes de mortalité, en collaboration avec Epicentre.

2/ Formation

La revue Borno nous également permis de renouveler profondément les modules du FOOT, (formation opérationnelle de terrain) dont certains sont directement inspirés de ce travail. **De fait, l'articulation entre les activités de recherche, de capitalisation et de formation,** définit de plus en plus le travail de l'équipe.

Plus généralement, nos activités en matière de formation des cadres nous permettent d'amorcer des réflexions sur des sujets nouveaux (l'organisation collective du travail par exemple) ou d'en approfondir d'autres (le rôle de l'épidémiologie d'intervention, l'usage des principes humanitaires et du DIH, etc.).

Deux sessions du FOOT ont été organisées, l'une en anglais, l'autre en français, avec des participants de tous métiers, issus du siège et du terrain. En pratique, l'organisation et l'animation du FOOT représente un ½ ETP pour le Crash par an.

Le montage du master conjoint MSF – HCRI – Liverpool School of Tropical Medicine s'est poursuivi, avec un gros travail d'ingénierie institutionnelle et de suivi de projet qui sort un peu des missions traditionnellement imparties au Crash. Le montage institutionnel du partenariat HCRI – LSTM – MSF UK – TIC – 5 OC s'avère extrêmement lourd et chronophage. Le projet nous a néanmoins permis de réaliser d'importantes avancées pratiques en matière de politique et d'ingénierie RH (création d'un parcours formation en alternance) et de mieux saisir les intérêts et les (importantes) contraintes de la collaboration avec les universités.

Nous nous sommes pour cela adjoint les services d'une stagiaire dont l'apport a été très conséquent pour le recrutement des étudiants.

L'effort portant sur le développement institutionnel du LEAP a retardé la réflexion sur les contenus et

obéré le développement du LAC ; nous avons toutefois relancé au dernier trimestre la réflexion sur les contenus, dans un groupe élargi à Epicentre et aux Opérations. Priorisant notre implication dans la formation des cadres MSF et la politique de formation, nous avons pour l'heure abandonné la participation à des cours à l'université sans lien avec l'association – sauf intervention ponctuelles.

3/ Conseil

Nos missions de conseil se sont poursuivies. Sur le front institutionnel d'une part, avec la participation du Crash au CoPil « autonomisation », à la réflexion générale sur la formation des cadres, ainsi qu'à la participation sur des questions de gouvernance, de croissance, de financement du mouvement, en appui à la direction générale et la présidence. Sur le front opérationnel d'autre part, avec une implication importante sur les projets « migrants », par le biais de réunions interdisciplinaires coordonnées par le Crash et d'interventions régulières en appui aux départements des opérations et de la communication (pour ce qui nous semble représenter un bon tiers de temps plein d'un directeur d'études) mais aussi d'interventions plus ponctuelles, comme nous en avons l'habitude sur d'autres dossiers (auprès de la direction générale ou des opérations sur la questions de l' « advocacy », de la croissance et de la gouvernance de l'institution…) ou contextes d'intervention (Syrie, Yémen, Nigeria, Ebola…). Notons également que le travail effectué au sein du RIDER est avant tout de l'ordre du conseil et de l'accompagnement notamment opérationnel : il offre ainsi une autre modalité de conseil du Crash, sous forme d'aide à la reformulation des questionnements et au soutien méthodologique pour y répondre. Enfin, les activités de conseil se sont également développées auprès de la Fondation (télémédecine, tests diagnostic).

4/ Recherche

Nos missions de recherche, outre la revue Borno, ont consisté avant tout à accentuer nos efforts en matière d'accompagnement de travaux de recherche, qu'ils soient sollicités par MSF (comme c'est le cas sur Amman) ou qu'il s'agisse de demande d'appui de chercheurs extérieurs. Nous avons démarré la rédaction d'une note de cadrage de ses partenariats, destinée à préciser la nature des relations entre chercheurs et directeurs d'études. Un certain nombre de ces partenariats se sont poursuivis cette année. En association avec le desk Dubaï, une enquête sur le devenir des patients sortis du programme chirurgical de MSF à Amman, Jordanie a été réalisée par l'anthropologue Vanja Kovasic. Un premier rapport, à partir d'une centaine d'entretiens avec des membres du personnel, a été rendu en juillet. Puis les entretiens avec les anciens patients du programme ont été réalisés en Jordanie et en Irak. La remise du rapport final est prévue pour le 15 décembre. Le travail avec Vanja a permis de poursuivre la réflexion sur l'articulation entre anthropologie et opérations, comme l'a été notre participation à une journée d'atelier organisé à MSF-UK. Néanmoins, pour l'heure, le projet d'atelier anthropologie est resté largement embryonnaire. Le travail de capitalisation sur l'épidémie d'Ebola Crash-Epicentre s'est pour sa part poursuivi, avec la finalisation d'un certain nombre d'articles destinés à être publié ainsi que l'initiation d'un travail de synthèse.
A la suite de la publication du livre « Génocide et crimes de masse » en 2017, un projet de colloque a été lancé, en partenariat avec la Fondation de la Maison des Sciences de l'Hommes, sur le thème des enquêtes de terrain conduites par les chercheurs, les humanitaires et les défenseurs des droits humains dans des contextes de violences extrêmes (Syrie, Rwanda, RDC). Il se tiendra en mars 2019.

Le sujet de « l'organisation collective du travail » prend corps comme thème de recherche à part entière, à la suite des réflexions sur la gestion d'équipe, de projet, et plus généralement sur la question du management, entamées dans le cadre du FOOT, mais aussi à la suite du travail sur la sécurité, la qualité médicale, le pilotage des projets incertains, le travail de réflexion sur les contenus du Field Management Training et plus récemment de la revue Borno qui met en exergue de nombreuses problématiques.

Ces efforts variés se sont accompagnés de la relance des **efforts de diffusion,** une nouvelle

responsable, à temps partiel, ayant été nommée. Cette nomination a permis l'évolution du site Internet, la numérisation des livres publiés au Crash / la Fondation depuis les années 1990, l'animation des réseaux sociaux ainsi qu'une augmentation de la production éditoriale, en relançant notamment nos efforts de discussions sur les sujets d'actualité. Nos cycles de conférences se sont également poursuivis : trois cette année, autour de la guerre, de la frontière et de l'accès à la santé des migrants, faisant intervenir un praticien, un philosophe, un historien et un politiste. La publication du livre de Rony « Guerres Humanitaires ? Mensonges et Intox » a été l'occasion de plusieurs prises de paroles et débats sur la place du Droit international humanitaire au sein du secteur humanitaire et de MSF en particulier.

A la lisière entre recherche et diffusion, notre participation au montage d'une revue universitaire consacrée aux questions humanitaires avec l'université de Manchester et Save the Children s'est poursuivie. Les premiers numéros seront publiés en 2019.

