RAPPORT ANNUEL 2019

26 septembre 2020

www.msf.fr

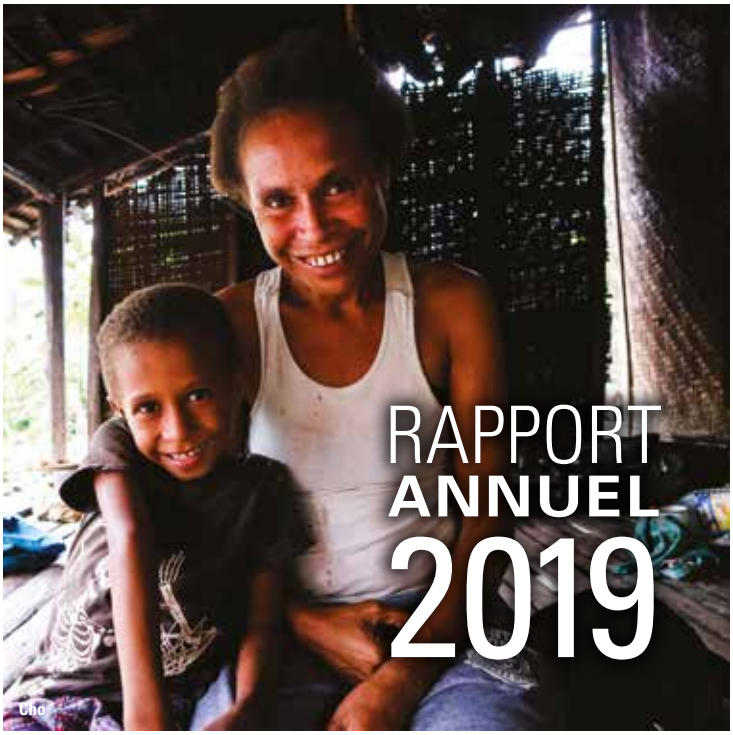
Dasht-e-Barchi - Afghanistan - Photographe : Sandra Calligaro

49e Assemblée générale de Médecins Sans Frontières

MEDECINS SANS FRONTIERES

Assemblée générale en ligne

49e Assemblée générale de Médecins Sans Frontières



Papouasie - Nouvelle-Guinée
Photographe : Sara Bechstein

MEDECINS SANS FRONTIERES

49e Assemblée générale de Médecins Sans Frontières

Projet Tondo - Philippines
Photographe : Melanie Wenger

SOMMAIRE

Introduction 5

Charte 7

Rapport d'activités 2019 9

Les orientations du Plan Stratégique 2017-2019 11

Faits marquants 2019 et Perspectives 2020 13

1. Le portefeuille d'activités et la dynamique opérationnelle 13
2. Les urgences 15
3. Les projets en zones de conflits 15
4. La réponse aux endémies et épidémies 18
5. Violences hors conflits 19
6. Les problématiques médicales 20
7. Les prises de paroles marquantes 21
8. Les ressources humaines 24
9. Evaluation et retour d'expérience 26
10. Déménagement du siège parisien 27

Rapport du trésorier 2019 29

Les missions de A à Z 37

Les satellites de Médecins Sans Frontières 149

Répertoire 183

Province centrale du Kongo - RDC
Photographe : Solen Mourlon

Introduction

Ce document est un descriptif des activités de la section française de Médecins Sans Frontières pour l'année 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 du 26 septembre 2020, avec le rapport moral du président, le rapport financier du trésorier et la composition du nouveau conseil d'administration issu du vote du 26 septembre pour devenir le Rapport Annuel 2019 qui sera disponible au siège de Médecins Sans Frontières.

Cette assemblée générale 2020, qui se tient en ligne à cause de l'épidémie de Covid19, est la 49ème 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.

Zahle - Liban
Photographe : Joffrey Monnier

Rapport d'activités 2019

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 2019 et Perspectives 2020

1. Le portefeuille d'activités et la dynamique opérationnelle

Dépenses opérationnelles

en millions d'euros	2018	2019	Croissance
Projets	176,4	181 ,5	*2,9%*
Coordinations et autres supports[1]	49,0	47,5	*-3,1%*
Consultations, recherches épidémiologiques et autres dépenses	10,8	10,0	*-7,4%*
Total dépenses missions de l'associaton[2]	236,2	239,0	*1,2%*

Les dépenses opérationnelles se sont élevées à 261,5 M€ en 2019 après une année 2018 à 255,8 M€. Au sein de ces 261,5 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 239,0 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 s'établissent à 20% des dépenses de missions hors dépenses engagées pour le compte des autres, soit une diminution d'un point par rapport à 2018.

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 à 6,8 M€.

[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.

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 181,5 M€ de dépenses de projet, 80% des dépenses de projets se concentrent sur des populations victimes de conflits armés ou d'épidémies/endémies et 20% sur des contextes de violence sociale, d'exclusion des soins ou de catastrophes naturelles.

en millions d'euros	2018	2019	Croissance
Interventions auprès de victimes de conflits	100,8	104,0	*3,2%*
Interventions en réponse aux épidémies/endémies	33,7	41,2	*22,3%*
Interventions en réponse aux catastrophes naturelles	0,0	1,1	*n/a*
Interventions auprès des victimes d'exclusion des soins ou de violence sociale	41,9	35,2	*-16,0%*
Total	176,4	181,5	*2,9%*

Dynamique opérationnelle

Présent dans 33 pays (ouverture du Burkina Fasso) avec 88 projets, MSF OCP a consolidé son ambition de maintenir un portefeuille opérationnel diversifié, avec une présence dans la plupart des conflits majeurs, et la capacité de répondre aux besoins des personnes touchées par les maladies épidémiques et endémiques.

L'ouverture du projet tuberculose au Pakistan n'a pas pu voir le jour cette année mais les négociations sont en cours.

Les réponses aux épidémies d'Ebola et de rougeole en RDC ont été les interventions les plus marquantes cette année sur les épidémies. Notre présence opérationnelle reste toujours majeure au Yémen, en République Centrafricaine, au Soudan du Sud, au Nigeria et en République Démocratique du Congo.

Parmi les 88 projets de l'année 2019, il y a eu 19 ouvertures de projets/activités et 22 fermetures, avec l'ouverture d'un nouveau pays.

Ouvertures et réorientations

Afghanistan : Herat (ouverture de la nutrition)

Burkina Fasso : Loroum

Haïti : Tabarre

Iran : réponse aux inondations

Tchad :
- Réponse de méningite
- N'djamena (rougeole)
- Bousso (rougeole)
- Bodo (rougeole)

RDC :
- Rougeole, Congo Central
- Vaccination Ebola
- Ebola Kayna/Lubero
- Centre de traitement Ebola à Beni
- Vaccination Rougeole Lulalaba
- Vaccination avec le vaccin J&J

Libye : Nafusa

Mozambique : Urgence cyclone

Niger : vaccination rougeole/méningite à Maradi

Nigeria : vaccination rougeole à Maiduguri

Colombie : mission exploratoire-action 4 mois sur les migrants de La Guarija

Missions exploratoires

Vénézuela : pas d'ouverture
Soudan : ouverture en 2020
Bassin du Lac Tchad

Fermetures

Arménie
Côte d'Ivoire
Abkhazie
Tchad (les 4 réponses d'urgence aux épidémies)

Irak : Erbil

Jordanie : l'unité de néonatologie d'Irbid

Iran : réponse aux inondations

RDC :
- Katwa
- Kayna
- Rougeole Haut Lomami
- Choléra Lubumbashi
- Vaccination Lulalaba

Niger : Maine Sora

Nigeria : Bama

Mozambique
Colombie
Soudan du Sud : Yida

Yémen :
- Hodeida (passation à OCG)
- Mocha (passation à OCB)

Activités médicales

en millions d'euros	2018	2019	Variation
Hospitalisations	195 350	219 074	*+12%*
Consultations	2 303 967	2 142 889	- 7%
Interventions chirurgicales (sans césariennes)	31 800	35 287	+11%
Césariennes	4 335	5 464	+26%
Accouchements par voie basse	48 565	49 780	+3%
Consultations anténatales	142 000	121 974	-14%
Vaccination de routine (tous antigènes)	993 573	946 278	-5%
Patients VIH 1re ligne	24 342	29 640	+22%
Patients VIH 2nde et 3ème ligne	5 861	6 587	+12%
Tuberculose – nb de patients	4 622	5 297	+15%
Tuberculose multirésistante – nb de patients	120	121	stable
Hépatite C – nb de patients sous traitement	8 395	4 714	- 44%
Interruptions de grossesse	1 196	2 002	+67%
Consultations de santé mentale	91 397	91 660	stable

2. Les urgences

27 interventions ou projets d'urgence ont eu lieu en 2019, dont une partie gérée directement par la cellule des urgences (10) et les autres par les cellules régulières sur l'enveloppe des urgences. Ces interventions sont décrites dans les fiches pays qui figurent plus loin dans ce rapport d'activités :

Sous la cellule des urgences :

RDC Katanga :
- Choléra Lumbumbashi
- Rougeole Haut Lomami
- Vaccination Rougeole Lulalaba
- Urgepi

RDC Ebola :
- Beni Centre de traitement Ebola
- Lubero
- Katwa
- Ebola Kayna

RDC : rougeole Congo Central

Urgence cyclone Mozambique

(Mission exploratoire Soudan)

Sous la cellule régulière :

Gaza : Accès aux soins et prise en charge des blessés à Gaza

Aden

Choléra Yémen

Mocha

Hodeida

Rougeole Maiduguri

Herat

Tchad :
- Crise nutritionnelle
- Réponse de méningite
- N'djamena (rougeole)
- Bousso (rougeole)
- Bodo (rougeole)

Niger : vaccination rougeole/méningite

Iran : réponse aux inondations

Libye : Nafussa mountains

Burkina Faso : Loroum déplacés

3. Les projets en zones de conflits

43 projets sur 88 ont lieu en zones de conflits ou zones d'insécurité. Parmi ceux-ci, 35 projets prennent directement en charge les victimes de conflits.

Le portfolio opérationnel d'OCP reste divisé équitablement entre contextes stables (45 projets) et zones de conflits ou d'insécurité majeure (43).

Le Sahel, le Moyen Orient et l'Afghanistan sont toujours les zones et pays où les enjeux opérationnels et sécuritaires sont les plus complexes.

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 :

Burkina Faso

Le Burkina qui fut longtemps préservé des conflits fait face à l'influence des groupes armés jihadistes qui ne cessent de s'étendre dans la région ce qui s'est traduit par une augmentation des violences cette année. Celles-ci ont entrainé d'importants déplacements de populations passant de 290 000 déplacés au mois de septembre 2019 à 490 000 à la fin du mois d'octobre. Les autorités ont instauré l'état d'urgence dans 14 provinces des 3 régions du nord mais aussi de la Boucle du Mouhoun et de la région Est qui connaissent elles aussi de plus en plus de violences et de déplacements de populations. C'est dans ce cadre que le projet de Lorum ouvre en décembre 2019 pour la prise en charge des déplacés dans la région de Titao.

République Centrafricaine (RCA)

Quatre projets se poursuivent malgré le niveau d'insécurité et les violences exercées contre la population et les ONG. Un Centrafricain sur cinq est déplacé dans son pays. Les enjeux opérationnels restent énormes dans un environnement toujours aussi dangereux où tout est à faire.

Yémen

Le pays a connu encore cette année une instabilité de plus en plus marquante avec une dégradation de la sécurité dans le sud. L'hôpital d'Aden a dû être fermé temporairement à cause du kidnapping et de l'assassinat d'un de nos patients. Les menaces de kidnapping ont été particulièrement importantes

cette année. L'accès au Nord est toujours aussi complexe avec de nombreux blocages tant administratifs que sécuritaires. Le volume et la qualité de nos opérations y sont remarquables grâce à l'excellente collaboration entre les équipes.

Palestine

MSF a poursuivi et renforcé ses projets de Cisjordanie et de Gaza en 2019. Les soins spécialisés en santé mentale et en ostéomyélite restent deux domaines non couverts en Palestine. La stabilisation des activités sur les 4 cliniques de Gaza se poursuit ainsi que sur l'unité d'ostéomyélite de Dar Es Salam. La réhabilitation de l'hôpital Nasser est en cours et le transfert des activités prévu pour 2020. La possibilité de s'impliquer différemment sur la prise en charge des brûlés sera revue par les équipes en 2020.

Afghanistan

Les principaux enjeux opérationnels ont été liés à l'exposition des équipes MSF nationales et internationales aux risques liés à la présence de l'Etat Islamique particulièrement à Kaboul. Plusieurs visites et discussions ont eu lieu en 2019 et la poursuite des activités à Dasht-e-Barchi a été décidée, tout en limitant le volume des activités et le nombre de personnel. En coordination, la sécurité passive a été améliorée, les mouvements d'équipe diminués ainsi que le nombre d'expatriés. Par contre, le travail sur la réduction du personnel national n'a pas commencé.
Le projet de Herat a été diversifié avec une implication sur la nutrition, notamment chez les enfants de moins de 6 mois. La présence de MSF sur la salle d'urgence s'est terminée à la fin de l'année.

Mali

La situation sécuritaire continue à se dégrader avec à la fois, une multiplication des attaques par les groupes djihadistes sur des cibles militaires et civiles et un développement des conflits intercommunautaires ciblant principalement les populations peuhls. Si le projet de Tenenkou constitue un enjeu quotidien en termes de gestion de la sécurité et d'accès aux populations, le projet de Koutiala reste aussi soumis à des influences de groupes radicaux même si on n'en déplore pas d'incidents à ce jour.
L'ouverture de l'unité de soins pédiatriques (travaux débutés en 2017) de 185 lits a eu lieu en août 2019 et devrait permettre d'améliorer la qualité de notre prise en charge.

Niger et Nigeria

Les activités sur ces deux pays frontaliers sont de plus en plus complexes du fait de l'insécurité grandissante. 2019 a vu une réorganisation et un changement de stratégie des groupes radicaux ISWAP et Boko Haram visant les humanitaires et étrangers. On dénombre 55 incidents contre les ONG en 2019 avec plusieurs ONG victimes de kidnappings et d'assassinats.
Le projet de Manie Sora au Niger a dû fermer suite à l'attaque de notre bureau et à l'impossibilité de négocier notre espace avec les groupes armés.

République Démocratique du Congo (RDC)
Les ambitions de cette année ont été d'améliorer la qualité de prise en charge des urgences médicales et chirurgicales dans un contexte d'épidémie à virus Ebola. Les activités dans le petit nord Kivu ont été stabilisées (Rutshuru, Bambu et Kibirizi) tandis que la prise en charge des malades d'Ebola s'est étendue dans la région du grand nord Kivu (Beni, Kayna et Lubero) avec l'ouverture du centre de traitement Ebola à Beni en septembre 2019 et la participation à la vaccination Merck et J&J .

Soudan du Sud

L'accord de paix signé en septembre 2018 a relativement bien tenu en 2019 malgré des clashes réguliers et des violences inter-communautaires.
Suite à la fermeture du projet de Yida, MSF reste présent avec deux projets : Old Fangak (hôpital, médecine générale et chirurgie) et hôpital d'Aweil (pédiatrie et maternité).

Soudan
Après avoir été expulsés du Soudan en 2009 et suite à de longues négociations, une mission exploratoire a finalement pu se faire en fin d'année. La proposition de se réinvestir sur l'orphelinat de Mygoma est en discussion pour une ouverture en 2020.

Irak

La situation en Irak est marquée de nouveau par une instabilité croissante, entre crise politique au sud et à Bagdad, regain d'activité de l'Etat Islamique et guerre par proxy entre les USA et l'Iran. Des manifestations sont réprimées brutalement faisant

de nombreux morts et blessés dont certains sont pris en charge dans la partie hospitalière du centre de rééducation à Bagdad.
Deux projets sont menés en 2019 mais il est prévu une passation des activités de l'hôpital de Qayyarah aux autorités locales, l'exposition aux risques et les menaces étant trop importantes. Le lien entre Amman et le centre de rééducation sur Bagdad ont été nettement améliorés ainsi que les relations avec les hôpitaux de Bagdad.

Jordanie

L'activité du projet de chirurgie reconstructive d'Amman est stable avec environ 600 patients admis chaque année. Malgré les contraintes administratives et logistiques, plus de 27 patients en provenance de Gaza ont été admis. Un des objectifs pour les mois à venir est de repenser le rôle et le positionnement régional d'Amman en lien avec l'amélioration des possibilités de chirurgie reconstructive et de l'évolution des contextes en Irak, à Gaza et à Aden.

Syrie

Les activités régulières se poursuivent mais la fin de l'année est marquée par une dégradation de la situation à Idlib avec une intensification des offensives du gouvernement syrien et de la Russie sur la province depuis la mi-décembre. Les mouvements de population sont importants avec plus de 250 000 déplacés sur la région. Se rajoutent à la question de sécurité de nos équipes de graves difficultés d'acheminement des commandes internationales via la Turquie.

Liban

Le partenariat avec WAHA a pris fin en début d'année et MSF concentre son activité sur l'hôpital pédiatrique de Zhale. La situation politique et économique du pays se détériore depuis mi-octobre 2019 avec des nombreuses manifestations qui ont poussé le gouvernement à démissionner.

Haïti

A la suite des manifestions de l'été 2018, le pays connaît une résurgence de la violence et un nouveau cycle d'instabilité politique. En février 2019, le contexte se tend avec le blocage entier du pays et le développement des actions criminelles des gangs dans les grandes villes. Le pays s'enfonce dans la crise et le système de santé déjà fragilisé a du mal à faire face. C'est dans ce contexte que OCP décide de rouvrir le centre de traumatologie de Tabarre que OCB a fermé quelques mois auparavant. Un travail commun est établi entre les équipes des deux sections pour l'ouverture de l'hôpital en novembre 2019 ; 146 patients sont opérés en quelques semaines.
La possibilité de rationnaliser les deux hôpitaux de Drouillard et Tabarre en un seul centre de traumatologie sur Port-au-Prince sera étudiée dans les mois à venir.

Sécurité

Il y a eu 12 incidents de sécurité graves en 2019 (4 en République Centrafricaine, 4 au Yémen, 1 en Irak, 1 au Niger et 2 en Ouganda). Aucun employé n'est mort lors d'un incident de sécurité mais 3 ont été blessés (Niger, Ouganda et RCA). 1 patient, à Aden, a été enlevé et assassiné à sa sortie de l'hôpital, ce qui a entraîné la suspension des admissions à l'hôpital d'Aden pour la première fois depuis le début de la guerre du Yémen.
L'un des incidents de sécurité les plus importants a été l'attaque de notre bureau dans le Maine Sora au Niger (également base des activités au Nigéria), qui a fait un blessé parmi les gardiens. L'attaque a été analysée comme un avertissement à l'égard de MSF (véhicules brûlés, rien n'a été volé) et en l'absence de conclusions concluantes concernant l'identité des auteurs, le projet a été fermé.
À Bria, en RCA, un gardien a été gravement blessé lors d'un vol à main armée. Une autre agression à Bria et la détention de 4 membres du personnel pendant plusieurs jours par la police de Bangui ont fait de la RCA le pays ayant le plus grand nombre de membres du personnel d'OCP touchés par des incidents graves.
En Ouganda, le vol au niveau du bureau à Kampala reflète l'augmentation de la criminalité dans la ville. C'est la troisième année consécutive que MSF fait face à ce type d'agression.

4. La réponse aux endémies et épidémies

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

Endémies

VIH

En 2019, MSF a soutenu 36 227 patients dans 5 pays et 8 projets, dont 7 489 en traitement de deuxième ligne et 390 en traitement de troisième ligne. Environ 4 171 ont commencé un traitement ARV.
Les objectifs clés du plan stratégique d'OCP en matière de soins du VIH ont été atteints, avec la réalisation de l'objectif «90:90:90» à Ndhiwa, au Kenya et la réorientation des projets VIH pour se concentrer sur les soins aux populations particulièrement vulnérables (enfants et adolescents, personnes suivant une thérapie antirétrovirale de deuxième et troisième lignes, etc). Le nombre de patients traités reflète cette évolution avec une légère augmentation, notamment dans les cohortes de patients en deuxième et troisième lignes. Les soins de suivi après la sortie de l'hôpital sont mis en œuvre au Kenya et en RDC.
Toutefois, certains aspects importants restent à traiter, notamment la mortalité toujours élevée due à la co-infection tuberculose/VIH, l'absence de progrès dans l'adoption du traitement de la tuberculose latente et ce malgré de nouvelles options de traitement efficaces et plus simples.

Hépatite C

Au Cambodge, l'extension du diagnostic et du traitement simplifiés des personnes atteintes d'hépatite C s'est poursuivie avec l'extension du programme à toute la province de Battambang. Fin 2019, 16 341 personnes avaient entamé un traitement depuis le début du programme (taux de guérison de 97%), soit moins que prévu initialement en raison d'aspects techniques, administratifs, de qualité et de réglementation avec le Sofosbuvir et le Daclastavir produits par Pharco, ce qui a conduit à la disqualification de la société par MSF.
A Mashad et Téhéran, en Iran, les activités de dépistage parmi une population très vulnérable se déroulent avec succès, avec une bonne adhésion probablement grâce à l'approche multidisciplinaire, mais les initiations de traitement ont été retardées en raison de problèmes d'approvisionnement. 305 patients (55% des patients virémiques) avaient commencé un traitement en décembre 2019, et 175 attendaient un traitement. Parmi les patients qui ont terminé leur traitement, le taux de guérison est de 99%, ce qui est un excellent résultat compte tenu de leurs conditions de vie.

Tuberculose

Malgré la fermeture de l'Arménie et la Géorgie, le nombre de patients traités pour la tuberculose à légèrement augmenté de 15%.
On constate également une augmentation de prise en charge en hospitalisation dans les projets VIH (Homa Bay-Kenya, Malawi, Arua-Ouganda), où la mortalité dans ce groupe est encore très élevée.
L'étude endTB a déjà eu un impact significatif sur la politique de lutte contre la tuberculose au niveau mondial. Malgré les résultats de l'étude endTB qui ont modifié les recommandations de l'OMS pour la Bedaquiline et le Delamanide, OCP n'a plus de patients inscrits à l'étude, après la fermeture de l'Arménie.

Oncologie

Les deux projets du Malawi et du Mali sont bien lancés.
Au Malawi, le traitement chirurgical du cancer du col de l'utérus a débuté vers la fin de l'année avec une dizaine de patientes opérées. Plus de 25 000 femmes ont été dépistées pour le cancer du col de l'utérus. Les consultations pour soins palliatifs ont été lancées en fin d'année avec 197 consultations en externe.

En 2019, au Mali, l'activité de soins palliatifs s'est poursuivie et renforcée avec plus de 2000 consultations. Les soins à domicile se sont développés pour 149 patients. Les plaies tumorales représentent un enjeu médical et social majeur dans ces milieux, nécessitant des soins spécifiques - réalisés avec l'appui de l'unité Plaies et Cicatrisation de l'Institut Curie.

Prise en charge multidisciplinaire de patients blessés de guerre

La prise en charge des blessés de la Grand Marche à Gaza se poursuit dans les cliniques et dans l'unité d'ostéomyélite. Les enjeux face à la

résistance aux antibiotiques (ABR), à la gestion de la douleur et sur la reconstruction sont énormes. La collaboration avec le centre d'Amman s'est améliorée tout au long de l'année. À Bagdad, bien que le modèle de réhabilitation de MSF au centre de rééducation médicale ait fait ses preuves, nous avons constaté des difficultés majeures dans la prise en charge des patients lorsque nous n'intervenons que dans la phase post-opératoire non aiguë, notamment en termes de gestion de la résistance aux antibiotiques. Le programme de chirurgie reconstructive d'Amman continue d'accepter des patients de tout le Moyen-Orient avec une proportion croissante de patients blessés du Yémen, même si des défis majeurs restent à relever en matière de références. 79 patients ont pu bénéficier de prothèses pour les membres supérieurs ou de masques de compression pour les grandes brûlures du visage imprimés en 3D depuis le début du projet. Les besoins en physiothérapie et rééducation restent primordiaux pour ces patients.

Epidémies

Ebola

Le modèle de soins décentralisé a été mis en place cette année pour que les patients soient isolés en toute sécurité et soumis à des tests de dépistage d'Ebola au plus près de leur propre communauté, mais aussi puissent recevoir des soins et des traitements adéquats pour des diagnostics différentiels.
En RDC, 826 patients ont été admis, via les six centres de santé de Beni, en isolement et 320 ont été transférés en tant que patients suspects nécessitant un niveau de soins plus élevé. 11 se sont révélés positifs au virus Ebola. Dans l'unité d'isolement de Lubero, un total de 616 patients correspondant à la définition de cas d'Ebola possibles ont été admis, dont un seul a été transféré au centre de traitement Ebola et les autres se sont révélés négatifs au test PCR et ont été traités pour d'autres pathologies. À Kayna, un total de 34 suspects ont été isolés, dont 5 ont été transférés au centre de traitement du virus Ebola.
En septembre 2019, MSF-OCP a repris d'ALIMA (The Alliance for International Medical Action) les activités du Centre de traitement Ebola (ETC) de Beni, en RDC. Fin 2019, 36 patients atteints d'Ebola ont été admis dans le centre. 35 de ces patients ont reçu une thérapie expérimentale dans le cadre de l'essai contrôlé randomisé. 56% sont sortis guéris du centre et 44% sont décédés.
MSF a été aussi impliqué dans la vaccination contre le virus Ebola avec 12 220 personnes vaccinées par nos équipes avec le rVSV-EBOV (ERVEBO®) pour la vaccination en anneau et communautaire. Nous avons aussi participé (en fin d'année) à l'étude de Johnson et Johnson sur le vaccin expérimental (Ad26.ZEBOV et MVA-BN-Filo) avec 4332 personnes vaccinées.

Choléra

En 2019, un peu moins de cas que l'année dernière ont été pris en charge (12 732 cas). Par contre il n'y a pas eu de vaccination choléra cette année.

Rougeole/méningite

Plusieurs épidémies de rougeole ont été prises en charge avec la collaboration des divers ministères de la santé. Au Tchad, 4 projets d'urgence ont été ouverts et fermés cette année. La réponse aux épidémies en RDC a continué à être importante entre l'ex Katanga et le Congo Central.
Sur les 758 730 doses de vaccin administrées en réponse à des situations épidémiques, les trois quarts l'ont été en réponse à des épidémies de rougeole en République démocratique du Congo (177 055), au Tchad (150 853), au Niger (208 640) et au Soudan du Sud (26 477). Au Tchad, MSF OCP a également répondu à une épidémie de méningite et a administré 195 697 doses de vaccin.

5. Violences hors conflits

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

Kenya et Nigéria

Dans les bidonvilles de l'Eastland, à Nairobi, nous avons poursuivi, avec les services d'ambulance, la décentralisation des soins aux survivants de violences sexuelles dans divers établissements publics et maintenu un volume élevé de victimes pris en charge par nos équipes, mais la prise en charge par le ministère de la santé n'a pas vraiment lieu car la violence sexuelle a même été reléguée

au second plan dans la stratégie du ministère de la santé du comté par rapport à d'autres problèmes de santé publique. Dans le cadre d'un projet similaire à Port Harcourt (Nigéria), nous avons fourni des soins à un nombre nettement croissant de victimes de violences sexuelles. La protection des enfants victimes de violences sexuelles est un problème majeur dans cette région, car nous n'avons pas trouvé de partenaires solides dans ce domaine.

Philippines

À Manille, la plupart des objectifs initiaux d'amélioration de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive ont été atteints et nous sommes en train de transférer le projet à notre partenaire Likhaan. Le RIDER est en train de documenter ce programme.

Libye

Malgré les énormes limites liées au contexte et à l'impact modeste de nos activités, notre présence auprès de migrants est importante en Libye. Nous sommes l'une des très rares ONG à disposer de personnel international. Nous avons étendu nos activités à des centres de détention dans les montagnes de Nafusa. En termes médical, nous avons progressé dans la prise en charge de la tuberculose chez les migrants. Les activités de protection ont permis à quelques centaines de migrants de sortir de Libye ou de démarrer les procédures de demande d'asile.

France

En France, nous avons développé nos activités d'accueil des migrants mineurs tout en continuant à plaider pour une meilleure gestion par l'Etat, notamment en essayant de faire respecter la présomption de minorité d'âge pendant le traitement des recours. En France comme en Libye, les soins de santé mentale sont une composante essentielle de nos services.

Iran

En Iran, nous maintenons notre projet à Téhéran avec des ambitions renouvelées dans la lutte contre les maladies infectieuses comme l'hépatite C chez nos patients très vulnérables, et nous avons décidé d'ouvrir un projet à Mashad pour les réfugiés afghans.

À noter que deux projets ont eu lieu dans des contextes de catastrophes naturelles.

6. Problématiques médicales

Patients gravement malades

OCP a travaillé dans 50 hôpitaux cette année avec une moyenne de 2600 lits d'hospitalisation. Dans 23 hôpitaux, il y a une activité chirurgicale, obstétrique, orthopédique ou brûlés. Un nouvel hôpital à été ouvert en Haïti ainsi que le lancement de l'activité chirurgicale pour le traitement du cancer du col de l'utérus au Malawi soutenue par un réseau d'onco-gynécologues européens. Les soins palliatifs pour les femmes atteintes de cancer du sein et du col de l'utérus se sont énormément développé au Mali et au Malawi mais aussi dans d'autres projets MSF. On estime que la question des soins palliatifs est posée et discutée dans plus de 30 projets. La prise en charge de la douleur a continué d'être améliorée que ce soit à Amman ou à Gaza où l'utilisation des opioïdes reste complexe. De nouvelles techniques d'analgésies et de soins per et post opératoires ont permis une diminution de l'utilisation des opioïdes à Gaza mais aussi sur Bangui.

Chirurgie et chirurgie reconstructive

Plusieurs faits notables sont à relever pour l'année 2019 :
En fin d'année, le démarrage d'une activité jusque-là non abordée à MSF, à savoir la prise en charge du dépistage et du traitement des cancers du col de l'utérus à Blantyre au Malawi.
La réouverture du centre de traumatologie de Tabarre à Port au Prince. Ce projet, anciennement conduit par MSF OCB avait fermé au premier semestre 2019 mais la dégradation du contexte sanitaire et sécuritaire, et dans un autre registre les besoins d'enseignement de la traumatologie d'urgence du mouvement MSF rend sa reprise justifiée.
Au Moyen-Orient l'activité reste soutenue, représentant près de 44% du total des gestes chirurgicaux. À Gaza, suite aux nombreuses fractures ouvertes balistiques de la « Marche du retour », les choses ont tardé à se mettre en place. Mais il existe maintenant une meilleure visibilité grâce au soutien apporté à un laboratoire

de bactériologie, à la meilleure définition des indications de chirurgie reconstructive et surtout la meilleure coordination avec notre projet à Amman.
Au Yémen, 2 projets ont été passés à d'autres sections MSF, Hodeïda au premier trimestre à MSF OCG et Mocha en fin d'année à MSF OCB. En parallèle, l'activité reste soutenue à Aden. À noter également qu'un bloc opératoire doit s'ouvrir au début du 2ème trimestre 2020 à Haydan dans le Nord Yémen. La chirurgie pédiatrique à Monrovia a presque doublé ses chiffres d'activité, avec l'organisation en 2019 de 3 campagnes de chirurgie spécialisée (2 de plastique et 1 d'urologie) qui ont été de réels succès. Sinon, cette année les programmes d'obstétrique et les projets spécifiquement dédiés aux brûlés augmentent leur activité, avec en parallèle un nombre de brûlés conséquents également sur les terrains généralistes.

Antibiorésistance (ABR)

En 2019, MSF OCP a 14 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. A ce jour une activité ABR est en place dans 100% des projets avec une composante traumatologique, 50 % des projets avec une composante brûlés et 50% des projets avec une composante pédiatrique. Les enjeux restent :

- Autour de la réponse aux épidémies nosocomiales et transmission intra hospitalière, problème récurrent existant dans tous nos terrains.
- Difficulté majeure à trouver des ressources humaines spécialisées aussi bien dans le personnel international que national.

Dans les projets où un programme de bon usage des antibiotiques est en place, les données sont en cohérence avec les antibiotiques recommandés par les protocoles MSF de traitement empirique ainsi que les protocoles d'antibioprophylaxie chirurgicale.

Maladie non transmissibles (MNT)

On assiste à une légère diminution du nombre de consultations (52 000 en 2018 vs 43 600 en 2019) et de projets (24 en 2019 vs 26 en 2018). Le Bangladesh reste le projet MNT le plus important et permet la prise en charge en consultation et hospitalisation de 1770 patients fin décembre 2019 principalement avec un diabète de type 2. Ces dernières années, nous intervenons dans différents contextes : prise en charge des maladies non transmis¬sibles dans les projets d'urgences (crise syrienne, Bangla¬desh, Philippines), dans les services de consultation généraux et hôpitaux en Afrique subsaharienne, prises en charge plus ciblées de patients épileptiques dans le cadre des projets de santé mentale et pathologies neurologiques au Libéria (1 341 patients) et en Ouganda (280 patients), de patients atteints de thalassémie au Liban, et de patients diabétiques (Aweil au Soudan du Sud par exemple). Depuis août 2019, la mission RCA intègre la prise en charge des affections chroniques dont les maladies non transmissibles dans les centres précédemment dédiés aux patients vivant avec le VIH et/ou la tuberculose.

7. Les prises de paroles marquantes

Yémen- Cinq ans de guerre à huis-clos

Nous avons continué nos efforts pour rendre compte de la situation au Yémen dans un contexte où l'accès d'observateurs indépendants est particulièrement limité et où l'aide humanitaire se déploie sous le contrôle strict des belligérants et dans un climat d'insécurité permanent.
Nos prises de parole ont d'abord été réactives aux événements nous affectant directement: l'annonce de la suspension de nos activités dans l'hôpital d'Aden en avril 2019 après l'enlèvement et le meurtre d'un de nos patients ; la description du véritable état de guerre dans lequel la ville d'Aden s'est retrouvée en août 2019 et les afflux de blessés que nous avons alors pris en charge ; la destruction partielle de notre hôpital à Aden lors d'une attaque aérienne - vraisemblablement commise par les Houthis.
Le début de l'année 2020 marquait l'entrée du Yémen dans sa cinquième année de guerre : à cette occasion, grâce au fonds d'images unique tournées par nos équipes, nous avons produit un documentaire de 52 minutes intitulé « Yémen, dans la guerre », qui témoigne des conditions dans

lesquelles nous portons secours à la population depuis le début du conflit, entre bombardements de la coalition, et contraintes imposées par les Houthis au Nord du pays – restrictions sur les visas, les déplacements etc. Ce documentaire a été présenté en public à la maison des Métallos à Paris en janvier 2020 et a été suivi d'une table ronde en présence de représentants de MSF, chercheurs et journalistes.
Nous avons également produit et réalisé en plusieurs langues un projet multimédia intitulé « Yémen, de l'intérieur », diffusé sur les réseaux sociaux et en podcast, mettant en scène les récits de cinq travailleurs humanitaires MSF qui racontent, en sons et en images, leur expérience du Yémen en guerre.

Epidémie d'Ebola en RDC - des vaccins au compte-gouttes

Dans un climat de tension et d'insécurité, les prises de parole de MSF sur l'épidémie d'Ebola en République démocratique du Congo (RDC) ont été limitées. Néanmoins, après des mois d'efforts et de négociation pour élargir l'accès à un vaccin dont l'effet protecteur a été démontré, nous avons dénoncé publiquement son rationnement injustifié et l'opacité de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur ses critères d'allocation, tout en appelant à la création d'un comité de coordination international indépendant capable de garantir une gestion transparente des programmes de vaccination Ebola. Cette prise de parole a créé la controverse avec l'OMS, et les a incités, à l'instar des autorités congolaises, à clarifier leur position sur la question de la vaccination contre Ebola. Elle a également tenté de rectifier l'idée, dominante dans les médias, que les difficultés à combattre efficacement Ebola venaient des réticences de la population à se faire soigner et vacciner, alors que nous constations avant tout que les traitements et vaccins disponibles avaient été trop timidement rendus accessibles.

Syrie – Près d'un million de personnes dans le réduit d'Idlib

L'année 2019 en Syrie a été marquée par l'intensification en fin d'année de l'offensive du gouvernement syrien et de ses alliés sur la province d'Idlib, dans laquelle MSF intervient depuis plusieurs années. Dans ce contexte, nous avons alerté sur les dangers encourus par la population civile, jetée sur les routes et victime des bombardements, tels que celui qui a visé le camp de déplacés de Qah en novembre 2019, abritant quelque 4 000 personnes déplacées à proximité immédiate de la frontière et non loin du centre MSF de traitement des brûlés.

En quelques semaines, près d'un million de personnes ont dû fuir pour trouver un refuge précaire dans des camps surpeuplés près de la frontière turque : face à cette situation critique exigeant de renforcer les secours, nous avons demandé par voie de presse à la Turquie de faciliter le déploiement d'équipement et de personnel médical MSF au Nord-Ouest de la Syrie, dont l'accès est particulièrement contraint pour les équipes MSF.

Au Nord-Est de la Syrie, l'offensive turque en octobre 2019 a provoqué la suspension et l'évacuation des équipes internationales de MSF de cette région, et relancé l'attention médiatique sur le sort des déplacés et des résidents du camp d'Al-Hol, arrivés entre décembre 2018 et mars 2019, après la bataille finale entre le groupe Etat islamique et les Forces démocratiques syriennes. Cette population, suspectée d'affiliation avec l'Etat islamique, vit dans des conditions critiques – surpeuplement, manque d'accès à tous les services de base –, dont les équipes MSF ont témoigné dans la presse au printemps 2019, insistant sur la situation particulièrement désastreuse des 11 000 ressortissants de pays tiers, dont 7000 enfants, parqués dans un véritable camp-prison.

Libéria – Vivre avec des troubles mentaux et épileptiques

Nous avons cette année tenté d'attirer l'attention sur la situation des personnes souffrant de troubles mentaux et d'épilepsie, dans le contexte particulier du Libéria où MSF offre des soins médicaux, psychologiques et sociaux à quelque 2000 patients atteints par ces troubles.

Outre la publication de plusieurs articles relayant les témoignages des équipes MSF, nous avons réalisé un documentaire intitulé « Welcome back », qui propose une plongée dans la vie quotidienne des personnes atteintes de troubles mentaux et d'épilepsie, à travers plusieurs perspectives : a leur et celle de leurs proches, celle de leurs pairs regroupés dans une association locale qui

les soutient et plaide pour l'amélioration de leur intégration dans le contexte libérien, et celle des travailleurs psychosociaux MSF en contact avec elles. Il touche ainsi du doigt les difficultés auxquelles ces personnes font face dans leur vie de tous les jours, leur parcours de combattant pour l'accès aux soins, et leur expérience concrète de rétablissement. Ce documentaire est destiné à servir de base à des discussions, au Libéria et ailleurs, sur les enjeux de prise en charge de ces troubles dans des pays dits à ressources limitées. Il sert aussi de contrepoint à un discours dominant qui pointe l'ignorance, la peur et les croyances comme obstacle à la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux et d'épilepsie notamment en Afrique, là où l'expérience de MSF, au Libéria et ailleurs, montre au contraire une forte demande de prise en charge de la part des malades et de leurs proches, qui se heurte à l'absence de services médicaux et de traitements adaptés.

Libye – La machine à broyer

MSF fait partie des rares acteurs humanitaires présents en Libye en position de témoigner de la situation des migrants et demandeurs d'asile pris au piège d'un système d'exploitation de la misère humaine. Nous avons notamment dénoncé la véritable catastrophe sanitaire qui s'est déroulée pendant plusieurs mois à huis clos dans les centres de détention de Zintan et de Gharyan, et dont MSF a pris la mesure en mai 2019 en se rendant sur place. Face à une succession de drames dont nous avons témoigné, tels que le ballotage par les autorités libyennes de migrants d'un centre de détention à l'autre, les exposant à des conditions de vie toujours plus inhumaines ou le bombardement du centre de Tajoura en juillet 2019, faisant des dizaines de victimes parmi les détenus, nous avons insisté sur le besoin d'évacuer les migrants exposés à la violence hors de Libye.

MSF a par ailleurs réalisé en 2019 un projet multimédia intitulé « Libye, la machine à broyer » destiné à alerter sur la situation des migrants aujourd'hui dans le pays, deux ans après l'émoi international suscité par le reportage de CNN révélant la vente d'esclaves – émoi qui n'a provoqué aucun changement positif sur place.

Ce projet expose des données, témoignages de patients, en détention ou non, pris au piège d'un cycle sans fin de violence et d'abus, et rassemble des témoignages vidéo que nos équipes ont pu récolter pour la première fois dans nos différents lieux d'intervention où les conditions d'accès restent complexes.

Enfin, nous avons communiqué sur le retour en mer de l'Ocean Viking, affrêté par MSF et SOS Méditerranée en juillet 2019, et dénoncé les blocages auxquels il a dû faire face : refus d'accoster à Malte en Août 2019, refus de débarquer les survivants des naufrages en Italie ou à Malte en août, septembre et octobre 2019.

France – Adolescents en détresse

L'attention médiatique sur le sort des mineurs non accompagnés pris en charge par MSF dans son centre à Pantin s'est tarie en 2019, mais nous avons continué à nous mobiliser pour tenter d'améliorer leur sort. Nous avons notamment dénoncé, avec d'autres associations partenaires, les violations des droits fondamentaux des personnes en migration à la frontière franco-italienne en juillet 2019, et appelé quelques mois plus tard à la mobilisation dans plusieurs villes frontières afin d'appeler les députés à l'ouverture d'une commission d'enquête parlementaire pour que soient respectés ces droits aux frontières intérieures.

Sur la base des observations de nos équipes compilées dans un rapport destiné aux autorités et décrivant les lacunes majeures de l'Etat, nous avons également communiqué sur la détresse des jeunes personnes arrivées en France après un voyage extrêmement violent, et l'exacerbation de cette détresse par la maltraitance et l'exclusion institutionnelle organisée qu'ils rencontrent sur le territoire français. Enfin, en partenariat avec l'association Utopia 56 nous avons cette année communiqué pour mobiliser des familles d'hébergeurs solidaires et mettre ainsi à l'abri davantage de mineurs isolés.

Gaza, un an après la Marche du retour : population hors d'état.