L'équipe est constituée de 5 temps plein et de 2 temps partiel. Marc Le Pape assure de façon bénévole l'équivalent d'un tiers temps de directeur d'études. La diversité accrue des projets et des thématiques de travail a conduit **à une certaine spécialisation des tâches,** que nous soulignions l'année dernière. Toutefois, nous nous efforçons collectivement de lutter contre des dynamiques trop centrifuges en soumettant nos travaux au regard de tout ou partie de l'équipe. Par ailleurs, les projets formation – le FOOT en particulier – permettent à l'ensemble des membres du Crash de maintenir le travail collectif.

LES BOURSES

La Fondation a pour ambition de faciliter l'accès aux formations externes, en complément des dispositifs existants à MSF. Elle permet aux cadres ou futurs cadres (siège / terrain) de bénéficier de bourses d'études pour renforcer leurs compétences en accédant à des formations universitaires diplômantes. Ces formations, d'une durée variable, peuvent se dérouler en France ou à l'étranger.

En 2018, les membres de la commission des bourses se sont réunis afin de revoir la politique des bourses, restée inchangée durant les trois dernières années, et proposer une offre plus ambitieuse visant à atteindre un plus grand nombre de personnes. Ainsi les critères d'éligibilité ont été élargis et la cible étendue au personnel du siège.

Les bourses sont attribuées sur la base des critères principaux suivants : l'ancienneté à MSF, la pertinence et l'intérêt de la formation envisagée, la cohérence du projet d'études avec le parcours passé et potentiel du candidat.

Les objectifs ont également été revus, ainsi la participation au développement de l'employabilité est venue s'ajouter au développement des compétences.

A l'exception des formations de « développement de l'employabilité », la bourse accordée engage la personne ayant obtenu la bourse pour une durée de 12 mois minimum au sein du mouvement MSF (siège, terrain, satellites).

En 2018, 13 bourses ont été allouées finançant les formations suivantes :

- Master de Santé Publique, parcours épidémiologique (ISPED Bordeaux)
- Formation Responsable Ressources Humaines et Finances (Bioforce Dakar, Sénégal)
- Master de Santé Publique, International Course in Health Developement (KIT Amsterdam, Hollande)
- Master's programme in Health Economics, Policy and Management (Karolinska Institute Stockholm, Suède)
- Master of Science in Epidemiology, Distance learning Program University of London, London Institute of Tropical Medecine (London, England)
- Master of Science in international Health (University of Heidelberg, Germany).

Le profil des boursiers est essentiellement médical et paramédical (postes Coordinateur de projet / Coordinateur médical / Chef de mission).

Trois demandes de report sur l'année suivante et trois annulations ont porté le nombre de bourses financées à **7 pour un montant total alloué au titre de l'année 2018 de 140 201€.**

CAMPAGNES D'APPEL A DONS

La Fondation Médecins Sans Frontières est financée exclusivement par des fonds privés, issus de la générosité de ses donateurs. C'est une fondation reconnue d'utilité publique. A ce titre, elle est habilitée à collecter des dons au titre de l'impôt sur le revenu et de l'impôt sur la fortune immobilière (IFI) dans le cadre de la Loi Tepa.

Depuis 2012, La Fondation MSF réalise des campagnes d'appels aux dons afin de permettre le financement des projets validés par son Conseil d'Administration.

Comme en 2017, elle a organisé en 2018 trois campagnes d'appel aux dons, la première entre avril et juin ; la seconde en septembre et la dernière entre novembre et fin décembre.

Ces campagnes, réalisées sur des supports papier et digitaux, ont été adressées à plus de 80 000 donateurs dans l'année.

La fin de l'impôt de solidarité sur la fortune, remplacé en 2018 par l'IFI, a impacté fortement les ressources des organisations françaises habilitées à collecter des fonds dans le cadre de la loi TEPA. La Fondation MSF n'a pas été épargnée par ce phénomène : de 3,9 millions d'euros collectés en 2017, la collecte de fonds est passée à 2,5 millions, soit une baisse des ressources de 36%. Malgré ce contexte difficile, 2632 donateurs ont continué à nous faire confiance. Nous souhaitons les remercier chaleureusement : plus que jamais, leur soutien est essentiel et stratégique pour la pérennité de nos projets.

MSF LOGISTIQUE

Maintien des biens immobiliers du site de Mérignac

Dans un objectif de veille technique, le cabinet TBMaestro a été mandaté pour réaliser un bilan de santé des 14 500m² de surface bâtis du site de Mérignac (hors outil de production). Cet audit a abouti à l'établissement d'un plan de maintenance et d'investissement à long terme (9 années) dont les actions sont priorisées en fonction d'indicateurs de performance tels que le niveau de vétusté physique ou bien les besoins de mises à niveaux réglementaires. Une réévaluation annuelle de ce plan sera effectuée pour tenir compte des évolutions normatives et des dysfonctionnements techniques rencontrés.

Centre Jacques PINEL

La formation de son personnel national et international et le développement de nouveaux dispositifs sont deux enjeux clés de l'efficacité des actions menées sur le terrain. Depuis 2001, 10'000m² des 80'000m² que compte le site de MSF Logistique à Mérignac sont consacrés à la formation des équipes logistiques et au test des équipements.

La Fondation Médecins Sans Frontières est propriétaire du bâtiment « Centre Jacques Pinel ». Ce centre permet l'accueil des salariés en formation et offre un espace de tests permettant l'innovation, le développement de nouveaux dispositifs de secours et les manœuvres opérationnelles. Exploité par l'Association MSF, celle-ci souhaite le réhabiliter, consciente que sa localisation facilite les interactions entre les salariés de la centrale d'approvisionnement et les centres opérationnels de MSF. En conséquence, la Fondation portera dans son patrimoine les travaux de rénovation de ce centre, travaux qui seront financés par l'Association MSF au moyen d'avances de trésorerie.

Ce projet, d'un budget de 5.5M€, vise la construction d'ateliers destinés à accueillir les magasins et les salles de formation pratiques, la construction d'un nouvel espace d'hébergement d'une capacité de 60 couchages et la rénovation du bâtiment Rotonde, devant accueillir aussi bien un réfectoire et espace de vie collectif que des salles de cours théoriques et bureaux administratifs. Un bel espace paysager, composé de circulations croisées et de surfaces végétales ralliera ces différents espaces fonctionnels.

Par ailleurs, MSF Logistique profitera de cette opération pour améliorer la qualité d'accueil de ses salariés en réalisant divers aménagements: création de places de parking supplémentaire, d'un local d'expression corporel et de détente, d'un bureau administratif, de zones de stockage, d'un vestiaire et d'un garage à vélo, de mobiliers urbains.

A l'issue d'un appel d'offre de 8 mois auprès des grands acteurs de la construction, l'entreprise Demathieu Bard Construction, agence Aquitaine, a été retenue pour réaliser les travaux sur une période de 16 mois, à compter de février 2019.