En 2019, nous avons continué à alerter sur le sort des milliers de personnes victimes des tirs israéliens pendant les manifestations de la Marche du retour en 2018. D'un côté nous avons tenté de mettre en lumière les problèmes médicaux rencontrés par nos patients, et les difficultés à

les prendre en charge efficacement, à travers la publication de différents articles se focalisant sur les risques d'infection osseuse, d'amputation et de développement d'antibiorésistance. Nous avons également produit un documentaire appelé «la salle d'attente», dans lequel quelques-uns des patients MSF parlent de leur vie après la blessure et notamment de leur rapport à la douleur permanente qui empoisonne désormais leur quotidien. D'autre part, nous avons cherché à mettre en perspective la Marche du retour, à distance de l'attention médiatique qu'elle avait suscitée un an auparavant, avec une exposition de photos collective intitulée « Gaza : population hors d'état », présentée lors du Prix Bayeux des correspondants de guerre dont MSF a été partenaire à l'automne 2019. Au-delà des scènes spectaculaires capturées près de la barrière séparant la bande de Gaza d'Israël, mêlant moments de rassemblement populaire, d'affrontements et de répression sanglante, cette exposition s'attarde sur la vie quotidienne des habitants de Gaza et les conséquences d'une véritable l'hécatombe sanitaire qui se répercute durement sur une société à l'agonie.

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.

L'année 2019 a vu une légère augmentation du nombre de notre personnel sur le terrain, avec 8 155 équivalents temps plein pour le personnel national (+2%) et 787 pour le personnel international. Sur la période 2015-2019, MSF OCP a connu la plus forte croissance de personnel de terrain avec une augmentation de 540 équivalents temps plein (ETP).

MSF France a mis sous contrat et fait partir sur ses terrains 1748 personnes en 2019 (Français ou personnels non européens sans section partenaire de rattachement).

MSF USA a fait partir 298 personnels américains. 183 personnels australiens sont partis avec MSF Australie et 124 personnels japonais ont été envoyés par MSF Japon.

(Les personnels envoyés par MSF USA, Australie ou Japon sont partis pour l'un des 5 centres opérationnels du mouvement, sans distinction).

Premières missions en nombre encore insuffisant

Malgré des efforts constants pour ouvrir des postes sur le terrain adaptés à de nouvelles recrues, le nombre de « premières missions » a encore diminué en 2019 pour atteindre 308 départs, soit 19,2 % seulement du total des départs de personnels internationaux. C'est une faiblesse préoccupante de notre modèle qui ne nous permet pas de préparer les futures générations de personnels expérimentés et de leaders sur nos terrains.

Postes non pourvus (dits « en gap ») : une filière médicale en difficultés

Le bon fonctionnement d'une équipe dépend de sa composition et la qualité des projets repose sur la bonne synergie entre les différentes expertises et savoir-faire des salariés.

En dépit de tous les efforts des équipes de support, c'est dans la filière médicale que le plus de gaps ont été subis, notamment sur le poste stratégique de Coordinateur Médical, renforçant la nécessité de revoir la stratégie de développement de la filière.

Mobilité du personnel : poursuite de la politique et résultats probants

En tant que facteur d'évolution et de progression du personnel, et de diversité de composition des équipes, la mobilité géographique continue d'être encouragée.

Bien qu'encore imparfait, l'accès à la mobilité internationale pour les personnels nationaux, issus des missions de terrain, se développe. Ils ont été 88 à rejoindre une mission en tant qu'expatrié(e), pour une courte durée (appelée « détachement »), ou plus durablement. C'est le résultat d'une politique RH claire et d'une conduite du changement des pratiques de MSF.

Au total depuis 2016, 224 de nos collègues nationaux ont occupé des postes dans des missions ponctuelles à l'international (en détachement) et 177 ont été recrutés pour rejoindre les pools d'expatriés et faire carrière à l'international.

Avec la mise en place d'un support à l'immigration professionnelle et un package sur mesure pour les

non-européens, nous souhaitons faciliter l'accès à des postes au siège de Paris pour nos personnels expérimentés de terrain.

Equité Diversité et inclusion : des progrès lents mais réels

L'organisation du travail à MSF a longtemps été marquée par la distinction entre personnels de siège et de terrain et surtout, entre personnels internationaux et nationaux. Si ces catégories ont été reconnues obsolètes et inadaptées, voire discriminatoires et stigmatisantes, il n'en reste pas moins qu'un grand travail reste à mener pour faire aboutir des pratiques pleinement équitables dans le traitement de tous nos salariés. Des progrès ont été observés dans le domaine de l'accès aux formations, à la mobilité mais beaucoup reste à faire encore car la composition du leadership dans les sièges ou dans les organes de gouvernance associatifs ne reflètent pas suffisamment la diversité, pourtant à l'œuvre sur nos terrains.

Ainsi, si 3 602 membres du personnel national occupent des postes qualifiés et que 1 249 d'entre eux exercent des rôles de supervision (33 pour le personnel international), 496 sont responsables d'activités (413 pour le personnel international), toutefois, l'accès aux postes de coordination reste limité avec seulement 27 employés nationaux (322 pour le personnel international).

Apprentissage et développement (L&D) : une vision claire et des nouveautés

La vision générale et les principes de l'apprentissage et du développement ont été définis pour l'ensemble du personnel de terrain, confirmant la volonté stratégique de MSF de se positionner délibérément comme une organisation où apprendre, transmettre et travailler sont indissociables.

En parallèle, l'offre de formation a été rationalisée et la digitalisation des contenus de formation a progressé.

Parmi les avancements, on peut noter

- Le programme de master LEAP (Leadership Education Academic Partnership) destiné à former les futurs leaders de l'organisation, à travers une approche pluridisciplinaire, a déjà intégré plus de 100 stagiaires (28 pour OCP)
- Une nouvelle formation destinée à promouvoir une approche moins conventionnelle et plus collaborative du management a été élaborée et pilotée avec succès : WOW (Ways of Working)
- La généralisation de formations pluridisciplinaires qui promeut une approche intégrée et moins verticale des savoirs faire.

Pour aider les managers à renforcer leur leadership et les accompagner dans leur prises de poste ou à gérer la complexité des situations, l'offre de mentoring et de coaching individuel progresse.

La pratique du coaching collectif se répand également. Au total, c'est une cinquantaine de personnes qui ont pu bénéficier de ce support.

Au total, 1740 salariés ont suivi une formation issue du catalogue de formations internationales.

Plateformes régionales : le signe visible de la décentralisation

2019 a vu la finalisation de la construction d'une entité RH régionale en Afrique de l'Ouest et dont les équipes sont réparties entre Abidjan et Dakar. Cette entité a permis le recrutement pour OCP de 45 personnes et le départ sur nos terrains de 71 salariés, dont 30% de médicaux et paramédicaux, et 35 premières missions.

16 sessions de formation et 5 ateliers ont été organisés à Abidjan qui ont rassemblés non moins de 155 personnes, très majoritairement issus d'Afrique de l'Ouest ou Centrale.

Depuis Dubaï, le recrutement ciblé de profils spécialisés se poursuit et on compte 28 départs sur le terrain en 2019, dont 70% de profils médicaux.

Comportements responsables et prévention des abus

En 2019, les briefings, formations et ateliers sur le sujet de la prévention des abus se sont multipliés, notamment sur le terrain et à destination des patients et des communautés.

Le recensement et le traitement des plaintes ainsi que leur suivi continuent d'être confiés à une équipe interne dédiée, formée et indépendante. Un mécanisme d'appel des décisions rendues est désormais en place.

Sur 318 plaintes traitées au total pour l'ensemble du mouvement (en léger recul par rapport à l'année précédente), 50 ont été qualifiées après enquête de cas d'abus avéré.

9. Evaluation et Retour d'expérience

En 2018 a été lancé le Réseau Interdisciplinaire Dédié à l'Evaluation et au Retour d'expérience (RIDER), associant MSF, Epicentre et le Crash. 2019 a été une année de consolidation durant laquelle les membres du RIDER se sont attachés plus particulièrement à la bonne formulation au préalable des questions d'évaluation ou de capitalisation, à la coproduction de connaissances avec les collègues concernés et à la diffusion des résultats produits à des fins d'apprentissage individuel et collectif.

Les membres du RIDER continuent soit d'accompagner des collègues souhaitant initier des exercices de réflexion sur leur pratique (capitalisation d'expérience), soit d'apporter une expertise externe en sciences sociales et ou en épidémiologie permettant d'éclairer un problème ou de prendre une décision (expertise d'accompagnement). Toutes les demandes d'accompagnement à la réflexion sur les pratiques opérationnelles sont étudiées par les membres du RIDER, qu'elles aboutissent ou pas à un projet réalisé ensemble ou un soutien méthodologique.

En 2019, le RIDER a accompagné les projets suivants :

- Accompagnement à la réalisation de l'exercice de « Capitalisation de l'unité de prise en charge des nouveau-nés de Katiola en Côte d'Ivoire », pour partager l'expérience du service de néonatologie créé par MSF avec le ministère de la santé ivoirien en vue améliorer les soins néonatals dans le pays.
- Aide à l'écriture d'un papier d'opinion « Arménie, la faillite annoncée de la lutte contre la tuberculose », sur les risques et possibilités de continuité de la prise en charge de la tuberculose en Arménie après le départ de MSF.
- Accompagnement à la réalisation d'un exercice de « Retour d'expérience des usagers de la maternité de Katiola en Côte d'Ivoire », visant à en tirer des enseignements sur les modalités de collaboration avec le ministère de la santé et l'implication des usagers dans la définition et l'utilisation des projets MSF.
- Le « déploiement des activités communautaires dans le projet de Moissala au Tchad » incluant un ensemble de méthodes de documentation de l'environnement social du projet et le lancement d'un outil de pilotage sous forme de système d'information géographique (SIG).
- La « documentation en temps réel et l'évaluation prospective de la mise en place d'un centre de suivi des affections chroniques en République Centrafricaine ».

Les projets suivants ont pris forme en 2019 :

- « La construction du narratif de l'histoire des interventions VIH de MSF dans le sous-district de Ndhiwa au Kenya », afin de mieux comprendre les effets des actions menées par MSF et les autres acteurs dans l'objectif ambitieux « d'inverser la courbe épidémique » dans un territoire à haute prévalence. Le travail de documentation continue en 2020 par un effort de synthèse des différents documents produits et l'intégration de nouvelles connaissances, issues de recherches au Kenya ou de la littérature scientifique, ainsi que du travail d'OCB.
- Un exercice de capitalisation concernant « L'intervention de MSF-OCP (coordination / réponse interne et intersection) en réponse au cyclone Idai au Mozambique ».
- Un atelier de réflexion sur « Les pratiques de profilage des personnels dans les projets opérationnels au Sahel ».
- La réalisation d'un « Papier de réflexion sur la prise en charge des blessés détenus de Qayarrah en Irak (2017) ».
- Dans le contexte de la passation du projet de santé sexuelle et reproductive fin 2020 et dans le cadre de la réflexion sur les façons de « collaborer avec les autres », la réalisation d'un exercice visant à tirer « Les enseignements du partenariat avec l'ONG Likhaan dans le bidonville de Tondo à Manille aux Philippines ».

De nouvelles demandes d'évaluation ou de capitalisation se profilent pour 2020 :

- Un bilan des interventions Ebola par les principaux décideurs opérationnels
- Une analyse rétrospective des interventions pédiatriques et nutritionnelles au Mali.
- Un document de capitalisation et de synthèse sur les programmes de prise en charge des adolescents et adolescentes vivant avec le VIH au Malawi, en Ouganda et au Kenya.

10. Déménagement du siège parisien

L'année 2019 a vu le déménagement du siège parisien de MSF qui a quitté l'immeuble de la rue Saint Sabin occupé depuis 1989 et différents autres sites en location, pour un regroupement de l'ensemble des salariés des sièges de MSF, de la Fondation MSF et d'Epicentre dans l'immeuble acquis au 14-34 avenue Jean Jaurès, dans le dix-neuvième arrondissement de Paris.

Dasht-e-Barchi - Afghanistan
Photographe : Sandra Calligaro

Rapport du trésorier 2019

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 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.

Les commissaires aux comptes, Ernst & Young Audit, ont contrôlé et certifié les comptes annuels du groupe MSF France, de l'association Médecins Sans Frontières (ci-après dénommée l'Association), de la Fondation Médecins Sans Frontières (ci-après dénommée la Fondation), d'Epicentre et de MSF Logistique.

Les comp tes annuels de l'Association et du groupe MSF France sont arrêtés par le trésorier de l'Association. Ils sont disponibles, tout comme les comptes annuels de toutes les entités du groupe MSF, 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 2019

En millions d'euros	2019	2018	Variation		dont ressources issues de la générosité publique (GP) en 2019	
					Collectées	Affectées
Ressources privées issues de la recherche de fonds	305,6	262,1	43,5	17%	248,7	
Ressources institutionnelles	3,9	4,3	-0,4	-10%		
Autres ressources	104,9	136,9	-31,9	-23%		
Total ressources	**414,4**	**403,3**	**11,1**	**3%**	**248,7**	
Reprises de provisions	2,8	1,3	1,5			
TOTAL PRODUITS	**417,2**	**404,6**	**12,6**			
Dépenses de missions sociales	374,1	373,1	1,1	0%		223,7
dont dépenses de missions	*257,7*	*259,6*	*-1,8*	*1%*		
Frais de recherche de fonds	14,5	14,0	0,4	3%		13,6
Frais du fonctionnement	20,5	23,3	-2,8	-12%		11,4
Total emplois	**409,2**	**410,4**	**-1,3**	**0%**		**248,7**
Dotations aux provisions	3,4	3,3	0,1			
TOTAL CHARGES	**412,6**	**413,8**	**1,2**	**5%**		
Variation des fonds collectés auprès du public	-0,2	0,0				0,1
Investissements de l'année						18,8
EXCÉDENT / DÉFICIT	**4,4**	**-9,2**			**-18,7**	
Réserves disponibles	131,4	105,2				
dont ressources de générosité publique non utilisées	*36,9*	*55,6*				
Réserves disponibles en mois d'activité	**3,9**	**3,1**				

Vue synthétique des comptes combinés de MSF France

Les produits combinés augmentent de 3% et s'établissent à 417,2 M€. Sur la même période les charges combinées sont stables à 412,6 M€. MSF France enregistre ainsi sur l'année 2019 **un résultat positif de 4,4 M€.**

Les diverses entités du groupe contribuent inégalement à ce résultat. L'Association dégage un excédent de 9,3 M€, qui s'explique principalement par les contributions additionnelles reçues des sections du mouvement MSF aux termes d'un rééquilibrage des réserves et des trésoreries entre centres opérationnels pour un montant total de 18.8 M€. Epicentre et la Fondation sont presque à l'équilibre.MSF Logistique enregistre un déficit de 1,3 M€ et la SCI MSF une insuffisance de résultat de 2,1 M€ générée par les charges de fonctionnement et les coûts financiers que ne couvrent pas tout à fait les réserves abondées en 2019 par la plus-value de cession de l'immeuble « Saint-Sabin ».

Le résultat de l'année consolide les réserves combinées mobilisables (trésorerie disponible ou actifs cessibles) de MSF France qui s'élèvent au 31 décembre 2019 à 131,4 M€. Elles équivalent à 3,9 mois d'activité (contre 3,1 mois fin 2018), niveau suffisant pour garantir la continuité des secours engagés sur le terrain, faire face aux risques liés aux activités tels que le besoin d'intervenir en urgence ou de pallier une soudaine décroissance des ressources, et financer les investissements.

L'évolution des ratios d'emploi de fonds de MSF France reflète la bonne maîtrise de la croissance des budgets de fonctionnement et la continuité des investissements pour développer la collecte :

- sur 100 euros de collecte issue de la générosité publique, 84 euros ont financé les missions sociales, 5 euros la recherche de fonds, 4 euros le fonctionnement et 7 euros les investissements,
- sur 100 euros dépensés, 91,5 euros l'ont été pour les missions sociales, 3,5 euros pour la recherche de fonds et 5 euros pour le fonctionnement.

Les activités du groupe MSF France

Les dépenses de missions sociales représentent une part stable de 91,5% du total des emplois combinés de MSF France. Leur montant évolue de 1 M€ pour s'établir à 374,1 M€. 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.

Le coût des opérations menées en France et à l'étranger diminue de 3,2 M€ mais représente une part stable de 58% des emplois combinés. Il s'élève en 2019 à 257,7 M€. L'Association y contribue pour 85%, MSF Logistique pour 13% et Epicentre pour 2%. La croissance des dépenses engagées par MSF France pour le compte d'autres sections MSF compense à hauteur de 2,1 M€ la baisse des dépenses d'opérations directes ; ces charges refacturées aux autres centres opérationnels de MSF correspondent aux frais salariaux du personnel expatrié sous contrat français travaillant pour le compte d'autres sections : elles totalisent 7% des dépenses d'opérations pour un total de 18,3M€.

Les frais de recherche de fonds, qui totalisent 3.5% des emplois, progressent de 3%, dans la continuité des investissements très significatifs de 2018. Le financement des actions de MSF France repose sur le développement de la collecte de fonds privés, pilier des ressources du groupe. Les investissements de collecte visent ainsi à cultiver les dons réguliers, qui constituent le socle des dons à l'Association, tout en diversifiant les canaux de sollicitation.

Les coûts de fonctionnement fléchissent de 2,8 M€ pour ne représenter que 5 % des emplois de l'année. 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.

Le financement des activités du groupe MSF France

MSF France est financé très majoritairement par les fonds privés que collectent la Fondation et l'Association directement ou par l'intermédiaire des autres sections du mouvement MSF. Ceux-ci sont complétés par les fonds institutionnels, le produit des ventes de MSF Logistique et des prestations d'Epicentre à d'autres organisations humanitaires, et les autres ressources (refacturations entre sections MSF, produits financiers des placements, gains de change et produits exceptionnels).

Les ressources privées issues de la recherche de fonds sont en croissance de 16% sur l'année. Ceci

représente 43,5M€ de plus qu'en 2018. Les sections américaine, australienne et japonaise d'OCP[1] y contribuent à elles seules pour moitié avec 22,8 M€ de dons supplémentaires versés à MSF France. Les contributions de MSF Japon et MSF USA augmentent ainsi respectivement de 13,8 M€ et 10,3 M€. S'ajoutent aux financements reçus d'OCP, ceux reçus exceptionnellement de MSF Suisse pour 11,9 M€ et MSF Hollande pour 8,7 M€ dans le cadre d'un rééquilibrage des moyens d'action entre les centres opérationnels du Mouvement MSF. La collecte privée en France et aux Emirats Arabes Unis totalise 79,7 M€ et progresse de 3,8 M€ correspondant à des mécénats d'entreprises et des financements privés additionnels.

Les ressources institutionnelles s'établissent à 3,9 M€. Leur montant limité au regard du total des ressources de MSF s'explique toujours par la décision prise en 2016 par le mouvement MSF de suspendre l'acceptation de fonds publics émanant de l'Union Européenne ou de ses Etats membres. Depuis cette date, les fonds de MSF France sont d'origine privée pour 99%.

Les revenus issus d'activités liées aux missions sociales représentent 88,1 M€ contre 85,4 M€ en 2018. 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 entités satellites aux autres centres opérationnels de MSF et à d'autres organisations humanitaires : il s'agit des médicaments, du matériel médical et de l'équipement logistique vendus par MSF Logistique, et des consultations, projets de recherche et formations épidémiologiques facturés par Epicentre. En 2019, les produits de facturation de l'Association aux autres sections MSF augmentent de 3,5 M€, et les revenus générés par les activités de MSF Logistique et d'Epicentre externes au groupe sont quasi stables ; le chiffre d'affaires des ventes de marchandises, fret et services de MSF Logistique hors ventes à MSF France s'élève à 67,2 M€ contre 67,7 M€ en 2018.

Les autres ressources de l'exercice sont de 34,6 M€ inférieures à celles de 2018, qui incluaient 33 M€ exceptionnels liés à la vente du siège parisien de la rue Saint - Sabin par les SCI MSF et Sabin.

(1) OCP : l'association MSF constitue avec les associations américaine, australienne et japonaise de MSF le groupe OCP (Centre Opérationnel de Paris) qui conjointement définit, valide et met en œuvre le plan médico opérationnel de MSF France

Focus sur les missions de l'association MSF

Les dépenses opérationnelles de l'année totalisent 241,7 M€, soit 99 % de l'objectif budgétaire que nous nous étions fixés et 2 M€ de plus qu'en 2018 matérialisant une croissance de 1%.

Sur ce total de 241,7 M€, les dépenses d'opérations menées directement par l'Association représentent 239 M€ (contre 236,2 M€ en 2018). Elles comprennent le coût des missions terrain, des coordinations, des supports régionaux, ainsi que le coût des études d'Epicentre. Les projets et coordinations totalisent 228,2 M€, dont 44,1 M€ dans les coordinations et le support ; la part des coordinations diminue pour la seconde année consécutive (-2.5 M€), passant en dessous des 20% des coûts de projets.

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 2,6 M€ contre 3,3 M€ en 2018. Comme en 2018, le principal financement en croissance concerne le projet mené au Cambodge avec la structure DNDi pour développer de nouvelles stratégies de diagnostic et de traitement de l'hépatite C.

L'Association est présente en 2019, dans 34 pays, incluant le déploiement d'activités au Burkina Faso et le retrait de Grèce et de Russie. On dénombre comme en 2018 un total de 88 projets. Le nombre des missions d'urgence augmente de moitié avec 26 projets, qui représentent près d'un tiers de tous les projets de l'année contre 20% en 2018. Cette dynamique opérationnelle s'accompagne d'un changement de répartition des projets par nature d'intervention. Les projets de prise en charge d'épidémies sont plus nombreux qu'en 2018, en lien avec les urgences épidémiques du Tchad et de la République Démocratique du Congo. Près de 40 % des projets de l'année (30% en 2018) correspondent ainsi à la prise en charge d'épidémies et mobilisent près d'un quart des ressources humaines et des budgets de l'année. A l'inverse, les missions déployées dans des contextes de conflits armés qui représentaient la moitié des interventions en 2018 en constituent un tiers en 2019. Elles continuent cependant de mobiliser la plus grande quotité des budgets opérationnels (46% contre 57% en 2018).

La croissance annuelle de 1% des dépenses opérationnelles se distribue inégalement entre tous les projets. Ceux de la République Démocratique du Congo mobilisent 12,9 M€ de plus qu'en 2018,

dont 6 M€ pour intervenir à Béni dans une campagne de vaccination contre Ebola et 2 M€ consacrés aux services soutenus par MSF au sein de l'hôpital de Rutshuru. A Gaza, les dépenses du projet de chirurgie spécialisée incluant le développement d'une activité de prise en charge de l'ostéomyélite augmentent de 2,7 M€. Au Yémen, le projet ouvert à Hodeida fin 2018 en soutien au service des urgences de l'hôpital a généré 1,1 M€ de coûts additionnels auxquels s'ajoutent 0,8 M€ engagés pour prendre en charge une épidémie de choléra. Enfin, en Afghanistan, les dépenses opérationnelles augmentent de 2 M€ dont 1 M€ consacré au développement des soins obstétriques et néonataux dispensés à la maternité de Dasht-e-Barchi et 0,7 M€ en soutien à l'hôpital régional d'Herat.
Ces dépenses en croissance sont en partie compensées par des baisses de budget, principalement au Bangladesh (-4,1M€), en Ouganda (-3 ,3 M€) et en Syrie (-2,7 M€). Au Bangladesh, les activités ont été redimensionnées et coordonnées entre les trois centres opérationnels de MSF présents dans les camps de Cox's Bazar pour apporter assistance aux réfugiés rohingyas. En Ouganda, les dépenses en baisse s'expliquent par l'intervention d'urgence de 2018 pour contrer l'épidémie de choléra à Hoima et le projet auprès des réfugiés sud-soudanais dans le camp de Yumbe. En Syrie, la diminution du volume financier des opérations est imputable à la suspension des activités à Kobane.

Géographiquement, les missions des pays d'Afrique totalisent 54% des dépenses d'opérations. Quatre d'entre elles représentent à elles seules presque un tiers (31%) des dépenses de projets, avec 24,3 M€ en République Démocratique du Congo, 16,9 M€ en République centrafricaine, 16,8 M€ au Soudan du Sud et 12,7 M€ au Nigéria, pour un budget total de 70,8 M€ (soit 10 M€ de plus qu'en 2018).

Les missions de la région dite MENA - qui regroupe l'Iran, l'Irak, la Jordanie, le Liban, la Libye, la Palestine, la Syrie et le Yémen - représentent comme en 2018 un tiers des dépenses de projets avec un total de 72,4 M€. Pour la deuxième année consécutive, le redimensionnement des opérations en Syrie (-2,7 M€), en Irak (- 2 M€) et en Jordanie (- 1,4 M€) a dégagé les budgets nécessaires aux interventions d'urgence et la croissance des dépenses au Yémen (+ 2,3 M€) et en Palestine (+ 3 M€).

Les interventions d'urgence de 2019 totalisent 31,8 M€, soit 13% des dépenses d'opérations. Trois urgences d'ampleur concentrent les trois quarts de ces dépenses : en RDC (15,3 M€) pour répondre principalement à l'épidémie d'Ebola dans la province du Nord-Kivu, au Yémen (7,1 M€) pour secourir les blessés victimes des violents combats dans Aden et ouvrir un programme de chirurgie d'urgence dans l'hôpital d'Hodeida, et à Gaza (3,6 M€) pour la prise en charge chirurgicale et post-opératoire des patients blessés par des balles dévastatrices.
Tous types d'interventions confondus, un tiers des missions de l'Association totalisent à elles seules deux tiers des dépenses cumulées des activités planifiées et des interventions d'urgence. Parmi celles-ci : la République Démocratique du Congo (24,3 M€), le Yémen (23,1 M€), la République centrafricaine (16,9 M€) , le Soudan du Sud (16,9 M€), la Jordanie (13,6 M€), le Nigéria (12,7 M€), la Palestine (10,8 M€),l'Irak (9,9 M€), le Mali (8,2 M€), le Kenya (7,7 M€) et le Tchad (7,0 M€).

La situation de trésorerie de MSF France

Le groupe MSF France a consommé 20 M€ de trésorerie sur l'année, montant équivalent aux sommes investies dans les travaux de l'immeuble Jaurès et le remboursement de l'emprunt qui l'a pour partie financé. Il en découle un montant de disponibilité de 63,3 M€ au 31 décembre 2019. Celles-ci sont placées sur des produits très peu risqués, tels que des livrets d'épargne et des comptes en devises rémunérés. La rémunération moyenne de la trésorerie est équivalente à 0,4% comme en 2018. Cette performance limitée s'explique par le bas niveau des taux et l'inexistence 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 49% et 35% de la trésorerie de MSF France, hors soldes de trésorerie locale des missions. 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.
MSF France est exposé aux fluctuations des cours de change, dans la mesure où la majorité de ses ressources et près de la moitié des dépenses d'opérations sont libellées en devises étrangères.

Si les devises utilisées pour les opérations dépendent des lieux d'intervention, les ressources en devises proviennent à 62% des Etats-Unis (142 M US$) à 24% du Japon (avec 5 900 M Yen japonais) et à 14% de l'Australie (avec 44 M AU$). 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 met en place des couvertures de change visant à sécuriser le plan de trésorerie annuel.

Les perspectives et enjeux

MSF France est l'une des composantes du mouvement MSF qui rassemble à travers le monde et autour d'une même Charte, toutes les associations MSF et leurs satellites. La cohérence du mouvement est assurée par des politiques et des accords internes, définis en commun et coordonnés par le Bureau International. L'un de ces accords, le Resource Sharing Agreement (RSA) ou accord de partage des ressources, est particulièrement essentiel pour le fonctionnement du mouvement, dont il définit le cadre financier dans l'objectif d'assurer la continuité et le développement des interventions de tous les centres opérationnels. En 2020, la 4ème édition de cet accord (RSA4) est entrée en vigueur pour une période de 4 ans jusqu'en 2023. Le RSA4 définit la contribution de toutes les sections MSF au financement des centres opérationnels en charge de déployer les secours. Les dispositions du RSA4 permettent de réduire les aléas des accords précédents en matière de distribution des ressources. En particulier, l'allocation des fonds entre centres opérationnels faisait jusqu'alors l'objet d'aménagements tardifs, avec pour conséquence des changements dans les financements à recevoir qui pénalisaient le pilotage et les arbitrages budgétaires. Aux termes du nouvel accord, MSF France recevra en 2020 et 2021 un pourcentage fixe de 21,7 % des contributions du mouvement ; un point d'étape à deux ans de l'accord viendra préciser les quotes-parts pour 2022 et 2023.
Appliqué au plan de collecte du mouvement de l'année 2020, la clé de distribution des fonds du RSA4 s'est traduite pour l'Association MSF par une prévision de ressources d'un montant 283 M€. C'est sur cette base qu'a été voté le budget 2020 des dépenses. Il permettait de planifier une croissance de 2% des dépenses d'opérations prévues à 245 M€. Les investissements pour collecter des fonds continuaient de progresser de 5 %, et la croissance des dépenses de siège était gelée pour la seconde année consécutive. Dans ce cadre, le budget 2020 anticipait un déficit de 27,8 M€, financé par un niveau de réserves suffisant.

Tout ceci avait été construit avant qu'éclate la pandémie de COVID-19, avec toutes les conséquences que nous connaissons au moment de préparer ce rapport et toutes celles que nous ignorons encore sur la conduite de nos opérations et l'exécution du budget. En tant qu'organisation médicale d'urgence, les défis opérationnels auxquels fait face MSF depuis le mois de mars sont immenses et les conséquences à moyen terme très incertaines. Cette crise sanitaire mondiale s'est traduite par des situations d'urgence dans la plupart de nos terrains d'intervention : toutes nos missions sont confrontées à des difficultés d'approvisionnement, en équipements de protection, en matériel, en tests diagnostic et en médicaments, avec la menace que cela fait peser sur la continuité des soins et des traitements. Les restrictions de déplacement et les mesures de quarantaine complexifient l'acheminement des équipes pour intervenir là où les besoins sont les plus aigus. Aux difficultés opérationnelles du moment, s'ajoute pour le futur l'incertitude des conséquences économiques et sociales de la pandémie sur nos ressources.

Dans ce contexte incertain, préserver les activités de nos projets est tout autant une priorité qu'un immense défi. Chirurgie d'urgence, soins obstétriques, vaccination, traitement contre le paludisme, nutrition … : tout reste essentiel et vital. C'est pourquoi, à l'heure où s'imprime ce rapport, je souhaite manifester à tous les donateurs qui nous font confiance notre sincère reconnaissance, et leur dire combien leur soutien nous est précieux et nécessaire. Ce sont eux qui nous permettent d'agir. Au nom de toutes les équipes de Médecins Sans Frontières, je les en remercie très chaleureusement.

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

Tica - Mozambique
Photographe : Mohammad Ghannam

Les Missions de A à Z

AFGHANISTAN

Typologie : conflit armé.

Personnel 2019
International : 19
National : 400

Nombre de projets 2019 : 2

Dépenses 2019 : 6 180 k€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCB, OCA.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

L'Afghanistan, classé 168ème sur 189 dans l'indice de développement humain du PNUD (mise à jour statistique 2018[1]), est l'une des urgences humanitaires les plus complexes au monde, caractérisée par une escalade du conflit, des indicateurs de santé extrêmement faibles, un système de santé et des services gouvernementaux surchargés et sous-financés, des catastrophes naturelles récurrentes, des déplacements internes, des rapatriés et une pauvreté qui a atteint 50 % de la population[2] alors que l'aide et le financement continuent de diminuer. Selon OCHA, les chiffres pour 2019 (jusqu'en octobre) sont de 345 232 personnes déplacées en raison de conflits, 295 652 victimes de catastrophes naturelles et 408 656 rapatriés[3].

Le conflit continue de faire rage en Afghanistan et 2019 a vu une augmentation globale des activités militaires des Émirats islamiques d'Afghanistan (IEA, qui est le nom des Talibans) et des Forces nationales de sécurité afghanes (ANSF)/Forces militaires internationales (IMF) dans tout le pays. Les combats ont augmenté en particulier dans l'Ouest, le Nord et l'Est. Les pertes civiles restent élevées malgré les déclarations des parties au conflit visant à prévenir et à atténuer les dommages causés aux civils. La Mission d'assistance des Nations Unies (UNAMA) a enregistré 8 239 victimes civiles au cours des neuf premiers mois de l'année, dépassant la barre des 8 000 pour la sixième année consécutive. Du 1er juillet au 30 septembre 2019, l'UNAMA a enregistré le plus grand nombre de victimes civiles (4 313) en un seul trimestre et le plus grand nombre de victimes civiles (1 589) que la Mission ait enregistré en un seul mois de juillet depuis qu'elle a commencé le relevé systématique en 2009. Malgré toutes les activités militaires, les lignes de front n'ont pas changé de manière significative, certains centres de district changeant occasionnellement de mains. Les Talibans contrôlent environ 50 % du territoire, avec 60 000 à 65 000 combattants et la moitié ou plus de ce nombre de facilitateurs et autres membres non-combattants[4]. Le comportement et les motivations des talibans, y compris leurs habitudes de ciblage, restent les mêmes.

Les négociations qui ont débuté en 2018 entre les talibans et les États-Unis pour les conditions de retrait des IMF ont failli aboutir lorsqu'elles ont été brusquement annulées par le président Trump en septembre 2019. Les deux parties avaient accepté le principe de retrait complet des IMF avec l'assurance que le pays ne serait plus utilisé comme refuge pour les terroristes. Les espoirs d'un cessez-le-feu et d'un véritable dialogue de paix intra-afghan entre les talibans et le gouvernement ont été anéantis (bien que les talibans ne se soient jamais engagés à ce dernier). Bien que les Talibans aient déclaré que leurs portes restaient ouvertes à un accord et que l'envoyé spécial américain impliqué se soit également rendu au Pakistan, dans l'UE et en Russie, la reprise des pourparlers reste imprévisible au moment de la rédaction du présent rapport.

Il existe un consensus pour la paix parmi les voisins de l'Afghanistan, mais chacun cherche son propre agenda politique, ce qui pourrait déstabiliser le contexte même après un accord entre les États-Unis et les talibans ou entre les talibans et le gouvernement afghan.

Les élections présidentielles ont finalement eu lieu le 28 septembre après de nombreux reports. Le taux de participation extrêmement faible (environ 1 à 2 millions d'électeurs) est dû aux menaces des talibans mais aussi au désintérêt des électeurs. Les deux principaux candidats, le président Ghani et le CEO Abdullah Abdullah, ont tous deux revendiqué la victoire. Des accusations de fraude ont conduit à de nouvelles divisions au sein du gouvernement d'unité nationale afghan. Un second tour de scrutin est probable, à moins que les États-Unis n'interviennent, Ghani étant considéré comme un interlocuteur plus acceptable pour d'éventuelles discussions intra-afghanes. Une paralysie comme en 2014 pourrait entraîner de graves perturbations des services gouvernementaux.

Bien qu'il ait perdu d'importants territoires en 2018 en raison des opérations soutenues des forces afghanes et américaines, l'État islamique de la province du Khorasan (IS-KP) reste actif, en particulier dans l'Est et le Nord-Est (Nangahar, Kunar, Badakhshan), avec des rapports récents non confirmés de recrutement dans le Helmand et à Herat. L'IS-KP a fait état de graves attaques contre la communauté chiite de Kaboul (mosquée Al-Taqwa et mariage chiite au PD6). L'IS-KP a également affronté les talibans dans les provinces de Nangarhar et de Kunar. Un rapport du Conseil de sécurité des Nations unies a estimé la présence de 2 500 à 4 000 combattants d'ISIS et de 8 000 à 10 000 combattants terroristes étrangers (IS et autres groupes) en Afghanistan[5].

1 http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update.pdf
2 World Bank (2016) Poverty and Equity Data Portal; Afghanistan http://povertydata.worldbank.org/poverty/country/AFG
3 OCHA Afghanistan Weekly Humanitarian Update (14 October –20October 2019)
4 UNSC Report S/2019/481 June 13, 2019
5 ibid

Bien qu'il soit toujours difficile de comprendre les intentions de l'IS-KP, son mode de ciblage n'a pas changé pour l'instant. Al-Qaïda continue de soutenir et de bénéficier de la protection des Talibans, bien qu'un des principaux dirigeants de la région de Helmand ait été tué par les forces afghanes et américaines.

Les attaques contre les missions humanitaires et médicales restent préoccupantes. Selon l'OMS, il y a eu davantage de rapports faisant état d'attaques directes contre des établissements de soins et des travailleurs de la santé par toutes les parties aux conflits en 2018 et 2019. Au 22 octobre, 98 incidents ont affecté 207 établissements de soins de santé et 57 prestataires de soins de santé en 2019[6]. Le nombre d'incidents enregistrés à l'initiative de l'ANSF/IMF et affectant la communauté humanitaire est en passe de doubler par rapport à 2018[7]. Avec l'assouplissement des règles d'engagement au début de 2019, les opérations au sol affectant le personnel et les installations des ONG ont été multipliées par 7 depuis 2018. Au cours des 8 premiers mois de 2019, 319 incidents humanitaires et 133 attaques contre des travailleurs ou des établissements de santé ont été signalés[8]. La Direction nationale de la sécurité et d'autres unités secrètes, avec l'appui des forces américaines, ont mené des opérations ciblées qui ont fait des victimes parmi les civils et les missions médicales, en violation du droit international humanitaire[9]. D'autre part, les Talibans ont forcé la suspension des activités du CICR et de la campagne de l'OMS contre la polio d'avril à septembre, et une attaque des Talibans à Zaboul a gravement endommagé collatéralement l'hôpital provincial, entre autres installations. Les opérations dans les zones contrôlées par l'opposition sont plus exposées.

MSF conserve des canaux de communication privilégiés et des accords avec les différentes parties au conflit mais il n'y a pas de garanties et l'attitude des acteurs peut changer.

Contexte sanitaire

Le conflit prolongé en Afghanistan a rendu la population très vulnérable en général et a entraîné une augmentation spectaculaire des besoins en matière de soins de santé. En conséquence, cela a créé un charge plus lourde pour les prestataires de soins de santé, le système de santé publique étant sous-financé et en très mauvais état de fonctionnement.

Le nombre limité de ressources humaines et le personnel peu qualifié dans tous les hôpitaux publics et privés constituent un défi majeur, car le personnel travaille en équipe pendant 36 heures avec un seul repos nocturne.

Malgré les efforts des donateurs, des ONG humanitaires et du ministère de la santé publique pour soutenir le système de santé afghan, les indicateurs de santé restent préoccupants :

- L'Afghanistan a le 11ème taux de natalité le plus élevé au monde avec une croissance démographique annuelle de 2,3%.
- L'indice de fécondité est de 5,1 enfants par femme
- Ratio de mortalité maternelle (RMM) : plusieurs enquêtes ont été menées avec des estimations différentes, ce qui rend difficile l'obtention d'un ratio exact. Avant 2015, le ministère de la santé estimait à 327 le nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes, alors que toutes les organisations des Nations unies s'appuient sur 400 pour 100 000. L'enquête démographique et sanitaire de 2015 du ministère de la santé a donné 1291/100 000 : cela a fait l'objet d'un débat animé et le chiffre n'a pas été accepté par les acteurs de la santé. Une autre enquête sur la santé réalisée en 2018 par KIT et le ministère de la santé publique a révélé un taux de mortalité maternelle de 150/100 000, ce qui a également fait l'objet d'un débat. Cependant, à l'heure actuelle, les organes des Nations unies ont décidé d'utiliser et ont estimé le RMM à 661/100000 naissances vivantes.
- Le taux de mortalité néonatale était de 22 décès pour 1 000 naissances vivantes
- Mortalité infantile : 45/1000 naissances vivantes
- Mortalité des moins de 5 ans : 55/1000 naissances vivantes
- Taux de mortalité brut : 1,3%.
- Taux brut de natalité : 3.7%

Le système de santé afghan est largement dépendant des donateurs (Banque mondiale, USAID et Union européenne). En 2003, l'USAID a mis au point un modèle de contrat pour les services de santé en Afghanistan : Basic Package of Health Services (BPHS) et Essential Package of Hospital Services (EPHS). En 2013, le BPHS et l'EPHS ont été révisés par le SEHAT (System Enhancement for Health Action in Transition) au sein du ministère de la santé afin de canaliser les fonds des donateurs vers le système de santé.

Fin 2018, le SEHAT a été remplacé par le «SEHATMANDI», qui introduit des mécanismes de financement davantage basés sur les performances, par lesquels les ONG sont engagées par le ministère de la santé publique pour gérer des installations médicales. Le contrat du SEHATMANDI est d'une durée de trois ans, jusqu'en 2021. Un nouveau programme de santé a été proposé, mais n'a pas encore été approuvé par tous les donateurs, dans lequel les BPHS et EPHS seront révisés en un ensemble de priorités. La révision est effectuée par l'University College London, le LSHTM, le ministère de la santé publique et l'Université de Washington. Le paquet sera aligné sur les volumes du Disease Control Priorities, comprenant 327 interventions.

Le financement de la santé en Afghanistan est en grande partie assuré par le secteur privé (72 %), les donateurs représentant 21 %, le ministère de la santé afghan ne représentant que 5 % des dépenses totales de santé et les autres ministères 2 %. En outre, ces dernières années, le taux d'exécution du budget de l'État était faible (environ 60 %). Le système de santé manque de ressources (avec 2,7 médecins et 4,6 autres personnels médicaux pour 10 000 personnes). Le secteur de la santé est sous-financé (l'investissement financier du gouvernement est faible et inférieur à 2% du budget national avec 2,1 USD/capita/an) ; il est l'un des plus faibles au monde, ce qui le rend très dépendant des financements supplémentaires de donateurs et d'ONG.

6 WHO: Afghanistan Attacks on Health Care in 2019 as of 22 October
7 INSO – bilateral information
8 OCHA AFGHANISTAN: Monthly Humanitarian Update (August 2019)
9 Human Rights Watch: "They've Shot Many Like This" Abusive Night Raids by CIA-Backed Afghan Strike Forces https://www.hrw.org/report/2019/10/31/theyve-shot-many/abusive-night-raids-cia-backed-afghan-strike-forces

PRÉSENCE MSF

MSF est présent en Afghanistan depuis 1981. Cependant, après le meurtre de 5 membres du personnel de MSF à Badghis en 2004, tous les centres opérationnels se sont retirés. En 2009, la décision a été prise de rouvrir la mission sous une seule représentation, MSF OCB devenant la section principale, rejointe par MSF OCA en 2012 et MSF OCP en 2014. MSF gère actuellement 6 projets : Dasht-e-Barchi (Kaboul) et Herat (OCP), Kunduz et Khost (OCB), Helmand et Kandahar (OCA). L'objectif reste la fourniture de services de haute qualité et gratuits dans les domaines des soins d'urgence, de traumatologie, de la santé maternelle et infantile, de la tuberculose. Tous les projets ont une capacité d'hospitalisation, de 50 à plus de 350 lits. Les principaux partenaires de MSF dans le pays sont le ministère de la santé publique et le CICR.