En 2018, les dix principaux pays d'intervention de MSF Logistique restent identiques à 2017 : République Centrafricaine, République Démocratique du Congo, Soudan du Sud, Yémen, Syrie, Irak, Niger, Soudan, Nigeria. Seuls les ordres de grandeur changent, notamment au Congo, qui au-delà des programmes réguliers aura sollicité les équipes sur trois crises majeures : un déplacement de population en Ithuri et Nord Kivu au mois de mars, suivi au mois de mai la 9e épidémie d'Ebola dans la province de l'Equateur, et enfin au mois d'août la 10e épidémie d'Ebola au Nord Kivu. A noter qu'à mi 2019, cette épidémie n'est toujours pas sous contrôle.

Un peu plus tôt dans l'année (février) les équipes MSF sont intervenues sur la **crise Nord Syrienne** (Goutha orientale et Idlib), alors qu'un peu plus tard (septembre), elles étaient sollicitées sur le **Yémen** (Hodeïda).

MSF Logistique fonctionne historiquement sur des cycles où une forte croissance succède à une période de contraction d'activité ; avec, dans les deux cas, un ajustement des ressources – qu'il s'agisse des ressources humaines ou de l'outil de production – complexe à équilibrer.

En ce sens, 2018 aura été un palier, avec une activité relativement **stable et conforme aux prévisions : avec chiffre d'affaires 106 M€** toutes activités confondues, l'exercice se termine un peu au-dessus de 2017 (+ 4%) et un peu au-dessous par rapport au budget (- 7%). Mais surtout, la collaboration entre la Centrale et ses trois principaux partenaires est désormais suffisamment fluide et régulière pour anticiper et piloter ces variations ainsi que leur saisonnalité. Cela permet d'éviter les effets de pics délicats à gérer, que ce soit en termes de respect des engagements comme des coûts de fonctionnement.

Concernant les **capacités de l'outil de production de Mérignac,** une réorganisation des flux et des espaces a permis d'augmenter la capacité de **préparation de commandes de 25%.** Le site de Mérignac peut désormais monter jusqu'à plus de 3000 lignes préparées sur une semaine afin de répondre aux urgences et aux pics d'activité. Cette réorganisation permet de reculer le seuil à partir duquel une organisation en 2x8 devient nécessaire, et ainsi hormis au mois de janvier, il a été possible de fonctionner avec une seule équipe le reste de l'année.

Dans la continuité de ce qui avait été initié pour les missions « Afghanistan » puis « Yémen », le **développement de MSF Logistique Dubaï** s'est poursuivi avec le démarrage d'un nouveau pilote sur le Soudan du Sud. Dans ce cadre, Dubaï a servi de plateforme régionale de distribution pour une trentaine d'articles médicaux permettant d'apporter au site de Mérignac une complémentarité sur les produits autonomes à fort volumes, grâce à un positionnement géographique cohérent par rapport aux pays d'intervention. Par ailleurs, le partenariat avec **IHC (International Humanitarian City)** s'est par ailleurs renforcé permettant désormais à MSF Logisitique de disposer de capacités de stockages augmentées (et gratuites) pour ses articles logistiques.

Concernant le **Service Approvisionnement,** 2018 a permis de faire évoluer l'organisation. Afin de gagner en efficacité et de faciliter la communication, les fournisseurs de MSF

Logistique ont désormais un interlocuteur unique dans le service approvisionnement. Dans le cadre du projet Planification, de nouveaux rôles ont été introduits, de nouvelles politiques de gestion de stock ont été déployées et les outils informatiques ont été enrichis. Enfin, considérant l'enjeu des **« Livraisons Directes Fournisseur »** (LDF), MSF Logistique a travaillé sur leur développement au travers d'un pilote sur l'approvisionnement de la mission Cambodge avec MSF OCP.

Sur le plan de **l'Amélioration Continue,** une démarche de « management visuel » a été introduite dans l'entrepôt ; elle permet aux équipes de démarrer leur journée autour d'un bref temps d'échange sur l'activité de la veille et l'organisation de la journée. Ce « point quotidien » a aussi pour objectif de partager sur les problèmes rencontrés afin de les corriger le plus rapidement possible.

Pour la DAT (Direction Achats et Technique) l'année aura été marquée par la clôture du projet **Qualité des Données** : la finalité de ce projet était la mise en place d'une démarche qualité dédiée aux données gérées au sein de la DAT (macro-processus achats). Cela a notamment permis de mettre en place plus de cinquante fiches de données, afin d'identifier la qualité requise pour chaque donnée, avec un approche de « vérité unique », évitant ainsi les interprétations ou les façons de faire différentes selon les collaborateurs. De nombreuses évolutions de l'outil Nodhos ont également été mises en œuvre.

Dans le cadre du **projet MiniLab** (outil de laboratoire mobile, piloté par MSF France), les équipes ont participé aux revues de marché et plusieurs contrats ont été signés, permettant de finaliser le premier pilote du MiniLab qui va être envoyé sur le terrain courant 2019.

Sur le projet **« Performance Fournisseurs »,** les premiers livrables ont été mis en place et une feuille de route a été validée par les trois Centrales afin de développer la conformité aux exigences RSE / RSO (responsabilité sociétale des entreprises et organisations) ; une mise à jour des critères de sélection des fournisseurs a été effectuée sur les cinq domaines Coûts, Délais, Services, Risques et RSE.

Concernant l'activité de la **DEP (Direction de l'Etablissement Pharmaceutique),** on peut noter une forte augmentation (50%) de l'activité « psychotropes et stupéfiants ». Cette activité est très encadrée et nécessite une lourde documentation. Un tableau de bord de suivi des procédures psychotropes / stupéfiants a été mis en place, afin de sécuriser leur gestion, que ce soit vis-à-vis de l'ANSM ou en interne. Le but recherché étant avant tout un **bénéfice pour le terrain,** afin de recevoir ces produits critiques le plus rapidement possible.

Nous faisons face depuis plusieurs années à un durcissement des **procédures d'importation** dans de nombreux pays. Si cette évolution va dans le bon sens (structuration des états et sécurisation de leur système de santé), cela représente une augmentation significative de la charge de travail pour MSF Logistique. En 2018, la base de données gérant ces différentes contraintes a été mise à jour significativement afin de prendre en compte des exigences nouvelles pour le Nigéria, le Salvador, le Liban, l'Ouganda, le Cameroun ou encore les essais cliniques TB (tuberculose). Cela permet au terrain de continuer à bénéficier de l'approvisionnement international à travers MSF Logistique, là où un achat local serait sinon la seule option.

Début 2019 entrera en vigueur la Directive européenne sur la **« Sérialisation ».** : Cela consiste en une obligation de traçabilité unitaire (boîte à boîte), du site de production jusqu'à la mise à disposition finale. Cela sera une contrainte de fonctionnement supplémentaire pour MSF Logistique, et un projet a été conduit sur 2018 afin de se préparer – investissement en matériel et mise en place de procédures – à cette nouvelle exigence réglementaire, tout en essayant d'en réduire l'impact pour MSF Logistique au maximum.

Concernant la Direction Financière, le principal objectif sur 2018 a été de proposer et faire valider par le Conseil d'Administration un **ajustement tarifaire** dont l'application effective démarrera en janvier 2019, ceci afin de retrouver un équilibre des comptes pour l'association dès l'exercice 2019. Ce nouveau modèle tend à refléter la réalité économique des activités de façon plus juste, en prenant mieux en compte les contraintes des pays d'exportation, les complexités de gestion des produits non standard à faible rotation, les exigences des produits soumis à forte réglementation

(psychotropes, stupéfiants, produits dangereux, chaîne de froid), les remises en stocks et, enfin, les contraintes des petites commandes des autres centres d'approvisionnement MSF.

D'un point de vue organisationnel, plusieurs évolutions ont été définies au premier semestre et mises en œuvre sur le second. Deux postes ont été créés : **Un Responsable de Service** en comptabilité / trésorerie afin de renforcer le management de proximité, et un poste de **Responsable du Contrôle Interne.** L'objectif ici est d'améliorer la fiabilité de l'information financière à tous les étages de l'organisation de MSF Logistique, ainsi que vis-à-vis de MSF France et du Bureau International. La fonction implique de garantir la qualité de données Finance, de lutter contre les risques de fraude et d'améliorer le fonctionnement des métiers de la finance. A noter que ces deux créations de postes au sein de la Direction administrative et financière ont été réalisées à effectif constant.

Enfin, deux projets structurants ont été concrétisés : la **dématérialisation de la transmission des documents** aux fournisseurs (bordereaux de virements bancaires, attestations de TVA), ainsi que l'automatisation de la validation des **contrats fournisseurs** (système Legisway).

Du côté de la Direction des Ressources Humaines, on peut noter le lancement du **projet « SIRH »** (Système d'Information des Ressources Humaines). Ce projet est en réflexion depuis plusieurs années et a pour finalité principale de faire face à l'accroissement des effectifs, aux obligations légales en matière de GRH ainsi que de fluidifier la communication RH. Divisé en deux lots, le premier lot relatif à la **gestion des temps et des activités** a été livré en octobre 2018.

Cette étape est un changement non négligeable dans le fonctionnement de l'association puisqu'il a nécessité de structurer la gestion des temps, ce qui n'est pas simple dans un contexte associatif. Il a aussi permis d'équiper les équipes du magasin afin d'améliorer le pilotage des capacités de production.

Le second lot a débuté en septembre dans le but de structurer la **gestion des emplois et des compétences,** et à travers cela, d'améliorer la gestion des évaluations, de la formation et de la mobilité. Il est prévu pour être livré courant 2019.

Concernant **l'Environnement du Travail,** l'année 2018 a été une année de préparation des nombreux chantiers qui se sont lancés fin 2018 et début 2019 : d'une part le chantier du Centre Jacques Pinel (CJP), qui s'étalera sur les deux prochaines années avec la contrainte de gérer des travaux de cette ampleur sur un site en activité. D'autre part, des travaux sur l'amélioration des outils de production de Mérignac et Blanquefort.

Enfin, l'année 2018 a également été l'année de gestation de la nouvelle démarche **Qualité de Vie au Travail** (QVT) qui a été lancée en fin d'année, après les précédentes de 2012 et 2015. Les résultats de cette enquête triennale, associée à une démarche de **Prévention des Risques Psychosociaux** (RPS) réalisée en collaboration avec les IRP donneront lieu à analyse et plan d'action, et sont attendus pour le début 2019.

Pour la **Direction de l'Organisation et des Systèmes d'Information (DOSI),** hormis le support permanent pour que les outils soient en permanence opérationnels, un des projets principaux a consisté en la rédaction d'un guide d'utilisation du **Portail-Espace Commandes.** Cela devrait apporter un vrai plus dans la prise en main et l'utilisation du portail sur le terrain ainsi que dans les centres opérationnels de MSF. En parallèle, la réflexion stratégique sur la redéfinition du SDSI (Schéma Directeur des Systèmes d'Information) se poursuit.

epicentre
ÉPIDÉMIOLOGIE • EPIDEMIOLOGY

REVUE DE PROJETS EN COURS 2018-2019

Les projets développés en 2018 et 2019 illustrent l'ambition d'Epicentre de soutenir la mission sociale de MSF dans sa dimension de soin et de témoignage. Cette année encore de nombreux projets ont été conduits avec l'intention de décrire les situations sanitaires des populations secourues par les équipes médicales, de mieux décrire, développer et orienter les programmes, et de contribuer à de nouvelles options en pratiques de soins.

Evolutions organisationnelles récentes

Nous avons fait évoluer certaines de nos fonctions de conduite et de support pour mieux proposer, répondre, décider et suivre nos projets ainsi que pour accroître la qualité de nos travaux.

Au Niger nous avons procédé à quelques aménagements dans notre organisation autour de la progression et la mobilité internes ainsi qu'une meilleure rationalisation du mode de travail avec l'équipe de siège. Nous y avons organisé une Journée scientifique en janvier 2018 avec le soutien financier de notre partenaire Elsevier. Le succès de cette journée a été salué par un éditorial publié dans le Lancet Global Health. Nous avons également fait évoluer notre structure avec des partenariats de travail et d'étude sur la prévention et le traitement du paludisme (Mahidol University, Thaïlande).

En Ouganda, nous avons procédé à une nouvelle organisation du laboratoire avec un réaménagement des rôles et responsabilités ainsi que la nomination d'un responsable qualité. Dans le centre, la répartition des fonctions de monitoring et de support administratif aux études a été clarifiée. De nouvelles études sur le diagnostic et le traitement de la tuberculose dans des situations spécifiques (patients hospitalisés, enfants, méningite tuberculeuse) sont en cours d'initiation. Un des objectifs de l'année est de discuter d'un partenariat structurel avec la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) et le Uganda Virus Research Institute afin d'étoffer nos compétences notamment au laboratoire et de permettre un développement professionnel pour le personnel scientifique du centre.

Par ailleurs nous avons formalisé certaines responsabilités dans l'encadrement (direction adjointe, chargé de mission pour l'Afrique basé à Yaoundé), au sein du RIDER (Réseau Interdisciplinaire Dédié à l'Evaluation et au Retour d'expérience), sur le développement des tableaux de bord de suivi des épidémies. Nous sommes également bien inscrits également dans le développement de l'initiative WACA. Nous avons également élargi la participation à nos réunions de direction, et mis en place les points focaux au sein des cellules de MSF OCP. Nos points d'information hebdomadaires sont désormais diffusés. Enfin nous sommes désormais dans un CSE commun avec MSF.

Adaptation

Pour prendre en compte les nécessités et les contraintes de notre environnement nous avons dû nous adapter. En effet la diminution de l'enveloppe budgétaire de MSF nous a amenée à geler la création de postes en CDI mais aussi à composer sur l'agenda, à être plus imaginatif sur nos moyens de travail. Autre contrainte, le Règlement Général de Protection des Données qui s'impose à tous et nécessitera d'adapter nos pratiques. Nous avons à ce propos un data protection officer commun avec MSF. Nous évoluons également vers la conformité de la protection de nos systèmes d'information et de nos pratiques vers les Bonnes Pratiques Cliniques, en priorité vers les essais cliniques (protection, accès, organisation et maintenance des bases de données, archivage, organisation des bases de données, sécurité des serveurs, droits d'accès etc.).