Après des tentatives en 2017, OCP a commencé à travailler à Herat ; le but était de mettre le pied dans la partie occidentale de l'Afghanistan et d'évaluer les besoins et les possibilités de réponse.

PROJET : AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES OBSTÉTRIQUES ET NÉONATALS D'URGENCE À DASHT-E-BARCHI

Historique du projet

MSF OCP est revenu en Afghanistan, a rouvert ses opérations et a commencé à travailler dans l'hôpital «100 lits» du projet Dasht-e-Barchi (DeB) en novembre 2014. Ce projet a été mis en œuvre pour répondre aux besoins en matière de soins obstétriques et néonatals d'urgence, qui restent une priorité.

A noter également que la zone, avec ses 1 à 1,5 millions d'habitants, souffre d'un manque de services de maternité et d'un faible niveau de soins prénataux ainsi que d'un système de référence peu fonctionnel entre les structures publiques de Kaboul. Aucun autre hôpital de DeB ne fournit de services CEmoNC gratuitement.

En 2017, MSF a décidé de soutenir le seul autre hôpital public existant à DeB («Hôpital de 50 lits») qui gère un BEmONC - qui n'était pas opérationnel 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. L'objectif de ce soutien était double : améliorer l'accès à des soins de maternité de qualité à DeB mais aussi soutenir la partie réorientée du flux de cas non compliqués de l'hôpital de 100 lits vers cet hôpital de 50 lits.

La zone étant également le théâtre d'événements violents et sa population étant particulièrement ciblée car il s'agit de Hazara (chiite), le projet soutient également l'hôpital dans la définition et la mise en œuvre de son plan de prise en charge de grands nombres de victimes.

Dispositif actuel

- Hôpital de 100 lits : Hôpital du MoPH où la Maternité est entièrement soutenue par MSF avec les capacités suivantes : Salle de travail : 9 lits, Salle d'accouchement : 5 lits, Hospitalisation : 30 lits, Salle de suvi des accouchements: 13 lits, Salle de suivi des césariennes : 7 lits, Unité de haute dépendance : 4 lits, Salle d'observation : 6 lits, Unité néonatale (NBU) : 25 lits, Soins aux mères kangourou : 5 lits, Bloc opératoire.
  Services de support : laboratoire, stérilisation, blanchisserie, conseil psychosocial et ambulance.
- Hôpital de 50 lits, maternité du MoPH partiellement soutenue par MSF : Installation de base BEmONC : 2 tables d'accouchement, 3 lits de travail, 50 lits d'hospitalisation (3 lits pour le suvi des accouchements, 4 lits d'observation, les autres lits pour la pédiatrie et les services de médecine interne).
  Services de support : laboratoire, stérilisation, blanchisserie, conseil psychosocial, ambulance.

Bilan 2019

Hôpital 100 lits	2017	2018	2019
Admissions (gynéco-obst)	16 970	16 090	16 793
Accouchements	15 925	15 364	16 240
% d'accouchements compliqués		1 081 (7,04%)	1 176 (7,24 %)
% de césariennes	2,8%	3%	3,6%
Admission dans l'unité néonatale	1 336	1 355	1 457
Transferts et références	2 544	3 428	4 419

Hôpital 50 lits	2017	2018	2019
Admissions	-	1 466	1 958
Accouchements	701	1 076	1 465
% d'accouchements dans la communauté	-	157	10,8 (158/ 1465)

Le projet tente de stabiliser le volume d'activités en fonction de la capacité de MSF, malgré la demande et les besoins croissants.
L'un des principaux défis du projet est d'assurer une bonne qualité de soins avec une capacité de lits limitée. Le refus d'admission et/ou l'orientation vers d'autres structures créent des tensions et des malentendus au sein de la communauté et de la frustration au sein de l'équipe médicale.

PROJET : ACCÈS AUX SOINS À HERAT, OUEST AFGHANISTAN

Historique projet

Après un retard dû aux contraintes du contexte et à une absence de 14 ans, une évaluation rapide a été réalisée à Herat en mai 2017, et a été suivie d'une évaluation plus approfondie portant spécifiquement sur le service des urgences (ED) de l'hôpital régional de Herat (HRH).
En avril 2018, le projet de Herat a été lancé avec l'idée de commencer par le service des urgences du HRH pour mieux comprendre les domaines prioritaires pour des interventions à plus long terme.
MSF a commencé son activité dans le département des urgences en septembre 2018 pour une durée d'un an. MSF s'est positionné en tant que conseiller technique. Les

principaux objectifs de la présence de MSF étaient les suivants :

- Améliorer les soins médicaux et infirmiers pour les patients gravement malades et les blessés graves dans le service des urgences de HRH
- Transférer les connaissances en matière de médecine d'urgence (cadre international actualisé)
- Améliorer l'organisation générale des urgences par des recommandations et un soutien logistique.

Nous avons poursuivi jusqu'en décembre 2019 afin de finaliser et de stabiliser l'organisation des urgences.

Avec l'afflux de personnes déplacées en provenance d'autres provinces en raison de la sécheresse et du conflit (environ 140 000 personnes), la réponse aux personnes déplacées de Herat a été lancée en décembre 2018 avec pour objectif initial de soutenir les groupes les plus vulnérables (moins de 5 ans et femmes enceintes et allaitantes) pendant quatre mois. Cependant, comme la situation ne s'est pas améliorée, les personnes déplacées ne sont pas reparties, tandis que les ONG (principalement les agences des Nations unies) ont réduit leurs activités. Nous avons donc maintenu le nôtre et l'avons étendu à toutes les tranches d'âge en août.

Les Nations unies ont annoncé qu'elles cesseraient de financer en invoquant la raison de la fin de la sécheresse et en oubliant les causes du déplacement et du non-retour le plus important, à savoir le conflit. Le plaidoyer de MSF a commencé en juin pour insister sur la situation à Herat. Dans le même temps, World Vision a réduit considérablement ses activités et Health Net les a fermé en septembre.

Nous avons commencé à envoyer les enfants mal nourris nécessitant des soins hospitaliers du centre d'alimentation thérapeutique pour patients hospitalisés (ITFC) vers l'hôpital pédiatrique. L'ITFC a grand besoin de soutien en termes de qualité des soins, de médicaments et de fournitures médicales. Nous avons commencé un soutien partiel à la mi-octobre 2019.

Une proposition de soutien total est en cours de préparation.

Dispositif actuel

HRH service des urgences : organisation du triage, réorganisation du flux des patients, 3 lits de réanimation.

IDP clinic (activités de consultation) : consultation OPD pour hommes, consultation OPD pour femmes, ATFC, soins pré et post-natals et consultation de planning familial, ambulance pour le transfert.

Bilan 2019

- Emergency Department

HERAT ER (Zone de Resus)	2019	Comments
Total Présentations	1382	Mortalité : 4,8 18% blessures à la tête 28% blessures non spécffiées 44% originaires de la ville d'Herat 34% orignaires de la province d'Herat
Nb de patients traités cas rouges	763	2 217

L'activité de MSF aux urgences nous a permis de développer des relations fortes avec les autorités médicales et plus particulièrement avec la direction du HRH. Tout en travaillant au renforcement de la qualité des soins, elle a permis de comprendre l'organisation médicale du HRH dans son ensemble.

Cependant, MSF n'a pas été en mesure d'atteindre pleinement son objectif : le manque de ressources humaines disponibles au sein du ministère de la santé publique et l'organisation historique des urgences limitent notre capacité à modifier le flux global de patients. L'organisation de la prise en charge à travers les différentes spécialités médicales est bien ancrée et la modifier reviendrait à reprendre le service des urgence en totalité. Le manque global de ressources humaines ne trouvera pas de solutions simples et plaider auprès de Kaboul pour plus de ressources humaines n'est pas une solution réaliste dans une période où le financement international global diminue. En raison de ces contraintes, la viabilité du système de triage sans la présence de MSF reste hypothétique. L'impact de MSF sur la qualité des soins s'est fait principalement sentir par la formation de médecins et d'infirmières expérimentés et par le renforcement des capacités sur des domaines spécifiques.

- IDP Clinic

Au moment de la rédaction de ce rapport, la population des personnes déplacées, selon le dernier recensement (fin août 2019 - IOM), est d'environ 17 000 familles dans les camps de Herat. La répartition de cette population entre les différentes localités est d'environ 11 000 personnes dans les nouvelles localités, 3 500 à Sheidaee et 2 500 au Kahdestan, qui sont les anciennes localités et notre zone de couvertue.
Avec la limitation de la présence d'autres acteurs (réduction des opérations médicales), et avec l'extension de nos critères d'admission, le nombre de consultations a augmenté et nous recevons en moyenne 350 à 400 patients par jour.

HERAT IDP Clinic	2019
Nb de Consultations effectuées par un médecin	37 371
Nb de Consultations effectuées par une sage-femme	6 772
Nb de références à l'hôpital	641
Manutrition sévère < 5 ans	61
Malnutrition modérée femmes enceintes et allaitantes	452

BANGLADESH

Typologie : Conflit armé.

Personnel 2019
International : 15
National : 212

Nombre de projets 2019 : 1

Dépenses 2019 : 3 347 k€

Financements Institutionnels : aucun.

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

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

La victoire écrasante du troisième mandat du Parti de la Ligue Awami lors des dernières élections nationales (décembre 2018) n'a pas changé le paysage politique du Bangladesh. La corruption est fortement ancrée à tous les niveaux de l'administration et MSF y est régulièrement confronté.

Le positionnement du Bangladesh vis-à-vis des réfugiés rohingyas s'est renforcé dans les derniers mois de 2019 avec une pression accrue sur les organisations internationales (restriction des moyens de communication avec les volontaires rohingyas, pression administrative, et fermeture des installations médicales en raison du manque de reporting) et sur la communauté internationale afin de contrôler la réponse. Au dernier trimestre 2019, les autorités ont continué à annoncer la relocalisation des familles Rohingyas à Bachan Shar malgré l'absence d'évaluation du HCR et la pression de la communauté internationale pour reporter cette décision.

Le Myanmar, qui a un rôle clé dans la résolution de la crise, continue à proposer des plans irréalistes pour la population Rohingya (processus de naturalisation alors que la demande de la population Rohingya est l'abolition de la loi sur la citoyenneté de 1982 qui les privait de la citoyenneté au Myanmar) et à refuser l'accès aux zones de réinstallation au Myanmar aux agences internationales chargées du processus de rapatriement (HCR, OIM). Par ailleurs, les affrontements se poursuivent dans l'État de Rakhine.

Le dernier plan de rapatriement a eu lieu en août 2019 et s'est soldé par un fiasco, aucun Rohingya ne s'étant porté volontaire pour retourner dans un pays plein d'incertitudes quant à son statut juridique et à ses conditions de sécurité.

Le camp de réfugiés de Cox' Bazar est devenu un site important pour le trafic d'êtres humains, la prostitution et le trafic de drogue (drogue en provenance du Myanmar). L'Arakan Rohingya Salvation Army (ARSA) contrôle le commerce clandestin dans le camp et offre un refuge à ses combattants.

Le Bangladesh est sous la menace d'une nouvelle migration de population alors que l'Inde resserre ses règles envers la population non hindoue, ce qui pourrait déplacer des millions de musulmans au Bangladesh.

Contexte sanitaire

Avec une population de près de 165 millions d'habitants[1], le Bangladesh est l'un des pays les plus densément peuplés au monde.
L'État est le plus grand fournisseur de soins de santé, mais les structures médicales sont souvent surpeuplées et marquées par une corruption importante. La population compte donc sur l'automédication ou les cliniques privées, mais la qualité des soins est généralement douteuse. La prescription excessive ou les frais cachés augmentent le coût du diagnostic ou du traitement.
Il existe de nombreuses ONG qui concentrent leurs ressources sur les besoins sanitaires des pauvres, souvent dans le cadre d'un large éventail d'interventions de développement. Elles touchent souvent les populations que le gouvernement ne peut pas atteindre, qui sont exclues ou trop pauvres pour avoir accès aux soins de santé.
Le Bangladesh connaît également une pénurie de personnel de santé qualifié, avec deux fois plus de médecins que d'infirmières, regroupés de manière disproportionnée dans les zones urbaines. Les installations dans les zones rurales et reculées sont pour la plupart gouvernementales, hantées par la corruption et le manque criant de main-d'œuvre qualifiée et d'équipements.

Les principaux indicateurs de santé pour le Bangladesh sont :

Taux de mortalité maternelle (MMR) : 170/100 000
Couverture vaccinale : 95% pour le DTC3
Accouchement assisté : 30%
Retard de croissance : 40%
Maladies non transmissibles (NCDs) : diabète (10%), tabagisme (42% des hommes), hypertension (28%)
Trois principales morbidités : maladies maternelles/néonatales, maladies non transmissibles (NCDs) et neuropsychiatriques
Trois principales causes de mortalité : maladies respiratoires (tuberculose, infection des voies respiratoires inférieures, maladies pulmonaires obstructives chroniques), diabète, maladies cardiovasculaires

Certaines maladies sont très négligées au Bangladesh, notamment les maladies mentales et les addictions à la drogue et à l'alcool. Dans le pays, 16,1 % de la population adulte (âgée de 18 ans ou plus) souffrent de troubles mentaux et nécessitent des soins immédiats. Mais la sensibilisation

1 2017, World Bank

et les soins pour le traitement des maladies mentales sont négligés.
Le Bangladesh connaît de fréquentes catastrophes naturelles comme des cyclones, des inondations et des épidémies. Un tremblement de terre de grande ampleur peut se produire à tout moment puisque le pays est situé le long des failles indiennes et eurasiennes. La pauvreté, l'urbanisation, le changement climatique, le manque de sensibilisation et l'insuffisance des ressources rendent ces événements encore plus dévastateurs.

Contexte sanitaire de la population réfugiée

Avec seulement 1 132 nouveaux arrivants depuis janvier 2019, la population de Cox' Bazar est stable : 913 991 réfugiés au total[2] (613 272 dans le camp de Mega). 55% sont des enfants, 3% des personnes âgées et 55% des adultes (dont 52% de femmes).

Le taux de mortalité est resté faible parmi la population réfugiée depuis le début de la crise et leur arrivée au Bangladesh. Les soins de santé primaires sont largement couverts par de nombreuses organisations et les établissements de soins de santé secondaires comptent généralement un faible nombre de patients hospitalisés. Le camp est sujet à des catastrophes naturelles (inondations, typhons) qui pourraient nuire à la santé de la population réfugiée, en plus des risques liés à la vie dans un camp de réfugiés.

2019 a connu des cas de diphtérie, de rougeole et de maladies gastro-intestinales et cutanées principalement, mais aucune mortalité élevée significative n'y a été associée. Les principaux facteurs de mortalité de la population sont observés chez les personnes âgées et les nouveau-nés. Cette situation est exacerbée par la préférence de la population pour les accouchements à domicile et par la présence croissante des maladies chroniques.

Le taux de mortalité maternelle dans la population de notre camp reste inchangé en 2019, à 146 pour 100 000 naissances vivantes, le taux de mortalité néonatale à 31 pour 1000 et le taux de mortalité infantile à 39 pour 1000 naissances vivantes, ce qui correspond aux taux de la population locale.

PRÉSENCE MSF

OCP a une longue histoire au Bangladesh et avec les Rohingyas en particulier, commençant par la réponse à l'afflux de réfugiés Rohingyas en 1991/92, mais s'est retiré en 1995. MSF OCA a maintenu sa présence depuis lors. Plus de 20 ans plus tard, suite à l'exode massif des Rohingyas fuyant le Myanmar, MSF OCP a ouvert des services médicaux dédiés à la population en octobre 2017.

Aujourd'hui, 4 centres opérationnels sont présents pour répondre à la crise des Rohingyas. Aux côtés de MSF OCP :

- OCA est la plus ancienne présence dans le pays avec le plus grand volume d'opérations pour la crise Rohingya mais aussi à Dacca. Leur ambition est de rester dans le pays pendant plusieurs années. Leurs programmes servent à la fois les Rohingyas et la population d'accueil.
- OCBA se concentre sur les maternités et soins néonatals dans la région de Teknaf. Ils prévoient de rester jusqu'en 2021, puis de réévaluer leur besoin / intérêt institutionnel à rester dans le pays. Ils sont également le centre de référence pour les soins néonatals et pédiatriques avancés d'OCP.
- OCB a changé son plan en 2019, la décision de se retirer du Bangladesh a été annulée et maintenant OCB cherche à lancer un programme de lutte contre l'hépatite C pour la population Rohingya et ensuite pour la communauté d'accueil. Le programme de contrôle et prévention des infections devrait s'arrêter à l'hôpital de Sadar à Cox Bazar.

PROJET : PALONG KHALI

Historique du projet

Suite à l'évaluation faite en septembre 2017, MSF OCP a décidé d'ouvrir un programme médical et humanitaire lié au déplacement massif de la population Rohingya du Myanmar vers le Bangladesh.
MSF OCP couvre le sud et le centre du méga-camp de Cox' Bazar et vise à fournir des soins de santé primaires et secondaires dans sa zone de couverture. Cela inclut le maintien d'un système de surveillance sanitaire et la capacité à répondre aux urgences. En outre, MSF OCP a amélioré l'accès à l'eau potable pour la population touchée.

La population cible du projet reste la population de réfugiés Rohingya dans la zone choisie, ce qui correspond à environ 200 000 personnes.

Dispositif actuel

MSF y opère dans les structures suivantes :

- L'hôpital sur la colline : 46 lits disponibles (dont 10 lits de soins intensifs).

  Les activités comprennent les urgences, la pédiatrie avec l'ITFC, la médecine pour adultes et les consultations de santé sexuelle et reproductive (soins anté et post-natals, planning familial, violences sexuelles et avortement). Et une hospitalisation adulte de 20 lits (contre 14 lits auparavant, avec la fermeture de 6 lits de maternité) et pédiatrique de 16 lits.
- OPD2 : consultations spécialisées sur les maladies chroniques et la santé mentale, références vers l'hôpital pour les avortements et victimes de violences sexuelles.
- OPD3 : consultations en soins de santé primaires, santé mentale et maladies chroniques.

MSF dispose d'une équipe de surveillance qui suit la population ainsi que d'une équipe mobile pour répondre aux épidémies suspectes et apporter des soins néonatals et post-natals aux patientes qui ont accouché à domicile.
MSF a un laboratoire de bonne qualité mais aucun équipent d'imagerie n'est disponible sur place.
L'unité de soins intensifs est de niveau 1.

Toutes les structures sont à 100% MSF. Un réseau de référence est en place pour les cas néonatals (vers MSF OCBA), pour les accouchements (vers MSF OCA et Hope) et l'hôpital malaisien pour la chirurgie. L'interaction, le soutien et la complémentarité entre les sections opérationnelles sont efficaces.

2 UNHCR Factsheet, as of 15 September 2019.

Bilan 2019

Comme prévu, 2019 a été une année d'ajustements aux besoins et aux lacunes identifiés dans la fourniture de soins de santé à la population réfugiée :

- Fermeture d'un dispensaire fin 2018.
- Spécialisation d'un centre de santé dans les maladies chroniques et à la santé mentale mi-2019.
- Ouverture des critères d'hospitalisation (et augmentation du taux d'occupation) en mettant l'accent sur la médecine pour adultes, ce qui a augmenté l'activité des services de soins intensifs.
- Fin des services d'accouchements en raison du faible volume d'activité.
- Fin des hospitalisations néonatales et référence vers OCBA (complémentarité entre centres opérationnels).
- La prise en charge des maladies chroniques a été formalisée et renforcée.
- Formation au chevet des patients renforcée par du personnel supplémentaire en hôpital.
- Les activités de santé mentale ont légèrement stagné et doivent être renforcées l'année prochaine. Une publication sur la fourniture de soins de santé mentale dans les camps de réfugiés a été présentée.
- Les projets de vaccination contre l'hépatite B à la naissance, de contrôle médical du nouveau-né et de la mère à domicile par le biais du réseau d'équipes de proximité/surveillance ont été compliqués par les autorisations du ministère de la santé.
- Intégration des activités traitement de l'eau dans le département logistique.

Volume d'activités

Bangladesh	2018	2019
Nb de consultations	212 736	87 965
Service des urgences	12 442	16 777
Hospitalisations	2 698	3 453
Admissions pour malnutrition sévère	251	152
Soins intensifs	279	840
Taux d'occupation des lits	68%	80%
Soins anté natals	4 508	4 031
Avortements	170	278
Planning familial	1 526	2 009
Violences sexuelles	46	202
Santé mentale*	482	4 263
Maladies chroniques*	879	15 532

* Changement en 2019 : nombre de consultations et non taille de la cohorte

BURKINA FASO

Typologie : conflit armé.

Personnel 2019
International : 2
Nombre de projets 2019 : 1
Dépenses 2019 : 651 k€

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

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Après une longue période de stabilité politique et de croissance économique, le pays a connu une transition politique mouvementée en 2014 et 2015, et fait face aujourd'hui à des défis sécuritaires. Le pays a fait d'énormes progrès en matière de gouvernance, et figurait en 2016 parmi les dix pays africains en tête du classement de Transparency International sur la perception de la corruption.

À l'instar des autres pays de la sous-région, le Burkina Faso connaît un contexte sécuritaire de plus en plus difficile, qui s'est rapidement dégradé. Longtemps préservé de l'insécurité qui prévaut dans la sous-région, le pays est entré dans un cycle d'attaques armées et complexes de plus en plus fréquentes depuis 2016. En décembre 2018, l'état d'urgence a été décrété dans plusieurs provinces tandis qu'en janvier 2019 les ministres de la Défense et de la Sécurité ont été remplacés à la suite d'un remaniement ministériel. Depuis février 2019, le Président du Faso assure la présidence tournante du G5 Sahel.

2020 est au Burkina Faso une année électorale qui présente de très grands enjeux en matière de sauvegarde de la paix et de la stabilité politique interne. En effet, la reconfiguration de l'environnement politique national, la création de nouvelles formations politiques et la reprise des activités de tous les partis politiques ont conduit à une crispation du contexte politique obligeant le Président du Faso à engager un dialogue politique au mois de juillet 2019. Ce dialogue a porté sur plusieurs questions d'intérêt national avec en bonne place la question des élections de 2020-2021 et notamment le vote des Burkinabè de l'extérieur et des personnes déplacées internes.

La fragilisation du tissu social qui avait conduit à la création du Haut Conseil pour la Réconciliation et l'Unité Nationale est toujours en l'état et est complexifiée par une insécurité croissante, ajoutée aux risques de tensions intercommunautaires.

Contexte sanitaire

La situation sanitaire au Burkina Faso a été de nouveau fragilisée par les récents évènements que le pays a subis ces dernières années. En plus de l'insécurité qui a occasionnée la fermeture de plusieurs structures sanitaires, la population doit régulièrement faire face aux mouvements d'humeur et de grèves des agents de santé.

En janvier 2020 sur les 1140 structures sanitaires dont disposent les cinq régions affectées par l'insécurité[1], 98 sont fermées et 138 fonctionnent à minima laissant plus de 1 250 500 personnes affectées dans les régions du Sahel, du Centre-Nord, de la Boucle du Mouhoun, du Nord et de l'Est privées des services de santé. Les services de santé ne sont plus délivrés 24h/24 du fait des couvre-feux instaurés dans certaines localités. Cette situation augmente la vulnérabilité des femmes en âge de procréer, surtout les femmes enceintes qui accouchent à domicile dans des conditions très sceptiques soit sans assistance ou entre les mains de personnels non qualifiées ; ainsi que des enfants qui n'ont plus accès au service de vaccination de routine dans certaines zones.
Dans le district sanitaire de Titao, région du Nord par exemple, on dénombre 12 centres de santé et de promotion sociale (CSPS) non fonctionnels sur les 22 que compte le district, soit la moitié des centres de santé. Le centre de référence du district fonctionne à minima et n'est plus en capacité d'offrir les soins au-delà de 17h.

Le personnel fuit les structures de santé en raison de l'insécurité et les acteurs de l'aide au développement dans le secteur de la santé traditionnellement actifs dans le pays se retrouvent impuissants, sans interlocuteurs locaux et dans l'incapacité d'accéder à ces zones vulnérables qualifiées de « Zone rouge » pour la plupart des acteurs.

En termes de morbidité, le paludisme demeure la principale cause de consultation et d'hospitalisation dans les formations sanitaires. En 2018, le Burkina Faso a notifié 11 463 808 cas de paludisme simple et 506 513 cas de paludisme grave avec une létalité de 0,8% en général, 1,5% chez les enfants de moins de 5 ans et 0,02% chez les femmes enceintes.
Il y a par ailleurs une recrudescence des cas de dengue avec 4456 cas notifiés par le système de surveillance national et 26 décès soit une létalité de 0,6%.

PRÉSENCE DE MSF

MSF OCP est de nouveau présent au Burkina Faso depuis le deuxième semestre 2019, après avoir quitté le pays en 2014 :

- Province de Loroum (région Nord) : activités de soins de santé primaire et secondaire à travers le CSPS urbain de

1 Selon les données récentes de l'annuaire statistique 2018, le Burkina Faso compte au total 1896 centres de santé et de promotion sociale dans ses 13 régions.

Titao et les cliniques mobiles dans les communes environnants (Ouihindigui), ainsi que eau hygiène et distributions d'articles de première nécessité.

- Mission exploratoire dans la boucle du Mouhoun en février/mars 2020.

MSF OCG est présent depuis fin 2017 :

- Sahel - dans les provinces du Soum et Oudalan : appui aux soins de santé primaire à travers la prise en charge communautaire, les soins de santé secondaire avec appui à la salle d'urgence et chirurgie.
- Région du centre nord -commune de Barsalogo : soins de santé primaire.
- Région du centre : surveillance et prise en charge de la dengue.

MSF OCBA est présent depuis fin 2018 :

- Région de l´Est afin de réduire la mortalité liée à la saison du pic paludisme et les urgences médico-chirurgicales, en renforçant la qualité de soins et améliorant l´accès aux soins de santé dans des zones affectées par la violence et/ou le paludisme.

PROJET : TITAO, PROVINCE DU LOROUM

Historique du projet

Les attaques perpétrées par les groupes armés au Burkina Faso se sont multipliées depuis le début de 2016, avec une nouvelle aggravation pendant la deuxième moitié de l'année 2019. De janvier au 15 décembre 2019, 1618 incidents sécuritaires ont été rapportés et ont fait plusieurs centaines de morts et de blessés, dont la plupart étaient des civils.

La détérioration de la situation sécuritaire et l'insuffisante réponse des Forces de Défense et Sécurité (FDS) sur l'ensemble du territoire national ont entrainé l'émergence d'initiatives locales de sécurité, dans certains cas à caractère ethnique. Le cas le plus illustratif est le développement des groupes d'auto-défense communément appelés « Koglwéogo » dans les régions du Centre et du Nord du pays. En janvier 2020, le parlement a voté une loi permettant le recrutement de volontaires locaux qui seront formés par l'armée. Ils assureront des missions de surveillance et de protection notamment en cas d'attaque ; un relais qui prouve les limites des actions des forces de l'armée face aux violences des groupes armés.

Dans les régions frontalières du Burkina avec le Mali et le Niger, les défaillances de gouvernance et la capacité limitée de l'État à fournir des services sociaux de base, à assurer la sécurité et à lutter contre la criminalité organisée mettent à mal sa légitimité. Tous ces facteurs contribuent à exacerber un sentiment de marginalisation et d'injustice ressenti par les plus vulnérables ce qui permet aux groupes extrémistes de gagner du terrain.

L'ouverture du projet Loroum a fait suite à un important déplacement de populations dans les villes de Titao et Ouindigui. 30 000 personnes s'étaient déplacées suite à l'intensification des combats à la frontière malienne. Assez rapidement à Titao les familles se sont rassemblées sur un site mis à disposition par les autorités. A Ouindigui la population déplacée n'est composée qu'exclusivement de femmes et d'enfants, les hommes étant restés en brousse de peur des représailles.

Dispositif actuel

Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) Urbain

- Consultations de soins de santé primaire
- Unité de stabilisation et d'hospitalisation de courte durée de 20 lits
- Appui à la maternité : consultations pré natales et accouchements
- Système de référence

Clinique mobile Ouindigui

- 4 à 5 fois par semaine sur 2 sites/villages et le CSPS du chef-lieu de la commune et le CSPS de Dougouri

Approvisionnement d'eau par camion

- Environ 80 m^3 d'eau par jour distribués sur deux sites des déplacés
- 15 m^3 d'eau par jour distribués par jour à travers 6 bornes fontaines à Ouindigui.

Bilan 2019 (du 11 novembre au 31 décembre 2019)

- 6027 consultations réalisées au CSCPS urbain dont 50,2% sont des déplacés. Les enfants de moins de 5 ans représentent 34% des consultations.
- 71 références vers l'hôpital régional ont été réalisées avec prise en charge.
- 368 consultations prénatales (282 au CSPS urbain et 86 lors des cliniques mobiles).
- 114 planifications familiales.
- 143 accouchements réalisés au CSCPS urbain.
- 738 consultations lors des cliniques mobiles dont 11% sont des déplacés (démarrée en semaine 49).
- 3300 kits NFI (articles de première nécessité) distribués.
- 3300 kits hygiène distribués.
- 300 kits abris distribués.
- 3 455 m^3 d'eau distribués.

CAMBODGE

Typologie : épidémie / endémie.

Personnel 2019
International : 9
National sous contrat : 53

Nombre de projets 2019 : 2

Dépenses 2019 : 2 592 k€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCB.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Le contexte politique n'a pas changé en 2019 ; le parti principal a accru son pouvoir dans toutes les institutions du Royaume. Le parti du Premier ministre du Cambodge (Parti du peuple cambodgien - CPP) détient tous les sièges au Parlement ainsi qu'au Sénat. Lors des dernières élections des conseillers municipaux, provinciaux, municipaux et de district, il a remporté 4 034 sièges sur un total de 4 114. Les anciens dirigeants de l'opposition du Cambodia National Rescue Party (CNRP) et les membres du parti sont constamment sous pression. Sam Rainsy, ancien leader de l'opposition, a annoncé qu'il reviendrait au Cambodge après son exil à Paris le 9 novembre prochain. Les accusations portées contre trois autres suspects du régime des Khmers rouges restent en suspens en raison du désaccord entre les procureurs cambodgiens et internationaux et le gouvernement cambodgien qui ne souhaite pas d'autres condamnations.

Le pays continue à avoir une économie en croissance grâce aux exportations et la Chine reste le principal investisseur dans le pays. Toutefois, l'Union européenne a lancé en février un processus formel qui pourrait conduire à la suspension de l'accès du Cambodge au commerce en franchise de droits (pour tout sauf les armes), à cause de son bilan en matière de droits de l'homme et de démocratie. La suppression de l'accord commercial préférentiel pourrait avoir un impact majeur sur l'industrie de l'habillement qui emploie environ 700 000 travailleurs et représente une part importante des exportations l'Union Européenne, soit quelque 4,9 milliards d'euros ou 45 % des exportations du Cambodge en 2018.

Selon les prévisions du gouvernement, la croissance économique du Cambodge pourrait tomber à 6,5 % en 2020, contre 7,1 % en 2019, en raison des défis mondiaux, notamment les effets négatifs du commerce entre la Chine et les États-Unis et le retrait éventuel de l'accord commercial «Tout sauf les armes». Le rétrécissement de l'économie, la lenteur de la diversification économique, le prix élevé de l'électricité, l'insécurité de l'approvisionnement et la faiblesse du système de transport et de logistique sont autant de facteurs internes qui affectent l'économie du Royaume.

Contexte sanitaire

Au Cambodge, le système de santé est financé par le gouvernement, les organismes d'aide et la population qui paie de sa poche. Selon la planification stratégique nationale en matière de santé (NHSP 2016-2020), les dépenses totales de santé devraient passer de 1 365 millions de dollars en 2016 à 2 013 millions de dollars en 2020. Cependant, la part des dépenses privées par rapport aux dépenses totales de santé est toujours estimée à 60 % en 2020. Les contributions des donateurs diminuent encore chaque année, ce qui augmente la pression sur le gouvernement pour qu'il augmente son budget de santé.

Le changement des donateurs traditionnels a assez bien fonctionné jusqu'à présent si l'on considère l'évolution des programmes de financement de la santé lancés en 2008 avec le ferme soutien des bailleurs de fonds. L'attribution de cartes d'identité pour les pauvres, le Fonds d'équité en matière de santé et le Fonds national de sécurité sociale sont trois régimes différents qui participent à la promotion de l'utilisation des services de santé publique par les pauvres ou par ceux qui travaillent dans certains secteurs privés avec un faible salaire. Le budget de douze millions de dollars US du Health Equity Fund 2019 n'a été soutenu par les donateurs qu'à hauteur de 30 %. En parallèle, la Banque mondiale et l'USAID/FHI financent des programmes pluriannuels visant à améliorer la qualité des services de santé en mesurant les résultats obtenus jusqu'à présent, avec des résultats mitigés sur le long terme.

Malgré les discussions engagées entre l'OMS et le ministère de la santé, la vision stratégique nationale en matière de santé reste floue, mais des efforts sont faits au niveau national pour réglementer le secteur privé et lutter contre les mauvaises pratiques et la croissance incontrôlée.
Des discussions ont déjà commencé entre le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et le ministère de la santé/des finances en vue du lancement d'une nouvelle subvention à partir de 2021. Malgré une promesse d'un montant raisonnable lors de la dernière conférence de reconstitution des ressources à Lyon, le gouvernement risque de se heurter à une tentative du Fonds mondial de réduire sa part dans le financement des médicaments.

PRÉSENCE MSF

MSF soutient la population cambodgienne depuis 40 ans maintenant, en commençant par l'assistance médicale aux réfugiés à la frontière thaïlandaise et khmère, en développant des programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose. Depuis 2016, MSF a lancé des projets pilotes pour l'hépatite C afin de soutenir le ministère de la santé dans le développement de sa stratégie nationale et la mise en œuvre des soins et du traitement de l'hépatite C.

OCB a mis fin à ses activités liées au paludisme en avril 2019, son protocole d'accord avec le MoFa a été accordé jusqu'en 2022 malgré son départ.

PROJET : HÉPATITE C À PHNOM PENH

Historique du projet

La prévalence de l'hépatite C au Cambodge reste floue, avec un nombre important de patients attendus. MSF a lancé un programme visant à approfondir ses connaissances sur le nouveau régime médicamenteux et à soutenir le ministère de la santé dans sa lutte contre cette maladie.

Les discussions ont commencé en 2015 avec le ministère de la santé sur le développement d'un projet pilote sur l'hépatite C à Phnom Penh en commençant par les patients co-infectés par le VIH. En 2016, le protocole d'accord a été signé et un traitement a été mis à disposition pour dépister la cohorte de patients co-infectés par le VIH à l'hôpital de Preah Kossamak. En raison d'un blocage politique, MSF n'a pas pu dépister des cohortes similaires dans d'autres hôpitaux nationaux de Phnom Penh et a ouvert le dépistage aux patients mono infectés. Des milliers de personnes sont venues de tout le pays, dont une grande partie connaissait déjà leur statut mais n'avait pas les moyens de payer le coût prohibitif du traitement.

Dispositif actuel

Depuis lors, MSF a traité plus de 12 000 patients à l'hôpital de Preah Kossamak avant de mettre fin à sa collaboration en 2019. Le retrait physique de l'équipe MSF a eu lieu en juin 2019, tandis que 1 500 traitements ont été donnés pour poursuivre l'accès au traitement. Après trois ans de collaboration, MSF s'est éloigné en 2019 du niveau de soins tertiaires. Cependant, nous avons continué à travailler sur la meilleure façon de fournir un accès à des soins de qualité pour l'hépatite C, intégrés à un niveau de soins inférieur en milieu urbain. Ce projet à plus petite échelle a débuté avec l'hôpital de référence de la municipalité de Phnom Penh en juillet 2019.

En interne, la coordination du projet a été transférée à un membre du personnel national au cours du premier trimestre de 2019. Le projet est maintenant composé uniquement de personnel national.

Bilan 2019

La fin du soutien de MSF à l'hôpital de Preah Kossamak s'est déroulée relativement bien malgré quelques tensions politiques. Le passage à l'hôpital municipal de Phnom Penh s'est bien passé avec une transition facile des activités.

	2016	2017	2018	2019
Dépistages	6269	7804	14251	10900
Mises sous traitement	307	2919	6986*	2700
Délais d'initiation	130	30	10	3
Guéris	N/A	1603 (96.9%)	4195 (97%)	4187 (97%)
Echecs	N/A	51 (3.1%)	74 (1.7%)	66 (1.5%)
Décès	N/A	4	9	26 (0.6%)
Perdus de vue	N/A	11 (0,7%)	64 (1,4%)	33 (0,8%)

Le nombre total de patients attendus a été révisé à la baisse : de 4 500 initiations à 3 570 initiations (plus 1 500 traitements donnés à l'hôpital de Kossamak) avant la mi-2019, ce qui correspond à un nombre de patients inférieur à celui prévu à Kossamak et à l'hôpital de référence de la municipalité de Phnom Penh.

Les activités destinées à des groupes spécifiques (personnes qui s'injectent des drogues, patients diabétiques) se sont poursuivies tout au long de l'année en coordination avec Mith Samlanh qui a mis en place un programme d'échange d'aiguilles et de seringues dans un centre d'accueil et IMoPoTsyo, deux ONG locales. Le dépistage et le traitement dans des points sensibles ont été ajoutés au portefeuille de Phnom Penh en 2019 également.

Depuis avril 2018, MSF finance Douleurs Sans Frontières (DSF) pour prendre en charge les patients non éligibles au traitement de l'hépatite C. Lorsqu'un patient est adressé à DSF, l'équipe lui fournit des analgésiques et des soins palliatifs, soit au moment de l'admission, soit, dans la mesure du possible, par des soins à domicile organisés avec les membres de la famille.

PROJET : HÉPATITE C DANS LA PROVINCE DE BATTAMBANG

Historique

Ce projet s'inscrit dans la continuité du développement d'un modèle de soins simplifié qui pourra être reproduit à l'échelle nationale et dans un cadre plus rural. Cette phase critique du programme de lutte contre le virus de l'hépatite C (VHC) permettra d'atteindre une population rurale qui n'a pratiquement aucune connaissance de la maladie, aucun accès à un diagnostic et à un traitement de laboratoire avancé. Le programme vise à trouver un modèle de soins efficace et adapté aux contraintes des établissements de santé ruraux.

Dispositif actuel

MSF est présent dans 3 des 5 districts sanitaires opérationnels (DO) de la province de Battambang, en s'appuyant sur les connaissances acquises à Preah Kossamak Phnom Penh. Toutes les activités se déroulent dans des centres de santé avec le soutien de MSF pour la fourniture de tests de

diagnostic rapide, le diagnostic (par GeneXpert), l'initiation et le suivi du traitement.

Bilan 2019

Le projet a continué à se développer au cours de l'année avec une augmentation du nombre de centres de santé soutenus par MSF. Il sera difficile d'atteindre toute la population ciblée (ou 80 % d'entre elle dans le cadre d'une approche de santé publique) car les tests ne sont pas proposés de manière proactive aux personnes qui se présentent dans les structures médicales et il est nécessaire de renforcer la sensibilisation et l'éducation sanitaire concernant l'hépatite virale.

	2018	2019
Dépistés	25 408	43 000
Traitements initiés	1 254	2 200
Délais d'initiation	10 jours	5 jours
Guéris	348 (96%)	822 (96%)
Echecs	5	16
Décès	6	3
Perdus de vue	3	13

Dans l'ensemble, les autorités sanitaires accueillent favorablement l'intervention de MSF dans leur structure et sont désireuses de développer davantage leurs connaissances et leurs capacités. Mais MSF s'est davantage concentré sur une approche de DO à DO plutôt que d'avoir une stratégie provinciale en gardant à l'esprit l'objectif principal de traiter 80% de la population infectée.

CÔTE D'IVOIRE

Typologie : accès aux soins.

Personnel 2019
International : 21
National : 137
Nombre de projets 2019 : 1
Dépenses 2019 : 3 730 k€

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

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

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 2015, du référendum constitutionnel en 2016 et des élections locales et régionales en 2018. 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 moyenne de 7% de son PIB sur les 6 dernières années, la Côte d'Ivoire souffre d'une grande fragilité socio-économique, avec un taux de chômage élevé et une augmentation des prix non négligeable, notamment dans les villes. Cela génère des mécontentements et des tensions sociales notables, sources d'instabilité interne.
- 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. Le risque sécuritaire interne est corroboré par une instabilité régionale croissante, due à la menace djihadiste et aux attaques terroristes régulières au Mali, au Niger et au Burkina Faso. La présence militaire étrangère dans la région, dont les forces françaises en Côte d'Ivoire, est notable, afin de soutenir les opérations dans la zone et de favoriser des dynamiques de coopération militaire entre les partenaires régionaux.

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.

Les prochaines élections présidentielles prévues en octobre 2020 et leur préparation seront un point d'attention dès 2019. Le président sortant Alassane Ouattara – en place depuis 2010 – a annoncé ne pas se présenter pour un troisième mandat pour 'transférer le pouvoir à une nouvelle génération' mais uniquement si 'ceux de ma génération comprennent que notre temps est passé'. Or, ses anciens alliés du PDCI qui ont quitté la coalition du Rassemblement des Houphouetistes pour la démocratie et la paix (RHDP) ne semblent pas être sur la même longueur d'ondes. Henri Konan Bédié (ancien président de la Côte d'Ivoire dans les années 80 et président du PDCI) aurait l'intention de présenter sa candidature. Laurent Gbagbo (ancien président de la Côte d'Ivoire de 2000 à 2011, poursuivi par la CPI pour 4 chefs d'accusation de crimes contre l'humanité lors de la crise postélectorale en 2010-2011) a été élu président du FPI en 2018 et compte également se présenter à l'élection présidentielle s'il parvient à revenir au pays. L'ancien bras droit d'Alassane Ouattara et ancien Président de l'Assemblée nationale, Guillaume Soro a également annoncé sa candidature.

Contexte sanitaire

Une décennie de crise a fragilisé et désorganisé le système sanitaire ivoirien. Lors de la sortie de crise dans les années 2010 : la santé materno-infantile devient prioritaire pour le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) du fait de l'augmentation de la mortalité maternelle.
Par ailleurs, 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.
La prévalence de l'Hépatite B en Côte d'Ivoire est de 9,4%, et 22% parmi les moins de 5 ans. La transmission verticale du virus est commune et peut atteindre 70 à 90% selon le statut sérologique de la mère.

En 2017, la mortalité infantile s'élevait à 89 décès pour 1000 naissances vivantes. Celle-ci suit une tendance décroissante contrairement au taux de mortalité maternelle qui a augmenté entre 2005 et 2015 : il est passé de 543 à 614 décès pour 100 000 naissances vivantes. Celui-ci est dû à quelques causes majeures, comme le VIH (13%), lde infections respiratoires basses (11%), le paludisme (6%), les maladies diarrhéiques (5%), les accidents vasculaires cérébraux (5%) ou encore des complications liées à l'accouchement précoce (4%). 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 intervenue pour la première fois en Côte d'Ivoire en 1994 et est présente 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/Taî 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 OCP mène un projet de santé maternelle à Katiola en 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.

Quelques ONG comme la Croix Rouge internationale, Save the children, MdM ou ACF sont présentes en Côte d'Ivoire mais attendent les élections présidentielles afin de réduire leurs projets et/ou fermer leurs structures.

PROJET : SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE DANS LA RÉGION DU HAMBOL

Historique du projet

En 2013, des missions d'exploration dans le nord du pays définissent la région du Hambol (486 916 habitants en 2014) comme pertinente pour une intervention de MSF, puisqu'elle est largement dépourvue d'aide humanitaire et connait des taux de mortalité maternelle et infantile importants. Une étude menée par Epicentre dans la région du Hambol en 2015 démontre un taux de mortalité maternelle MSF de 661/100 000 naissances. MSF et le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique ivoirien (MSHP) collaborent alors depuis 2014 dans un programme qui vise à diminuer la morbidité et la mortalité infantile et maternelle dans cette région et à prendre en charge les urgences gynéco-obstétricales et néonatales dans le centre hospitalier régional (CHR) de Katiola, capitale régionale. Il s'agissait donc de faire de l'hôpital général de Katiola un centre de référence pour les soins obstétricaux et néonatals d'urgence complets (SONUC) et de renforcer la prise en charge des soins obstétricaux d'urgence de base (SONUB) dans les centres de santé périphériques de la région.

Le projet se met en place sur 4 ans avec pour objectifs :

- La prise en charge complète des soins obstétricaux et néonataux.
- Le renforcement des connaissances et des pratiques des soignants à travers des formations continues.
- La réhabilitation des infrastructures.
- Le soutien dans le domaine de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement.
- La mise en place d'un système de référence depuis les centres périphériques vers l'hôpital Régional de Katiola.
- L'amélioration des taux de consultations prénatales (CPN), sachant que 35% des femmes Hambol n'ont aucun suivi de grossesse ou prise en charge pendant l'accouchement.

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

- 2014-2015 : Lancement des activités (au CHR de Katiola). Construction et réhabilitation.
- 2015-2016 : Extension du projet avec un soutien à 3 centres de santé primaires (package logistique, coaching/formation de sages-femmes, complément en intrants, système de référence).
- 2017-2018 : élargissement de la couverture pour cibler un maximum de femmes avec un système régional SONUB-SONUC disponible, accessible et de qualité :
  - Soutien à l'infrastructure des deux hôpitaux généraux (Dabakala et Niakara)
  - Soutien spécifique à 3 nouveaux centres de santé (6 en tout)
  - Soutien léger (intrants et formation) à tous les centres de santé de la région
  - Mise en place d'une hotline
  - Soutien au centre de protection maternel et infantile (PMI) de Katiola.
  - En parallèle, un projet pilote pour l'administration de la dose du vaccin contre l'hépatite B à la naissance est lancé. L'objectif de ce projet pilote est d'assurer une couverture vaccinale d'au moins 80% des naissances vivantes dans les 3 jours suivant la naissance, de mettre en place un système de surveillance des effets secondaires post-immunisation et de garantir la destruction de 100% des déchets générés par celui-ci. La dose du vaccin contre l'hépatite B s'ajoute aux doses de VPO (contre la poliomyélite) et de BCG (contre la tuberculose) déjà administrées dans les 72h après la naissance de l'enfant.
- 2018-2019 : Décision de fermeture du projet et de la mission ; consolidation / stabilisation des actions de renforcement des compétences.

Compte tenu des niveaux d'activité relativement faibles, de la diminution du nombre de complications obstétriques et des perspectives de développement limitées, la décision a été prise de transférer progressivement les activités aux autorités sanitaires locales. MSF a cessé son soutien aux centres de santé en avril 2019, à la maternité en juin et aux salles d'opération et de néonatologie à la fin de l'année.

Bilan de 2019

Hôpital Général de Katiola

	2014	2015	2016	2017	2018	2019 Janvier - Juillet	Total
Total consultations gynéco-obstétriques		36	1 194	1 314	876	346	**3 766**
Total Admissions		54	3 783	3 534	3 406	2 069	**12 846**
Référence vers structures externes			11	12	9	5	**37**
Total Accouchements	908	2 709	3 077	2 903	2 837	1 615	**14 123**
Total Naissances *Dont vivantes*	1 009 *954*	2 759 *2 651*	3 201 *3 076*	3 039 *2 860*	2 960 *2 804*	1 686 *1 601*	**14 654**
Total accouchements hors césariennes	807	2 335	2 499	2 359	2 231	1 299	**8 428**
Césariennes	101	374	578	544	606	316	**2 519**
% Césariennes	10	13,9	18,8	18,7	21,4	19,6	**17,8**

Centres de santé appuyés par MSF

	2015*	2016 (3 centres)	2017 (5 centres)	2018 (6 centres + 1 au 2nd semestre)	2019	Total
Total consultations gynéco-obstétriques *dont consult° prénatales*		5 037 *4 487*	7 970 *7 188*	21 431 *19 830*	8 073** *7 493*	**42 511** ***38 998***
Total Admissions	504	1 508	2 609	4 331	1 978	**10 930**
Références vers structures externes	43	233	359	390	123	**1 148**
Total Accouchements	395	1 209	2 077	3 590	1 741	**9 012**
Total Naissances	414	1 227	2 112	*3 645*	*1 765*	**9 163**

* Données de deux centres de santé soutenus : Bonieré en juin et Fronan en août. ** Données des cinq derniers mois d'activités (janvier à mai).

Sur le total des 38 998 consultations prénatales réalisées, 14 016 femmes ont eu des pathologies diagnostiquées dont le paludisme reste la plus fréquente (40%), suivi par les infections des voies urinaires.

FRANCE

Typologie : populations réfugiées.

Personnel 2019 : 17
Nombre de projets 2019 : 1
Dépenses 2019 : 2 768 k€

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

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Les arrivées en Europe par la Grèce, l'Italie et l'Espagne semblent plutôt stables avec 128.554 arrivées en 2019 selon le HCR comparées à 139 261 en 2018 et 1 043 066 en 2015. Les arrivées étaient plus nombreuses en Espagne en 2018 (46,9%) mais sont redevenues majoritaire en Grèce cette année (55,5%). Selon l'agence Frontex, l'Europe a enregistré en 2018 environ 634 000 demandes d'obtention de la protection internationale dont seulement 34% ont été acceptées. Selon les données disponibles, les pays auraient pris 287 000 décisions de retour mais seulement 148 000 retours ont été effectifs. Selon Frontex, 350 000 migrants ont été « détectés » comme restant illégalement en Europe.

En 2018, la France a enregistré 122 743 demandes d'asile, soit une progression de 22% par rapport à 2017, mais seuls 26% l'ont obtenu selon le ministère de l'intérieur.
Selon l'association France Terre d'asile, 15 à 20% des personnes présentes dans les campements parisiens sont des réfugiés statutaires. A cela s'ajoutent les 'dublinés' et déboutés estimés à 70 000 personnes sur le territoire national.
Nous pouvons voir ici les limites d'un système qui se durçit avec peu de régularisations mais aussi peu de retours effectifs et donc plus de personnes laissées dans la précarité ; une population qui subit alors les politiques de l'Etat français. On constate le peu d'ouvertures supplémentaires de centres d'hébergement, l'expulsion des «illégaux» des squats et des centres d'hébergement d'urgence, les refoulements aux frontières intérieures, et la complexification des demandes d'asile.

Contexte sanitaire

La saturation des dispositifs d'hébergement des personnes migrantes et les expulsions des centres d'hébergements d'urgence et squats pendant l'été 2019 engendrent des situations sanitaires insoutenables. Les tensions augmentent à Paris autour des camps de La Chapelle, Aubervilliers et La Villette (3000 personnes). En région, la situation est similaire : les campements se multiplient après des explusions accélérées durant l'été 2019 des centres d'hébergement d'urgence et de squats (850 expulsions à Bordeaux, 450 à Lyon, 600 à Marseille, 300 à Orleans etc..). La situation générale se dégrade tant que certains maires à Grenoble, Mérignac et Rennes sollicitent le soutien de MSF pour son expertise logistique et sa capacité à dénoncer publiquement les défaillances de l'Etat. Les collectifs s'épuisent à porter assistance aux migrants à la rue, familles, enfants et adultes.

PRÉSENCE DE MSF

MSF mène des projets en France depuis 1987. En 2015, suite à la « crise » migratoire dans l'Union européenne, MSF ouvre des projets dans le Nord de la France (dont la construction du camp de Grande Synthe) puis en Grèce. En 2016, le projet à Calais ferme en fin d'année et des évaluations sont réalisées à Paris entre décembre 2016 et mars 2017 débouchant sur une proposition de projet dédiée à la prise en charge des Mineurs Non Accompagnés (MNA). Celui-ci ouvre en décembre 2017 à Pantin (centre de jour), suivi par l'ouverture de l'hébergement Passerelle à Neuilly Plaisance et le développement du réseaux de familles solidaires en août 2018.
En juin 2019, MSF OCA est présente à Marseille, port d'attache pour le nouveau bateau Ocean Vicking en collaboration avec SOS Méditerranée.

PROJET : ON THE MOVE

Historique du projet

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, et avec tous les questionnements internes à MSF que la mission France actuelle voit le jour en 2017. Celle-ci cible une population identifiée comme particulièrement vulnérable, les MNA (Mineurs Non Accompagnés) et se fixe comme objectif d'en améliorer la prise en charge, conformément à la Convention internationale sur la Protection de l'enfance et l'intérêt supérieur de l'enfant.

Dispositif actuel

- **Accueil de jour au centre de Pantin** pour MNA déboutés et/ou en transit comprenant : un pôle santé somatique, pôle santé mentale, pôle social et pôle juridique.
- **Dispositifs d'hébergement :** hébergement Passerelle (août 2018 à Neuilly Plaisance, 33 lits + 3 pour les retours temporaires de province) ou à l'hébergement Accueillons à Pierrefitte (en test depuis août 2019, 9 lits) – préparation médicale/éducative des jeunes avant départ en famille d'hébergement solidaire.
- **Dispositif Familles d'Hébergement Solidaire** (FHS) depuis juin 2018 (ACCUEILLONS), permettant de loger les jeunes pendant toute la période de recours (1 à 14 mois).
- **Activités externes :** maraudes hebdomadaires à Paris, et en Ile de France ; clinique mobile hebdomadaire auprès des

exilés à la rue aux portes de Paris, analyses contextuelles dans certaines régions de France et missions exploratoires en fonction des alertes (Bordeaux, Lyon, Grenoble, Marseille, Nantes, Calais) ; observations aux frontières intérieures avec la CAFI ; enquête en cours sur la situation des MNA reconnus mineurs et pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE).

Bilan 2019

Depuis l'ouverture du programme, 1324 jeunes ont été admis et 734 saisines ont été lancées. Pour les 569 décisions rendues, 284 (49%) ont été reconnus mineurs et placés à l'ASE par le juge des enfants.
La liste d'attente pour entrer à l'hébergement Passerelle est de 5 mois pour 210 MNA. Ces jeunes sont suivis en ambulatoire et logés provisoirement.
Le suivi des jeunes à Pantin est difficile sans mise à l'abri et nous en avons perdu de vue 380 (28,7%) parmis les admis.

Un premier rapport plaidoyer a été produit en 2019 décrivant, au travers notre expérience, les lacunes et incohérences du système et émettant une série de recommendations afin d'améliorer la prise en charge des MNA. Ce rapport est pour le moment très centré sur notre expérience à Paris/Ile de France.

Parmi les avancées notoires cette année nous pouvons mentionner :

- L'obtention d'une note d'instruction de l'Agence régionale de santé de Paris Ile De France sur l'accès inconditionnel aux soins (dépistage et vaccination prioritairement) pour les MNA, qui inclut la reconnaissance de la présomption de minorité
- Une évaluation rapide a permis aussi de déterminer le fait que les jeunes pris en charge à l'ASE suite à leur reconnaissance de minorité le sont de façon plutôt correcte (MSF, octobre 2019).

Centre d'accueil de jour (Pantin)

- Développement du pôle juridique (avec le soutien de bénévoles et d'étudiants juridiques) et augmentation des saisines lancées en interne : collaboration avec ADJIE auparavant et depuis juillet 2018, uniquement MSF (en 2018 : 431/187 MSF et en sept 2019, 310 MSF)
- Augmentation du nombre de demandes d'AME abouties grâce à de nouveaux partenariats, mais cela reste malheureusement marginal démontrant les difficultés administrative pour ces jeunes
- Développement de partenariats médicaux (création de créneaux MNA à l'hôpital Robert Debré, Maison des adolescents pour suivi psychiatrique…)
- Augmentation du nombre de jeunes dépistés et vaccinés (2018/2019 : 155/488 dépistés. 83/539 vaccinés)

Hébergement

- Amélioration de l'hébergement passerelle et la durée moyenne de séjour est restée stable (environ 50 jours) sauf en été
- Hébergement Accueillons à Pierrefite depuis août : il s'agit d'un test qui a permi la mise a l'abri de 9 MNA supplémentaires/mois (en liste d'attente passerelle) en partenariat avec Accueillons.
- Le développement des réseaux de familles solidaires reste insuffisant, la difficultée étant que les familles préfèrent parfois les réseaux locaux s'occupant des jeunes à la rue près de chez eux.

Centre de jour Pantin (indicateurs qualité)	2018	2019
MNA admissions	709	734
Nb saisines pole juridique	431	299
Nb de placements ASE par JE/décisions rendues (cumulatif)	96/171	135/398
NB d'AME aboutis / nombre de demandes	25/88	117/135

Indicateurs activités	2018	2019
Pantin : Nb de passages	7363	7345
Pantin : Nb consultations infirmières	1567	2670
Pantin : Nb consultations psy	965	1820
Clinique Mobiles : Nb de consultations	633	1948
Hébergement		
Passerelle et Pierrefitte : MNA nouvelles admissions	64	123
Passerelle : durée moyenne de séjour (jours)	90	84
Hébergement solidaire, nombre de familles	93	177
Hébergement solidaire = nombre d'enfants*	16	48

* Nombre d' enfants = enfants sortis de Passererelle et Pierrefitte + enfants demandeurs d'asile à Paris (futur : 3 lieux en province)

HAITI

Typologie : accès aux soins .

Personnel 2019
International : 16
National : 325

Nombre de projets 2019 : 2

Dépenses 2019 : 4 969 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.

La tentative d'une augmentation du prix des carburants le 7 juillet 2018 a généré une vague de manifestations dégénérant en émeutes et pillages et marquant le début d'un nouveau cycle d'instabilité politique et de violence. En août 2018, une plateforme d'opposition issue de la société civile, les « petro challenger », ont lié hausse de carburant et crise économique à un scandale de corruption accusant le gouvernement actuel d'avoir participé au détournement de la majorité des fonds issus d'un prêt en pétrole du Venezuela, Petrocaribe. La cour des comptes a publié un rapport ciblant de nombreux acteurs économiques et politiques dans cette affaire y compris l'actuel président de la république. Les forces d'opposition demandent la démission du président. Elles sont composées par la société civile, de différents acteurs politiques et économiques, soit un composite d'intérêts divergents qui demeure jusqu'à aujourd'hui fragmenté et peine à composer une alternative de gouvernance tout en refusant de négocier avec le président. Depuis le début des évènements, il y a eu quatre différents gouvernements, le dernier n'arrivant pas à s'installer faute de sa capacité à organiser une séance parlementaire, le parlement ayant été mis à sac par les forces d'opposition.

Depuis février 2019 et les premières pénuries d'essence dans le pays, la situation s'est radicalisée avec des opérations « Peyilok » (pays bloqué) visant à déposer le gouvernement en bloquant le pays avec la mise en place de barrages et l'organisation de manifestations de masse dégénérant souvent dans la violence. Parallèlement, les gangs criminels se développent. Liés à des acteurs politiques (gouvernement ou opposition) dont ils partagent les intérêts, ils développent leur emprise sur les quartiers populaires de Port-au-Prince (PaP) mais aussi dans les zones rurales (Artibonite, Cayes, Cap Haïtien).
Depuis fin septembre 2019, des pénuries d'essence récurrentes sont observées qui coïncident avec la deuxième opération « Peyilok ». Cette situation engendre une difficulté de mobilité pour la population, une quasi-paralysie de la vie économique, de nombreuses contraintes de fonctionnement des infrastructures sanitaires privées comme publiques (manque de personnel, de carburant, de matériel). Ceci dans un contexte de crise économique engendrant des grèves des fonctionnaires qui ne reçoivent plus régulièrement leurs salaires et une police en mal d'assurer le maintien de l'ordre.

Contexte sanitaire

Haïti est un pays fortement exposé aux catastrophes naturelles (tremblement de terre de 2010 : 230 000 morts et 220 000 blessés ; ouragan Matthew en 2016 : plus de 800 morts etc.) et aux épidémies (choléra : 1 million de cas et 10 000 victimes depuis 2010) y compris de maladies évitables par la vaccination (808 cas de diphtéries entre décembre 2014 et février 2019).

Le système de santé souffre de la crise socio-économique que connaît le pays. La part du budget de l'Etat allouée à la santé n'est que de 4% contre les 15% recommandés par l'OMS. Bien qu'appuyées par l'OMS, les structures de santé n'ont pas suffisamment de ressources (médicaments et carburant) pour fonctionner correctement. En conséquence, les structures de santé étatiques ne sont que partiellement fonctionnelles. Les patients sont dans l'obligation de fournir compresses et bétadine pour être pris en charge. Plusieurs structures de santé ont été attaquées à la suite du décès de patients aux urgences par la population attribuant cette situation à la défaillance des hôpitaux (hôpital des Cayes fermés depuis octobre 2019, HUEH (hôpital de l'université d'Etat Haïti) plusieurs fois caillassés à PaP) dont les services d'urgences ont peine à fonctionner.

Le pays est fortement désertifié et dépendant des importations sur le plan alimentaire ; de nombreux habitants d'Haïti étaient déjà exposés à l'insécurité alimentaire avant l'opération « peyilok », un enfant sur cinq à un retard de croissance.

PRÉSENCE DE MSF

En 2004, OCP a développé son premier centre de traumatologie à PaP et a depuis maintenu une capacité chirurgicale en se focalisant sur la prise en charge des grands brûlés à compter de 2015.
Depuis 2006, OCB est présent dans le quartier de Martissant avec un centre d'urgence de stabilisation qui réfère ses patients sur les hôpitaux étatiques ou privés de PaP. Depuis la fermeture de leur hôpital de Tabarre, fin 2018, OCB rencontre des difficultés pour référer ses patients. OCB soutient l'hôpital communautaire de Port-à-Piment (sud du pays).

Depuis 2015, OCA apporte des soins aux personnes victimes violences sexuelles à PaP. L'extension de ce projet dans l'Artibonite a été mis en attente en septembre 2019. OCA a fermé sa maternité de PaP en juillet 2018.

PROJET : DROUILLARD

Historique du projet

En 2011, OCP installe à Drouillard un centre de traumatologie accueillant les patients victimes de violence, d'accidents de la voie publique ou de brûlures. En 2014, du fait de l'existence d'un autre centre MSF de prise en charge de la traumatologie (Tabarre – OCB) et du nombre important de patients brûlés, il est décidé de se spécialiser sur la prise en charge des brûlures, une spécialisation qui s'opérera en 2015 avec la dénomination de l'hôpital comme : le Centre des Brûlés d'Haiti (CBH).

En 2016, la décision est prise de réhabiliter le CBH.

Fin 2016, un plan de 5 ans est validé pour le projet de prise en charge des brûlés d'Haïti (2017-2022). Ce projet inclut la construction d'une structure hospitalière de façon à créer un environnement de prise en charge correspondant à notre spécialisation (circuit patient, chambre isolation pour les infections à bactéries multi-résistantes (BMR), etc.), ainsi que la formation de structures haïtiennes ou de praticiens (résidents chirurgiens) à la prise en charge de la brûlure ainsi que la décentralisation des soins.

Dispositif actuel

Unique centre de référence du pays le CBH dispose de 40 lits d'hospitalisation (10 lits de soins intensifs, 6 en isolement, 24 d'hospitalisation (pédiatriques/adultes/intermédiaires).

Le CBH offre une prise en charge globale (chirurgie, kinésithérapie, santé mentale et un service ambulatoire). 90 % des patients se présentent spontanément et proviennent des quartiers populaires de l'agglomération de PaP où les conditions de vie précaires favorisent les accidents domestiques chez les enfants.

Bilan 2019

Si avant les évènements, la principale cause de brûlure était les incidents domestiques, la proportion de brûlés liés à la violence augmente comme celle liée aux hydrocarbures.
En 2019, le taux d'occupation des lits (TOL) avoisine les 80%.
Au cours de l'année, le CBH a déclenché trois plans blancs dont deux, à trois jours d'intervalle, en septembre de 17 grands brulés.

	2016	2017	2018	2019
Nb d'admissions	801	694	590	583
Nb d'actes chirurgicaux	4 711	4 842	4 568	4 683
Nb de pansements en ambulatoire	5 244	6 027	7 022	6 005
Nb de centres décentralisés fonctionnels	NA	NA		0
Durée moyenne du séjour (jours)			16	16
Taux d'occupation des lits			81%	82%
Mortalité hospitalière (%)			9%	7%

Entre janvier et juillet 2019, le CBH a connu 3 épidémies à BMR affectant 56 patients et contraignant a arrêté les admissions pendant 3 jours puis 4 jours. Les mesures correctives ont permis de mettre fin a ces épidémies. Toutefois, fin 2019, une nouvelle épidémie à BMR sévit au CBH. Une revue épidémiologique est en cours.

Soins palliatifs, pansements en salle sous analgésie contrôlée et décentralisation sont des activités qui peinent à démarrer. La décentralisation est freinée par le manque de moyens dans les structures de santé.

En 2019, le CBH a formé une vingtaine d'étudiants dont six résidents en chirurgie. Les chirurgiens MSF ont gagné en compétences en termes de pose de dermes artificiels, expandeurs et lambeaux lors de la campagne de chirurgie plastique qui a eu lieu en septembre 2019. La formation du personnel MSF se poursuit. Tous les superviseurs et managers de service ont suivi la formation FORHOP et cinq détachements ont été effectués.

PROJET : TABARRE

Historique du projet

En 2019, au regard de la dégradation sécuritaire à PaP associée aux défaillances du système de santé pour assurer la prise en charge des urgences traumatologiques, OCP prends la décision de rouvrir l'hôpital de Tabarre fermé par OCB fin 2018 et qui fournissait ce type d'offre inexistante depuis.
L'objectif de ce projet est d'offrir une prise en charge d'urgence (24h sur 24 / 7 jours sur 7) pour les victimes de traumatismes (violence ou accident) dont le pronostic vital est engagé.
Ouvert sous la pression de la dégradation progressive de la situation socio-politique que vit le pays depuis juillet 2018, ce projet s'inscrit à terme dans une logique longue visant à développer, en plus de notre offre de soins, des objectifs institutionnels (ex. formation pool chirurgical OCP et OCB) ainsi que des collaborations institutionnelles (ex. partenariat de formation avec MSPP, PIH).

Dispositif actuel

Il s'agit d'une structure temporaire en containers appartenant à OCB ouvert en 2011 et qui sous réserve d'un plan de maintenance suivi peut fonctionner sans investissement majeur jusqu'en 2025.
Sa capacite d'hospitalisation sera, à terme, de 50 lits dont 6 de soins intensifs, 6 d'isolement (BMR) et 2 de soins palliatifs. La salle des urgences et le bloc opératoire seront fonctionnels 24h sur 24 / 7 jours sur 7.

En plus d'une prise en charge hospitalière, une offre de soins ambulatoires sera proposée pour assurer une prise en charge continue, intégrée et globale des patients en post-hospitalisation.

Bilan 2019

N/A (projet ouvert en novembre 2019).

IRAK

Typologie : conflit armé.

Personnel 2019
International : 35
National : 338

Nombre de projets 2019 : 2

Dépenses 2019 : 9 153 k€

Financements institutionnels : aucun.

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

CONTEXTE

Contexte politique

Après la défaite d'ISIS fin 2017 et les élections nationales de mi-2018, l'Irak est confronté à un mélange de menaces et d'opportunités qui rendent la stabilité acquise très fragile. La fragmentation politique accrue a conduit à un gouvernement de compromis considéré comme fragile et faible. Malgré l'amélioration de l'économie - due à l'augmentation des prix du pétrole - qui s'est traduite par une capacité budgétaire accrue de 27 % par rapport à 2018, la forte dépendance du pays vis-à-vis des revenus pétroliers, l'augmentation des dépenses en matière de sécurité/défense et le niveau élevé de corruption ont réduit la capacité à soutenir la stabilité par des investissements dans la reconstruction des zones d'après-guerre et dans le développement du sud de l'Irak. En outre, l'augmentation de la dette du pays, qui est passée de 73 milliards de dollars en 2013 à 123 milliards de dollars en 2017, exerce une pression supplémentaire sur la situation économique du pays.

La lenteur des reconstructions, les risques sécuritaires, la faiblesse de la réconciliation et de la justice transitionnelle, la faiblesse de l'économie locale et la présence de milices (Forces de mobilisation populaire) n'aident pas à la stabilisation des zones d'après-guerre et au retour des personnes déplacées (IDP) dans leur région d'origine. Plus de 1,5 million de personnes sont toujours déplacées, dont environ 30% vivent dans des camps, qui sont sujets à l'expulsion dans le cadre du processus gouvernemental de consolidation et de fermeture des camps. Les chiffres de l'ONU montrent que 30 camps ont été fermés ou consolidés en 2018. Au cours des six premiers mois de 2019, 11 camps ont été fermés et 5 ont été partiellement consolidés. Le plan du gouvernement est compliqué par la volonté des autorités locales de ne pas garder les personnes déplacées qui sont originaires d'autres gouvernorats. Certains camps continueraient à accueillir moins de personnes déplacées mais davantage de familles stigmatisées, rejetées par la communauté et qui pourraient être négligées par l'État. Bagdad n'est pas pressé de rapatrier les quelque 30 000 réfugiés irakiens en Syrie qui vivent dans des conditions très difficiles dans le camp d'Al Hol. On estime qu'une centaine de milliers de personnes déplacées ne pourront pas rentrer chez elles pour des raisons de sécurité et autres.

L'Irak bénéficie aujourd'hui d'une capacité militaire accrue, renforcée par l'expérience acquise lors du combat avec ISIS. Les tentatives d'ISIS de réapparaître dans le désert et les zones reculées et d'infiltrer les villes sont confrontées aux opérations continues des forces de sécurité iraquiennes (ISF), avec le soutien des Forces de mobilisation populaire (PMF) et des forces de la coalition, qui tentent d'empêcher ISIS de développer ses foyers. Cependant ISIS pourrait renforcer ses capacités sur le terrain en créant un environnement de peur en attaquant les populations locales, bénéficiant du rejet des PMF par les populations, négligeant les personnes déplacées dans des camps isolés.

La corruption, le chômage et la faiblesse des services publics conduisent à une forte insatisfaction à l'égard du gouvernement, principalement dans le sud, et entraînent des troubles sociaux qui représentent le principal risque politique pour le gouvernement, surtout après la mort de centaines de personnes et les blessures de milliers d'autres depuis le 1er octobre 2019. Le gouvernement a été invité à démissionner et les manifestants ont exigé des changements dans le système politique irakien. L'Iran de jouer de son influence pour un statu quo politique, mais est dénoncé par de nombreux manifestants. Des religieux chiites influents et de nombreux acteurs internationaux soutiennent les revendications des manifestants.

La tension accrue entre l'Iran et les Etats-Unis est un défi majeur pour le gouvernement qui tente d'équilibrer les relations avec ses deux principaux alliés. Cherchant à affaiblir les liens entre l'Irak et l'Iran, les Etats-Unis ont fait pression sur les PMF. Le gouvernement irakien ne contrôle pas tous les groupes du PMF, ce qui se manifeste par des attaques à proximité de l'ambassade américaine à Bagdad, de la base américaine de Qayyarah et des intérêts économiques liés aux États-Unis dans le sud.

Les relations entre l'État fédéral et les Kurdes se sont améliorées en 2019, mais elles restent fragiles. Le contrôle de Kirkouk, les ressources naturelles et la perception des impôts sont les principaux sujets de litige.

Contexte sanitaire

Bien que la situation sanitaire s'améliore globalement, le rétablissement du système de soins de santé nécessite encore d'énormes efforts. Le principal problème est la fourniture de soins de santé dans les zones touchées par la guerre, en particulier dans les zones de retour où les infrastructures ont été détruites, où le personnel et les acteurs médicaux qualifiés sont rares et où la population augmente considérablement depuis le début de 2019. Ce manque de personnel médical formé est particulièrement problématique pour les soins de santé secondaires et tertiaires, malgré la réhabilitation et la reprise des activités d'un certain nombre de structures de

santé. L'accès à certains services de santé primaires tels que les maladies non transmissibles (première cause médicale de décès) ou les soins de santé mentale et psychiatriques est également limité.
Aucune épidémie majeure n'a été notifiée en 2019 ; toutefois le risque même modéré de maladies à tendance épidémique telles que la rougeole, le choléra et la gastro-entérite est à prendre en considération dans ce contexte de phase de rétablissement et de transition.
De nombreux acteurs médicaux sont encore en place, notamment dans les zones post-conflit pour accompagner cette transition, mais la diminution significative des financements humanitaires sera un problème en 2020.

PRÉSENCE DE MSF

MSF est intervenu pour la première fois en Irak en 1988 avec la mission médicale lancée en réponse à l'attaque chimique de Halabja dans le gouvernorat de Sulaimaniyah au Kurdistan. MSF a ensuite fait des allers-retours pendant plusieurs années. En 2006, MSF OCP a ouvert un hôpital de chirurgie reconstructive à Amman (Jordanie) pour soigner les blessés irakiens. Plus tard, MSF OCP a aidé les réfugiés syriens au Kurdistan.
La phase opérationnelle actuelle a commencé en 2015 et s'est concentrée sur les conséquences du conflit : les personnes déplacées à Erbil, Anbar et Qayyarah. En juillet 2017, le Centre de réhabilitation médicale de Bagdad (BMRC) a été ouvert pour améliorer le processus de récupération postopératoire. Début 2019, le projet à Anbar a été fermé, et à la fin de la même année, toutes les activités dans les camps d'Erbil ont été transférées à d'autres acteurs.

Avec le retrait d'un centre opérationnel (OC) à la fin de 2019, 4 OC de MSF restent dans le pays avec un plan opérationnel pour les prochaines années. Aucun projet régulier n'est actif dans la partie sud. Les 3 autres OC ont des activités à Bagdad (OCB, avec le soutien du TBR d'un centre de soins de santé primaires, dans le gouvernorat de Ninive (OCG avec une maternité et un centre de soins de santé primaires, OCB avec la post-chirurgie), à Diyala et Kirkuk (OCA avec une maternité, un centre de soins de santé primaires et un hôpital de 2e niveau). Tous les OC offrent des services de santé mentale.
La plupart des plans opérationnels sont conçus sur un calendrier de deux à trois ans, dans le but de suivre la situation des personnes déplacées et des rapatriés, de soutenir et d'influencer la réhabilitation du système de santé en cours pendant cette phase de transition post-conflit, et enfin de réagir en cas d'effondrement de la stabilité ou d'autres urgences.

PROJET : CENTRE DE RÉHABILITATION MÉDICALE DE BAGHDAD (BMRC)

Historique du projet

Le nombre de victimes civiles dans le conflit irakien est très élevé depuis 2003. En 2006, MSF OCP a ouvert un hôpital de chirurgie réparatrice à Amman pour soigner les blessés irakiens. Une équipe d'officiers de liaison médicale irakiens a commencé à envoyer des patients à Amman. En août 2017, alors que la situation sécuritaire s'améliorait et que le nombre de cas était encore élevé, le Centre de réhabilitation médicale de Bagdad (BMRC) a été ouvert.

Les blessures de guerre entraînent souvent des troubles mentaux, des déficiences et des handicaps durables. Les services de réadaptation post-chirurgicale en Irak ne couvrent pas les besoins élevés. Des soins infirmiers insuffisants, des douleurs non traitées et un manque de soutien psychologique entraînent des complications et des souffrances fréquentes.

La physiothérapie n'est développée que de manière rudimentaire en Irak. Le concept de physiothérapie précoce, qui aurait un impact significatif sur les résultats fonctionnels à long terme des patients, n'existe pas.

Le projet visait à fournir des soins complets comprenant des services médicaux, une physiothérapie précoce, des soins infirmiers, un traitement de la douleur et un soutien psychologique aux victimes civiles de la guerre. Aujourd'hui, MSF offre un ensemble plus complet, incluant les victimes de la route et le contrôle des infections. Avec le même objectif pour les deux années à venir, le BMRC vise à développer la collaboration avec le ministère de la santé, en devenant un centre de formation de référence pour la physiothérapie post-opératoire précoce et un centre de recherche pour documenter les connaissances en médecine de réadaptation pour MSF et le ministère de la santé.

En outre, le BRMC sera chargé de l'intervention d'urgence en cas de violences à Bagdad (dons, formation sur les MCP, autre soutien aux hôpitaux, extension temporaire du BMRC).

Dispositif actuel

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

Bilan 2019

Suite aux difficultés rencontrées pour établir de bonnes relations avec les chirurgiens, l'un des principaux objectifs du BMRC a été de renforcer la coopération avec les hôpitaux publics afin d'augmenter le nombre de cas référés au projet et d'améliorer la gestion conjointe des patients. En outre, nous avons cherché à mettre en place de meilleures mesures de contrôle des infections.

MSF travaille maintenant avec les chirurgiens de 13 hôpitaux du ministère de la santé pour les encourager à envoyer leurs patients au BMRC pour des soins post-opératoires. Au cours des dix premiers mois de 2019, nous avons pu admettre un total de 164 patients, dont la quasi-totalité a été envoyée par les chirurgiens des hôpitaux publics.

L'activité du BMRC	2018	2019
Hospitalisations (IPD)	112	209
Admissions en consultations (OPD)	203	436
Sessions de physiotherapie (OPD)	7 518	13 452
Dossiers actifs en santé mentale	94	135
Durée moyenne de séjour (jours)	138	81
Nombre de patients évalués	270	558
Validation BMRC %	68%	78%
Proportion de victimes de violence	42%	39%
Taux d'occupation des lits	49%	94%

Seuls 26% des admissions jusqu'à fin septembre ont été victimes de violences, mais cette proportion passe à 50% en octobre, avec les troubles à Bagdad.
Le nombre de dossiers de patients évalués en vue d'une référence et le taux d'occupation des lits ont considérablement augmenté en 2019. La relation avec les chirurgiens s'est beaucoup améliorée et des progrès importants ont été constatés, notamment en ce qui concerne le changement d'avis des chirurgiens sur l'importance d'une orientation précoce vers la physiothérapie.
Pour les 8 premiers mois de 2019, la durée moyenne de séjour était de 107 jours. Cette moyenne est tombée à 99 jours en septembre et à 89 jours en octobre.

PROJET : QAYYARAH

Historique du projet

À Qayyarah (gouvernorat de Ninive), les équipes de MSF fournissent des soins chirurgicaux et médicaux d'urgence depuis décembre 2016, lorsque les blessés arrivaient des lignes de front et qu'un grand nombre de personnes déplacées (IDP) se sont installées dans la région. L'hôpital du département de la santé (DoH) était en cours de réhabilitation.
L'hôpital de MSF est resté le seul hôpital du sous-district pour une population cible d'environ 200 000 personnes, avec 50 000 personnes déplacées vivant dans les camps jusqu'en septembre 2019.
MSF-OCBA a commencé des activités nutritionnelles dans les camps de Qayyarah à la mi-2017. Un an plus tard, ils ont ouvert un centre de soins de santé primaires (PHCC) 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 dans les camps. En septembre 2019, OCP a repris le PHCC. Ce centre de santé est la seule salle d'accouchement et la seule salle d'urgence (ER) appropriée pour l'ensemble du camp.

Dispositif actuel

Hôpital

L'hôpital MSF, avec ses 57 lits, offre des services d'urgence, de chirurgie, de brûlés, de soins généraux et de soins intensifs pour adultes et enfants, de néonatologie, de malnutrition, de physiothérapie (en partenariat avec Humanity & Inclusion) et de santé mentale.
L'hôpital est situé à côté du centre de soins de santé primaires du département de la santé, dans le centre de la ville.
Le département de la santé prévoit d'ouvrir le nouvel hôpital qui était en cours de réhabilitation. Il permettra à MSF de transférer la plupart de ses activités, à l'exception des brûlés, de la physiothérapie, de la santé mentale et de la malnutrition.

PHCC (centre de soins de santé primaire)

Le centre de soins de santé primaire de MSF dans le camp fournit des services d'urgence, de maternité (salle d'accouchement, soins prénatals, soins postnatals, planning familial), de consultations (maladies chroniques, pédiatrie), de vaccination (programme élargi de vaccination), de nutrition (centre d'alimentation thérapeutique ambulatoire), de santé mentale et de promotion de la santé avec une équipe de 35 agents de santé communautaire.
Suite à une décision politique, de nombreux camps ont été fermés en 2019. Les personnes déplacées ont été renvoyées dans leur région d'origine, dans leur village ou dans d'autres camps. Le camp de la piste d'atterrissage, qui accueille le PHCC de MSF, a fermé à la fin du mois d'octobre. Mais le PHCC se trouve également à quelques mètres des camps de Jedah. Le responsable du camp de Jedah et les personnes déplacées ont demandé à MSF de maintenir les activités, en particulier la maternité et les urgences. Ils pensent également que MSF est plus flexible si le nombre de résidents du camp diminue ou augmente.

Bilan 2019

Hôpital

	2017	2018	2019
Service d'urgences – Nombre de consultations	14 311	18 451	21 374
% Admis	17%	17%	19%
% déplacés	28%	23%	17.8%
Nb de déplacés admis dans le service général	1 421	1 769	2 007
Nb de déplacés admis dans le service pédiatrique	1 071	1 022	1 177
Admissions dans le centre nutritionnel	705	329	208
Admissions en soins intensifs	269	496	564
Interventions au bloc chirurgical	2 854	2 419	2 441
Taux d'occupation des lits	78%	61%	55.4%
Sorties d'hospitalisation (tous services)	2 954	3 342	3 878
Taux de mortalité en hospitalisation (tous services)	5.0	5.1	4.1
Taux de mortalité en soins intensifs	21.4	19.6	10.6
Taux de mortalité en pédiatrie	3.8	2.2	0.65

Le nombre de présentations aux urgences est en augmentation, mais avec moins de cas traumatiques et plus de cas médicaux.

La proportion de personnes déplacées diminue, tout comme le nombre de personnes déplacées dans les camps de Qayyarah.

Parallèlement à l'augmentation des admissions, la durée du séjour a diminué, ce qui a entraîné une réduction du taux d'occupation des lits. Le séjour des patients est plus court car d'une part, il est maintenant possible de les référer à Mossoul et d'autre part, il y a moins de cas graves/traumatiques.

Le niveau de sécurité alimentaire et l'environnement économique s'améliorent, ce qui a un impact évident sur le nombre d'admissions dans le centre d'alimentation thérapeutique (ITFC). La majorité des cas restent des nourrissons de moins de 6 mois, en raison du manque d'allaitement.

Le taux de mortalité reste élevé à l'hôpital, malgré une nette diminution, surtout dans l'unité de soins intensifs. Il inclut les décès avec moins de 24h d'hospitalisation, avec une moyenne de 10 patients par mois. La diminution en 2019 pourrait être due à l'amélioration des soins de santé ou également à la diminution des cas graves/traumatiques.

Une grande majorité de l'activité du bloc est liée aux brûlés, car l'hôpital reçoit moins de patients souffrant de traumatismes.

Plus de 7 % des patients qui se présentent à l'hôpital pour des brûlures viennent de la ville de Mossoul.

Activité pédiatrique

	2017	2018	2019
Taux d'occupation des lits en pédiatrie	86%	76%	65%
Taux d'occupation des lits du centre d'alimentation thérapeutique	96%	51%	53%

PHCC

Avec la fermeture de plusieurs camps à Qayyarah, le nombre de personnes déplacées a beaucoup diminué et est resté autour de 30 000 personnes, à la fin du mois d'octobre.
Le taux de mortalité est faible car il n'y a pas d'hospitalisation sur le site. Les patients sont envoyés à l'hôpital MSF de Qayyarah ou aux hôpitaux de Mossoul.

	2019
Consultations au service des urgences	825
Accouchements	112
Consultations anténatales	328
Consultations postnatales	123
Consultations planning familial	229
Interruptions de grossesse	15
Consultations violences sexuelles	40
Consultations OPD	3 625
File active maladies chroniques	229
Consultations de suivi de maladies chroniques	1 615

En juin, le nombre de consultations pour violences sexuelles est passé à 9, très probablement liées à une campagne de sensibilisation menée dans le camp par les agents sanitaires de la communauté.

IRAN

Typologie : accès aux soins.

Personnel 2019
International : 13
National sous contrat : 73

Nombre de projets 2019 : 3

Dépenses 2019 : 3 987 k€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : aucun.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Après que les États-Unis se sont retirés de l'accord nucléaire iranien en mai 2018, ils ont réimposé en novembre 2018 une série de sanctions économiques qui ont comprimé les exportations de pétrole iranien et limité l'accès du pays au système financier international, ce qui a eu un impact significatif sur la situation économique. Le taux d'inflation annuel a atteint près de 28% en 2019. L'augmentation du prix des carburants a déclenché une protestation en novembre 2019 qui s'est transformée en manifestations politiques de grande ampleur, auxquelles le gouvernement a répondu par une répression.