Nous cherchons à accroître notre expertise par des partenariats permettant l'acquisition de nouvelles compétences en statistiques, gestion de données, programmation et développement. Nous sommes aussi entrés en contact avec la LSHTM et l'Université John Hopkins pour envisager des collaborations sur des thématiques communes (maladies chroniques, urgences, contextes difficiles). Nous avons relancé des coopérations possibles qui seront à confirmer avec la Luxor, la Manson Unit et la BRAMU, unités internes à MSF respectivement situées à Luxembourg, Londres et Rio.

Quelques points de développement

Nous avons exprimé notre volonté d'élaborer en 2019 un nouveau plan stratégique synchronisé avec ceux de MSF. Nous allons fixer le cadre, re-définir notre positionnement stratégique, décliner nos ambitions stratégiques et définir les moyens pour les atteindre. Nous envisagerons une analyse de notre environnement à l'intérieur et en dehors de MSF. L'équipe entière d'Epicentre sera sollicitée pour contribuer à l'élaboration de ce plan à quatre ans.

Nous partirons du fait qu'Epicentre est un lieu unique de convergence scientifique et opérationnelle. Plus de 400 personnes constitue l'équipe actuelle, dont l'expertise médicale et scientifique est reconnue. Epicentre a été un catalyseur dans l'histoire des innovations de MSF en situation humanitaire. Nous avons un véritable savoir-faire opérationnel, avec des compétences dans la gestion de projets, la formation, la communication scientifique, la mise en œuvre de partenariats internationaux et l'évaluation de techniques et de projets.

Quelques projets

Nous présentons une liste de projets représentatifs de notre activité.

Ces projets illustrent à la fois la diversité de nos thèmes d'étude, l'implication accrue du support et l'importance de l'ancrage de nos projets dans MSF et de l'apport des partenariats.

Nous avons rédigé un document de référence en 2018 qui présente notre conception et typologie de nos études : « Guidance on principles and terminology for epidemiology at Epicentre ».

Deux dossiers sont prioritaires en 2019 : la réponse à une attente légitime du département des Opérations d'OCP sur une meilleure fluidité de notre relation pour définir nos termes de référence, rendre et expliquer nos résultats d'études, améliorer notre communication vis-à-vis des terrains et des responsables opérationnels et la mise en place de l'évaluation de nos projets.

Nous avons mis en place le CHIFFRE, lieu de réunion commun à Epicentre et au CRASH. Entre autres sujets nous avons initié un travail de révision des seuils de mortalité estimés trop standards et généraux pour être applicables sur nos différents d'intervention.

Formation

Plusieurs projets majeurs ont été poursuivis : la révision, constante des contenus des formations, et le développement des projets LEAP (Leadership Education Academic Partnership), LAC (laboratoire d'apprentissage coopératif) et FOOT (formation opérationnelle de terrain) avec le CRASH. Il existe aujourd'hui un doute sur la possibilité de tenir une deuxième formation Rep Epi (Réponse aux épidémies) en 2019. Nous avons démarré l'année avec la contribution d'une formation en Guinée au profit de cadres de santé de l'Afrique de l'Ouest organisée par l'IRD.

Traitement de l'hépatite C

Notre projet au Cambodge a permis de documenter le projet médical et opérationnel de MSF pour montrer qu'une prise en charge allégée était efficace et sûre. Nous avons été particulièrement bien intégrés au sein de l'équipe de MSF ce qui a constitué là également une certaine originalité en termes d'organisation. Nos résultats communs ont été repris dans le dernier Guideline de l'OMS paru fin 2018.

Traitement de l'infection VIH avec le dolutegravir

Notre projet au Malawi a pour objet de mesurer la réponse virologique des patients auxquels on initie une trithérapie avec le dolutégravir ou d'un patient à qui l'on change la trithérapie avec ce médicament. Nous avons mis en place et allons analyser la base de données du projet. Parmi les principaux éléments qui seront analysés : l'efficacité à 18 mois, la survenue d'effets indésirables, les résistances virologiques et l'adhérence au traitement. L'étude initiée en 2018 est prévue pour une durée de 2 ans.

Etude observationnelle endTB

Depuis plus de 2 ans nous conduisons une étude multicentrique observationnelle sur 17 pays sur la tolérance de la bedaquilline et de la delamanid, sur l'apport de cette dernière molécule et sur la mise en évidence ou non d'arguments en faveur des traitements injectables. Nous avons mis en place et pratiquons l'analyse des bases de données. Ces résultats ont contribué à l'élaboration d'une recommandation de l'OMS qui permet d'éviter les traitements injectables pour les traitements longs et de favoriser la prescription de ces deux nouvelles molécules.

Avortements

Notre étude, présentée au conseil d'administration de MSF à Paris dans le cadre d'un large projet de reprise des recommandations sur la prise en charge des avortements sur le terrain va consister à documenter et analyser la prise en charge et le suivi des femmes se présentant après avortement spontané ou provoqué en RCA, en RDC, au Nigéria. L'objectif est également de montrer le bénéfice des avortements sous surveillance médicale par rapport à ceux qui ne le sont pas et de soutenir le plaidoyer de MSF.

Malnutrition et choléra au Yémen

Au cours de l'année 2018 la notion de famine au Yémen a été utilisée de façon volontiers ambiguë par des représentants des Nations Unies à des fins politiques. Sans pouvoir réellement enquêter sur place nous avons établi un rapport de synthèse finalisé en 2019 sur la malnutrition au Yémen à partir des enquêtes menées par différentes agences.

Sur l'épidémie de choléra nous avons publié un travail de modélisation de l'incidence des cas, contribué à l'étude de la souche circulante.

Nous envisageons avec nos collègues du CRASH, de reprendre sur ces deux sujets un travail d'épidémiologie critique sur l'utilisation politique de la prévalence de la malnutrition et de l'incidence des cas de choléra.

Epidémies de rougeole

Nous avons eu de nombreuses discussions dans le passé sur l'impact de la vaccination de masse en réponse à une épidémie. Nous avions ainsi modélisé pour prioriser les zones de réponse par la vaccination. Ces incertitudes nous ont amené à mettre sur pieds un projet de surveillance, avec des épidémiologistes positionnés sur place. Cela devrait nous permettre de mieux définir des zones de vaccination préemptives et réactives, de mener des enquêtes de séroprévalence, de piloter la réponse (ressources, courbes épidémiques, coûts engagés, etc.), et de conduire des études de validation de tests diagnostiques. Néanmoins ce projet a été revu à la baisse par rapport à son ambition géographique initiale.

Epidémie d'Ebola en RDC

Deux nouvelles épidémies se sont déclarées en RDC en 2018. Nous y assurons un rôle de coordination et centralisation des informations sur l'évolution de l'épidémie en lien avec le Ministère de la Santé et l'OMS. Nous avons également mis en place une base de données de patients dans les structures de soins. Il a néanmoins été difficile de correctement collecter et analyser toute l'information nécessaire aux équipes. Nous avons contribué par ailleurs au design et à la mise en place de l'essai clinique comparant quatre différentes molécules pour les patients admis en centres de soins.