Le retour des sanctions américaines étendues sur différents domaines, personnes et organisations, y compris le commerce, l'énergie, la Banque centrale d'Iran, le terrorisme, les entreprises étrangères qui aident l'armée iranienne, les capacités d'armes de destruction massive, les violations des droits de l'homme, la surveillance d'Internet... suite au retrait de Washington de l'accord nucléaire international en mai 2018 a contribué à déstabiliser une économie malade de longue date.

De nombreux Iraniens de la classe moyenne ont sombré dans la pauvreté. Il y a des grèves, des manifestations dispersées, presque chaque jour et partout dans le pays. L'augmentation soudaine du prix de l'essence, sans préavis, à la mi-novembre 2019, a suscité beaucoup de tensions au sein de la population et a déclenché des manifestations. Le mouvement de protestation a également pris une tournure politique. L'expression de la colère de la population s'est manifestée en voyant les autorités utiliser l'argent public pour des projets en Irak et en Palestine alors que les Iraniens «ordinaires» ne pouvaient plus supporter l'inflation.

Le système politique iranien est bloqué. L'État s'est appuyé sur l'accord nucléaire international de 2015 pour attirer les investissements étrangers (notamment occidentaux) dans le pays. Le président modéré, Hassan Rohani, nourrissait l'espoir de changer le «système» dans le cadre du processus, tout en garantissant sa survie. Ses alliés réformateurs ont de moins en moins de poids. Les conservateurs eux-mêmes sont dans le doute : ils ont peur de perdre leurs sièges.

Un débat a pris forme dans le pays, dans les milieux d'affaires comme parmi les plus pauvres : les Iraniens mettent ouvertement en doute la capacité de la République islamique à survivre dans sa forme actuelle.

Le 3 janvier 2020, l'assassinat par une frappe aérienne américaine à Bagdad du lieutenant général Qassem Soleimani, commandant de la force d'élite iranienne Quds, après de violentes manifestations anti-américaines dans la capitale irakienne, a marqué une escalade majeure des tensions entre Washington et Téhéran et au Moyen-Orient.

Contexte sanitaire

Malgré diverses politiques concernant les réfugiés, l'Iran accueille toujours officiellement 950 000 Afghans et 29 000 Irakiens ayant un statut officiel. Cependant, les réfugiés sans papiers doubleraient ces chiffres.

Récemment, l'Iran a fait des efforts pour mettre en place une couverture médicale universelle et pour intégrer cette population dans le système par le biais de l'assurance Salamat. Peu d'ONG internationales et nationales ainsi que d'organisations caritatives fournissent des services supplémentaires afin de couvrir leurs besoins. Cependant, en raison de leurs faibles revenus et de leurs mauvaises conditions de vie, l'accès aux soins de santé reste une préoccupation pour beaucoup d'entre eux alors que cette population de réfugiés et de migrants constitue la main-d'œuvre de l'Iran.

Les difficultés financières et économiques actuelles de l'Iran ont eu un impact sur la mise en place de l'assurance maladie universelle largement utilisée par la population. Dans ce contexte, les inquiétudes concernant l'accès aux structures et aux services de santé se sont accrues alors que le système public est déjà surchargé. Tant dans la population iranienne que parmi les réfugiés/migrants afghans, on trouve des groupes très vulnérables en raison de l'exclusion des soins. Pendant de nombreuses années, le problème de l'addiction et de la prostitution a été occulté pour des raisons sociétales. La stigmatisation et le rejet de ces populations sont très élevés alors que le nombre de toxicomanes explose malgré le programme national. En 2017, le nombre officiel de toxicomanes était de 2,8 millions (3,5 % de la population totale - chiffre incluant tous les types de drogues). Diverses études sur le taux de co-infection parmi les utilisateurs de drogues injectables (UDI) iraniens ont montré que l'infection par l'hépatite C (VHC) est plus fréquente que l'infection par le VIH (34,5 % contre 10,7 %) et que l'infection par le VHC est plus fréquente parmi les UDI séropositifs que parmi les UDI séronégatifs (80,6 % contre 28,7 %).

Même si les hôpitaux fonctionnent officiellement «comme d'habitude», ils sont confrontés à des problèmes de pénurie de

médicaments spécifiques (oncologie et autres) et de réduction de la date de péremption de différents médicaments (VIH). Les entreprises pharmaceutiques ont produit la plupart des médicaments, mais en raison des sanctions internationales, le pays est confronté à des pénuries. En outre, l'inflation engendre de fortes divergences entre les entreprises productrices et la distribution : difficultés à s'entendre sur les prix du marché (récemment, la Corée du Sud, fournisseur du matière première pour l'industrie pharmaceutique locale, a annoncé son refus de le fournir à l'Iran).

Parmi les principaux problèmes de santé, MSF identifie les maladies non transmissibles, les maladies transmissibles telles que la tuberculose, le VIH et l'hépatite virale. Malgré la faible prévalence du VIH dans la population générale (<1%), une prévalence concentrée a été observée parmi des groupes spécifiques (utilisateurs de drogues injectables, travailleurs du sexe, réfugiés, prisonniers). Le ministère iranien de la santé compte 160 000 cas estimés de VIH, dont 62 % sont des UDI et 96 % des cas signalés chez les hommes. Le taux de prévalence de la tuberculose en Iran est de 17/100 000 (OMS 2015) et le taux d'incidence est de 22/100 000. Actuellement, les UDI constituent le principal vecteur de transmission du VHC en Iran, la prévalence du VHC a atteint 50 à 75 % dans cette population.

PRÉSENCE DE MSF

La première intervention de MSF en Iran remonte à 1982 avec des projets répondant aux catastrophes naturelles (tremblements de terre) ou aux besoins médicaux des réfugiés. Le dernier projet visant exclusivement les réfugiés afghans a été fermé en 2011 (Zahedan, au Sistan-Baluchistan). Quatre ONG internationales seulement travaillent en Iran malgré l'arrivée continue de réfugiés afghans fuyant une situation en constante détérioration depuis 15 ans. Les ONG internationales sont principalement actives dans l'éducation ou dans l'amélioration des conditions de vie et sociales des réfugiés. En 2012, nous avons ouvert le projet dans le sud de Téhéran. MSF est la seule organisation qui fournit des services de santé directs à ses bénéficiaires, qu'il s'agisse de réfugiés ou de personnes en situation de grande vulnérabilité, ayant toutes deux des difficultés à accéder aux soins de santé (sans-abri, toxicomanes, travailleurs du sexe). Les interventions de MSF visent à garantir l'accès aux soins de santé et à se concentrer sur les maladies infectieuses, le diagnostic et le traitement de l'hépatite C, le suivi du VIH et de la tuberculose, dans les populations à haut risque et exclues des soins.

En 2018, OCP a ouvert le projet Mashhad qui cible la population à haut risque de maladies infectieuses.
En 2019, MSF a participé à la réponse d'urgence aux inondations qui ont touché plusieurs provinces en Iran.
OCP est le seul centre opérationnel de MSF présent en Iran.

PROJET : INONDATIONS AU GOLESTAN ET LORESTAN

Historique du projet

Alors que de fortes pluies ont commencé le 19 mars 2019, des inondations ont touché 586 villes et villages à travers l'Iran (provinces du Nord, du Nord-Est, de l'Ouest et du Sud-Ouest). Compte tenu de l'ampleur des inondations, nous avons été autorisés à faire une évaluation dans le Golestan et le Lorestan, l'une des régions les plus touchées. Les principaux problèmes étaient le blocage des routes, l'isolement des villages et par conséquent un accès difficile aux soins de santé (l'accès physique limité aux postes de santé) - en plus du manque de ressources humaines. Le risque de maladies transmises par l'eau étant inconnu, notre présence pourrait également déclencher une réponse rapide.

Réponse MSF

L'intervention de MSF a commencé en avril 2019 et s'est terminée en août.

Dans le Golestan, nous avons visité des endroits où la communauté afghane était touchée et très vulnérable (Gonbad) car les gens s'installaient au bord de la rivière. Au total, 415 familles ont été officiellement enregistrées comme affectées. L'équipe a également visité un certain nombre d'hôpitaux touchés par les inondations. Après deux jours de visite, la décision a été prise de soutenir la communauté afghane à Afghanabad en organisant un don de kits d'hygiène et d'ustensiles de cuisine à 500 familles. Un don de matériel médical pour les hôpitaux a également été organisé.

Au Lorestan, nous avons géré des cliniques mobiles de soins de santé primaires (consultations médicales, sages-femmes et infirmières). Des consultations et des médicaments ont été fournis dans 11 différents villages grâce à une activité mobile, une fois par semaine dans chaque village. L'équipe des cliniques mobiles médicales était composée d'un médecin, d'une infirmière et d'une sage-femme. Au total, 7257 patients ont été consultés dans 11 villages, parmi lesquels un cas a été envoyé en urgence à l'hôpital Imam Khomeyni (Pole Dokhtar). Les infections des voies respiratoires supérieures (1571 cas) ont été la première morbidité depuis le début jusqu'à la fin, suivies par les douleurs généralisées avec 1077 cas. L'hypertension a été la troisième morbidité (765 cas), suivie par la gynécologie/obstétrique avec 762 cas, les troubles gastriques avec 570 cas et le diabète avec 362 cas.

En termes de distribution et d'eau/hygiène, MSF a installé des refroidisseurs dans 9 maisons de santé, soit un total de 11 refroidisseurs d'air. Nous avons également construit 7 toits métalliques pour fournir de l'ombre aux patients dans la cour des postes de santé, souvent utilisés comme salle d'attente. Des kits d'hygiène ont été distribués dans 5 villages couverts par les cliniques mobiles. 723 kits d'hygiène ont été distribués pour un total de 2 380 personnes.

Bilan 2019

Le Lorestan a été la première intervention d'urgence de MSF en Iran depuis plus de 8 ans, car il a toujours été très difficile d'obtenir l'autorisation des autorités pour de telles interventions (visant directement les Iraniens). Bien qu'il ne s'agisse pas d'une intervention de grande envergure, elle a été l'occasion de montrer notre capacité de réponse en urgence et devrait nous faciliter d'autres interventions dans le futur. Les autorités ont facilité l'octroi rapide de visas et ont autorisé les commandes internationales pendant la durée de l'urgence.

Malgré une réponse nationale conséquente, l'augmentation continue du nombre de consultations au cours des 3 mois du projet montre un intérêt croissant de la population pour notre intervention. L'équipe a pu constater un bon niveau d'acceptation au sein de la communauté malgré la réticence

envers une présence étrangère dans un environnement traditionnel.

Le recrutement local, en particulier des médecins, a été difficile. L'un des médecins a été recruté à Téhéran et soutenu pour rejoindre l'équipe à Pole Dokhtar au Lorestan.

La relation avec le ministère de la santé s'est améliorée tout au long du projet. L'autorisation a été accordée pour entreprendre une évaluation dans les postes de santé. Cette collaboration est restée à son meilleur niveau jusqu'à la fin du projet.

PROJET : TÉHÉRAN SUD

Historique du projet

La Clinique de Téhéran Sud (STC) a été ouverte en 2012 et cible la population vulnérable à haut risque de maladies infectieuses et ayant un accès très limité aux services de soins de santé. La stigmatisation et la marginalisation conduisant de facto à une exclusion des soins pour les populations ayant un comportement à haut risque est une réalité observée pour ces groupes. Les consommateurs de drogues, les travailleurs du sexe, les enfants des rues, les Ghorbat (tziganes), les transsexuels ont été identifiés comme des populations présentant un risque plus élevé de contracter l'hépatite, le VIH-SIDA, la tuberculose ou des maladies sexuellement transmissibles, de connaître des grossesses non désirées et d'être beaucoup plus exposées à la violence et à la stigmatisation.

MSF a décidé d'offrir à ces populations exclues un accès à des soins de santé complets et adéquats. Le projet propose des consultations médicales et des soins infirmiers, des soins de santé mentale (psychologues + psychiatre), des services de sage-femme (soins pré et postnatals, planning familial et traitement des infections sexuellement transmissibles), des conseils et des tests pour les maladies transmissibles (accent mis sur le VIH, la tuberculose et l'hépatite C), le traitement de l'hépatite C et des références vers des soins secondaires.

En 2014, l'équipe a intégré la sensibilisation de la communauté, le travail psychosocial et des travailleurs de la population cible, éléments qui constituent un élément clé de la stratégie de suivi.

En 2017, le projet s'est renforcé avec une approche interdisciplinaire et horizontale comprenant des packages médicaux, sociaux et de santé mentale. Les traitements DAA (médicaments antiviraux actifs directs) des patients atteints d'hépatite C ont été intensifiés grâce à l'introduction d'un nouveau protocole adapté au défi que représente le suivi d'une population de sans-abri. Notre clinique mobile, dans le cadre d'un partenariat avec la Society for Recovery Support (SRS), une ONG locale spécialisée dans le domaine de la toxicomanie, a adapté son activité afin de mieux répondre aux besoins de notre population cible : extension de l'activité en soirée, changement de lieux pour suivre le déplacement des bénéficiaires. Le soutien d'un anthropologue a permis de mieux connaître nos patients et d'adapter notre réponse.

Les principaux défis du projet de la clinique de Téhéran du Sud sont les suivants : offrir des soins et un suivi à notre population cible ; référer les cas graves et complexes vers des soins spécialisés dans un système national surchargé et peu accueillant pour les personnes marginalisées ; lancer le traitement HAART ; commencer le traitement en l'absence de DAA ; accéder aux DAA pan-génotypes car les tests ne sont pas faciles à réaliser en raison de la pénurie de réactifs de laboratoire - mais toujours nécessaires pour le choix et la durée du traitement.
Quant à l'approvisionnement en produits pharmaceutiques, c'est un défi constant.

Dispositif actuel

Activités au sein de la clinique MSF :

- Consultation médicale
- Soins de santé mentale (présence de psychologues et de psychiatres),
- Conseils et tests pour l'hépatite B et C, le VIH, la tuberculose et la syphilis
- Traitement de l'hépatite C (VHC)
- Soins infirmiers
- Consultation de sage-femme (suivi gynécologique et obstétrique, soins anté et postnatals, planning familial, traitement des infections sexuellement transmissibles, violences sexuelles)
- Référence vers des spécialistes ou vers une hospitalisation si nécessaire.

En outre, une stratégie spécifique de dépistage du VHC a été élaborée afin de réduire le nombre d'occasions de dépistage manquées.

Bilan 2019

Les objectifs du projet ont été concentrés sur les maladies infectieuses en ciblant les populations à haut risque. La toxicomanie est devenue une préoccupation importante dans la société et au sein des autorités. Selon une enquête menée par l'Organisation nationale de contrôle des drogues, le nombre de consommateurs de drogues en Iran est estimé à 2,8 millions (3,5 % de la population) ; ce chiffre a doublé par rapport à il y a six ans. La toxicomanie touche toutes les couches de la société, mais les plus vulnérables sont particulièrement concernés. La stigmatisation des consommateurs de drogue et des travailleurs du sexe (toujours un tabou dans la société iranienne) est forte. Couplée à l'absence de domicile, les conditions socio-économiques conduisent à une exclusion extrême du système de soins. Les conséquences médicales sont graves à long terme, car ces patients ne bénéficient d'aucun soutien. Les activités mentionnées ont été menées dans le but d'atteindre un plus grand nombre de patients et d'améliorer la qualité des soins grâce à une approche pluridisciplinaire. Nous pourrions augmenter le nombre de patients sous traitement VHC. Les défis consistent à garantir l'adhésion au traitement pour ce profil spécifique de patients.

Clinique Téhéran Sud	2017	2018	2019
Consultations OPD (nouvelles et suivi)	19 575	19 599	24 230
Consultations cliniques mobiles (nouvelles et suivi)	2 350	3 102	1 914
Patients sous traitement hépatite C	44	79	119
Références vers centre de consultations externe	1 784	1 534	2 359
Références vers centre d'hospitalisation externe		156	127

PROJET : MASHHAD

Historique du projet

L'évaluation à Mashhad a été faite en juillet / août 2017. La mise en œuvre d'un nouveau projet a commencé au premier trimestre 2018.
Mashhad est la deuxième plus grande ville d'Iran et la capitale de la province de Razavi Khorasan. C'est également la deuxième plus grande ville sainte au monde, attirant vingt millions de touristes et de pèlerins chaque année. Mashhad accueille officiellement 320 000 Afghans. La plupart d'entre eux se trouvent dans la région de Golshar, où MSF a effectué l'évaluation. À Mashhad, la dépendance à la drogue est présente comme dans tout autre endroit en Iran. Cependant, notre évaluation a mis en évidence certaines différences avec Téhéran concernant le mode de consommation de drogues ainsi que le type de drogues, la qualité et le mode de consommation. La stigmatisation des personnes ayant un comportement à haut risque est importante et conduit à une exclusion des soins, alors que d'autres groupes vulnérables peuvent bénéficier du soutien d'organisations caritatives massivement présentes dans la ville.
Des études nationales récentes ont annoncé une prévalence de 30 % de l'hépatite C chez les toxicomanes de la province de Razavi Khorasan.

Dans ce contexte, le projet vise à réduire la morbidité et la mortalité parmi la population vulnérable à haut risque de maladies infectieuses (toxicomanes, sans-abri…) dans la province de Razavi Khorasan en :

- Procurant un accès aux soins de santé primaire
- Assurant le dépistage, le traitement et le suivi de l'hépatite C
- Offrant des services de santé mentale
- Dépistant, référant et assurant un suivi des maladies infectieuses (VIH/TB) en coordination avec les autorités nationales
- Mettant en place un système de référence avec les organisations locales et les structures de santé nationales

Nous travaillons à la définition de l'orientation du projet vers les maladies infectieuses et du modèle de soins de l'hépatite C et à l'articulation potentielle avec les besoins en soins de santé des réfugiés afghans présents à Mashhad.

Dispositif actuel

La première année d'activité s'est concentrée sur la nécessité d'ancrer nos activités dans la communauté locale. Les principales activités couvrent :

- La sensibilisation visant à créer le lien avec la population ciblée en fournissant des consultations médicales de base et des soins infirmiers de base
- L'installation d'une clinique comme base arrière des équipes de sensibilisation, dispensant des consultations médicales, notamment pour le suivi des maladies non transmissibles, des consultations de santé mentale, des soins infirmiers de base, le dépistage du VIH et de la tuberculose, le dépistage et le traitement de l'hépatite C
- Le développement d'un système de références en lien avec le réseau des organisations caritatives locales et le système national de soins

Bilan 2019

	2018	2019
Consultations cliniques mobiles (nouvelles et suivi)	2 745	4 464
Consultations OPD santé mentale + hépatite C (nouvelles et suivi)	178	3 988
Patients sous traitement hépatite C	0	61
Références vers centre de consultations externe	245	724
Références vers centre d'hospitalisation externe	45	53

Comme nous l'avons dit précédemment, les activités à Mashhad ont commencé en 2018 lorsque nous avons commencé à établir des réseaux et à consolider les activités. En 2019, nous avons développé les cliniques mobiles dans de nouvelles zones, atteignant ainsi davantage de patients et avons commencé le traitement de l'hépatite C

Sur l'insistance du BAFIA, nous réfléchissons à l'aide que nous pourrions apporter aux réfugiés afghans. Une évaluation sera menée au sein de la communauté des réfugiés afin d'évaluer les besoins et de définir comment articuler les activités potentielles parmi les réfugiés afghans avec nos activités axées sur les maladies infectieuses.

JORDANIE

Typologie : conflit armé.

Personnel 2019
International : 19
National sous contrat : 218

Nombre de projets 2019 : 2

Dépenses 2019 : 13 587 k€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCA, OCBA.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

La Jordanie est un pays attrayant au Moyen-Orient et l'un des derniers endroits stables de la région. Le Royaume est membre de la coalition militaire internationale dirigée par les États-Unis contre l'organisation de l'État islamique en Syrie et de la coalition dirigée par le Royaume d'Arabie saoudite au Yémen. Il entretient des relations diplomatiques étroites avec tous les pays de différentes tendances. Malgré une année 2016 avec quelques incidents terroristes, l'année 2017 a été beaucoup plus calme. En mars, une exécution de 15 condamnés à mort, dont 10 terroristes, a eu lieu. En 2018, plusieurs cellules dormantes ont été démantelées après un attentat survenu début août à Salt, lors d'un festival international de musique.

En octobre 2018, la frontière avec la Syrie a été rouverte après plus de deux ans de fermeture complète. L'effet de cette réouverture a eu peu d'impact sur la vie des Jordaniens, et surtout n'a pas ramené l'amélioration économique tant attendue. Une timide tendance au retour a été constatée avec environ 34 000 réfugiés enregistrés par le HCR. La situation en Syrie ne permet pas un retour massif, la sécurité des rapatriés ainsi que l'accès aux besoins de base étant le principal facteur de dissuasion. Bien que le HCR et la communauté humanitaire se préparent à accompagner les personnes désireuses de rentrer, les enquêtes et les observations ne montrent pas que l'augmentation sera drastique en 2020.

La stabilité économique et politique de la Jordanie est fragile et le chômage a encore augmenté cette année, atteignant 19,2 % de la population au milieu de l'année, le taux le plus élevé jamais enregistré, les femmes et les jeunes étant les premiers touchés.

La dette globale reste très élevée, à 94 % du PIB fin 2018, ce qui soumet encore plus l'économie à l'aide internationale. Environ 14,4 % de la population jordanienne se situe en dessous du seuil de pauvreté. Pour les Syriens, le chiffre est encore plus marquant, puisque 82% des réfugiés syriens vivraient en dessous du seuil de pauvreté.

Nous avons assisté jusqu'à présent en 2019 à deux remaniements majeurs du gouvernement et, début mai, la rotation a atteint les hauts responsables de l'armée et des services de renseignement. Comme en 2017, des rumeurs non vérifiées de préparation d'un coup d'Etat ont transpiré dans les médias.

En septembre, une grève de six semaines a commencé avec les enseignants mécontents de leurs conditions de travail. Cela a conduit au deuxième grand remaniement du gouvernement en novembre.

Le contexte palestinien et israélien continue de hanter les préoccupations nationales. De longues négociations ont eu lieu autour de la Cisjordanie, de la garde des lieux saints de Jérusalem, de la normalisation des réfugiés palestiniens en Jordanie et, de manière générale, du «deal du siècle». Rien n'est clair à ce jour, si ce n'est des pressions principalement liées aux dynamiques politiques internes des États-Unis et d'Israël, mais qui ne donnent pas l'impression d'une approche globale claire.

Début 2019, le royaume a inversé sa politique en matière d'accès aux soins de santé pour les réfugiés. Dans le même temps, et tout au long de l'année, la phase suivante du programme Nexus a été élaborée conjointement par le gouvernement et la communauté des donateurs.

Nous prévoyons que 2020 verra le paysage humanitaire évoluer de manière significative, avec une maîtrise de plus en plus grande du gouvernement jordanien sur la manière dont les fonds de l'aide sont utilisés, et un contrôle de plus en plus important sur les opérations humanitaires par le biais du ministère de la planification et de la coopération internationale (MoPIC).

PRÉSENCE DE MSF

MSF OCP est présent en Jordanie depuis 2006 avec l'ouverture du programme de chirurgie reconstructive (RSP) pour les patients irakiens.
Depuis plusieurs années, en plus du RSP, OCP gère les opérations irakiennes depuis Amman. Le RSP a progressivement ouvert ses portes aux patients yéménites et syriens.
En 2019, après un changement de positionnement de l'armée israélienne, et suite au nombre massif de blessés lors de la Grande Marche du Retour, MSF a réussi à envoyer des patients de Gaza à Amman. Vers octobre 2019, une adaptation des critères d'admission a été introduite pour les patients de Gaza.
En 2012, la mission a commencé à répondre à la crise syrienne en et depuis la Jordanie.
Le projet Irbid a débuté en 2013, avec la maternité et la néonatologie (NICU). Séparément, les activités de santé mentale (MHPSS) ont débuté en 2014 à Irbid, puis ont été étendues à Mafraq en 2017 et 2018. La Maternité a été confiée en septembre 2018 à International Medical Corps (IMC), et la Néonatologie en mai 2019.
Jusqu'à présent, les transferts ont bien fonctionné. L'équipe de néonatologie a continué à soutenir IMC dans la gestion

de la maternité, comme elle le faisait lorsque l'ensemble du programme était géré par MSF. Après le transfert de l'unité néonatale de soins intensifs, MSF a fourni deux mois supplémentaires de soutien à un néonatologiste spécialisé pour accompagner le déménagement.

Autres OC présents

Sur le plan opérationnel, OCA est présent avec une cohorte conséquente de 5500 patients sous traitement de maladie chronique (NCD). Ils sont déployés dans deux cliniques au nord de la Jordanie, à Irbid et à Ramtha (ancienne clinique d'OCBA).

En 2020, ils mèneront une enquête afin d'évaluer l'opportunité et la validité de préparer un transfert de leurs activités d'ici la fin 2021, très probablement par intégration avec le ministère de la santé.

OCA a poursuivi ses contacts dans le sud de la Syrie tout au long de l'année 2019, en essayant de définir une prochaine étape. Une proposition est envisagée sur la physiothérapie et le soutien à la santé mentale à Dera'a.

Amman accueille également une cellule d'OCBA au Moyen-Orient, ainsi qu'une unité de support aux opérations. OCG et OCA disposent également d'unités de support. L'unité de communication est productive et a joué un rôle majeur cette année dans le soutien des opérations d'OCP après le départ et le non-remplacement du responsable de la communication sur le terrain.

En juin 2019, la mission d'OCBA en Syrie du Nord s'est déplacée à Amman, suite à la répression des autorités turques à Gaziantep. Elle est toujours en activité depuis la Jordanie jusqu'à ce jour.

Suite à la signature d'un accord de siège, une gouvernance s'est mise en place entre sections avec un représentant de chaque entité.

La collaboration entre OC s'est renforcée au cours de l'année, ce qui a permis d'améliorer la communication et de rechercher des domaines de coopération. Un atelier sur les violences sexuelles a été organisé par OCG/ OCBA en juillet, réunissant plus de 70 participants.

En 2020, toutes les entités déménageront dans un seul bureau, avec l'espoir de continuer à optimiser les ressources et à favoriser les collaborations.

PROJET : HÔPITAL DE CHIRURGIE RECONSTRUCTIVE À AMMAN

Historique du projet

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 207 000 victimes chez les Irakiens entre janvier 2003 et novembre 2019 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 510 000 morts ou disparus et 12 millions de réfugiés et déplacés 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 des combats importants ont eu lieu dans le pays en 2019.

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 5 500 patients et réalisé plus de 13 000 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 ont eu 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).

2019 : Approche centrée sur le patient, centre de formation de physiothérapie, adaptation des cirtères d'admission pour faciliter l'accès aux patients de Gaza.

Bien que complexe dans sa mécanique (flux de patients), le programme a atteint après 13 ans une réelle maturité. Les connaissances et le niveau d'expertise permettent désormais une approche plus différenciée des contextes d'origine des patients.

2019 a vu une inclusion régulière de patients venant de Gaza ; nous espérons que 2020 verra l'entrée de Syriens de Syrie dans le projet. Par conséquent, la nécessité de partager et de diffuser l'expérience accumulée dans le cadre de ce programme est désormais évidente et nécessaire, afin de garantir un recrutement plus important et un plus grand impact du savoir-faire développé.

Cela devrait également permettre au programme de poursuivre son amélioration et sa réflexion sur l'approche holistique des soins, et les concepts de réhabilitation et de rétablissement.

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 tardive, 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 et social.

Dispositif actuel

Au total : 148 lits de patients + 35/37 lits pliables aux 4ème et 5ème étages pour les proches à l'hôpital

50-60 lits dans un hôtel voisin.

7 salles de consultation (OPD) + 1 salle d'urgence + 1 clinique dentaire.

3 blocs opératoires (2 sont entièrement équipés, 1 est utilisé pour les petites interventions chirurgicales et pour la pose de cathéters centraux insérés par voie périphérique (PICC)).

Physiothérapie/ ergothérapie/ impression 3D de prothèses et d'orthèses

Service de santé mentale, incluant des activités socio-éducatives (école, art-thérapie...).

Gestion des antibiotiques

Gestion de la douleur

Laboratoire de microbiologie

Bilan 2019

Principales réalisations

- Une nouvelle grille de fonctions hospitalières (et de révision des salaires) a été mise en place. Le travail a été effectué en collaboration avec l'APIS (consultants en gestion hospitalière).
- Le Centre de formation a continué à être développé avec un bon retour de la part des stagiaires. Les formations adaptées et sur mesure restent la priorité.
- L'approche centrée sur le patient (PCA) continue à être diffusée dans l'ensemble des activités médicales. Des ressources dédiées sont déployées vers la fin de 2019 pour renforcer les initiatives et aller plus loin (enquêtes de satisfaction, comité de patients, mécanisme de plainte...).
- Amélioration de la qualité (service de gestion de la douleur, nutrition, dossier médical électronique, protocoles et mesures de protection adaptés à la pédiatrie, contrôle et prévention des infections, évaluation et notation de la santé mentale, ergothérapie, orthèse pour masque de brûlés...).

	2017	2018	2019
Evaluations initiales de santé mentale		300	512
Infections 30 jours après chirugie	2,8%	1%	1%
Infections nosocomiales	2,7 patients/ mois (moyenne)	3,8 patients/ mois (moyenne)	2 patients/ mois (moyenne)
Physiothérapie (réseau)		143	283
Conformité du personnel à la politique de contrôle des infections (lavage des mains)	77%	86%	99%
Internes formés en physiothérapie		4	9
Internes formés en santé mentale		5	6

Activités	2015	2016	2017	2018	2019
Nb de nouveaux dossiers présentés pour validation	692	644	1 203	1 413	1 566
Nb de dossiers présentés pour suivi	894	1 050	1 296	1 475	1 551
Nb moyen de patients suivis	418	437	444	532	638
Nb d'admissions à l'hôpital d'Amman	348	536	580	543	542
Nb moyen de patients à l'hôpital	154	180	190	199	176
Taux d'occupation des lits d'hospitalisation	54%	60%	81%	94%	85%
Durée moyenne de séjour à Amman	154 jours	138 jours	128 jours	128 jours	138 jours
Nb d'interventions chirurgicales (y compris mineures)	951	1 089	1 150	1 162	1 075
Nb moyen de séances de kinésithérapie /kinésithérapeute/jour	9,4	11,8	10,8	11	11
% moyen de patients sous suivi psychiatrique	-	16%	15%	20%	15%
Résistance aux antibiotiques					
Nb de patients BLSE+	23	38	72	69	68
Nb de patients SARM+	31	41	79	125	101
Nb de patients porteurs d'EPC (entérobactéries résistantes aux carbapénèmes)	1	8	14	16	18
% total d'admissions de patients avec antibiorésistance	55 (16%)	87 (16%)	165 (28%)	210 (38%)	187 (57%)

Origine des patients

Irak	214	40%
Syrie	57	11%
Yemen	218	40%
Jordanie	12	2%
Palestine	37	7%
Autres	4	1%
Total	542	

PROJET : SANTÉ MENTALE ET VIOLENCES SEXUELLES À IRBID/MAFRAQ

Historique du projet

Le «soulèvement syrien» a commencé le 15 mars 2011. La Jordanie est l'un des pays les plus touchés par la crise syrienne, accueillant la deuxième plus grande proportion de réfugiés par habitant dans le monde. 84 % des réfugiés syriens en Jordanie vivent dans des zones urbaines et 16 % dans trois camps de réfugiés. 48% des réfugiés sont des enfants et 4,5% des personnes âgées.

Le projet d'unité de soins intensifs de maternité et de néonatologie a débuté en octobre 2013 et a été étendu avec un volet santé mentale en novembre 2014 à Irbid puis à Mafraq (2017), afin de fournir des services à la population vulnérable, à savoir les réfugiés et les Jordaniens vulnérables.

En 2018 et 2019, 3 autres sites ont été ouverts 1 à 2 jours par semaine, dans le village de Za'atari, Maghair Al Sirhan et le camp de Za'atari avec Mercy Corps. Ces trois sites seront fermés d'ici la fin 2019, afin de recentrer l'activité. En 2020, nous réévaluerons le meilleur emplacement dans le village de Za'atari.

Après quatre ans de construction et de renforcement de la santé reproductive avec un ensemble d'activités dans un hôpital dédié à Irbid, les activités de la maternité puis de l'unité de soins intensifs néonatals ont été transférées avec succès à l'International Medical Corps en septembre 2018 et avril 2019 respectivement. 16 336 bébés ont été mis au monde à la maternité et 2 715 ont été traités à l'unité de soins intensifs néonatals.

Alors que la guerre en Syrie se prolonge et que la frontière a été fermée depuis 2016 pour éviter tout nouvel afflux, la population jeune n'est plus confrontée directement aux événements liés à la guerre, mais plutôt aux conséquences des déplacements prolongés et à l'instabilité des conditions de vie, avec des problèmes émotionnels, sociaux et comportementaux.

Selon les enquêtes menées par le HCR, la population ne montre pas une forte volonté de retour dans un avenir proche. Le déplacement se fait davantage des camps vers les zones urbaines. La santé mentale reste une préoccupation majeure pour la population réfugiée, ainsi que pour la communauté d'accueil. Elle n'est couverte par aucun système sanitaire et le pays manque de personnel dans ce domaine. Dans le système d'aide, si le soutien psychosocial s'est bien développé ces dernières années, la prise en charge des besoins en matière de thérapie psychologique reste faible, encore plus en ce qui concerne les jeunes.

Le programme reste donc pertinent et nécessaire. Il se concentrera, en 2020, sur les cas les plus graves, en orientant les cas légers vers des groupes de soutien psychosocial.

Evolution des activités du programme de soutien psychosocial et de santé mentale – Mental Health and Psychosocial Support program (MHPSS)

Au fil des années et de l'évolution des activités, nous avons atteint un point, en 2019, où il fallait revoir l'organisation, ainsi que la cohérence des soins que nous fournissions.

Les critères ont été revus afin de normaliser et de structurer les définitions de cas en utilisant le CGI (Clinical Global Impression) au lieu du SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire). Cela permet à l'équipe de rationaliser l'approche des patients, de se concentrer sur les cas les plus graves (CGI 4 à 7) et de travailler à l'orientation des cas moins graves vers d'autres organisations qui se sont développées au fil des ans.

Fin 2018, un examen rapide des dossiers de patients a mis en évidence qu'environ 300 cas de violences sexuelles n'avaient pas été traités de manière optimale. 2019 a donné lieu à une meilleure compréhension de l'environnement entourant les violences sexuelles en Jordanie, ainsi qu'à l'acceptation de l'équipe pour aborder ce sujet. L'absence totale de données complètes parmi les autorités, ainsi qu'au niveau du groupe de travail sur l'aide, montre en soi qu'il y a un fort besoin de s'impliquer.

Fin 2019, nous avons engagé une sage-femme pour intégrer l'équipe de santé mentale à Mafraq, afin de commencer par l'identification et la gestion des cas parmi nos patients.

Le profil de poste de travailleur social a également été renforcé. Cela vise à renforcer les liens et le système de références que nous avons mis en place pour nos patients ainsi qu'à préparer les bases d'une gestion adéquate des cas de violences sexuelles, y compris avec un soutien juridique.
Le programme vise à prendre en charge les cas de violences sexuelles externes, y compris les cas d'adultes, au cours du premier semestre 2020.

Dispositif actuel

Le projet de santé mentale d'Irbid apporte un soutien psychologique aux enfants de moins de 18 ans et à leur famille, dont la santé mentale a été affectée par leur expérience directe de la guerre ou par les conséquences indirectes de la guerre (déplacement, dégradation de la situation socio-économique de la famille, violence domestique...). Ce soutien s'effectue au travers de thérapies individuelles, dyadiques et familiales. De plus, nous organisons des groupes thérapeutiques et psychoéducatifs, ainsi que des orientations vers des soins médicaux, sociaux ou autres soins psychologiques/psychiatriques. Une attention particulière est accordée aux références afin de diminuer l'impact des facteurs externes qui jouent un rôle dans la détresse du patient.

Lieu	Description	
	Avant Octobre 2019	Après Octobre 2019
Irbid Clinic	5 jours par semaine 88 heures par semaine de présence de psychiatre et psychologue	5 jours par semaine 112 heures par semaine
Mafraq Clinic	5 jours par semaine 120 heures par semaine	5 jours par semaine 120 heures par semaine
Za'atari Village	3 jours par semaine 24 heures par semaine	Fréquentation faible. Redirigé vers Mafraq. Evaluation 2020
Za'atari Camp	1 jour par semaine 16 heures par semaine	Transfert vers IMC et d'autres organisations déjà opérationnelles
Maghair Al Sirhan	2 jours par semaine 16 heures par semaine	Transfert vers CBO en cours. Cas sévères référés vers Mafraq.

Bilan 2019

Ces déplacements de réfugiés en Jordanie ne sont pas temporaires. La crise syrienne en Jordanie dure depuis huit ans et a des effets à long terme sur la santé, la santé mentale, le bien-être économique, la vie personnelle et culturelle, avec de graves conséquences sur des générations de Syriens. Le HCR estime maintenant qu'un déplacement résultant d'un conflit aura tendance à durer en moyenne 25 ans.

Chez les enfants nés réfugiés dans des familles vulnérables et affaiblies, les difficultés à des parents à assumer leur rôle à cause de la guerre et de la situation actuelle créent un impact sur la santé mentale de l'enfant. De nombreux enfants ont également pour rôle de porter/soutenir leurs parents en proie à une grave détresse psychologique. Des études montrent que les traumatismes de la petite enfance non traités jouent un rôle négatif majeur dans le développement et affectent par conséquent l'âge adulte.

Le gouvernement jordanien n'est pas en mesure, ou n'a pas la volonté, de couvrir les besoins et dépend fortement des activités des ONG, en particulier des services de santé mentale spécialisés. Le programme reste donc pertinent car la plupart des acteurs se concentrent sur une approche de santé mentale des adultes ou sur des services psychosociaux.

Nombre de consultations effectuées dans le projet Irbid/Mafraq :

2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
840	2 213	2 640	3 120	4 490	3 149	16 452

KENYA

Typologie : épidémie / endémie, accès aux soins.

Personnel 2019
International : 18
National sous contrat : 206

Nombre de projets 2019 : 2

Dépenses 2019 : 7 531 k€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCB, OCG.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Le Kenya a connu des changements politiques massifs depuis l'adoption de la nouvelle Constitution en 2010. Toutefois, le rythme, l'intensité et l'ampleur de ces changements politiques ont considérablement augmenté à la suite des deuxièmes élections organisées dans le cadre du nouveau système de gouvernance décentralisée. Alors que les cinq premières années de décentralisation ont débouché sur plus de liberté et de démocratisation, les élections de 2017 ont accéléré les changements dans les structures et les priorités politiques, tant au niveau central qu'au niveau des counties. La nouvelle structure politique des counties a apporté des ressources et du pouvoir à des endroits auparavant marginalisés et le programme de développement a été priorisé en fonction des besoins locaux. Cela dit, un manque de suivi a conduit à une mauvaise utilisation de ces ressources et a créé un nouveau niveau de marginalisation lié à la prédominance de politiques ethniques. Les changements fréquents au sein des gouvernements des counties ont également rendu presque impossibles les discussions avec les autorités sanitaires et les changements fréquents au sein du département de la santé ont entraîné la perte de l'historique et des contacts.

Le reclassement du Kenya en tant que pays à revenu moyen inférieur a entraîné une diminution des financements bilatéraux du pays, ce qui a affecté l'allocation des fonds du gouvernement aux programmes et aux counties. Cela a également accru les attentes à l'égard des ONG, qui doivent désormais participer « directement » au financement du système de santé.

Conformément à la transformation constitutionnelle, la transition juridique se poursuit pour aligner les lois, la politique et les structures administratives et politiques du pays sur la constitution de 2010. Ces réformes visent non seulement à réglementer les relations de pouvoir entre le gouvernement central et les counties, mais aussi à compléter les structures institutionnelles et finaliser les mécanismes de relations intergouvernementales.
Ce nouveau cadre juridique transforme également la manière dont le gouvernement traite avec ses partenaires, y compris les ONG (protocoles d'accord, accords de sièges, enregistrement, exemptions, etc.) et la présence étrangère au Kenya (visas, permis de travail, kényanisation des emplois, etc.)

Contexte sanitaire

La décentralisation a entraîné des disparités croissantes en matière de santé selon les counties, certains progressant plus rapidement que d'autres. Ces disparités sont le reflet des différentes capacités de leadership et de gouvernance de chaque coounty. En 2017, la loi sur la santé a été adoptée, mais sa mise en œuvre pratique n'a commencé à prendre forme qu'en 2019 avec la réorganisation des structures de gouvernance au sein du ministère de la santé. Cette réorganisation s'est accompagnée d'un remaniement massif des agents nationaux du ministère de la santé. Notamment, au Programme national de contrôle du SIDA et des IST (NASCOP), tous les agents sauf un ont été mutés. Ces réorganisations au sein du NASCOP et du ministère nécessitent que MSF rétablisse des relations avec les nouveaux responsables afin de maintenir la dynamique des politiques mises en place. Par ailleurs, ces changements ont ajouté plusieurs niveaux dans le processus d'approbation des études sur le VIH, ce qui augmentera considérablement le temps nécessaire à l'approbation des protocoles de recherche. En 2019, MSF a été confronté à des contraintes croissantes d'importation de médicaments et produits de base en raison de nouveaux processus administratifs.

La couverture maladie universelle (UHC) est l'un des piliers de l'agenda des «Big 4» de l'administration du président Uhuru. Cette initiative vise à améliorer la qualité des services de santé dans toutes les structures de soins publiques et privées tout en garantissant que les services sont accessibles, abordables et efficaces pour tous les Kenyans.

En ce qui concerne la morbidité et la mortalité, la part des maladies transmissibles diminue mais continue de dominer la morbidité totale au Kenya. En revanche, la part des maladies non transmissibles augmente au fil des ans. Les maladies transmissibles et non transmissibles occupent chacune 5 places parmi les 10 premières causes de décès.

Bien que le nombre de décès liés au VIH ait diminué de 50 % entre 2007 et 2017, le VIH reste la principale cause de décès au Kenya, où l'on estime à 1,6 million le nombre de personnes vivant avec le VIH. L'épidémie de VIH au Kenya touche la majeure partie de la population générale, mais les groupes d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les femmes, les travailleurs du sexe et les consommateurs de drogues injectables sont toujours plus vulnérables à l'infection que les autres. En 2017, le taux national de prévalence du VIH chez les adultes était estimé à 4,9 %, la prévalence étant plus élevée chez les femmes (5,2 %)

que chez les hommes (4,5 %). La couverture des adultes en matière de traitements ARV est estimée à 75 %, tandis que celle des enfants est de 82 % en 2017. La couverture de la PTME (prévention de la transmission mère enfant) était d'environ 77 % en 2017. Des mesures plus précises de l'état de l'épidémie sont attendues de l'évaluation nationale de l'impact de la prévalence du VIH au Kenya, pour novembre 2019. Comme la plupart des pays africains, le Kenya se caractérise par une urbanisation rapide. On estime que 27 % de la population kenyane vit dans des centres urbains avec comme principales métropoles Nairobi, Nakuru, Kisumu et Mombasa. Selon le recensement de la population et du logement de 2019, la population du Kenya s'élève à 47,6 millions d'habitants, soit une croissance de 2,8 % seulement par rapport aux 37 millions de 2009, ce qui est bien inférieur aux projections qui estimaient la population totale à 55 millions d'habitants en 2020. La baisse continue du taux de croissance démographique (2,2 en 2019 contre 2,9 en 2009) et la diminution de la taille moyenne des ménages (3,9 en 2019 contre 4,2 en 2009) pourraient être attribuées au rythme accéléré de l'urbanisation.

Nairobi compte 4,4 millions de personnes, dont 60 % vivent dans des bidonvilles, et la majorité sont économiquement et socialement exclues et défavorisées. Les services urbains et la mise en œuvre de politiques nationales appropriées n'ont pas suivi le rythme élevé d'urbanisation ; une situation qui a entraîné de nombreuses disparités et difficultés socio-économiques, telles que l'accès aux services de santé et la violence.

PRÉSENCE DE MSF

MSF a maintenu une présence significative au Kenya depuis 1987 pour soutenir ses opérations au Soudan pendant la guerre civile. En 1991, MSF a ouvert son premier projet au Kenya en fournissant une assistance aux réfugiés venant du Sud-Soudan et de Somalie, tout en soutenant les groupes les plus vulnérables du pays.

MSF OCP a commencé à travailler au Kenya en 1996 avec un projet fournissant des soins médicaux à la population des bidonvilles de Mathare (Nairobi). Depuis 2001, suite à l'émergence de l'endémie du VIH et au manque de traitement dans le pays, MSF a ouvert un projet VIH/tuberculose à Nairobi/Mathare et dans le county de Homa Bay. Les soins aux victimes de violences sexuelles et les activités d'urgence ont été ajoutés en 2008 et 2012 respectivement, suite aux violences électorales de 2007 et à l'évaluation faite par MSF dans le bidonville d'Eastlands en 2012. L'objectif du projet de MSF OCP au Kenya était de répondre aux besoins de santé dans le contexte de la violence urbaine et de la forte prévalence du VIH et de la tuberculose ; ces deux contextes sont intéressants sur le plan opérationnel mais difficiles à gérer et la population ciblée a toujours été la population vulnérable dans ces contextes.

En plus de MSF OCP, il y a deux autres centres opérationnels au Kenya :

- MSF OCB est présent dans le comté d'Embu avec un projet sur les maladies non transmissibles et dans le county de Kiambu en collaboration avec LVCT Health sur un projet pour les consommateurs de drogues.
- MSF OCG travaille dans le camp de réfugiés de Daadab (county de Garisa) pour soutenir les réfugiés somaliens et à Likoni (comté de Mombasa) dans le domaine de l'obstétrique et de la santé reproductive.

Les trois centres opérationnels ont un accord qui détermine les zones géographiques couvertes par chacun en termes d'exploration des possibilités d'intervention de santé publique et de réponse aux situations d'urgence.

MSF travaille en partenariat avec le ministère de la santé au niveau des counties et au niveau national pour garantir la fourniture de services médicaux efficaces et à long terme aux plus vulnérables.

PROJET : MATHARE

Historique du projet

Eastlands est l'une des trois principales divisions de Nairobi ; elle abrite plus de 2 millions de personnes sur les 4,4 millions d'habitants de Nairobi. C'est un large mélange de quartiers pauvres et d'établissements informels, souvent qualifiés de bidonvilles, selon la définition de UN Habitats.
MSF a commencé à travailler à Nairobi Eastlands en avril 1996, fournissant des soins de santé primaires gratuits à la population des bidonvilles grâce à un partenariat avec une organisation communautaire locale (Upendo). La clinique a été remise au ministère de la santé en 2004.

En 2001, compte tenu de la prévalence élevée du VIH au Kenya, du manque d'accès au dépistage et au traitement dans le pays et de la faisabilité démontrée de traiter les personnes dans les pays à faible revenu, MSF a ouvert la première clinique VIH à Mathare/Nairobi (Blue House), une des zones à forte prévalence. Le volet tuberculose et tuberculose résistante (TB/DRTB) a été ajouté en 2005 car la tuberculose était la principale comorbidité chez les patients atteints du VIH. Les services de lutte contre la tuberculose ont été ouverts aux patients non co-infectés (patients séronégatifs) pour offrir des soins intégrés pour le VIH et la tuberculose : le premier patient atteint de tuberculose résistante à Nairobi a été reçu en 2005. Le volet VIH (Blue House) a été remis à la AIDS Health care Foundation fin 2013. En 2017, MSF a décidé de fermer sa clinique verticale de DRTB et de se concentrer sur le soutien aux sites décentralisés DRTB du ministère de la santé. En mai 2018, MSF a décidé de fermer l'ensemble du programme après avoir atteint ses principaux objectifs.

En 2008, à la suite des violences post-électorales, une composante violences sexuelles (SGBV) a été développée dans le projet. Le nombre de victimes n'a cessé d'augmenter au fil des ans.

En 2012, MSF a mené une évaluation approfondie des besoins de santé à Nairobi Eastlands afin d'évaluer l'accès général aux soins de santé et le contexte entourant les violences sexuelles. L'évaluation a montré une très forte prévalence de la violence sexuelle affectant les enfants, les femmes et les hommes ; une détérioration des services sociaux (manque d'électricité, de routes, de sécurité, de justice) avec une déstructuration de la famille et de la communauté (prostitution enfantine à Makadara, viols collectifs à Dandora) ; un accès réduit aux soins de santé secondaires (une seule structure publique de référence pour 2 millions de personnes) ; des difficultés d'accès liées à la distance (pas

de routes dans certains bidonvilles) ; l'insécurité nocturne ; les comportements hostiles des clients ; et un coût élevé inabordable pour la majorité des personnes vivant dans les bidonvilles. Les résultats ont conduit à étendre la réponse aux violences sexuelles et à ouvrir de nouvelles activités pour améliorer l'accès aux soins de santé secondaires d'urgence pour la population de Mathare et Eastleigh grâce à un centre d'appel gratuit, des ambulances médicalisées (soins pré-hospitaliers et références vers les hôpitaux) et un soutien au service des urgences de l'hôpital Mama Lucie Kibaki. Toutes les activités ont été mises en œuvre en collaboration avec le ministère de la santé du county de Nairobi.

En 2015-2016, avec le soutien de l'unité médicale de MSF Brésil, MSF a mené une étude transversale sur la victimisation afin de mieux comprendre le degré de violence et l'impact des activités d'urgence. L'étude a conclu que Nairobi Eastlands est l'un des endroits les plus violents au monde en dehors des zones de conflit (comparable à certains endroits d'Amérique centrale) mais cette violence est largement invisible et non documentée. L'étude a également identifié les groupes de population vulnérables (adolescents et jeunes) et a cité la santé mentale comme un obstacle majeur à l'accès à la santé. Les résultats ont conduit à une nouvelle proposition axée sur les groupes de population vulnérables (adolescents et jeunes) : Clinique pour jeunes à Dandora pour les infections sexuellement transmissibles (IST), la contraception, les violences sexuelles, la santé mentale, les interruptions de grossesse et les activités récréatives.

Dispositif actuel

Violences sexuelles

Cette activité est assurée par une clinique privée de MSF (Lavender House - LH) en plus de 4 structures de soins de santé primaires décentralisées du ministère de la santé. La clinique de MSF est offre des services spécialisés tandis que les centres du ministère de la santé s'appuient sur un modèle de soins intégré et complet dirigé par des infirmières. Les services fournis comprennent un numéro d'appel gratuit, une gestion médicale et psychosociale complète et des références vers des hôpitaux secondaires ou tertiaires du ministère de la santé ou des hôpitaux privés pour ceux qui ont besoin de soins avancés. MSF soutient les démarches juridiques des victimes en rassemblant des éléments médico-légaux, en remplissant des formulaires et en apportant des témoignages d'expert devant les tribunaux. Des services de protection et d'hébergement sont fournis en lien avec d'autres acteurs. Une équipe de mobilisation communautaire est chargée de sensibiliser la population aux violences sexuelles et de créer des liens avec la communauté. L'accès aux services de violences sexuelles se fait soit à pied, soit par l'intermédiaire des voitures de MSF. En raison de la rareté de ce type de soins, l'activité couvre tout Eastlands et certaines parties du county de Nairobi.

Programme médical d'urgence

Ce volet comprend les soins pré-hospitaliers (centre d'appel et service d'ambulance), la salle de traumatologie à Lavender House (LH) et le soutien au service des urgences de l'hôpital Mama Lucy Kibaki (MLKH). Au service des urgences de MLKH, MSF travaille en collaboration avec le ministère de la santé, tandis que les autres activités sont en grande partie gérées comme des activités verticales de MSF, situées à Lavender House. Les activités comprennent : un numéro vert, 3 ambulances médicalisées disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour les références, y compris la réanimation médicale en route et la stabilisation. Les références se font vers des installations secondaires et tertiaires du ministère de la santé. Le support au service des urgences de MLKH vise à améliorer la qualité des soins par la mise en place d'un système de triage, le stockage de produits, la formation du personnel et la supervision. Le dispositif d'urgence médicale permet également à MSF de répondre à des afflux massifs de blessés, qu'il s'agisse de violences politiques ou ethniques, d'accidents de la route, d'effondrements de bâtiments ou d'incendies. La composante salle de traumatologie est une petite activité gérée verticalement située à la clinique MSF Lavender House. Les services sont fournis 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 par les agents cliniques et les infirmières de MSF.

Bilan 2019

Projet Mathare	2017	2018	2019
Nouveaux cas de violences sexuelles	2 742	3 229	3 191
Nouveaux patients vus aux urgences (MLKH)	13 358	31 697	35 282
Consultations aux rugences de Lavender House	8 689	9 250	9 009
Nb d'appels traités au centre d'appels	6 751	7 613	8 644
Nb d'interventions d'ambulances	5 475	6 228	6 792

PROJET : NDHIWA – INVERSER LA COURBE DU VIH

Historique du projet

MSF a débuté ses activités à Homa Bay il y a 22 ans, en réponse à l'épidémie de VIH dans la province de Nyanza, dont la prévalence était estimée à 35 % avec une absence de soins pour le VIH. MSF a effectué des tests de dépistage du VIH et des conseils gratuits aux patients ainsi que le traitement des infections opportunistes à l'hôpital du district de Homa Bay. En 2001, MSF a fourni les premiers traitements ARV gratuits dans un établissement de santé publique au Kenya, à l'hôpital de Homa Bay. En 2004, le ministère de la santé a introduit un service indépendant de conseil et de dépistage du VIH à l'hôpital, tout en mettant les patients séropositifs en contact avec les services de traitement antirétroviral, qui étaient soutenus à 100 % par MSF. Les deux services (le ministère de la santé et MSF) ont été entièrement intégrés en octobre 2008 en centralisant tous les soins et traitements contre le VIH et la tuberculose dans la clinique B, gérée par MSF.

En 2009, avec le soutien de MSF, le ministère de la santé a commencé à décentraliser les soins du VIH et les traitements ARV vers les centres de santé et les dispensaires en réponse au besoin croissant d'ARV. En 2012, l'accès aux ARV gratuits s'était considérablement amélioré et les services ont été décentralisés avec succès grâce à l'afflux d'acteurs et de fonds dans la région. Par la suite, MSF a décidé de remettre la clinique B au ministère de la santé sur une période de transition de trois ans (qui s'est achevée en décembre 2014).

En 2012, Epicentre a mené la première enquête sur la population VIH de Ndhiwa (NHIPS), une enquête épidémiologique de référence, qui a révélé l'une des incidences les plus élevées au monde avec 2 % et une prévalence de 24,1 % dans le sous-county de Ndhiwa. Une autre préoccupation était la mortalité élevée dans les services médicaux pour adultes de l'hôpital de référence de Homa Bay, en particulier chez les personnes vivant avec le VIH. MSF a ouvert le projet de Ndhiwa en 2014 avec pour objectif de freiner la transmission du VIH et de réduire l'incidence de 50 %, en mettant en œuvre des stratégies biomédicales et des modèles de soins complets grâce à des tests VIH mobiles dans les communautés et à la circoncision médicalisée des hommes, en améliorant l'accès et la prise en charge des patients dans les structures périphériques et en assurant les références rapides des patients gravement malades vers des soins secondaires spécialisés dans les hôpitaux de Homa Bay et de Ndhiwa. Une étude sur la mortalité dans les services médicaux pour adultes réalisée par Epicentre entre décembre 2014 et mars 2015 a révélé un taux de mortalité de 15,6 %. Dans l'ensemble, le sida a représenté plus d'un tiers des admissions et 55 % des décès. Le suivi après la sortie a montré un taux de mortalité de 28 % neuf mois après la sortie.

MSF a effectué des tests mobiles dans les communautés du sous-county de Ndhiwa. Le volet de la circoncision volontaire médicalisée a été arrêté en 2017 en raison du faible taux de participation. MSF a également mis en œuvre la prévention de la transmission mère enfant (PTME) et a différencié les modèles de soins pour les patients stables. La mise en œuvre de ce programme pendant 4 ans de 2014 à 2017 a été un succès, avec le soutien de 33 structures de santé pour un total de 16 000 patients séropositifs sous ARV.

En 2018, MSF a investi davantage de ressources et a renforcé la supervision pour assurer des soins de qualité dans les services médicaux pour adultes. MSF a également mis en place d'autres services tels qu'un laboratoire spécifique pour les patients hospitalisés et une clinique pour améliorer le suivi des patients après leur sortie.
Des lacunes ont été identifiées dans la prise en charge des stades avancés du VIH, les soins pédiatriques et adolescents, la prise en charge des patients sous ARV de deuxième et troisième ligne ainsi que l'échec des traitements ARV. Cela a influencé les changements d'orientation du projet en 2019, vers ces domaines spécifiques soutenus dans 25 structures publiques.
L'enquête finale sur la population de Ndhiwa (NHIPS II) a été menée en octobre 2018 et les résultats ont révélé des résultats significatifs dans toute la cascade de soins qui dépassent les attentes initiales. La prévalence globale du VIH a diminué, passant de 24,1 % en 2012 à 16,9 % en 2018. La connaissance globale de la séropositivité par les patients (de 59,4 % en 2012 à 93,4 % en 2018), la couverture par les traitements antirétroviraux (de 68 % à 97 %), la suppression de la charge virale (de 39,7 % à 88,3 %) et l'incidence (nouvelles infections : de 1,9 % à 0,7 %) se sont considérablement améliorées entre 2012 et 2018, tant chez les femmes que chez les hommes. En outre, la proportion de personnes séropositives dont la charge virale n'est pas supprimée a considérablement diminué au fil du temps.

La stratégie choisie par MSF est de travailler en étroite collaboration avec le ministère de la santé, afin d'assurer la continuité et l'impact à long terme. MSF soutient les salaires du personnel supplémentaire sous contrat avec le ministère de la santé, l'amélioration des équipements de laboratoire, certains programmes de soutien social, les fournitures médicales et la formation. Les autres partenaires de mise en œuvre de la lutte contre le VIH sont EGPAF et PATH.

Dispositif actuel

Hôpital de Homa Bay : Services médicaux pour adultes (4 services et 90 lits)

MSF soutient les services médicaux pour adultes du Homa Bay Referral Hospital (HBRH) grâce à un appui aux ressources humaines (personnel supplémentaire, formation et encadrement du personnel), à des procédures opérationnelles standard (SOP) et à des protocoles, à des tests sur le lieu de soins, à des laboratoires pour patients hospitalisés et à des campagnes de don de sang. Une clinique a été ajoutée à ce volet en juillet 2018 afin d'améliorer le suivi des patients après leur sortie. Une équipe multidisciplinaire composée de médecins, d'agents cliniques, d'infirmières, de travailleurs sociaux, de conseillers et d'un nutritionniste assure le suivi médical quotidien des patients.

Décentralisation du VIH

MSF soutient 25 structures publiques dans la prise en charge du VIH avec un total de 13 000 patients comme bénéficiaires directs.

Bilan 2019

L'objectif en 2019 pour la «décentralisation» était de renforcer le continuum des soins du VIH afin de réduire la morbidité et la mortalité parmi les patients séropositifs instables dans le sous-county de Ndhiwa, par le développement et la mise en œuvre d'interventions à fort impact en étroite collaboration avec le ministère de la santé. En ce qui concerne les services médicaux, l'objectif était d'améliorer la qualité des soins pour les patients hospitalisés dans les services médicaux pour adultes, ainsi que d'améliorer l'accessibilité et le continuum des soins pour les patients gravement malades.

Services médicaux pour adultes

Homa Bay Referral Hospital	2015	2016	2017	2018	2019
Admissions (HBRH)	4 499	5 331	2 850	3 373	3 056
Mortalité (HBRH)	19%	15%	17%	15%	15%
% HIV+				49%	41%
% HIV –				51%	59%

Clinique de suivi	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Nb patients à suivre				207	357
% suivis				87%	90%
% mortalité après la sortie				12%	10%
% réadmission				12%	23%
Sarcome de Kaposi : nb chimiothérapies initiées		41	71	93	123

Décentralisation VIH dans le sous-county de Ndhiwa

	2015	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Cohorte ARV	12 208	14 421	16 005	16 618	17 395
Couverture charge virale				107%	97%
% charge virale <1000	77%	81%	85%	90%	93%
Poursuite du traitement ARV à 12 mois	NA	NA	82%	77%	75%
Délai entre la première charge virale élevée et le changement de traitement (jours)	468	376	333	228	159

Taux de suppression enfants/adolescents (0-19yrs)	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Moins de 5 ans		46,8%	50%	63%	75%
5-9 ans	46.4%	51,7%	65%	83%	88%
10-15 ans		55,7%	66%	75%	85%

LIBAN

Typologie : conflit armé.
Personnel 2019 :
International : 9
National : 69

Nombre de projets 2019 : 1
Dépenses 2019 : 4 246 k€

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

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Le 17 octobre, des manifestations sans précédent ont commencé dans tout le pays, en particulier dans les principales villes du Liban. Les protestations alimentées par la colère contre la corruption et la mauvaise gestion économique ont franchi les frontières sectaires pour appeler à la chute du système politique libanais. En réponse, le Premier ministre Saad al-Hariri a démissionné le 29 octobre. Mais Hassan Diab, le nouveau Premier ministre, n'a été désigné que fin décembre.
Le pays, dont la dette extérieure est l'une des plus lourdes au monde, souffre d'une faible croissance économique. La situation économique est désormais aggravée par la crise politique. La réforme économique et financière tant attendue reste à faire alors que les protestations se poursuivent. La crise bancaire a exercé une pression croissante sur la livre libanaise. En conséquence, le taux de change du dollar américain s'est envolé sur le marché noir.
Outre l'incertitude générale quant à la situation économique et financière, les affrontements sectaires ou politiques restent les principaux risques pendant cette période de troubles sociaux[1].

Situation économique

Actuellement, le Liban est confronté à une crise fiscale profonde, avec l'un des taux d'endettement les plus élevés au monde, soit 86 milliards de dollars ou plus de 150 % du produit intérieur brut du pays. Cela a mis beaucoup de pression sur la livre libanaise qui risque de se déprécier par rapport au dollar après plus de deux décennies de stabilité (le dollar étant égal à 1500 LBP). Récemment, une panique générale s'est emparée du pays, le gouvernement ayant limité les montants d'USD échangeables dans les bureaux de change privés. Le prix de la livre est passé officiellement à 1650 LBP pour un dollar, mais jusqu'à 2000 LBP dans les bureaux de change, car les traders ont spéculé sur la panique et ont augmenté le risque de dollarisation, ce qui affaiblirait encore plus la livre.

Réfugiés syriens

Plus d'un million de Syriens ont fui au Liban depuis le début du conflit en 2011 dans la Syrie voisine, ce qui fait du Liban le pays accueillant le plus grand nombre de réfugiés par habitant (la population du Liban est d'environ 4 millions). Le pays lutte pour faire face à l'afflux de réfugiés et à la pression importante sur la santé, l'éducation, le logement, l'emploi, l'approvisionnement en eau et en électricité et la gestion des déchets.

Retour des réfugiés

Peu de retours en Syrie ont été constatés en 2019
Il existe des données officielles pour deux types de mouvements : les retours dits «spontanés» et les retours facilités par le Bureau général de sécurité (GSO). Le retour spontané est un processus de retour dans le pays ou le lieu d'origine sans aucun programme d'assistance officiel (il peut donc être volontaire ou forcé). Ce chiffre est enregistré par le HCR et dépend du partage de ces informations par les réfugiés.

Chiffres (janvier-juin 2019) :

- Retours spontanés : 6 840 (>60 % de femmes). Principales raisons : socio-économiques, accès à des soins médicaux spécialisés abordables.
- Le GSO a facilité les retours : 3 576 (45% de femmes). Principales raisons : socio-économiques, accès aux services de base.

Contexte sanitaire

Le système de santé au Liban est fragmenté, avec une grande tendance à la privatisation des soins de santé.
Bien qu'il existe des hôpitaux et des centres de santé publics au Liban, et malgré le fait que le ministère de la santé publique (MoPH) offre une certaine couverture dans le domaine des soins de santé, les institutions de santé publique ne sont pas toujours en mesure d'offrir des soins de santé adéquats car les traitements spécialisés ou même les équipements ne sont pas toujours disponibles. Ainsi, l'accès aux soins de niveau tertiaire est difficile en pédiatrie dans les structures publiques, car ces services sont rarement fournis. En outre, la qualité de ces services publics semble très discutable. Par conséquent, beaucoup de patients dépendent de soins de santé privés, c'est-à-dire d'hôpitaux privés, d'assurances privées et de dispositions d'ONG/charité.
L'arrivée de réfugiés au Liban constitue un défi supplémentaire pour le système de santé libanais.

La majorité des réfugiés syriens vivent dans des communautés d'accueil réparties dans 1 600 localités du Liban. Ils vivent dans divers types d'habitations, notamment des chambres/appartements loués, d'autres habitations non traditionnelles, dont des garages, des terres agricoles louées à des proprié-

taires terriens et des installations industrielles converties. Environ un tiers des réfugiés vivent dans des installations informelles (sous tente), principalement concentrées dans les régions les plus pauvres du Liban, la Bekaa et le nord du Liban. Leurs conditions de vie sont désastreuses et ils n'ont pas accès à des soins de santé adéquats.

PRÉSENCE DE MSF

Les sections OCG et OCB étaient présentes avant l'arrivée de MSF OCP, fournissant principalement des soins de santé primaires, des traitements des maladies chroniques non transmissibles, des services de santé reproductive, en plus d'un soutien en matière de santé mentale et de services de promotion de la santé dans différents endroits du pays.

Vallée de la Bekaa

Dans la vallée de la Bekaa, où la majorité des réfugiés syriens se sont installés, MSF OCP cherche à fournir aux enfants vulnérables (libanais, syriens et palestiniens) un accès à des soins de santé de bonne qualité, en se concentrant sur les soins de santé secondaires et tertiaires (activités d'urgence et d'hospitalisation, y compris les soins intensifs et la chirurgie élective spécialisée) et le traitement des maladies non transmissibles avec un programme spécial pour le traitement de la thalassémie.
MSF OCG fournit des services de soins de santé primaires à Hermel, Aarsal, Baalbek et Majdal Anjar. Les équipes de MSF travaillent également dans deux centres de santé maternelle et infantile à Arsal et Majdal Anjar.
À Bar Elias, OCB a achevé la réhabilitation de l'hôpital de la ville et fournit maintenant des services de soins des blessures chroniques (depuis octobre 2018) et des chirurgies générales électives (depuis novembre 2018).

Liban Nord

MSF OCG et MSF OCB offrent des services de soins de santé primaires essentiels à Tripoli, Al Abdeh et Wadi Khaled.

Beyrouth et sa banlieue

Depuis septembre 2013, MSF OCB gère un centre de soins de santé primaires et un centre pour femmes dans le camp de réfugiés de Shatila.
En juillet 2018, OCB a ouvert une maternité dans le Campus hospitalier universitaire Rafic Hariri, à Beyrouth, où il pratique des accouchements normaux et offre des soins néonatals aux patients envoyés par sa clinique de Shatila.
Dans le camp de réfugiés de Burj al-Barajneh, OCB fournit des services de planning familial et de santé mentale en plus des soins à domicile pour les patients atteints de maladies chroniques qui souffrent de problèmes de mobilité.

Sud-Liban

À Saïda, OCB gère un programme de soins à domicile dans le camp de réfugiés de Ain Al-Helweh. MSF aide également le personnel médical du camp à mettre en place son plan de préparation aux situations d'urgence.

1 Le Liban a connu une guerre civil qui a duré 15 ans de 1975 à 1990.

PROJET : PÉDIATRIE À ZAHLE - VALLÉE DE LA BEKAA

Historique du projet

Dans la vallée de la Bekaa vit la plus grande proportion de réfugiés (estimée à environ 500 000, soit environ 1/3 de tous les réfugiés syriens au Liban) parmi une population d'accueil qui est traditionnellement l'une des plus démunies du Liban. La vallée de la Bekaa compte environ 250 000 enfants réfugiés syriens vulnérables de moins de 14 ans.
Il existe très peu d'établissements de santé spécialisés dans les soins pédiatriques (aucun établissement gouvernemental ou public), et un seul établissement privé (peu fiable) de soins intensifs pédiatriques existe dans la Bekaa, situé à Baalbeck. La chirurgie pédiatrique est principalement pratiquée dans des hôpitaux privés. La chirurgie élective n'est pas couverte par le HCR et les réfugiés syriens n'y ont donc pas accès. Quelques campagnes de chirurgie élective sont organisées de temps en temps, mais pas de façon régulière.
Il existe un besoin évident de soins pédiatriques, en particulier de services de soins intensifs de réanimation pour une population qui a un accès irrégulier à des niveaux de soins de santé primaires, secondaires et tertiaires de qualité, et où les besoins médicaux (exception faite des situations vitales imminentes) ne sont ni abordables ni couverts par le HCR.
En 2016, MSF OCP a commencé à fournir des soins pédiatriques (en hospitalisation) aux populations vulnérables (principalement des réfugiés syriens) en travaillant sur une approche globale en collaboration et en partenariat avec le MoPH à l'hôpital gouvernemental Elias Haroui (EHGH) et l'ONG internationale WAHA. La collaboration avec l'EHGH continue de s'améliorer. La collaboration avec WAHA a rencontré plusieurs difficultés et s'est terminée fin 2019.

Dispositif actuel

Activités

Au niveau de l'hôpital, les activités font partie intégrante de l'hôpital gouvernemental Elias Hraoui, un grand hôpital avec des services de support étendus et immédiatement disponibles. Le service de MSF a une capacité de 28 lits.
Des soins médicaux spécialisés sont fournis aux enfants gravement malades et non gravement malades nécessitant une hospitalisation dans 2 domaines différents : service de pédiatrie générale et soins intensifs.
Soins pédiatriques généraux : 18 lits.
Soins pédiatriques intensifs et intermédiaires : 4 lits de soins intensifs pédiatriques (5 pendant la haute saison)
Programme de soins de jour pour la thalassémie : 6 lits

Bilan 2019

	2018	2019
Consultations service d'urgences	3 801	4 969
% moyen d'admissions en hospitalisation	40%	23%
Hospitalisations (18 lits)	1381	1162
Admissions en soins intensifs (4 lits)	99	121
Taux d'occupation des lits	102,65%	63,5%
Cohorte Thalassémie	57	82
Patients Thalassémie sous traitement	44	82

NB : En 2018, il y a eu plus de patients hospitalisés en raison des patients de l'activité chirurgicale et de la thalassémie (la thalassémie n'était pas une activité et les patients ont été hospitalisés pour leur transfusion sanguine les 3 premiers mois de 2018).

LIBERIA

Typologie : accès aux soins.

Personnel 2019
International : 21
National : 313

Nombre de projets 2019 :

Dépenses 2019 : 5 956 k€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : aucun.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Le Liberia a été le premier État africain indépendant (1847). En 1980, un coup d'État militaire dirigé par Samuel Doe a inauguré une décennie de régime autoritaire et a déclenché une période d'instabilité. Doe a été renversé en 1990. Le Liberia a ensuite connu deux guerres civiles qui ont duré plus de 14 ans entre 1989 et 2003. Cette période a été marquée par un niveau élevé de violence qui a coûté la vie à près de 250 000 personnes, pour la plupart des civils. La violence a également entraîné le déplacement d'un million de personnes dans les pays voisins et l'effondrement total de l'ordre public.

En 2003, la force de maintien de la paix des Nations unies (UNMIL) de 15 000 hommes a été déployée avec un gouvernement de transition pour deux ans. Il a été suivi par l'organisation d'une élection démocratique en 2005, remportée par Ellen Johnson Sirleaf, la première femme élue à la tête d'un État en Afrique, qui a renouvelé son mandat pour un second et dernier mandat en 2011. En 2014-2015, une grande épidémie d'Ebola a secoué le pays et déstabilisé un État et une économie déjà fragiles, ce qui a entraîné une intervention internationale massive. L'UNMIL a quitté le pays en mars 2018.

En janvier 2018, l'ancien footballeur George Weah a prêté serment en tant que nouveau président avec une nette victoire électorale remportant le vote populaire dans 14 des 15 counties et marquant la première transition constitutionnelle du pouvoir en plus de 70 ans. Sa victoire était l'expression du vote populaire d'une population vivant majoritairement (54 %) dans la pauvreté dans un pays classé 181ème sur 189 pour l'indice de développement humain.

Depuis l'arrivée au pouvoir du président, l'économie du pays a été confrontée à de nombreux défis avec une inflation croissante liée à la dépréciation significative du dollar libérien par rapport aux États-Unis et à d'autres facteurs comme la mauvaise gestion des ressources disponibles. Ces facteurs ont limité la capacité du gouvernement à fournir des services et à remplir ses obligations, comme le paiement régulier des salaires des fonctionnaires. Cela a entraîné le mécontentement de l'opposition et de la société civile qui appelé à la mobilisation, à la manifestation et à la grève pour réclamer le changement sous la bannière du Council of Patriots, avec un succès limité.

En 2020, les élections sénatoriales doivent avoir lieu avec près de la moitié du Sénat à élire.

Contexte sanitaire et humanitaire

Le système de santé libérien est l'un des plus faibles du monde. Le Libéria dispose de moins de 300 médecins dans un pays de 4,5 millions d'habitants. Seuls 200 médecins sont libériens et une poignée d'entre eux sont des spécialistes. Le Libéria est confronté à une très forte prévalence du paludisme et à des épidémies régulières comme le choléra et la rougeole, tandis que la fièvre hémorragique de Lassa est endémique.

La capacité de surveillance et de diagnostic liée aux épidémies s'est améliorée avec la création d'un Institut national de santé publique du Liberia et un Laboratoire national de référence (NPHIL/NRL). Mais le système de soins de santé primaires reste en ruine. Les soins de santé sont gratuits en théorie, mais les dispensaires dépendent principalement de dons de programmes de lutte contre une maladie spécifique (par exemple le Fonds mondial) pour leur approvisionnement, qui ne consiste qu'en une liste limitée de médicaments ou de diagnostics. L'accès aux soins spécialisés est quasi inexistant.

En juin 2018, le Health Pool Fund (HPF) a pris fin, ayant jusqu'alors pris en charge les salaires d'environ un quart des employés du ministère de la santé. Le gouvernement libérien s'est engagé à mettre sur la liste de paie du gouvernement tous les travailleurs de santé ayant précédemment reçu une indemnité, faisant passer le budget de la santé du gouvernement de 61 à 85 millions USD pour l'année fiscale 2018/2019. Les ruptures de paiement sont fréquentes, et la manière dont le gouvernement va gérer les salaires supplémentaires des travailleurs de santé reste une question, liée à une possible fin de la politique de gratuité des soins et l'introduction d'un système de recouvrement des coûts.

PRÉSENCE DE MSF

MSF a travaillé au Libéria de 1990 à 2009, puis est revenu en 2014 pour répondre à l'épidémie d'Ebola. En 2014, MSF OCG a ouvert un centre de traitement du virus Ebola (ETC) dans le county du Lofa et MSF OCB a ouvert un ETC à Monrovia. MSF OCP a soutenu les services de santé non liés à l'Ebola qui s'étaient effondrés. Une partie de la stratégie de MSF OCP comprenait l'ouverture d'un hôpital pédiatrique à Monrovia. L'hôpital Bardnesville Junction (BJH) a commencé ses activités en mars 2015 alors que la capitale ne comptait que 50 lits pédiatriques.

En 2017, le programme a été réorienté avec :

- Une extension du programme pédiatrique, y compris avec des services de chirurgie pédiatrique, commencés en janvier 2018.
- L'ouverture d'un programme de santé mentale fournissant des soins psychiatriques, notamment avec des thérapies et un suivi communautaires, à la population de 5 districts sanitaires du county de Montserrado, y compris l'ouverture de West Point en juillet 2019

Préparation aux urgences : MSF est également disponible pour répondre aux urgences qui pourraient survenir dans le pays : catastrophes naturelles, épidémies, violence.

PROJET : BARDNESVILLE JUNCTION HOSPITAL

Historique du projet

MSF a ouvert son hôpital (Bardnesville Junction Hospital - BJH) à Monrovia en mars 2015 lors de l'épidémie d'Ebola afin d'accroître l'accès à des soins pédiatriques sûrs. Après la fin de l'épidémie, le projet de l'hôpital BJH a été maintenu pour permettre l'accès à des soins pédiatriques de qualité dans un environnement où le système et le personnel de santé étaient les premiers touchés.

Fin 2016, l'évaluation de l'accès aux soins pédiatriques dans les structures existantes à Monrovia a conduit à la réorganisation des activités hospitalières de MSF. La décision a été prise de réorienter et de concentrer les activités de MSF sur les soins pédiatriques spécialisés, y compris la chirurgie pédiatrique qui est peu disponible et accessible au Libéria. L'activité chirurgicale de MSF a été ouverte en janvier 2018. MSF a continué à fournir également des soins pédiatriques de niveau secondaire (urgences, soins intensifs, pédiatrie générale et nutrition). Le BJH accueille également un volet de formation pour les Libériens (formation paramédicale) officialisé en octobre 2016 lorsque le BJH est devenu un établissement d'enseignement certifié recevant des infirmières pour des stages en pédiatrie, une activité qui s'est développée depuis lors pour d'autres personnels médicaux et paramédicaux (médecins internes, infirmières anesthésistes, techniciens de laboratoire).

Le projet est initialement prévu pour durer jusqu'à la fin de 2021, date à laquelle les activités seront transférées au New Redemption Hospital en cours de construction, comme stratégie de sortie des activités de MSF au BJH.

Dispositif actuel

Le BJH est ouvert aux enfants âgés de 1 mois à 15 ans. Les services actuels comprennent : les urgences, l'unité de soins intensifs, le service pédiatrique, le centre de nutrition thérapeutique intensif (ITFC), le service de chirurgie, le bloc opératoire, le laboratoire, la banque de sang et le département de microbiologie.

L'hôpital compte 92 lits (31 hospitalisation, 26 nutrition, 15 soins intensifs, 16 chirurgie, 4 post opératoire). Ressources humaines : 252 employés nationaux (150 médecins et para-médicaux, 56 non-médicaux, 44 logisticiens, 2 administrateurs) et 9 expatriés.

Bilan 2019.

	2016	2017	2018	2019
Nb consultations service des urgences	5 516	7 041	6 347	5 791
Nb admissions service pédiatrique	2 257	3 355	3 009	2 693
Nb admissions nutrition (ITFC)	1 421	1 656	1 433	1 453
Nb admissions soins intensifs	1 402	1 867	1 833	1 396
Nb passages au bloc	N/A	N/A	735	1 102
Nb nouveaux patients chirurgie	N/A	N/A	605	976
Taux d'occupation des lits			71,3%	83%
Mortalité hospitalière	10,6%	9,2%	9,3%	8,7%
Décès à l'arrivée			199	124

PROJET : SANTÉ MENTALE DANS LE MONTSERRADO

Historique du projet

La santé mentale est une question négligée dans toute l'Afrique de l'Ouest, les patients souffrant de troubles psychiatriques étant stigmatisés alors que les soins de santé mentale qualifiés sont pour la plupart indisponibles. Il existe un hôpital psychiatrique national de 70 lits (E.S. Grant Hospital) à Monrovia qui fonctionne avec beaucoup de difficultés et le soutien d'un psychiatre libérien à temps partiel.

Fin 2016, MSF a pris la décision de fermer la clinique où elle offrait des soins aux survivants d'Ebola, une activité qui a mis en évidence le niveau élevé des besoins en santé mentale à Monrovia. Cela a conduit à évaluer les besoins psychiatriques à Monrovia et à lancer un programme de soins psychiatriques en 2017, basé sur un modèle novateur inspiré du Mental Health Gap de l'OMS. Ce modèle de soins offre la possibilité de soigner les patients psychiatriques en impliquant les communautés ou les familles des patients comme acteurs actifs pour le traitement ou le suivi des patients et en les mettant en relation avec les cliniques de soins de santé primaires (PHCC) où des consultations sont proposées.

Ce programme vise à adapter le modèle du Mental Health Gap, à documenter cette approche et les résultats des patients afin de le rendre reproductible pour MSF dans d'autres structures comme au Libéria pour offrir des soins aux patients qui sont affectés par ces pathologies très négligées (troubles de santé mentale ou épilepsie). Il est prévu pour durer au moins jusqu'en 2020 pour atteindre les objectifs.

Dispositif actuel

Le projet a pour but d'améliorer l'accès aux services de santé mentale et d'épilepsie dans le comté de Montserrado. Les améliorations se font par le biais de diagnostics, de traitements et de références dans 5 établissements de santé (4 établissements de santé publique -1 établissement de santé non gouvernemental (clinique West Point)). Clara Town,

WestPoint et Pipeline se trouvent dans la zone urbaine, tandis que Bromley et Bensonville se trouvent dans la partie rurale du comté de Montserrado. Le projet de santé mentale de MSF travaille en coopération avec le ministère de la santé, le personnel de ce dernier étant incité par MSF à fournir des soins directs aux patients. Les consultations de santé mentale sont effectuées dans un cadre de DPO, cinq jours par semaine.

Le projet de santé mentale d'OCP utilise une approche innovante du programme d'action du Mental Health Gap de l'OMS (mhGAP), qui vise à développer les services pour les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances. OCP cherche à fournir tous les niveaux de soins de santé mentale au niveau de la communauté : détection, référence, suivi et traitement des patients avec le travailleur psychosocial (PSW) de MSF et les volontaires de santé communautaire avec des primes de MSF pour soutenir ces activités.

OCP réfère également les patients vers l'E.S. Grant Hospital en cas de risque aigu d'automutilation ou de préjudice à autrui. Le Grant Hospital est le seul service psychiatrique hospitalier du Liberia et est géré par le JFK Memorial Medical Center.

Bilan 2019

	2016	2017	2018	2019
Niveau centres de soins primaires	Nb consultations santé mentale	2 446	5 532	4 540
	Nb consultations épilepsie		5 459	10 223
Cohorte centres de soins primaires	Suivi patients santé mentale	424	389	911
	Nb patients épilepsie	363	625	1 341
Hospitalisations	Nb références vers Grant hospital	5	10	11
Niveau communautaire	Suivi de patients (téléphone et visites à domicile)	1 386	4 454 téléphone 2 896 domicile	10 726 téléphone 3 660 domicile
	Nb de consultations à domicile	N/A	13	46

LIBYE

Typologie : conflit armé.

Personnel 2019
International : 13
National : 46

Nombre de projets 2019 : 2

Dépenses 2019 : 4 032 k€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCA.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Dans le sillage du Printemps arabe de 2011, un soulèvement populaire soutenu par une campagne de frappes aériennes menée par l'OTAN a mis fin au règne autoritaire de Kadhafi sur la Libye, qui a duré 41 ans. Suite à l'effondrement du régime, une myriade d'acteurs concurrents se sont engagés dans un conflit armé pour le contrôle des ressources politiques et pétrolières impliquant des dizaines de milices. En 2016, l'initiative des Nations unies a facilité la création du gouvernement d'accord national (GNA) à Tripoli qui a rapidement été confronté à des dissensions internes conduisant à la scission de la Chambre des représentants rivale (HoR) s'installant à Tobrouk, parallèlement à des affrontements armés intenses entre l'Ouest et l'Est.
Le pays reste hyper fragmenté, marqué par une forme de système féodal, les villes étant de grandes institutions qui s'appuient sur de nombreuses petites milices. Il convient de noter qu'en dépit de l'embargo sur les armes, les bailleurs de fonds étrangers jouent un rôle essentiel car les armes sont en grande partie fournies par la Turquie pour le GNA et par les Émirats arabes unis pour l'armée nationale libyenne (LNA), mais pas exclusivement.
En 2019, le contexte national libyen a été caractérisé par l'impasse des négociations de paix ainsi que par une détérioration globale de la situation sécuritaire principalement liée à l'offensive majeure de la LNA sur Tripoli qui n'a pas permis de percer alors que les affrontements se poursuivent dans la périphérie sud de Tripoli. Plus de 200 civils ont été tués et 128 000 personnes ont fui leurs foyers depuis le mois d'avril. 74 travailleurs de la santé ont été tués et un total de 60 attaques a été enregistré contre des installations médicales, du personnel et des ambulances.

Contexte sanitaire et humanitaire

Dans l'ensemble, les services de santé publique en Libye ont été fortement touchés par la crise, avec des pénuries d'approvisionnement et de personnel de santé. Dans le système de santé secondaire, le départ massif des médecins spécialisés étrangers a entraîné une pénurie générale de services de santé spécialisés dans tout le pays. La population libyenne est principalement touchée par les maladies non transmissibles, notamment les traumatismes, la santé mentale et d'autres maladies comme le diabète et l'hypertension.