Traitement de la malnutrition aiguë

Notre essai comparant l'effet sur la récupération nutritionnelle de la distribution mensuelle et de la distribution hebdomadaire des nourritures prêtes à l'emploi chez les enfants de 6 mois à 5 ans atteints de malnutrition aiguë sévère non compliquée a débuté en janvier 2018 à Sokoto au Nigéria. Ce projet conduit par notre équipe du centre du Niger a reçu le soutien de la Child Investment Fund Foundation et de MSF OCA localement. Cette étude, qui a déjà montré l'absence de risque chez les enfants suivis, sera poursuivie en 2019. Elle a une forte valeur de démonstration pour l'élaboration d'une politique de prise en charge reconnue notamment par l'OMS.

Stratégie diagnostique de la tuberculose chez l'enfant

La tuberculose représente une cause importante de morbidité et de mortalité chez l'enfant. Nous sommes associés à un consortium financé par UNITAID et associant notamment l'IRD, notre principal partenaire sur le sujet en Ouganda. Ce projet comprend plusieurs volets d'étude sur la décentralisation du diagnostic tels qu'un algorithme spécifique chez les enfants séropositifs et malnutris, la détection systématique chez les enfants hospitalisés pour pneumopathie sévère ou encore le coût efficacité de telles mesures des solutions retenues.

Vaccin Ebola

Nous sommes investigateurs en Ouganda d'une étude qui devrait débuter en 2019 ayant pour objectif d'évaluer la mise en œuvre, l'innocuité et l'immunogénicité d'un candidat vaccin contre Ebola (vaccin avec stratégie prime boost de Janssen). Nous avons été moteurs dans les négociations entre les partenaires et nous allons être chargés de la conduite de l'étude dans notre centre en Ouganda. Cette implication nous amène à considérer notre investissement dans une étude similaire en RDC dans le cadre de la réponse à l'épidémie d'Ebola.

Vaccin méningite pan-sérotype

Nous avons communément décidé avec MSF OCP de nous engager dans la conduite d'une étude immunologique chez les enfants de moins de 2 ans afin de contribuer à l'inclusion d'un vaccin conjugué pan-sérotype contre le méningocoque dans les PEV (plans élargis de vaccination) et lors de campagnes vaccinales. Cette étude nécessite un financement important que nous nous sommes engagés, avec MSF, à rechercher. Il y a en effet un soutien international à ce projet et une attente de la part des acteurs impliqués dans la réponse aux épidémies récurrentes de méningite au Sahel.

Etude sur le Kwashiorkor

Les mécanismes physiopathologiques du kwashiorkor sont encore mal connus. Nous avons lancé fin 2018 une étude exploratoire des mécanismes possibles de la survenue de syndrome en nous appuyant avec notre partenaire de l'Université de Gand sur les méthodes de métagénomiques et métabolomiques en particulier. Ces résultats sont inclus dans une étude cas-témoin comparant ces enfants avec des enfants atteints avec la forme marasmique de la malnutrition et des enfants non malnutris.

☐ Pour le Département d'Appui et de Support Opérationnel

Trois grands chantiers sont à l'œuvre. Deux concernent le développement d'outils, de communication d'une part, et notamment notre nouveau site web et notre nouvelle typologie de projets, et collaboratifs d'autre part, avec Epilink (intranet). Le troisième chantier est l'élaboration et la mise en place d'un SIRH (Système d'Information Ressources Humaines) facilitant la gestion des recrutements, des notes de frais, des absences et du dossier RH partagé. Par ailleurs de nouvelles compétences ont été intégrées au département, en informatique, ressources humaines ainsi qu'une juriste en raison d'une trop grande charge de travail qu'imposait le développement de partenariats sur nos collègues de MSF.

☐ Déménagement

L'année 2019 verra l'équipe de Paris rejoindre nos collègues de MSF dans le bâtiment de l'avenue Jean Jaurès. Si nous pensons que notre communication avec le centre opérationnel de Paris s'en trouvera améliorée nous retenons

trois points d'attention : un risque de dispersion chronophage, la préservation de notre identité, dans MSF et vis-à-vis de l'extérieur, et la préoccupation ne pas entamer notre autonomie par une mutualisation trop poussée.

☐ Exercice 2018 :

Le résultat de l'exercice s'établit à -6,8 k€ ce qui est en adéquation avec l'objectif financier d'Epicentre d'équilibrer ses comptes.

Les charges sont stables par rapport à l'exercice précédent et s'élèvent à 15 580 k€ contre 15 533 k€ pour l'exercice 2017, soit une hausse de 47 k€ (0,3%).

De façon concomitante, les produits augmentent également en passant de 15 554 k€ en 2017 à 15 573 k€ en 2018 soit une hausse de 19 K€ (0.1%).

☐ Ressources Humaines

Les ressources humaines en équivalent temps plein (ETP) :

	2018
Directeurs	4,0
Épidémiologistes	51,5
Formation	5,2
Administration & Support Paris	17,2
Total Paris + Postes OC	**77,9**

Aweil, Soudan Du Sud
Photographe : **William Davies**

Répertoire

Antennes régionales de la section française

Alsace Lorraine (Strasbourg)
Chez l'association Quai N°10
12 rue de la Division Leclerc
67000 Strasbourg
Tél : 06 16 72 27 17
email : MSF-Strasbourg@msf.org

Permanence
sur rendez-vous.

Réunion d'information
mensuelle

Réunion d'équipe
mensuelle

Languedoc-Roussillon (Montpellier)
4 rue Chaptal
34000 Montpellier
Tél : 04 67 58 61 56
e.mail : MSF-Montpellier@msf.org

Aquitaine (Bordeaux)
73, avenue d'Arès
33200 Bordeaux
Tél : 05 56 98 30 83 ou 05 56 51 86 86
email : MSF-Bordeaux-antenne@msf.org

Permanences
mardi et jeudi de 15h à 19h

Midi-Pyrénées (Toulouse)
15, rue de la Colombette
31000 Toulouse
Tél : 05 34 41 10 25
email : MSF-Toulouse@msf.org

Permanences
lundi et mercredi de 17h à 19h

Réunion Information Recrutement
3e lundi du mois à 21h

Rhône-Alpes (Lyon)
11, rue Franklin
69002 Lyon
Tél : 04 78 42 86 50
email : MSF-Lyon@msf.org

Permanences
mardi de 18h à 20h

Réunions d'informations
se renseigner

Champagne Ardenne (Reims)
Maison de la Vie Associative
122 rue du Barbâtre
51100 Reims
Tél: 06 37 43 80 18
email : msf-reims@msf.org

Permanences
jeudi de 14h à 17h

Provence Alpes Côte d'Azur / Corse (Marseille)
94, avenue du Prado - 13008 Marseille
email : MSF-Marseille@msf.org