La Libye est un pays à faible taux de tuberculose, bien que l'OMS, dans ses derniers rapports mondiaux sur la tuberculose de 2018, indique qu'il n'y a pas eu de mesure directe de la prévalence et que le pays ne dispose pas d'un système de surveillance opérationnel. D'après notre expérience en matière de migration, la Libye pourrait être confrontée à une augmentation du nombre de cas, alors que le dépistage et les résultats des traitements ont chuté de façon spectaculaire au cours des dix dernières années. Sur la base du rapport mondial annuel 2018, le nombre total de cas de tuberculose nouvellement notifiés en 2017 a été estimé à 2500, le taux de notification des cas à 40 cas pour 100 000 habitants, mais les cas enregistrés n'étaient que de 1644 grâce au diagnostic passif du programme national libyen. Actuellement, il y a 24 cas de tuberculose multirésistante notifiés dans tout le pays alors qu'aucun médicament, diagnostic et dispositif d'isolement adéquats ne sont disponibles.

Migrants et réfugiés

Malgré la situation instable, la Libye reste un pays attrayant pour l'immigration, principalement pour les possibilités de travail économique, mais aussi pour le transit des migrants et des réfugiés qui tentent de rejoindre l'Europe. Selon les chiffres de l'OIM en décembre 2019, il y a au moins 636 400 migrants présents en Libye, dont environ 4400 personnes sont actuellement détenues dans des centres de détention sous le contrôle de la Direction de la lutte contre l'immigration illégale (DCIM).

En détention et en dehors, ces populations vulnérables sont confrontées à des besoins de protection aigus et à un accès limité aux services de santé et aux abris. Les migrants et les réfugiés sont exposés à la détention arbitraire et indéfinie, à la torture, y compris la violence sexuelle, à l'enlèvement contre rançon, à l'extorsion et au travail forcé. En Libye aujourd'hui, les migrants peuvent être exposés aux mêmes typologies de violence quel que soit leur statut juridique (réfugiés ou non) alors que leurs besoins de protection sont traités par deux voies différentes avec d'une part le HCR pour ceux qui peuvent prétendre au statut de réfugié et d'autre part l'OIM pour tous les autres. La première voie avec le HCR est encombrée en raison du nombre insuffisant de créneaux pour les réinstallations et les évacuations humanitaires dans les pays tiers et, ironiquement, ceux qui méritent de facto une protection internationale sont ceux qui sont coincés dans le pays. En somme, tout est fait pour bloquer les personnes en Libye et il n'y a pas d'accès à la protection dans le pays. Il n'y a pas de réponse globale et coordonnée en matière de protection en Libye entre les principaux acteurs que sont le HCR, l'OIM et l'UNICEF.

La tendance à la baisse des traversées de la Méditerranée centrale et des arrivées en Europe est continue depuis que la collaboration de l'UE avec les garde-côtes libyens a commencé en 2017 ; entre janvier et décembre 2019, 11 471 migrants ont atteint les côtes européennes contre 23 370 à la même période l'année précédente. Cette politique a entraîné un risque sans précédent de décès ou disparitions pendant la traversée évalué à 8 % ; plus de 740 décès ont été signalés en Méditerranée centrale en 2019, sachant que de nombreux naufrages ne sont jamais comptabilisés dans les statistiques officielles. En décembre, 9 225 personnes ont été interceptées et renvoyées en Libye.

PRÉSENCE MSF

MSF OCP est intervenu pour la première fois en Libye en 2011 lors des événements du « printemps arabe » qui se sont transformés en guerre civile.

En 2017, MSF a décidé de concentrer ses opérations sur la situation humanitaire des populations migrantes. Elle s'est retirée de l'Est du pays en 2018.

MSF OCA intervient dans des centres de détention à Tripoli en complément des opérations de recherche et de sauvetage entreprises par le bateau Ocean Viking en Méditerranée.

PROJET : MIGRANTS DANS LA RÉGION CENTRALE

Historique

Le projet visait à l'origine à répondre aux besoins de la population déplacée qui arrivait à Misrata en provenance de Benghazi, Syrte, Ubwari, Zlitan, et à améliorer la capacité du service des urgences de l'hôpital central (MCH). En raison d'un conflit très politisé, aucun blessé de guerre n'est venu du front de Syrte pendant la bataille contre le groupe État islamique ce qui a entraîné la fermeture du projet fin août 2016.
MSF a ensuite maintenu une base à Misrata afin de lancer des missions exploratoires sur la problématique des migrants à Zawiyah, Khoms et Bani Walid. Le projet «migrants» a été ouvert en août 2017.

Dispositif actuel

Une équipe basée à Misrata intervient dans les centres de détention de Misrata (fermé fin 2019), Khoms et Zliten et assure une présence au point de débarquement à Khoms. Un dispensaire à Misrata se consacre aux soins aux immigrants vivant en milieu urbain tandis que des cliniques mobiles à Tawergha fournissent des soins aux populations déplacées et rapatriées.

L'équipe couvre également Bani Walid avec des consultations médicales, la gestion des cas vitaux et un soutien logistique dans un «refuge» deux fois par semaine pour les migrants libérés des violences et tortures infligées par les trafiquants d'êtres humains. Il existe également des activités de consultations générales en anté et postnatales dans le centre de santé d'Al Medina, qui profitent principalement à la population libyenne. Des cliniques mobiles sont déployées pour atteindre les migrants et les populations déplacées dans les bidonvilles. Une supervision à distance est assurée depuis Misrata, avec une visite hebdomadaire organisée depuis septembre.

Bilan 2019

Depuis janvier 2019, MSF-OCP a effectué un total de 10 732 consultations médicales.

Point de débarquement

De janvier à décembre 2019, il y a eu 249 consultations au point de débarquement. Le nombre de débarquements varie fortement selon la saison mais MSF a répondu à un total de 2835 personnes débarquées depuis le début de l'année.

Centres de détention (DC)

De janvier à décembre 2019, il y a eu 4150 consultations dans les DC (moyenne mensuelle de 345). Comme il n'y a pas de système d'enregistrement et que la population dans les DC est mobile (après l'interception ou l'arrestation, en passant par différentes filières dont le trafic et la contrebande), il n'est pas possible de fournir le nombre de personnes qui sont passées par les centres de détention. Cependant, de mai à décembre, la population détenue en moyenne dans les 3 DC a diminué de 1059 à 159 en raison de l'absence de nouvelles arrivées provoquée par l'arrêt du transfert systématique des personnes débarquées vers les DC et la fermeture de certains centres (Khoms et Misrata).
En ce qui concerne la tuberculose, 46 cas ont été diagnostiqués et pris en charge, 31 patients font actuellement partie de la cohorte active.
Concernant la santé mentale (MH), les données ont été collectées de juillet à décembre 2019 : 97 séances cliniques pour 29 nouveaux patients MH et 539 soutiens psychosociaux individuels ont été réalisés. L'équipe de santé mentale organise également d'importantes activités psychosociales et des discussions de groupe au sein du DC.

Trafic d'êtres humains

Au cours de l'année 2019, 921 consultations ont été effectuées sur des survivants de mauvais traitements et de torture à Bani Walid (BW).

Milieu urbain

- Des cliniques mobiles ont été mises en place dans les bidonvilles de Bani Walid en septembre, avec 366 consultations effectuées à la fin de l'année.
- 1309 consultations ont été dispensées dans le centre de santé de Misrata qui a cessé en novembre. Le site est maintenant dédié à l'hospitalisation des tuberculeux.
- L'activité de soins anténatals à Bani Walid a également atteint un total de 3601 consultations sur la même période.
- La clinique de Tawergha pour les personnes déplacées a atteint une moyenne mensuelle de 126 consultations.

Références médicales

Un total de 249 patients ont été référés en 2019 dont 24 de Bani Walid avec principalement des poly-traumatismes, d'autres des centres de détention sont principalement liés aux soins d'urgence et à la tuberculose.

Protection

Il est nécessaire de mettre en place une base de données permettant un suivi adéquat de cette activité car nous ne sommes pas toujours en mesure de connaître l'issue des cas pris en charge compte tenu du temps nécessaire pour espérer un résultat. Nous présentons donc ici les cas qui ont

connu une issue positive et quelques autres remarquables, pour permettre de comprendre ce que cette activité implique aujourd'hui en Libye.
Au total, 1072 dossiers ont été transmis en 2019 pour retour volontaire (OIM), réinstallation (HCR), évacuation (HCR, ambassades), regroupement familial ou libération (DCIM) - seuls 310 ont été libérés ou évacués.

PROJET : MIGRANTS DANS LA RÉGION OUEST

Historique

Dans le contexte de la guerre en cours, initiée le 4 avril par la LNA pour prendre le contrôle de la capitale, une équipe exploratoire d'OCP a mené une évaluation des besoins du 23 au 26 avril 2019 dans les monts Nafusa.

Bien qu'elle n'ait pas trouvé de besoins majeurs liés au conflit, l'équipe a visité des centres de détention pour migrants (DCIM) à Zintan et Gharyan. Le plus grand est celui de Zintan, où environ 900 personnes ont été détenues tandis que les malades et les chrétiens ont été transférés au Gharyan en raison de la disponibilité d'un cimetière chrétien dans cette région.

Le taux élevé de mortalité et de morbidité rencontré (7 décès sur 45 détenus à Gharyan en 3 mois ; 23 au total sur 945 personnes en 6 mois) - surtout lié à la prévalence élevée de la tuberculose - ainsi que le manque de réponse adaptée des autres acteurs ont conduit MSF à intervenir dans les deux centres de détention concernés. Au cours du mois de mai, une première réponse immédiate a consisté en des références d'urgence et des dons d'articles de première nécessité, tandis que début juin, une petite équipe a été déployée de manière permanente pour fournir des services de soins de santé primaires ainsi que le diagnostic et le traitement de la tuberculose, la distribution de nourriture et l'intervention de base en matière d'eau et d'assainissement.

Cette opération était initialement prévue de juin à septembre 2019 et se concentrait sur les deux districts sanitaires susmentionnés, avec l'idée de développer éventuellement une équipe de réponse rapide et mobile capable de se déployer dans les zones environnantes où des besoins sanitaires majeurs pourraient être identifiés. Fin septembre, la persistance des besoins médicaux et l'identification de besoins supplémentaires dans le centre de détention de Dej, combinées à la confirmation de besoins non satisfaits justifiant le déploiement de MSF dans les environs de Zwuara, nous ont amenés à prolonger le projet.

Bilan 2019

MSF est intervenu dans les deux centres de détention auprès d'une population composée principalement d'Erythréens et de Somaliens. Les principaux problèmes sont la tuberculose, la malnutrition, la déshydratation et le fait que les personnes ont été détenues pendant plus de 2 ans, ce qui a eu de graves conséquences sur leur santé mentale. Les centres de détention n'avaient pas la capacité de fournir suffisamment de nourriture, d'eau ou d'installations sanitaires. La majorité des migrants ont vécu des expériences horribles et ont été victimes de trafics avant leur détention.

Le taux de mortalité a diminué depuis le début de l'intervention de MSF (2 décès) et MSF a contribué à la fermeture du centre de Gharyan et à l'évacuation des femmes et des enfants du centre de Zintan vers le centre de rassemblement et de départ à Tripoli, laissant derrière eux plus de 500 hommes dont 120 mineurs non accompagnés et 6 maris de femmes évacuées vers Tripoli.

L'équipe a fourni :

- Consultations de soins de santé primaires, 5 jours par semaine. 3153 consultations effectuées.
- Poursuite des références pour les cas graves et le diagnostic et les soins pour les cas de tuberculose : 123 références dont 111 pour la tuberculose.
- Evaluation de Misrata a été faite par le responsable de l'activité santé mentale
- Protection avec le soutien du responsable de la protection à Tunis.
- Nourriture, eau, abri et assainissement ainsi que distribution d'articles de première nécessité.

L'équipe a également effectué une mission exploratoire au centre de détention de Zuara où 130 personnes sont détenues, dont des familles et des enfants. La situation sanitaire y est alarmante avec des mineurs émaciés, une toux très répandue (suspicion de tuberculose), de la malnutrition et un désespoir général. Bien qu'ils soient tous enregistrés auprès du HCR, ils n'ont pas eu de nouvelles depuis et sont tous si fatigués qu'ils ont exprimé leur volonté de rentrer dans leur pays d'origine avec OIM, qui refuse de les prendre en considération puisqu'ils sont enregistrés auprès du HCR.

Avant la fin de l'année, nous ajouterons un psychologue et/ou un conseiller pour assurer un soutien en matière de santé mentale et nous assurerons une intervention pour l'activité de protection à Zintan et Zuara. Les principaux objectifs, avant la fin de l'année, sont les suivants :

- Dépister activement la tuberculose dans toute la population, traiter les personnes atteintes de tuberculose active et discuter de l'approche médicale pour la tuberculose latente.
- Assurer un meilleur soutien psychosocial et de santé mentale dans les centres de détention.
- Identifier les cas les plus graves dans le district de Zuara, en mettant l'accent sur la tuberculose, et fournir des soins.
- En matière de protection, travailler en priorité sur l'évacuation des 6 maris séparés de leurs épouses, des 120 mineurs non accompagnés à Zintan et des familles et mineurs à Zuara.

MALAWI

Typologie : épidémie / endémie, accès aux soins.

Personnel 2019
International : 31
National : 199

Nombre de projets 2019 : 2

Dépenses 2019 : 6 076 k€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : aucun.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Après son indépendance en 1965, le Malawi a été pendant près de trois décennies un Etat à parti unique. Depuis 1993, le Malawi est une démocratie multipartite avec un parlement et des élections présidentielles tous les cinq ans. Le président dispose d'un pouvoir discrétionnaire important et tend à favoriser un groupe multi-ethnique de confiance. Le président, Peter Mutharika, et son parti, le Democratic Progressive Party (DPP), sont restés au pouvoir après les réélections de mai 2019. La stabilité sous-jacente du Malawi n'est pas menacée, bien que le sentiment anti-establishment reste fort en raison d'allégations récurrentes de corruption à haut niveau et d'un manque persistant d'emplois. La volatilité politique s'est intensifiée dans le sillage immédiat des élections de 2019 avec plusieurs manifestations organisées par les partis d'opposition. L'économie du Malawi est largement basée sur l'agriculture, la pêche et la sylviculture, qui contribuent à 28 % du produit intérieur brut (PIB). La croissance du PIB sera en moyenne de 4,8 % par an pour la période 2018-2021. Cependant, depuis de nombreuses années, le Malawi enregistre des taux d'inflation à deux chiffres. La croissance réelle du PIB par habitant n'a connu que des améliorations minimes au fil des ans, passant de 241,5 USD par habitant à l'indépendance en 1963 à 494,4 USD en 2017. Le PIB du Malawi est l'un des plus faibles de l'Afrique subsaharienne.

Contexte sanitaire

La population du Malawi a connu une croissance rapide, passant de près de 3,6 millions d'habitants en 1960 à environ 17,4 millions en 2017. Cette croissance démographique rapide est liée à de nombreux problèmes sociaux et économiques. L'espérance de vie est passée de 43 ans en 2000 à 63 ans en 2017. Près de la moitié de la population (46 %) est âgée de moins de 15 ans.
Le Malawi continue de progresser dans la lutte contre le VIH, avec une incidence annuelle réduite de 2,28 % pour l'ensemble de la population (38 874 cas) et une couverture de 75 % des quelque 1 million de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sous thérapie antirétrovirale (ARV), mais reste avec l'un des taux de prévalence du VIH les plus élevés au monde (9,6 % en 2018). Le Malawi est en bonne voie pour atteindre les objectifs 90-90-90. En 2018, 91 % des personnes vivant avec le VIH et le sida (PVVIH) âgées de 15 à 64 ans connaissaient leur statut, 83 % suivaient un traitement antirétroviral, tandis que parmi les personnes qui suivaient un traitement antirétroviral, 90 % avaient une charge virale indétectable. On observe une diminution progressive des décès dus au sida, estimés à 35 000 en 2018, liée à une augmentation progressive du nombre de patients sous ARV.

Le Malawi est confronté au double poids des maladies transmissibles et non transmissibles. Le Malawi a le deuxième taux d'incidence du cancer du col de l'utérus normalisé selon l'âge le plus élevé au monde, soit environ 72,9/100 000 par an. Le cancer du col de l'utérus est le premier cancer le plus fréquent au Malawi, avec environ 4 163 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus diagnostiqués chaque année, dont 2 314 décès. Le papillomavirus humain (HPV) est la cause de presque tous les cancers du col de l'utérus. Dans différentes études, la prévalence du HPV a été estimée entre 20 et 23 %. Le cancer du col de l'utérus est également étroitement lié au VIH (les femmes séropositives ont un risque 6 à 8 fois plus élevé de cancer du col de l'utérus). A Blantyre City et Chiradzulu, la prévalence du VIH est plus élevée respectivement à 17,7 % (21,8 % chez les femmes) et 17,0 % (19,7 % chez les femmes) par rapport à la prévalence nationale (8,8 % chez les hommes et 10 % chez les femmes). La durée de survie médiane et le taux de survie à 5 ans à partir du diagnostic sont respectivement de 10 mois et de 2,9 %. La prévalence élevée du HPV (33,6 %), la co-infection avec le VIH et l'organisation inadéquate des services de dépistage et de traitement ont été identifiées comme les principaux facteurs de risque d'une incidence et d'une mortalité élevées du cancer du col de l'utérus. Dans l'ensemble, le Malawi compte une population de 4,76 millions de femmes de 15 ans et plus qui risquent de développer un cancer du col de l'utérus.

PRÉSENCE DE MSF

MSF OCP a commencé à travailler au Malawi en 1986 avec les réfugiés mozambicains dans le district de Mwanza. En 1994, MSF a lancé un projet de lutte contre le sida pour les réfugiés afin de réduire la transmission du VIH grâce à de l'information, de l'éducation et de la sensibilisation des communautés. Après le rapatriement des réfugiés en 1995, MSF a réorienté le projet de lutte contre le sida vers la population de Mwanza et a étendu le projet à Chiradzulu en 1997 où les traitements ARV ont été initiés 2001. Ce projet ancien a évolué d'une couverture étendue des traitements ARV, vers une décentralisation de la prise en charge, puis une approche plus ciblée.

En 2017, MSF OCP a relevé le défi de la prise en charge du cancer du col de l'utérus avec l'ambition de s'attaquer aux problèmes complexes que sont les grandes inégalités d'accès aux programmes de dépistage, au diagnostic précoce ou au

traitement rencontrées dans les pays à faibles et moyens revenus. Le programme vise à développer de nouvelles approches et à cibler tous les stades de l'évolution du cancer du col de l'utérus, de l'infection par le HPV au développement des lésions précancéreuses et des lésions de haut grade, en passant par la progression vers un cancer invasif et un cancer métastatique.

PROJET : CHIRADZULU

Historique du projet

Le projet VIH/TB de MSF à Chiradzulu a débuté en 1997 pour répondre à la prévalence élevée du VIH au Malawi, avec pour objectif général de fournir un accès aux soins du VIH et de démontrer la faisabilité d'un traitement du VIH dans les pays à faible revenu. MSF a été le premier acteur à introduire des médicaments antirétroviraux (ARV) au Malawi en 2001. En collaboration avec le ministère de la santé du Malawi au cours des dernières années, MSF a encouragé la décentralisation des soins vers les différentes structures de santé de Chiradzulu, avec des modèles simplifiés de soins (espacement des consultations) et de délégation de certaines étapes du traitement (initiation et suivi) pour en améliorer l'observance et les résultats. En 2005, MSF a progressivement étendu sa couverture à 10 centres de santé du ministère de la santé et à une structure de santé privée (Bilal Trust) parmi les 15 structures de santé du district.

En 2012-2013, Epicentre a mené l'enquête CHIPS (Chiradzulu HIV Impact in Population Survey) et a constaté que la prévalence du VIH parmi la population adulte du district de Chiradzulu était de 17 %, avec une incidence de 0,4 pour 100 personnes par an. Parmi la population totale infectée par le VIH, 77,7 % avaient déjà été diagnostiqués ; 73,4 % étaient pris en charge ; 64,7 % étaient sous traitement antirétroviral et 61,9 % avaient une charge virale inférieure à 1 000 copies. Sur la base de ces résultats encourageants, la décision de transférer le programme à l'équipe sanitaire du district de Chiradzulu (DHMT) sur une période de 4 ans (2014-2018) a été prise et mise en œuvre, avec l'objectif de garantir la qualité des soins pour les patients séropositifs dans les 11 établissements de santé du district de Chiradzulu, indépendamment de MSF. Au cours de l'année 2013, MSF a mis en place des appareils de numération des CD4 et de la charge virale sur le lieu de soins (point of care - PoC) (financement UNITAID).

En 2016, une étude quantitative et qualitative menée par Epicentre a révélé que 31 % de la cohorte d'adolescents séropositifs étaient en échec de traitement. Donc, au lieu de confier la totalité du projet au ministère de la santé, MSF a conservé la cohorte d'adolescents séropositifs (y compris des enfants). En juillet 2017, la cohorte VIH stable (environ 81,4 %) de 35 000 patients sous ARV a été remise à la direction sanitaire du district de Chiradzulu du ministère de la santé. MSF est resté dans le district pour gérer des groupes spécifiques de patients (18,6 %) qui avaient besoin d'une surveillance renforcée et de soins avancés : les enfants et les adolescents, les adultes présentant une charge virale élevée ou une suspicion d'échec thérapeutique, les adultes sous traitements de deuxième et troisième ligne ainsi que les individus présentant un stade avancé (patients instables). Les objectifs étaient de détecter et de diagnostiquer à temps, de fournir des conseils appropriés, de changer le traitement des patients en échec et d'assurer la disponibilité et la bonne utilisation des médicaments ARV de troisième ligne.

En septembre 2018, MSF a remplacé avec succès les appareils de charge virale Samba par GeneXpert pour diminuer le coût des cartouches et a réduit le nombre de sites à trois centres de laboratoires (PoC). Et en raison de la faible qualité de la prise en charge des cas référés à l'hôpital de district, en avril 2019, les patients séropositifs à un stade avancé ont commencé à être référés à l'hôpital catholique St Joseph, MSF assurant le règlement des factures.

Dispositif actuel

Pour améliorer les résultats avec les enfants et les adolescents, deux modèles de soins différents ont été mis en place dans les onze structures de santé soutenues par MSF dans le district : les clubs pour adolescents (CTC) et les journées cliniques intensives (ICD). Par ailleurs, pour assurer la régularité des soins aux patients séropositifs à un stade avancé, ils sont hosptalisés à l'hôpital catholique Saint Joseph, un hôpital missionnaire situé à Nguludi, dans le district de Chiradzulu. L'équipe s'efforce d'améliorer la santé mentale et le soutien psychosocial en tant que composante importante du traitement des patients atteints du VIH/sida et des maladies opportunistes, et s'est également investie dans la santé et les droits sexuels et reproductifs (SRHR), les activités de laboratoire, le support logistique et la gestion des ressources humaines et financières.

Les clubs pour adolescents
(Comprehensive Teen club - CTC)

Le samedi, les adolescents de 10 à 13 ans et de 14 à 19 ans vivant avec le VIH se voient proposer un ensemble de soins complets tous les deux mois. L'ensemble des soins proposés comprend des activités récréatives, des consultations cliniques, des conseils individuels, des services de santé, d'éducation et de santé sexuelle et reproductive, des séances de soutien en groupe, des services de santé mentale (MH), des activités sociales et des diagnostics sur place (PoC).

Les Journées cliniques intensives
(Intensive Clinic Days – ICD)

Du mardi au vendredi, les ICD ont lieu dans les 11 établissements de santé. Selon la taille de la cohorte de séropositifs, MSF est présent de 1 à 3 jours par semaine dans chaque centre de santé. Pendant les ICD, MSF propose des consultations cliniques, des séances de conseil, des tests de laboratoire sur place et, si nécessaire, en cas de stade avancé de la maladie, les patients sont référés vers l'hôpital St Joseph. Les groupes cibles des ICD sont les suivants :

- les patients instables (avec une charge virale élevée, avec des infections opportunistes suspectées ou confirmées, notamment la tuberculose, les patients mal nourris, les patients qui ont été hospitalisés au cours des 3 derniers mois et les patients avec un problème de santé mentale suspecté ou confirmé.
- tous les adultes sous ARV de 2ème et 3ème ligne.
- les enfants de moins de 10 ans.

Hospitalisation

Les patients les plus compliqués atteints du VIH/sida et à un stade avancé du VIH sont référés à l'hôpital Saint-Joseph. MSF assure le transport du patient, le suit pendant son hospitalisation, accompagne le personnel de l'hôpital Saint Joseph et assure le suivi après la sortie.

Services de laboratoire

MSF fournit des équipements de comptage de charge virale et CD4, et des tests de diagnostic LAM et CrAg dans 3 laboratoires décentralisés.

Bilan 2019

	2017	2018	2019
Cohorte 0-19 ans	N/A	2 791	2 668
Couverture charge virale 0-19 ans	N/A	92,8%	92%
Nb patients 2ème ligne	N/A	2 675	3 502
Nb 0-19 ans 2ème ligne		856	1 126
Nb patients 3ème ligne	42	112	210
Nb 0-19 ans 3ème ligne	16	52	90
Adulte charge virale <1000 copies/ml			
1ère ligne	96%	98,2%	99,3%
2ème ligne	87%	89,1%	93,7%
3ème ligne	100%	86,7%	88,4%
Enfants charge virale <1000 copies/ml			
1ère ligne	83,6%	94,1%	97,5%
2ème ligne	74,7%	77,6%	82,1%
3ème ligne	88,2%	90,2%	81,2%
Admissions à l'hôpital	N/A	292	614

PROJET : CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Historique du projet

Suite à l'évaluation de MSF réalisée en 2016, ainsi que pendant le processus d'ouverture, de nombreuses lacunes ont été identifiées dans la prévention et la gestion du cancer du col de l'utérus au Malawi :

- Vaccination HPV : le déploiement national, financé par GAVI, est sans cesse reporté et la dernière vaccination a été partiellement réalisée en 2019 pour les filles de 9 ans seulement, en raison de la pénurie mondiale de vaccins. La vaccination de plusieurs groupes d'âge (9 à 14 ans) est prévue en 2019 ou en 2020, en fonction de la disponibilité du vaccin HPV.
- Dépistage : la proportion des femmes dépistées annuellement au Malawi pour le cancer du col de l'utérus est passée de 9 % en 2011 à 27 % en 2015, mais elle reste inférieure à l'objectif de 80 % fixé par le programme national. En outre, le programme ne comporte aucun élément de contrôle de la qualité, et seules quelques femmes dont le dépistage est positif peuvent accéder à un traitement par cryothérapie ou thermo-coagulation. Soutenu par divers grands donateurs comme UNITAID, le Fonds mondial et le PEPFAR, le programme de dépistage devrait s'étendre en 2020.
- Diagnostic et traitement du cancer : l'accès au diagnostic et au traitement est limité avec seulement 2 unités d'oncologie médicale existantes dans le pays (Lilongwe et Blantyre) et moins de 3 opérations chirurgicales (hystérectomies) pratiquées par semaine dans le pays en raison du manque d'infrastructures et de ressources humaines expérimentées. Il n'existe qu'un seul laboratoire d'histo-pathologie fonctionnel (Lilongwe), aucune radiothérapie au Malawi et des soins palliatifs et de soutien désorganisés.

Le projet Blantyre a été lancé en 2017, conformément à l'ambition de MSF OCP sur le cancer dans les contextes à faibles ressources. Son but est de fournir tous les services nécessaires à la prise en charge du cancer du col de l'utérus : vaccination contre le papillomavirus, dépistage et diagnostic, traitement, y compris chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie et soins palliatifs. Le projet devrait jouer un rôle de catalyseur (à l'intérieur et à l'extérieur de MSF) en démontrant et en documentant l'approche globale de continuité des soins constituées d'activités centrées sur la patiente dans le domaine de la prévention et du traitement primaire, secondaire et tertiaire, en collaboration avec le ministère de la santé du Malawi. Le programme vise à cibler tous les stades du cancer du col de l'utérus, depuis l'infection par le papillomavirus, le développement de lésions précancéreuses et de lésions de haut grade, jusqu'à la progression vers un cancer invasif et un cancer métastatique, grâce à la vaccination contre le HPV, à des actions de promotion de la santé, au dépistage et au traitement des lésions précancéreuses par IAV (inspection visuelle à l'acide acétique) et coagulation par le froid, à un support en histopathologie et au traitement (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie et soins palliatifs et de soutien).

Le projet a commencé par le dépistage, la fourniture d'un traitement pré-cancéreux, le transfert des cas suspects de cancer vers l'hôpital central Reine Elisabeth (QECH) et une étude de faisabilité pour la construction d'installations au QECH afin de créer et d'améliorer la capacité à faire face aux demandes à venir. La construction à l'hôpital central Reine Elisabeth (QECH) a débuté en 2018 avec la mise en place d'un bloc opératoire dédié, d'une blanchisserie et d'une stérilisation, d'un service d'onco-gynécologie de 20 lits et d'un service de consultations externes d'onco-gynécologie (OPD) regroupant tous les services de consultations externes (consultations, chimiothérapie, consultation soins palliatifs, procédure d'excision électrochirurgicale à l'anse (LEEP), pharmacie). Toutes les constructions et le mobilier ont été achevés en 2019 et permettent une intégration complète de l'ensemble des services. Les opérations chirurgicales ont commencé fin 2019. Les examens histopathologiques sont actuellement effectués au laboratoire de Lilongwe, soutenu par l'Université de Caroline du Nord. L'opérationnalisation du laboratoire d'histopathologie au QECH est prévue pour 2020 ainsi que la fourniture de chimiothérapie et de radiothérapie.

Dispositif actuel

En 2019, le dépistage et les traitements précancéreux se sont poursuivis dans 8 centres de santé à Blantyre et Chiradzulu. Les patients identifiés comme suspects de cancer ont été référés vers le QECH. Les soins palliatifs et de soutien ont commencé en 2019 avec une équipe fournissant des soins à l'hôpital et à domicile. Le structure du service de consultations externe a été achevée et ouverte en octobre 2019 et la chirurgie en décembre 2019. Une équipe de suivi et d'évaluation a mis en place le dossier médical électronique des patients.

Bilan 2019

	2018	2019
Dépistages IAV	10 922	19 588
Dépistages IAV positifs	235	262
Thermo-coagulation	172	208
Suspicions de cancer	74	123
Consultations externes	0	553
LEEP	0	10
Chirurgie (ablation thermique)	0	10
Soins palliatifs	0	54
Vaccination	0	0
Radiothérapie	0	0
Chimothérapie (NACT)	0	0

MALI

Typologie : conflit armé, épidémie / endémie.

Personnel 2019
International : 32
National : 485

Nombre de projets 2019 : 3

Dépenses 2019 : 8 210 k€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCB, OCBA.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Depuis 2018, les conflits intercommunautaires entre les Peuls et les chasseurs Dozos se multiplient dans le centre du pays. En 2019 ils ont fait un nombre important de victimes avec plusieurs massacres de grande ampleur : Koulogon en janvier (37 morts), Ogossagou en mars (près de 160 morts) ou Sobane Da en juin (entre 35 et 100 morts). Plusieurs centaines des milliers de personnes ont fui leurs villages pour trouver refuge dans les régions voisines.
Le conflit s'étend toujours plus au sud du pays ainsi qu'au Burkina Faso voisin et ce malgré le renforcement des forces militaires : Forces armées maliennes (FAMA), MINUSMA, multiplication des opérations de Barkhane, mise en place de la Force Conjointe G5 Sahel (renforcé récemment par la CEDEAO). L'instabilité sécuritaire continue de créer d'importants déplacements de population.
Boubou Cissé, nommé Premier Ministre en avril 2019, a mis la situation sécuritaire au centre de ses priorités. La volonté du gouvernement de désarmer les milices d'autodéfense déclenche la colère d'une partie de la population et des manifestions violentes ont éclatées à Mopti dans la région du centre.

Contexte sanitaire

La situation sécuritaire a un impact direct sur le contexte sanitaire avec l'accès aux soins et aux biens de premières nécessités restreints dans plusieurs zones du pays (principalement Nord et Centre). Les résultats de l'enquête SMART de mi-2018 montrent une stagnation de la situation de malnutrition aigüe globale (MAG) des moins de 5 ans dans le pays (11,2% en 2018 vs 11,0% 2017), mais certaines zones sont en forte dégradation à l'instar de Mopti où la MAG est de 8,9% en 2018 vs 5,6% en 2017.

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, préventive et curative des enfants de 0 à 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, avec actuellement des activités communautaires ;
- A Bamako depuis octobre 2018 où nous avons ouvert un projet oncologie à destination des femmes atteintes de cancers du col de l'utérus et de cancers du sein.

MSF OCBA

- Ansongo (depuis 2012) : santé primaire et secondaire, avec un volet communautaire important (33 sites).
- A Kidal (depuis 2015) : soutient 2 centres de santé communautaires en ville et 4 en périphérie, 30 sites.
- Douentza (depuis 2017) : santé primaire et secondaire.
- Koro (depuis 2019) : projet temporaire de santé primaire suite à l'accroissement des conflits communautaires.

MSF OCB

- Niono (depuis 2019) : intervention au service des urgences, pédiatrie 0-15 ans, maternité, nutrition et laboratoire, ainsi que santé primaire.

PROJET : KOUTIALA

Historique du projet

Le projet médico-nutritionnel pour les moins de 5 ans de Koutiala a été ouvert en 2009, suite à des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile respectivement à 132/1000 et 237/1000 (les plus élevés du pays) et des taux de malnutrition à 15.8% de MAG et 6.6% de MAS (étude nationale 2006).
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.

- 2009-2011 : prise en charge médico-nutritionnelle des 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 à son compte par le MSP en 2016. Suite aux conclusions du projet RONI (2010 à 2014) le paquet de soutien est étendu dans 5 CSCom soutenus par MSF.
- Le projet de construction d'une unité de soins pédiatriques de 185 lits au sein du CSRef de Koutiala est lancé.

- Depuis 2017 : réorientation de la stratégie qui a 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 et 36 CSCom en 2019.
- Le projet aura aussi au cours de ces années servi de base à diverses études notamment en lien avec l'activité du laboratoire de bactériologie développée à partir de 2014.
- En 2019, le gouvernement déclare une politique de gratuité de la prise en charge médicale des enfants de moins de 5 ans dans le pays qui s'inscrit dans une politique sous régionale. MSF participe aux workshops pour la mise en œuvre, à voir comment cette décision avancera concrètement.

Dispositif actuel

Les activités externes en support au Ministère de la Santé dans 36 CSCom pour une population cible de 129 373 enfants de moins de 5 ans au travers de soins de santé primaires, curatifs et préventifs (consultation externe, consultation nutritionnelle), activités agents paludisme, et surveillance préventive d'enfants ciblant les 0-24 mois.
Les activités hospitalières au sein du CSRef pour la prise en charge médico-nutritionnelle des moins de 5 ans, à travers la nutrition, la pédiatrie générale, les soins intensifs, la néonatologie, les brûlés et l'isolement (bactéries multi résistantes aux antibiotiques). Le support au laboratoire qui comprend le laboratoire de bactériologie pour notre population cible et la banque de sang pour tout l'hôpital. Déménagement dans le nouveau bâtiment de 185 lits.
L'activité est dépendante de la période de haute transmission du paludisme qui fait varier le nombre de lits en URENI-pédiatrie de 89 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.
- Déménagement dans le nouveau bâtiment avec 185 lits. Malgré des défauts de finition, l'organisation du travail est facilitée.
- Finalisation du déploiement à tous les CSCom, qui ne sont pas déjà soutenus, dans le district de Koutiala.
- Mise en place par l'équipe des activités externes des fiches d'évaluation des CSCom et des plans d'action en accord avec les structures.
- L'intégration du support du pédiatre du ministère de la santé est un vrai plus pour les équipes.

	2016	2017	2018	2019
Nb de passages aux urgences	14 423	13 727	14 691	15 923
Admissions Pédiatrie	7 032	8 006	6 890	8 509
Admissions néonatologie	443	458	533	449
Admissions URENI	3 829	3 984	3 386	3 170
Consultations OPD	90 203	89 273	140 229	159 601
Admissions URENAS	3 779	2 679	3 084	3 547

PROJET : TENENKOU

Historique du projet

réduit aux structures de santé avec une faible présence d'acteurs humanitaires sur place. Jusqu'à ce jour, IRC et MSF sont les seuls acteurs humanitaires médicaux présents dans le cercle.
Au regard de la nature de l'intervention de l'ONG IRC dans le cercle, MSF a orienté ses activités vers la santé de la femme et les activités foraines communautaires.
La population cible initiale était les femmes en âge de procréer (11 à 45 ans) avec l'objectif de contribuer à réduire la morbidité et la mortalité de ces femmes et des nouveau-nés avec un renforcement des soins de santé primaires et secondaires dans le cercle de Tenenkou.
Alors que le projet initial était censé, en plus de l'activité au CSRef, appuyer les matrones au niveau communautaire dans 5 CSCom du district sanitaire en 2017, cette activité a été abandonnée au profit d'IRC qui avait déjà un financement pour cette activité. Ceci nous a permis de nous réorienter sur un appui à la prise en charge du paludisme en communautaire dans toutes les aires de santé en 2018.
Durant l'année 2019 le projet a continué avec les mêmes activités qu'en 2018 avec élargissement du champ d'action au niveau communautaire avec les agents paludisme et la mise en œuvre des activités dans la dernière aire de santé enclavée pour question de sécurité : l'aire de santé de Kita.
Mi 2019, la réhabilitation du CSREF existant a été réalisée, un déménagement est attendu dans le nouveau bâtiment (mi 2020) afin d'améliorer la qualité de prise en charge médicale et de sécurité sur le site.

Dispositif actuel

- Au niveau du CSRef: consultations générales et spécialisés, néonatologie, maternité, bloc gynécologique, banque de sang. Ces activités sont menées dans l'ancienne structure du CSRef qui était devenue le CSCom urbain entre temps. Le bâtiment appartient au MSP.
- Au niveau externe, MSF assure les activités dans la communauté de 21 aires de santé sur 22. Ces activités sont déployées par une équipe de clinique mobile qui visite 37 villages / 286 villages des 21 aires de santé et 83 agents paludisme qui couvrent la zone B des CScom.

3 agents de santé communautaire du MSP ont été remis en fonction dans l'aire de santé de Kita qui était longtemps sous embargo de la FAMA.

Bilan 2019

- La mission s'est fixé des ambitions d'extension de la couverture sanitaire au niveau communautaire et des objectifs de renforcement/consolidation des activités existantes dans le CSRef (les acquis). L'objectif était le déménagement dans le nouveau hôpital afin d'étendre notre réponse avec une prise en charge des urgences, la médecine interne, etc…
- L'extension des activités de cliniques mobiles est passée de 11 sites à 37 sites. L'insécurité ne nous permet pour le moment pas d'avoir des cliniques mobiles sur certaines zones de façon régulière.
- Il faut noter aussi que le nombre des agents paludisme est passé à 83 personnes dans 83 villages localisés dans un rayon au-delà de 5 kms des structures de santé.

- Parlant des indicateurs de performance dans le CSRef, nous réalisons une nette amélioration. La prise en charge médicale s'est nettement améliorée depuis l'ouverture du projet.
- Nous constatons que la majorité de nos indicateurs de fréquentation hospitalière ont augmenté en 2019, effet positif d'une couverture sanitaire améliorée.

	2017	2018	2019
Patients traités par agents palu	8 979	27 665	26 689
Patients traités par cliniques mobiles	3 172	11 327	15 120
Admissions néonatologie	158	259	257
Taux mortalité néonatologie	13,3%	9,2%	10,4%
Nb de consultions prénatales	2 218	5 372	4 927
Admissions maternité	662	1 105	1 164
Nb de césariennes	178	142	175
Taux mortalité maternelle	2,2%	1,2%	0,6%
Nb accouchements	324	576	768
Nb d'actes chirurgicaux	229	194	230
Consultations généralés et spécialisées pour femmes en âge de procréer	6 687	6 510	7 351

PROJET : ONCOLOGIE BAMAKO

Historique du projet

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. En 2018, un total de 2206 cancer du col de l'utérus ont été enregistrés pour le Mali, soit 16,8% de tous les cancers et 1755 cas de cancer du sein soit 13,4% (Globocan 2018). 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. La survie à 5 ans du cancer du sein n'excède pas 15% versus plus de 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'évaluation sont réalisées sur la situation de la prise en charge et des soins de support dans différentes structures de référence au niveau du district de Bamako. En découle 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 des cancers des femmes en hausse en Afrique avec des taux de létalité élevée.
- La possibilité de prévention et /ou de traitements efficaces.
- Des besoins identifiés en soins de support et palliatifs inexistants.
- Absence de coordination des parcours de soins des patientes.
- Accès à des médicaments de qualité et 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 une équipe réduite composée d'1 coordinateur de projet, 2 infirmières et 1 médecin. La coordination pays était beaucoup impliquée dans la gestion quotidienne du projet dans son début. Aujourd'hui l'équipe a grandi et atteint bientôt son autonomie. Elle est actuellement composée de 6 expatriés (1 coordinateur, 1 médecin référent, 1 médecin, 1 responsable de soins infirmiers et 1 infirmière, 1 logisticien), 2 staffs nationaux MSF (1 médecin et 1 infirmier) et 5 staffs du ministère (2 infirmières et 3 hygiénistes). Stabilisation en 2020 à 5 ETP expatriés (1 coordinateur, 1 médecin référent, 1 responsable de soins infirmiers, 1 logisticien, 1 administrateur) + postes de support temporaires (par ex : psychologue et technicien laboratoire anatomopathologie pour mise en place des activités), et poursuite de la mise en place de l'équipe nationale.

Le dispositif planifié en 2018 était axé sur l'installation d'une clinique de soins de support et palliatifs (activité fixe et mobile) au CHU du Point G dans le service d'hémato-oncologie et les visites au domicile des patients.

Notre intervention est aussi en lien avec d'autres centres hospitaliers de Bamako (Hôpital de Mali, Hôpital Gabriel Touré…). Pour des raisons éthiques, les consultations en soins de support et soins palliatifs ne sont 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 et ayant besoin de soins de support et d'accompagnement en fin de vie.

Bilan 2019

	2018	2019
Nb de consultations soins de support	187	1 561
Nb de nouveaux cas en consultation	52	384
Nb de nouveaux cas Plaie	39	81
Nb de pansements	163	2 565
Nb de visites à domicile	3	315
Nb cancers du col de l'utérus attendus	104	-

NIGER

Typologie : épidémie / endémie .