Permanences
1er vendredi du mois de 18h à 20h

Réunion d'information
3e vendredi du mois à 19h

Pour rencontrer les membres de l'antenne
prendre rendez-vous par mail

Réseau associatif régional - Nantes
email : MSF-Nantes@msf.org

Réseau associatif - Ile de la Réunion
email : MSF-iledelareunion@msf.org

Bases logistiques

BELGIQUE

MSF Supply
Chaussée de Vilvorde /
Vilvoordsestweg 140
1120 Neder-Over-Heembeek - BELGIUM
Tél. : +32 (0)2 249.10.00 (réception)
Fax : +32 (0)2 249. 10.01 (fax)
e-mail : office-msfsupply@brussels.msf.org
http://www.msfsupply.be

FRANCE

Médecins Sans Frontières Logistique
3, rue du Domaine de la Fontaine
33700 MERIGNAC
Tél. : 00 33 5 56 13 73 73
Fax : 00 33 5 56 13 73 74
e-mail : office@bordeaux.msf.org
site web : http://www.msflogistique.org

Associations internationales

INTERNATIONAL

78 rue de Lausanne, Case Postale 1116
1211 Geneva 21
Switzerland
Tél : +41 22 849 8484
http://www.msf.org
Fax : +41 22 849 8404

Humanitarian Advocacy and
Representation team (UN, African Union,
ASEAN, EU, Middle East)
Tél : +41 22 849 8484
Fax : +41 22 849 8404

MSF Access Campaign

78 rue de Lausanne,
Case Postale 1116
1211 Geneva 21
SUISSE
Tél : 41 22 849 8405
www.msfaccess.org

AFRIQUE DU SUD

70 Fox Street, 7th Floor
Zurich House,
Johannesburg, 2001
AFRIQUE DU SUD
Tél : +27 11 403 44 40
Fax : +27 11 403 44 43
e-mail :
association-coordinator@joburg.msf.org
Fax : +27 11 403 44 43
www.msf.org.za

ALLEMAGNE

Am Köllnischen Park 1
10179 Berlin
ALLEMAGNE
Tél : +49 30 700 13 00
e-mail : office@berlin.msf.org
Tél : +49 30 700 13 03 40
Fax : +49 30 700 13 03 40
www.aerzte-ohne-grenzen.de

AUSTRALIE

Level 4, 1-9 Glebe Point Road
Glebe NSW 2037
AUSTRALIE
Tél : +61 28 570 2600
Fax : +61 28 570 2699
e-mail : office@sydney.msf.org
www.msf.org.au

AUTRICHE

Taborstraße 10 - A-1020 Vienna
AUTRICHE
Tél : +43 1 409 7276
office@aerzte-ohne-grenzen.at
Fax : +43 1 409 7276/40
www.aerzte-ohne-grenzen.at

BELGIQUE

Rue de l'Arbre Bénit 46
1050 Brussels
BELGIQUE
Tél : +32 2 474 74 74
www.msf-azg.be
Fax : +32 2 474 75 75

BRÉSIL

135, Avenida Rio Branco
11 andar - Centro - Rio de Janeiro RJ
CEP 20040-912
BRESIL
Tél : +55 21 3527 3636
Fax : +55 21 3527 3641
e-mail : associativomsfbr@gmail.com
www.msf.org.br

CANADA

720 Spadina Avenue, Suite 402
Toronto - Ontario M5S 2T9
CANADA
Tél : +1 416 964 0619
Fax : +1 416 963 8707
e-mail : msfcan@msf.ca
www.msf.ca

DANEMARK

Strandlodsvej 44, 2nd floor
2300 Copenhangen S
DANEMARK
Tél : +45 39 77 56 00
e-mail : info@msf.dk
Fax : +45 39 77 56 01
http://msf.dk

ESPAGNE

Nou de la Rambla 26
08001 Barcelona
ESPAGNE
Tél : +34 93 304 6100
Fax : +34 93 304 6102
e-mail : oficina@barcelona.msf.org
www.msf.es

FRANCE

8, rue Saint Sabin
75011 Paris
FRANCE
Tél : +33 1 40 21 29 29
Fax : +33 1 48 06 68 68
e-mail : office@paris.msf.org
www.msf.fr

GRÈCE

15 Xenias St.
115 27 Athens
GRÈCE
Tél : +30 210 5 200 500
Fax : +30 210 5 200 503
e-mail : info@msf.gr
www.msf.gr

HOLLANDE

Plantage Middenlaan 14
1018 DD Amsterdam
PAYS BAS
Tél : +31 20 520 8700
Fax : +31 20 620 5170
e-mail : info@amsterdam.msf.org
www.artsenzondergrenzen.nl

HONG KONG

22/F Pacific Plaza
410-418 Des Voeux Road West
Sai Wan
HONG KONG
Tél : +852 2959 4229
Fax : +852 2337 5442
e-mail : office@msf.org.hk
www.msf.org.hk

ITALIE

Via Magenta 5
00185 Rome
ITALIE
Tél : +39 06 88 80 60 00
Fax : +39 06 88 80 60 20
e-mail : msf@msf.it
www.medicisenzafrontiere.it

JAPON

3rd Fl. Forecast Waseda First
1-1 Babashita-cho
Shinjuku-ku
Tokyo 162-0045
JAPON
Tél : +81 3 5286 6123
Fax : +81 3 5286 6124
e-mail : office@tokyo.msf.org
www.msf.or.jp

LUXEMBOURG

68, rue de Gasperich
L-1617 Luxembourg
LUXEMBOURG
Tél : +352 33 25 15
Fax : +352 33 51 33
e-mail : info@msf.lu
www.msf.lu

NORVÈGE

Hausmannsgate 6
0186 Oslo
NORVÈGE
Tél : +47 23 31 66 00
Fax : +47 23 31 66 01
e-mail : epost@legerutengrenser.no
www.legerutengrenser.no

ROYAUME UNI

Lower Ground Floor, Chancery Exchange
10 Furnival Street
LONDON EC4A 1AB
ROYAUME UNI
Tél : +44 20 7404 6600
Fax : +44 207 404 4466
e-mail : office-ldn@london.msf.org
www.msf.org.uk

SUÈDE

Fredsborgsgatan 24
4 trappor - Box 47021
100 74 Stockholm
SUÈDE
Tél : +46 10 199 33 00
Fax : +46 10 199 32 01
e-mail : info.sweden@msf.org
www.lakareutangranser.se

SUISSE

78 rue de Lausanne
CP 116
CH-1211 Geneva 21
SUISSE
Tél : +41 22 849 84 84
Fax : +41 22 849 84 88
e-mail : office-gva@geneva.msf.org
www.msf.ch

USA

40 Rector Street, 16th Floor
New York NY 10006
USA
Tél : +1 212 679 6800
Fax : +1 212 679 7016
e-mail : info@doctorswithoutborders.org
www.doctorswithoutborders.org

Bureaux MSF

ARGENTINE
Carlos Pellegrini 587, 11th floor
C1009ABK
Ciudad de Buenos Aires
ARGENTINA
Tél. : +54 11 5290 9991 | info@msf.org.ar
www.msf.org.ar

CHINE
2-3-31, SanLiTun Diplomatic Residence Compound
SanLiTun Dong San Jie
Chaoyang District 100600
Beijing – China
Tél. : +86 10 8532 6717

CORÉE DU SUD
5 Floor Joy Tower B/D
7 Teheran Road 37-gil
Gangnam-gu
Seoul 135-915
SOUTH KOREA
Tél. : +82 2 3703 3500 | office@seoul.msf.org
Fax : +82 2-3703 3502 | www.msf.or.kr

EMIRATS ARABES UNIS
Concorde Tower, Suite 2511-2514, Dubai Media City.
P.O. Box 65650, Dubai, UAE
Tél : +971 4457 9255
Fax : +971 4457 9155
office-dubai@msf.org
www.msf-me.org

FINLANDE
Lintulahdenkatu 10
00500 Helsinki
FINLAND
Tél : +358 447 247 387

INDE
AISF Building, 1st & 2nd Floor
Amar Colony, Lajpat Nagar IV
New Delhi 110024
INDIA
Tél : +91 11 490 10 000
Fax : +91 11 465 08 020
india.office.hrm@new-delhi.msf.org
www.msfindia.in

IRLANDE
9–11 Upper Baggot Street
Dublin 4
IRELAND
Tél : +353 1 660 3337
Fax : +353 1 660 6623
office.dublin@dublin.msf.org
www.msf.ie

LIBAN
Tél : +96 170 503 551

MEXIQUE
Cuauhtémoc #16 Terraza
Col. Doctores
CP06720
Mexico
Tél : +52 55 5256 4139
msfch-mexico@geneva.msf.org
Fax : +52 55 5264 2557
www.msf.mx

RÉPUBLIQUE TCHÈQUE
Lékař i bez hranic, o.p.s
Seifertova 555/47
130 00 Prague 3 – Žižkov
Czech Republic
Tél. : +420 257 090 150
office@lekari-bez-hranic.cz
www.lekari-bez-hranic.cz

RUSSIE
16 Malaya Dmitrovka street
127006 Moscow – Russian Federation
Tél. : +7 916 871 0451

TAIWAN
6F, No.6 Sec.4
Xinyi Rd, Da-an District
Taipei – Taiwan 10683
T +886 2 555 11 266

URUGUAY

SINGAPOUR

Membres du Conseil d'Administration International 2018

Joanne Liu
joanne.liu@geneva.msf.org
MSF International President

Aine Markham
aine.markham@brussels.msf.org
IGA elected member

Bertrand Draguez
bertrand.draguez@brussels.msf.org
MSF Belgium President/chair OCB board

Mego Terzian
mego.terzian@paris.msf.org
MSF France President

Tejshri Shah
tejshri.shah@london.msf.org
MSF UK President/chair OCA council

David Noguera
david.noguera@barcelona.msf.org
MSF Spain President

Reveka Papadopoulou
Reveka Papadopoulou@geneva.msf.org
MSF Switzerland President

Bruce Lampart
bruce.lampard@geneva.msf.org
IGA elected member

Ingrid Johansen
ingrid.johansen@geneva.msf.org
IGA elected member

Pete Buth
pete.buth@geneva.msf.org
IGA elected member

Rachel Kiddell-Monroe
rachel.kiddell-monroe@geneva.msf.org
IGA elected member

Andrew Cunningham
andrew.cunningham@london.msf.org
IGA elected member

Yvan Legris
yvan.legris@geneva.msf.org
International Treasurer (non-voting)

Composition du Conseil d'administration issu de l'AG 2018 (15 membres élus)

Président	Dr Méguerditch TARAZIAN dit Mégo TERZIAN (élu en 2016, sort en 2019)
Vice-présidente	Dr Véronique URBANIAK (élue en 2018, sort en 2021)
Vice-président	Guillaume LE GALLAIS (élu en 2016, sort en 2019)
Trésorier	Michel COJEAN (élu en 2017 sort en 2020)
Secrétaire Général	Gabriel TRUJILLO (élu en 2017, sort en 2020)
Membres	Denis GOUZERH (élu en 2018, sort en 2021) Xavier LASSALLE (élu en 2018, sort en 2021) Yann MENS (élu en 2018, sort en 2021) Emmanuel DROUHIN (élu en 2018, sort en 2021) Dr Luc FREJACQUES (élu en 2016, sort en 2019) Dr Isabelle ANDRIEUX-MEYER (élue en 2017, sort en 2020) Dr Jean BRANELLEC (élu en 2017, sort en 2020) Anne YZEBE (élue en 2017, sort en 2020) Dr Michel ALLARD (élu en 2017, termine le mandat de G. Séroux, élue en 2016, sort en 2019) Sylvie CUSSET (termine le mandat de A. Leplatois élue en 2016, sort en 2019)
Membre coopté	Dr Alexandra N'GORAN (sort en 2019)
Représentants des sections partenaires	Dr John LAWRENCE - MSF USA Dr Stewart CONDON - MSF Australie Dr Hiroyuki KATO – MSF Japon

5 postes sont à pourvoir pour l'AG 2019

Abréviations

ACT	Polythérapies à base d'artémisinine *(Artemisinin-based combination therapies)*
AGI	Assemblée générale internationale
ARV	Antirétroviraux
ART	Traitement antirétroviral
BRICS	Brésil, Russie, Inde, Chine, Afrique du Sud
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 *(Drugs for Neglected Diseases initiative)*
DR-TB	Tuberculose résistante
EAU	Émirats arabes unis
HepC	Hépatite C
ICU	Unité de soins intensifs
IDP	Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays
MDR-TB	Tuberculose multi-résistante
MLT	Moyen et long terme
MoH	Ministère de la Santé *(Ministry of Health)*
NCD/MNT	Maladies non transmissibles *(Non communicable diseases)*
NFI	Article non alimentaire *(Non-food item)*
OC	Centre opérationnel *(Operational center)*
OCA	Centre opérationnel d'Amsterdam *(Operational center Amsterdam)*
OCB	Centre opérationnel de Bruxelles *(Operational center Brussels)*
OCBA	Centre opérationnel de Barcelone *(Operational center Barcelona)*
OCG	Centre opérationnel de Genève *(Operational center Geneva)*
OCP	Centre opérationnel de Paris *(Operational center Paris)*
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PN	Personnel national
R&D	Recherche et développement
AMR	Résistance antimicrobienne
ABR	Résistance aux antibiotiques
RCA	République centrafricaine
RDC	République démocratique du Congo
RH	Ressources humaines
RSA	Accord de partage des ressources
TB	Tuberculose
SEEAP	Asie de l'Est, du Sud-Est et du Pacifique
SGBV	Violences sexuelles *(Sexual and gender based violence)*
VVS	Victimes de violences sexuelles

Cholera vaccination à Kyangwali, OUGANDA
Photographe : **Geraint Hill**

MEDECINS SANS FRONTIERES

8, rue Saint-Sabin 75011 Paris • Téléphone : +33 (0)1 40 21 29 29