Personnel 2019
International : 22
National : 329

Nombre de projets 2019 : 1

Dépenses 2019 : 6 135 k€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCG, OCBA.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Le Niger reste sous la menace permanente de groupes armés basés dans les pays voisins. Limités principalement aux zones frontalières, les incidents sont en recrudescence. À l'Ouest, aux frontières malienne et burkinabé, les forces de sécurité sont prises pour cible, les kidnappings sont courants ainsi que le vol de véhicules. Les groupes djihadistes Etat islamique dans le Grand Sahara (EIGS) et JNIM sont présents dans cette zone des 3 frontières. À l'Est, dans la région de Diffa/lac Tchad, des groupes djihadistes, État islamique en Afrique de l'Ouest (ISWAP) et JAS, ainsi que des bandes armées sont de plus en plus actifs. La frontière sud avec le Nigéria n'est pas épargnée, particulièrement dans la région de Maradi où des bandes criminelles se déplaçant à moto sévissent le long de frontières – vol de bétail, kidnapping... Les victimes sont les éleveurs, les agriculteurs et les commerçants.
La situation politique est relativement stable mais tendue, les élections présidentielles et législatives qui doivent se déroulées en fin d'année pourraient rompre un équilibre politique fragile. L'actuel président ne se représentera pas pour un troisième mandat.

Contexte sanitaire

La situation sanitaire reste préoccupante en 2019. La persistance de crises majeures, l'insécurité alimentaire, la malnutrition, les déplacements de populations, les inondations, la migration et les épidémies ainsi que l'insécurité surtout dans les zones frontalières avec le Nigéria, le Burkina Faso et le Mali accentuent la vulnérabilité des populations. Près de 70 000 personnes se sont déplacées dans les régions de Diffa, Tillabéry, Maradi et Tahoua depuis janvier 2019. Selon OCHA en 2019, 2,3 millions de personnes dont 1,2 millions d'enfants sont en situation de vulnérabilité.
De plus, la malnutrition continue d'être importante au Niger, principalement en période de soudure. Les résultats de l'enquête SMART de 2018[1] montrent que la prévalence de la malnutrition aigüe globale (MAG) est de 15,0% et celle de la malnutrition aigüe sévère (MAS) est de 3,2%.
Le premier semestre 2019 a été marqué par des épidémies de rougeole dans plusieurs districts n'épargnant aucune des 8 régions du pays, avec des ripostes ponctuelles par zone.
En 2019, 2 districts (Malbaza et District Niamey 4) ont notifié une épidémie de méningite type C.

Le paludisme reste la principale morbidité du pays, avec 2 327 856 tests positifs de janvier à octobre 2019 (MDO[2] national).

PRÉSENCE DE MSF

A côté de MSF OCP présent à Maradi, 2 autres sections interviennent actuellement au Niger.
MSF OCBA intervient dans région de Diffa, de Tillaberi et Niamey.
MSF OCG intervient dans la région de Zinder.
Epicentre est basé à Maradi.
Peu d'acteurs sont présents dans les zones sensibles pour répondre aux urgences, particulièrement dans le secteur médical :

- ONG internationales: ALIMA ACF, ACTED, CARE IRC, Save de children, COOPI…
- ONG nationale médicale : APBE
- Mouvements de la Croix-Rouge, CICR, FICR, Croix-Rouge nationales.
- Toutes les principales agences des Nations unies.

PROJET : MADAROUNFA PÉDIATRIE / NUTRITION

Historique du projet

Le 1er avril 2014, MSF OCP a repris le projet de Madarounfa géré par l'ONG nationale FORSANI, ONG créée et supportée par MSF suite à l'expulsion de MSF-France du Niger en juillet 2008. MSF OCP était alors présent dans la zone depuis 2001.
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 pics paludisme et de 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. Un accent sur la qualité médicale est travaillé depuis 2018.

Dispositif actuel

Soins offerts MSF

MSF soutient le Ministère de la Santé Publique (MSP) avec la prise en charge de :

1 Rapport final évaluation nationale de la situation nutritionnelle SMART 2018 – publiée Mai 2019 - INS (Institut National de la Statistique)

2 MDO : Maladies à Déclaration Obligatoire

- la malnutrition aigüe et sévère avec ou sans complications chez les enfants de moins de 5 ans,
- les soins néonatals et pédiatriques en hospitalisation,
- les consultations externes des enfants de 0 à 5 ans dans 5 aires de santé du district de Madarounfa et des enfants provenant des états frontaliers du Nigéria (soit 19% en consultation externe et 37 % dans les centres de récupération nutritionnelle ambulatoire pour la malnutrition sévère (CRENAS) en 2019),
- l'appui au Programme Elargi de Vaccination de routine (PEV),
- la prise en charge des cas de paludisme et de diarrhée au niveau communautaire/dépistage nutritionnel.

Hôpital de district de Madarounfa-région de Maradi

L'hôpital de Madarounfa est un établissement du MSP d'une capacité d'accueil de 162 lits dont 112 lits pédiatriques (hors pics nutrition/paludisme) gérés par MSF.
L'activité de MSF représente :

Période	Hors pic 7 mois, de début décembre à fin juin	Pic 5 mois, de début juillet à fin novembre
Total lits d'hospitalisation	112 lits	224 lits
Pédiatrie	26 lits	50 lits (+ 24 lits)
Néonatologie	12 lits (8 lits soins intensifs, 4 lits kangourou)	12 lits (8 lits soins intensifs, 4 lits kangourou)
CRENI	50 lits	120 lits (+ 70 lits)
Soins intensifs	16 lits	34 lits (+18 lits)
Isolement (bactéries multirésistantes et autres maladies à potentiel épidémique)	8 lits	8 lits
Urgences / admissions	+ 13 lits, Urgences / Admissions (7 d'examen + 6 d'observation)	+ 13 lits, Urgences / Admissions (7 d'examen + 6 d'observation)
Unité de stabilisation de Dan Issa – frontière Nigeria		20 lits

Centres de Santé/Aires de Santé

MSF soutient 5 CRENAS : Dan-Issa, Madarounfa, Safo, Gabi, N'Yelwa et appuie les consultations externes pédiatriques dans 5 Centres de Santé Intégrés (5 infirmiers et 5 agents vaccinateurs MSF). 34 agents communautaires primés par MSF toute l'année travaillent dans la zone d'intervention ainsi qu'un agent dédié à la recherche des enfants ayant abandonné les soins.

Bilan de l'année 2019

Les ambitions 2019 étaient de :

- Améliorer la qualité de la prise en charge médicale et de la supervision.
- Améliorer la qualité de l'hygiène dans l'hôpital et les centres de santé intégrés (CSI).
- Renforcer la collaboration avec l'équipe cadre du District sanitaire et les équipes MSP dans les CSI.
- Répondre aux éventuelles épidémies et urgences dans la région de Maradi.
- Renforcer les activités curatives en apportant un plateau technique adéquat.
- Participer à l'augmentation de la couverture vaccinale dans les 5 CSI et apporter un soutien au PEV.
- Participer à réduire la morbidité générale dans l'aire de santé de N'Yelwa, notamment celle liée aux maladies d'origine hydrique, en améliorant l'accès à l'eau.

Les succès

À l'hôpital :

- La réorganisation des services et du flux des patients, dont le service d'isolement et le circuit de la buanderie.
- La mise en place des protocoles d'hygiène dans l'hôpital et le recrutement d'un superviseur pour la prévention et le contrôle des infections.
- L'appui au PEV, avec 1 agent primé par MSF au point de vaccination à l'hôpital.
- L'amélioration de la récolte des données.

Pour les activités externes :

- La réorganisation de la supervision des activités.
- La récolte et la qualité des données récoltées.
- L'amélioration de la communication entre les activités externes et l'hôpital.
- La responsabilisation du personnel quant à leurs tâches et à la rigueur demandée dans les soins et le suivi des patients (formation continue).
- L'appui au PEV de routine avec 1 agent vaccinateur primé par MSF dans chacun des 5 CSI.
- Le renforcement de la sensibilisation communautaire.

Réponse aux urgences :

- Mars 2019 : appui à l'équipe du Pool d'urgence (Cellule Urgence) en réponse à l'épidémie de rougeole dans les districts de Maradi et d'Aguié.
- Mars 2019 : appui logistique pour la riposte contre la méningite A dans district de Madarounfa.
- Juin 2019 : appui logistique et financier pour la riposte cholera au district sanitaire d'Aguié (géré par la coordination).
- Juin 2019 : appui au district sanitaire de Madarounfa pour la riposte contre la rougeole dans 3 aires de santé.
- Septembre 2019 : appui logistique à la campagne nationale de vaccination contre la rougeole.
- Novembre 2019 : appui logistique aux journées nationales de vaccination contre la poliomyélite.

Les objectifs non atteints :

- L'optimisation de l'hygiène à l'hôpital, mais arrivée d'un référent IPC en septembre
- L'intégration de personnel du MSP primé par MSF dans nos activités pendant le pic afin d'impliquer d'avantage le MSP.
- Passation du système de références des CSI au MSP.

Description indicateurs	2016	2017	2018	2019
Hospitalisations pédiatrie	5 345	5 710	6 112	6 380
Hospitalisations CRENI	3 317	3 328	6 390	5 900
Consultations externes	20 851	39 477	19 715 (4 mois)	135 516
Admissions CRENAS	12 256	14 486	20 294	16 000
Consultations Agent Paludisme	20 851	24 250	29 071 (4 mois)	31 000
Néonatologie		559	542	545
Soins intensifs		2 664	3 481	3 843

NIGERIA

Typologie : conflit armé, épidémie / endémie, accès aux soins.

Personnel 2019
International : 44
National : 646

Nombre de projets 2019 : 3

Dépenses 2019 : 12 746 k€

Financements Institutionnels : aucun.

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

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Le président Buhari a été réélu en février 2019 lors d'élections plus pacifiques que prévu, avec une violence limitée malgré l'armement des gangs par divers dirigeants politiques.
Le professeur Babagana Zulum a été élu gouverneur de Borno à la fin du second mandat de Shettima, avec un nouveau discours critique à l'égard de la réponse humanitaire à Borno et une intention déclarée d'exercer un plus grand contrôle sur les activités des ONG internationales.

L'État islamique dans la province de l'Afrique de l'Ouest (ISWAP) a continué à attaquer et à envahir les petites et moyennes bases d'opérations avancées dans le nord de Borno. L'armée nigériane a finalement réagi à ces pertes récurrentes en juin, avec la fermeture et la consolidation d'un certain nombre de petites bases et de checkpoints dans le cadre de la stratégie dite des «super-camps». La présence tchadienne à Borno a déjà été étendue à plusieurs reprises en réponse aux attaques relativement fortes de l'ISWAP. Dans le même temps, l'ISWAP s'est divisé en plusieurs factions dans les mois qui ont suivi le remplacement d'Abu Mus'ab Al-Barnawi par Abu Abdullah Ibn Umar Al-Barnawi en tant que chef. La JAS (faction de Shekau) poursuit son processus d'attaques prédatrices sur les villages adjacents à la forêt de Sambisa et aux Monts Mandara, et tente d'infiltrer à Maiduguri.

Ailleurs au Nigeria, le gouvernement fédéral a suspendu la législation sur les zones rurales de pâturage, les tensions entre les communautés (généralement caractérisées par des «violences entre agriculteurs et éleveurs») subsistant. Les réfugiés camerounais restent dans les États de Cross River et de Benue en raison du conflit anglophone persistant au Cameroun. Les violentes manifestations du Mouvement islamique au Nigeria (IMN) à Abuja ont diminué après la libération du leader El Zakzaky pour un traitement médical en Inde. Dans le nord-ouest du Nigéria, la violence intercommunautaire continue d'entraîner des déplacements (y compris vers le Niger), des meurtres de villageois, des actes criminels et des rumeurs de participation djihadiste à certaines de ces violences.

En mai 2019, l'inspecteur général de la police a donné des chiffres sur les enlèvements dans le pays pour le 1er trimestre 2019 : 1071 personnes ont perdu la vie dans des activités criminelles, 767 du «Nord» (436 dans le Nord-Ouest, 250 dans le Centre-Nord, 130 dans le Sud), tandis que la police a enregistré 685 enlèvements (365 dans le Nord-Ouest, 281 dans l'État de Zamafara, 145 dans le Centre-Nord, puis dans les États de Kogi et du Niger). Rien n'est mentionné sur les actes criminels ou les enlèvements pour les 3 Etats comme Borno, Yobe et Adamawa.

Contexte sanitaire

Le Nigeria présente généralement de très mauvais indicateurs de santé en termes de couverture vaccinale, de soutien pédiatrique et nutritionnel ainsi que d'accès à des soins de santé maternelle de qualité. Il est sujet à des épidémies régulières telles que la rougeole, le choléra (qui se produit maintenant tout au long de l'année), la fièvre jaune, la méningite, la fièvre de Lassa et la variole du singe. Avec une population approchant les 200 millions de personnes et des conditions d'hygiène et d'assainissement généralement mauvaises, chaque épidémie peut rapidement devenir une crise majeure.

La mortalité maternelle est très élevée, avec un taux estimé à 814 décès/100 000 naissances vivantes (OMS 2015) et on estime que plus de 200 000 femmes vivent avec une fistule vésico-vaginale (12 000 nouveaux cas chaque année).

En outre, il y a des catastrophes naturelles récurrentes comme les inondations, de très nombreux cas de paludisme pendant la saison des pluies et une insécurité alimentaire et de la malnutrition dans diverses régions.

Bien que le Borno soit la région où la présence des acteurs humanitaires est la plus importante au Nigeria, cela ne se traduit malheureusement pas par une réponse de qualité, avec beaucoup de besoins non couverts, des actions redondantes ailleurs, une mauvaise coordination et l'absence de personnel expérimenté sur le terrain.

Les règlements et les contrôles de l'Agence nationale pour l'administration et le contrôle des aliments et des médicaments (NAFDAC) entravent la disponibilité des médicaments dans tous nos projets. Le Nigeria pousse les ONG à faire de plus en plus d'achats locaux avec des procédures lourdes. Et comme MSF rencontre quelques difficultés pour s'entendre sur une stratégie de négociation claire, cela ne nous aide pas à faire face aux conséquences de ces procédures.

PRÉSENCE DE MSF

MSF OCP est présent en permanence dans le pays depuis 1996. Aujourd'hui, OCP gère 4 projets :

- Jahun (Jigawa state) : projet de santé maternelle et néonatale et de chirurgie des fistules, ouvert en 2008.
- Port Harcourt (Rivers state) : projet de lutte contre les violences sexuelles, ouvert en 2015 (MSF OCP avait un centre de traumatologie dans la même ville jusqu'au début de 2013).
- Équipe de réponse aux urgences, depuis 2006.
- Maiduguri (Borno state) : hôpital pédiatrique avec une grande unité de soins intensifs, ouvert sur le site actuel en 2017 (les premières opérations d'OCP à Borno ont commencé en 2014).

Le projet de Bama / Borno state a été suspendu au début de 2019 et il n'y a pas de plan de réouverture pour le moment, à l'exception d'une intervention de trois mois contre le paludisme en 2019.

Les 4 autres centres opérationnels sont présents au Nigeria :

- OCBA principalement à Borno, avec une équipe d'urgence itinérante
- OCB à Maiduguri (nutrition + préparation au choléra), Cross Rivers (réfugiés camerounais) et Ebonyi (fièvre de Lassa)
- OCG opère uniquement à Borno (à Rann et Ngala, activités actuellement très réduites en raison de problèmes de sécurité)
- OCA à Sokoto, (Noma), Zamfara (empoisonnement au plomb) et Benue.

PROJET : JAHUN

Historique du projet

Le taux de mortalité maternelle au Nigeria est l'un des plus élevés au monde : Avec une population d'environ 200 millions d'habitants, le Nigéria est estimé avoir le nombre le plus élevé de décès maternels au monde (58 000 par an en 2015).

Au fil des ans, MSF a augmenté le nombre de lits et renforcé sa collaboration avec le ministère de la santé en dehors de l'hôpital de Jahun grâce au soutien des centres BEmONC (Basic Emergency Obstetric and Neonatal Care) de Miga et de Jahun LGA. Un volet de promotion de la santé a été ajouté pour améliorer l'utilisation des services au niveau communautaire.

Evolution du projet

2008 : Le projet a débuté avec pour objectif de soutenir la chirurgie de la fistule à l'hôpital général de Jahun. MSF a également commencé à intervenir dans les soins obstétriques et néonatals d'urgence.

2011 : Début des activités de sensibilisation.

2012 : Développement de la première stratégie visant à transférer les accouchements normaux au ministère de la santé ; arrêt des activités de sensibilisation.

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 d'arrêter de mettre les patients sous des tentes. Développement de la «Stratégie de réorientation du projet Jahun Cemonc» qui a soutenu les installations BEmONC et a transféré les accouchements normaux au ministère de la santé à l'hôpital Jahun, mais elle n'a finalement pas été mise en œuvre en raison de diverses lacunes. Une stratégie de décongestion a également été proposée dans un premier temps.

2015 : Le nombre de patients a continué à augmenter, atteignant un taux d'occupation des lits de plus de 150 %, qui, fin 2016, a même dépassé les 200 % pendant plusieurs mois consécutifs, ce qui a conduit MSF à ouvrir deux BEmONC (Aujara et Miga) dans le but de décongestionner le CEmONC de Jahun en augmentant le nombre de cas compliqués et en envoyant les cas non compliqués aux BEmONC.

2016 : Début du soutien aux BEmONC.

2018 : Ajout d'une structure temporaire de 18 + 2 lits post-accouchement ; suite à l'ouverture du Jahun BEmONC, l'hôpital a connu une diminution des admissions pour les accouchements non compliqués, et le taux mensuel moyen d'occupation des lits a été réduit à environ 128 % (le plus bas taux d'occupation de 97 % a été observé en juillet 2018). Une légère augmentation du taux à 109 % a été observée en juillet 2019. Par rapport à l'année dernière à la même période, cela montre l'impact de l'ouverture des 3 BEmONC.

2019 : Le nombre total d'admissions continue d'augmenter régulièrement par rapport à 2018, ainsi que le nombre d'accouchements compliqués (70 % des accouchements sont compliqués, contre 65 % en moyenne l'année précédente). 8 lits de niveau 0 ont été ajoutés à l'unité de soins intensifs et le poids minimum d'admission pour les nouveau-nés dans les soins intensifs de néonatologie est passé de ≥1,25 kg à ≥1,5 kg.

Dispositif actuel

Objectifs

- Améliorer la qualité des soins obstétriques et néonatals d'urgence dans la zone de l'hôpital général de Jahun.
- Proposer une réparation chirurgicale aux femmes vivant avec une fistule afin de les aider à reprendre une vie normale.

Structure

Hôpital général de Jahun (151 lits d'hôpital) :

- Urgence gynéco-obstétrique : 56 lits post-accouchement (18 ajoutés en 2018), 15 lits dans l'unité de soins intensifs, 25 lits dans l'unité de soins intensifs néonatals, 10 lits de préaccouchement, 4 lits d'accouchement, 3 lits d'observation.
- Chirurgie des fistules : 55 lits.

Services de proximité : 3 BEmONC soutenus dans la zone de desserte, dont un à Jahun.

Bilan 2019

	2018	2019
Nouvelles admissions fistules	381	389
Nb d'interventions chirurgicales fistules	267	302
Nb admissions en maternité	12 407	13 436
Nb d'accouchements par voie basse	5 754	6 398
Nb de césariennes	1 680	2 246
Nb de procédures chirurgicales au bloc	3 530	3 949
Nb de grossesses compliquées prises en charge	11 149	11 456
Nb d'admissions en unité de néonatologie	1 900	2 017
Total consultations anténatales BEmONCs	21 298	29 906
Total accouchements BEmONCs	3 010	5 066

PROJET : VIOLENCES SEXUELLES – PORT HARCOURT

Historique du projet

MSF travaille à Port-Harcourt depuis 2005. Jusqu'en 2013, MSF a géré un «centre de traumatologie» à l'hôpital de Teme. MSF y traitait les patients chirurgicaux nécessitant des opérations d'urgence en raison de violences, d'accidents ou de traumatismes. Pendant le projet de Teme, des victimes de viols et d'abus sexuels se présentaient. Au cours des quatre dernières années du projet, MSF a traité environ 2 400 survivants de viols et d'abus sexuels. Après la clôture du projet, MSF a décidé de rester à Port-Harcourt et d'ouvrir un projet spécifique consacré au viol et à la violence sexuelle.

Dispositif actuel

Depuis juin 2015, MSF gère deux cliniques pour les violences sexuelles (SV) à Orogbum et au centre de santé Eliozu. Orogbum est ouvert 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et Eliozu est ouvert de 7 heures à 19 heures tous les jours. Tous les services fournis par MSF sont gratuits et MSF garantit une confidentialité totale aux victimes. Pour améliorer le nombre de patients à Eliozu, MSF a organisé la prise en charge des patients dans des endroits bien déterminés et éloignés des zones des victimes afin d'éviter la stigmatisation.

Le projet fonctionne dans un environnement très difficile, caractérisé par des niveaux élevés de violence urbaine et de nombreux obstacles empêchant les victimes d'accéder aux services disponibles, notamment la peur, la stigmatisation, l'ignorance, la perte d'estime de soi et le manque de moyens de transport et d'argent. La violence sexuelle se produit principalement dans le cercle familial et le quartier. En outre, les sectes et les gangs de la région sont connus pour utiliser le viol comme un «rituel d'initiation», tandis que le viol de très jeunes enfants semble être lié à des pratiques de «magie noire» et est censé conférer des pouvoirs de protection à l'auteur ou aux auteurs. En raison notamment de fortes convictions religieuses, la question de l'interruption de grossesse est très sensible et les lois y afférentes sont restrictives. L'absence d'autres ONG internationales dans la région offrant des services complémentaires et la recherche de services de référence gratuits constituent un autre défi.

Bilan 2019

L'activité reste très stable de 2018 à 2019, malgré l'effort de communication que nous avons fait pour sensibiliser la communauté aux projets de MSF.
De nombreux blocages peuvent expliquer ce manque de réactivité mais cela montre aussi les limites dans notre volonté de faire grandir ce projet.

	2018	2019
Nb de nouveaux cas de violences sexuelles	1 424	1 443
% de cas pris en charge en moins de 72 heures	54,2%	55,6%
Nb de consultations psy	2 707	2 677
Nombre d'interruptions de grossessse	65	61

A noter un léger changement dans le profil des patients, surtout en ce qui concerne l'âge, car nous recevons de plus en plus de patients de moins de 18 ans. Près de 60 % des nouveaux cas sont des mineurs. 10 % ont moins de 5 ans, 16 % ont entre 5 et 10 ans et 33 % entre 10 et 18 ans.

PROJET : MAIDUGURI

Historique du projet

Suite à une montée de la violence dans l'État de Borno en 2013 et à un important afflux de personnes déplacées dans la ville de Maiduguri (estimé à 1,9 million), OCP a ouvert des projets en 2014, notamment : Consulatations et hospitalisations pédiatriques, soins anténatals, maternité, centres de nutrition intensif et ambulatoire.

Avec la présence croissante des acteurs humanitaires depuis 2016, y compris d'autres les projets des autres centres opérationnels de MFS, OCP a réduit ses activités au cours des dernières années. Jusqu'à récemment, il y avait jusqu'à 4 projets dans l'État de Borno. Ces projets ont été soit fermés, soit confiés à d'autres partenaires.

Depuis début 2019, le projet Maiduguri est uniquement composé de l'hôpital pédiatrique de Gwange qui a été lancé pour répondre au manque de soins pédiatriques secondaires dans une ville dont la population a doublé en raison des déplacements de population. L'établissement était situé dans la zone de Maimusari II et a été déplacé à Gwange en 2017. La région de Gwange est l'une des zones les plus peuplées de Maiduguri, accueillant le plus grand nombre de personnes déplacées, avec une présence humanitaire rare, voire inexistante.

Dispositif actuel

Le projet Maiduguri fournit des soins pédiatriques secondaires pour les enfants âgés d'un mois à 15 ans à l'hôpital de Gwange. Ces soins sont entièrement gratuits et sont les seuls soins pédiatriques hospitaliers totalement gratuits disponibles à Maiduguri. L'hôpital de Gwange est situé dans l'enceinte d'une clinique de soins de santé primaires (SSP) du ministère de la santé. Malgré l'accord de partage des terres, l'hôpital est entièrement géré par MSF et la clinique par le ministère de la santé. Par conséquent, la plupart des patients vus à l'hôpital proviennent également des services de Gwange, avec un nombre important de patients provenant également du service de Mashamari voisin. L'hôpital reçoit également

des cas référés par des ONG partenaires ayant des activités dans divers camps de personnes déplacées. En 2018, l'hôpital de Gwange a dû ouvrir 20 lits en centre de nutrition intensif pendant le pic, principalement en raison de la réduction du centre d'OCB à Fori.

L'hôpital de Gwange fournit les services suivants :

- Salle d'urgence.
- Soins intensifs (15 lits en dehors du pic, 25 lits pendant le pic saisonnier).
- Zone orange (réduction) (25 lits en dehors du pic, jusqu'à 74 lits pendant le pic saisonnier).
- Zone jaune (hospitalisation classique) (40 lits en dehors du pic, jusqu'à 103 lits pendant le pic saisonnier).
- Structure d'isolement :
  - Isolement général : 9 lits.
  - Stabilisation du choléra : 4 lits (centre de lutte contre le choléra géré par OCB en cas de besoin).

Bilan 2019

L'activité a presque doublé de 2018 à 2019, d'abord en raison de l'épidémie de rougeole dans la première partie de l'année, puis d'une activité plus importante pendant la saison du pic de paludisme.
Nous espérons que la rougeole ne sera pas aussi forte en 2020.

	2018	2019
Nb de cas en salle d'urgence	12 002	22 959
Nb de nouvelles admissions	7 254	13 993
Nb de transfusions	1 433	2 282

Réponse à une épidémie de rougeole

Bien que l'épidémie de rougeole ait mis à rude épreuve le personnel et les ressources de Gwange, nous avons terminé l'épidémie avec des indicateurs positifs (janvier-juillet 2019) :

- Nombre total de cas de rougeole consultés : 3 687.
- Nombre total d'admissions liées à la rougeole : 1 995.
- Taux moyen d'occupation des lits pendant l'épidémie de rougeole : 97,4%.
- Durée moyenne du séjour pendant l'épidémie de rougeole : 3,1 jours.
- Taux de mortalité parmi les patients admis pour la rougeole : 3,3 %.

Notre expérience de l'épidémie de rougeole nous a incités à élaborer un plan d'action pendant le pic saisonnier du paludisme, afin d'éviter le manque de personnel et la surpopulation qui ont accompagné les premiers jours de l'épidémie de rougeole.

OUGANDA

Typologie : conflit armé, épidémie, endémie

Personnel 2019
International : 26
National : 215

Nombre de projets 2019 : 3

Dépenses 2019 : 4 348 k€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : aucun.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Selon les projections de 2019, la population de l'Ouganda est d'environ 44,7 millions d'habitants. L'Ouganda s'est transformé d'un pays au passé trouble en un pays relativement stable et prospère. Depuis son indépendance du Royaume Uni en 1962, le pays a subi un coup d'État militaire, suivi d'une dictature militaire brutale qui a pris fin en 1979. En 1980, des élections contestées ont été organisées, suivies d'une guérilla de cinq ans qui a amené le chef de l'armée rebelle, Yoweri Museveni, au pouvoir en 1986. On attribue au président Museveni le rétablissement d'une stabilité relative et d'une prospérité économique en Ouganda au lendemain de la guerre civile et de la répression sous les anciens dirigeants Milton Obote et Idi Amin. Mais il a également été critiqué par ses partenaires pour son rôle dans le conflit en République Démocratique du Congo et au Soudan du Sud. Le pays a également dû faire face à une insurrection brutale de 20 ans dans le nord, menée par la Lord's Resistance Army (LRA) de Joseph Kony et les Forces démocratiques alliées (ADF) de Jamil Mukul, considérées comme organisations terroristes par le gouvernement ougandais. Les deux groupes étaient à l'origine basés dans le nord et l'ouest de l'Ouganda, mais ils ont respectivement étendu leurs actions aux pays voisins, la République démocratique du Congo, le Soudan du Sud et la République centrafricaine.

Le président Yoweri Museveni et son mouvement National Resistance Movement (NRM) ont dirigé l'Ouganda sans interruption depuis 1986. Il a remporté les dernières élections de 2016 pour un nouveau mandat de cinq ans (2021). L'opposition et les observateurs indépendants ont contesté l'impartialité et la transparence des élections de 2016. Des violences et des protestations ont éclaté dans les zones d'opposition, notamment dans les districts de Kasese et Bundibugyo, qui se sont soldées par l'attaque du royaume de Ruwenzori et l'arrestation du roi. 14 officiers de police et 41 gardes royaux et civils auraient été tués au cours de l'attaque. En 2017, le président Yoweri Museveni et le NRM ont réussi à faire adopter un nouveau vote au parlement qui a supprimé la limite d'âge de 75 ans pour les candidats à la présidence, ouvrant ainsi la voie au président Museveni pour les prochaines élections de 2021.
L'opposition est représentée par le Forum for Democratic Change (FDC), groupe d'opposition parlementaire officiel. Cependant, la nouvelle menace potentielle pour le gouvernement Museveni est la popularité rapide de Bobi Wine - une pop star ougandaise - qui est devenu politicien à l'approche des élections générales de 2016 et de son mouvement «People Power». La violence a éclaté à Kampala en août 2018 suite à l'arrestation de Bobi Wine et aux tortures qu'il aurait subies pendant sa détention. Depuis sa libération, Bobi Wine a continué à être une puissante voix de l'opposition. Cela a contribué à accroître la paranoïa au sein du gouvernement, qui cherche à gérer la montée de l'opposition.

Au niveau régional, l'Ouganda reste une force politique et militaire majeure. L'engagement de la Uganda People's Defence Force (UPDF) se poursuit en Somalie dans le cadre de la Mission de l'Union africaine en Somalie (AMISOM), soutenue par les Nations unies. Le rôle majeur joué par l'Ouganda contre l'insurrection Al-Shabaab le rend vulnérable aux opérations nationales du groupe, bien qu'il n'y ait pas eu d'attaques à grande échelle sur le territoire ougandais depuis les bombardements de juillet 2010 lors de la Coupe du monde de football à Kampala. En 2017, l'UPDF s'est retirée de la République centrafricaine, mettant fin à sa mission de recherche de Joseph Koni.
L'Ouganda est entouré de pays instables comme le Soudan du Sud, qui a connu des combats entre les forces gouvernementales (SPLA-IG) et les forces d'opposition (SPLA-IO) qui se sont rapidement étendus à la zone sud du Soudan du Sud (Eastern Equatoria, Central Equatoria and Western Equatoria). Une fois de plus, cela a forcé les Sud-Soudanais à fuir les zones de conflit et la violence généralisée qui sévit dans cette région : il y a actuellement environ 1 million de réfugiés sud-soudanais en Ouganda. Le deuxième pays voisin instable est le Congo (RDC). Même s'il y a des changements avec le nouveau président, il y a toujours un risque de voir une augmentation de l'afflux de réfugiés congolais en provenance de la partie orientale du pays en raison de l'opération militaire prévue qui vise les différents groupes rebelles opérant dans la région : ADF et différentes milices Maï-Maï.
Au cours des derniers mois, les tensions entre le Rwanda et l'Ouganda ont repris. Le Rwanda a accusé l'Ouganda de sabotage économique, d'enlèvement, de torture et de meurtre de Rwandais ; l'Ouganda accuse le Rwanda d'espionnage, ce qui a entraîné la fermeture de la frontière en février 2019, avec une perturbation des transports et des échanges commerciaux. La frontière a été rouverte en août 2019 après la récente signature à Luanda (Angola) d'un protocole d'accord entre le Rwanda et l'Ouganda. Cependant, les relations entre les deux pays restent fragiles.
L'Ouganda reste le plus grand pays d'accueil de réfugiés en Afrique et se situe au troisième rang mondial avec plus de 1,38 million de réfugiés et de demandeurs d'asile, dont 61 % sont des enfants.

Contexte sanitaire

VIH

Selon l'évaluation de l'impact du VIH sur la population ougandaise (UPHIA) réalisée en 2016/2017, la prévalence du VIH chez les adultes âgés de 15 à 64 ans est de 6,2 %, ce qui correspond à 1,2 million de personnes vivant avec le VIH en Ouganda. L'incidence globale du VIH est de 0,4 %, avec une incidence plus élevée chez les femmes (0,47 % d'incidence du VIH chez les femmes contre 0,31 % chez les hommes dans la tranche d'âge 15-19 ans). La suppression de la charge virale est d'environ 60 % chez les adultes et de 40 % chez les moins de 15 ans. Le rapport de l'OMS de 2017 sur la résistance aux médicaments anti-VIH a montré des niveaux élevés de résistance aux médicaments anti-VIH avant traitement en Ouganda, avec une résistance de plus de 15 % aux médicaments anti-VIH de la classe des inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (NNTRI) utilisés pour traiter les patients VIH naïfs. Sur la base de ce résultat, le pays a décidé en 2018 de passer à des schémas thérapeutiques contenant du dolutegravir (DTG) comme option de première ligne privilégiée. Les schémas thérapeutiques à base de DTG sont mieux tolérés et tendent à protéger contre l'arrêt du traitement en raison d'effets indésirables. Le processus de transition a été accéléré en 2019 avec une stabilisation de l'approvisionnement. L'accès au test de résistance aux médicaments (DRT) pour les patients sous traitement de deuxième ligne et les médicaments de troisième ligne s'est amélioré en 2019 en Ouganda. Un rapport national sur la prévention de la résistance aux médicaments et les activités de suivi/surveillance du VIH, publié en août 2019, fait état de 1056 patients sous traitement de troisième ligne (89 % d'adultes et 11 % d'enfants), soit le triple de ce qui avait été signalé en 2016. L'identification et le traitement des patients séropositifs à un stade avancé restent un défi majeur en Ouganda. L'accès aux tests de laboratoire pour diagnostiquer et surveiller les infections opportunistes ainsi que l'absence de traitement compliquent sérieusement la prise en charge qualitative de ces patients.
Si le pays a été salué pour sa campagne efficace contre le VIH/sida, il a également attiré l'attention de la communauté internationale pour son durcissement de position et sa violence à l'encontre de la communauté des lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres (LGBT), menée ou soutenue par des groupes religieux influents.

Epidémies de fièvre de Marburg et d'Ebola

Après la déclaration de l'épidémie d'Ebola en RDC début août 2018, la task force nationale ougandaise a activé la préparation de la réponse à l'épidémie d'Ebola. Dans le cadre des activités de préparation, l'Ouganda a vacciné les travailleurs de santé et les travailleurs de première ligne dans les zones à risque d'expansion de l'épidémie (environ 5000 travailleurs de santé et travailleurs de première ligne de 165 structures de santé ont été vaccinés). Un dépistage a été mis en place à tous les points d'entrée RDC-Ouganda ainsi que des unités de traitement du virus Ebola (ETU) dans les districts limitrophes du Nord-Kivu et de l'Ituri. Depuis le début de l'épidémie en RDC, trois cas de virus Ebola (trois décès) ont été confirmés en Ouganda, dans le district de Kasese. Tous les patients sont des cas importés de la République démocratique du Congo qui se sont rendus en Ouganda après avoir assisté à des funérailles en RDC.
L'Ouganda a géré des épidémies récurrentes du virus Ebola et du virus de Marburg, principalement dans la région occidentale. Comme il est transmis aux personnes par les chauves-souris frugivores, les cas de Marburg ont été historiquement signalés parmi les mineurs et les voyageurs qui ont visité des grottes habitées par des colonies de chauves-souris.

PRÉSENCE DE MSF

MSF est présent en Ouganda depuis 1980.

En 2001, suite à l'émergence de l'épidémie de VIH et au manque de traitement dans le pays, MSF OCP a ouvert un projet de lutte contre le VIH et la tuberculose à Arua. En 2010-2011, MSF a répondu à l'afflux de réfugiés congolais dans le district de Bundibugyo, en apportant des soins médicaux, de l'eau et des installations d'assainissement. En 2013-2015, MSF a répondu à l'afflux de réfugiés sud-soudanais dans le district d'Adjumani, en fournissant des soins médicaux, de l'eau et des installations d'assainissement. En 2015, suite à l'évaluation effectuée dans l'ouest du pays, MSF ouvre un projet dans le district de Kasese ciblant les communautés de pêcheurs dans les sites de débarquement autour des lacs George et Edouard (VIH/TB) et les adolescents dans la municipalité de Kasese (santé sexuelle et reproductive).

De 2016 à ce jour : MSF travaille dans les camps de réfugiés du Soudan du Sud dans le district de Yumbe.

En 2017, MSF a également répondu à l'afflux de réfugiés congolais dans le district de Hoima, suivi par une épidémie de choléra. MSF a également répondu à différentes épidémies survenues dans le pays (choléra, Marburg, Ebola, méningite, paludisme).

MSF OCP reste la seule section opérationnelle en Ouganda. MSF OCG dispose d'une unité d'approvisionnement (SUKA) qui soutient ses projets au Soudan et en RDC. Epicentre est également basé à Mbarara et mène différentes études en collaboration avec l'Université de Mbarara.

PROJET : POPULATIONS VULNÉRABLES À KASESE

Historique du projet

Le projet Kasese a débuté en 2015 pour répondre à deux défis majeurs identifiés dans le district :

Les vulnérabilités et les défis auxquels sont confrontés les adolescents

Problèmes sociaux et sanitaires, y compris les blessures, exposition à la violence, notamment sexuelle, problèmes de santé sexuelle et reproductive, consommation de drogues, inactivité physique, mauvaise alimentation, troubles mentaux.

En Ouganda, les adolescents représentent 25 % de la population et le pays est classé 16ème sur les 25 pays ayant le taux le plus élevé de mariages d'enfants. 25 % des adolescentes ougandaises tombent enceintes avant l'âge de 19 ans, dont près de la moitié sont mariées avant leur 18ème anniversaire[1].

Le district de Kasese est l'un des trois districts de l'Ouganda où la proportion d'adolescentes (10 à 17 ans) veuves, divorcées ou séparées est la plus élevée (20,7 %). 17,9% des adolescentes ont un enfant. Le projet vise à apporter aux adolescents des services de santé conviviaux et à s'attaquer aux comportements à risque pour la santé :

- Une clinique pour adolescents a été ouverte dans la municipalité de Kasese, dans le prolongement du centre de santé III du conseil municipal de Kasese. Elle a commencé par des consultations générales, des soins sexuels et reproductifs (infections sexuellement transmissibles (IST), violences sexuelles, avortement sécurisé, soins pré et postnatals et kits de support pour accouchements) et des activités éducatives.
- En 2016, la prise en charge des violences sexuelles et des interventions de grossesse a été ouverte à tous les âges.
- 2017-2018 a vu le démarrage des soins à domicile pour avortement médicalisé. Des activités ont également été développées pour atteindre les adolescents isolés (adolescents des rues et adolescents vivant dans des zones reculées).
- En 2019, la construction de nouvelles installations au sein du centre de santé III a commencé.

Les communautés de pêcheurs

Malgré les progrès significatifs réalisés par l'Ouganda pour réduire le poids du VIH, les communautés de pêcheurs ont été identifiées parmi les groupes les plus à risque d'infection dans le pays avec des taux globaux élevés de prévalence du VIH/SIDA. Leur vulnérabilité au VIH/SIDA est liée aux déplacements des pêcheurs et des commerçants de poisson, à la prostitution dans les ports de pêche et à la culture de prise de risque et au machisme chez les pêcheurs. La domination économique et sociale exercée sur les femmes dans de nombreuses communautés de pêcheurs les rend encore plus vulnérables à l'infection. Plusieurs études menées dans le pays ont montré une prévalence de 37,1 % dans les communautés de pêche et de 35,7 % chez les travailleurs du sexe. Le district de Kasese abrite de nombreuses populations les plus à risque (most at risk population - MARP), principalement des pêcheurs, des travailleurs du sexe (CSW) et des amateurs de boda-boda, ce qui explique la forte prévalence du VIH dans le district. Les MARP sont géographiquement regroupées en «points chauds», situés dans quatre zones principales, où les taux de prévalence sont supposé être plus élevés que ceux de la population générale : sites de débarquement le long des lacs George et Edward (pêcheurs, CSW) ; frontière avec la RDC (camionneurs et migrants) ; zones urbaines (artisans, camionneurs, hommes d'affaires) ; casernes et militaires.

En 2015, en collaboration avec le ministère de la santé, MSF a souhaité à continuer à soutenir le ministère de la santé ougandais dans le domaine des soins et du traitement du VIH, en particulier en direction des MARP, par la mise en œuvre d'interventions de santé publique visant à renforcer la cascade de soins VIH dans les communautés de pêcheurs autour du lac George et du lac Edward, dans l'ouest de l'Ouganda (13 sites de débarquement dans 3 districts - Kasese, Kamwenge et Rubirizi). Ces interventions comprenaient de vastes campagnes de dépistage du VIH et le renforcement des unités de soins du VIH dans les structures de santé. En 2016, Epicentre a mené une enquête sur le VIH dans la zone ciblée pour estimer la séroprévalence du VIH, résultant de la couverture globale du VIH et de la cascade de soins. La prévalence du VIH était de 17,5 % (20 % chez les femmes). Parmi les séropositifs, 86 % ont déclaré connaître leur séropositivité, 78 % étaient sous traitement ARV et 56 % avaient une charge virale <1000 cp/ml. Parmi les personnes séropositives sous ARV, 67,6 % ont vu leur charge virale supprimée (<1000 cp/ml).

Dispositif actuel

La clinique pour adolescents de Kasese propose gratuitement des consultations générales pour adolescents, des consultations et des traitements pour les IST, la contraception et le planning familial, des soins pré et post-nataux, la prise en charge des violences sexuelles, des avortements médicalisés, des tests de laboratoire et des activités de loisirs.
Sur les sites de débarquement des lacs, en collaboration avec Baylor (partenaire financé par le PEPFAR), MSF a mis en place des modèles de prise en charge différenciée (DSDM) dans 5 structures de santé et 9 sites de débarquement.

Bilan 2019

Clinique pour adolescents de Kasese (KAC)

	2016	2017	2018	2019
Consultations (nouvelles et suivi) + Conseil VIH (arrêt 2018)	18 095	35 692	36 665	18 470
Cas violences sexuelles	17	19	43	99
Interruptions de grossesse	51	147	354	377
Soins anténatals	434	806	929	1 020
Nb de personnes recevant une contraception	160	556	1 251	1 544

Sites de débarquement

	2016	2017	2018	2019
Nb de séropositifs sous traitement	1 731	2 214	1 332	1 797
Patients sous ARV 1re ligne	N/A	N/A	1306	1737
Patients sous ARV 2ème ligne	N/A	N/A	26	60
Couverture charge virale	N/A	60%	78%	95%
Taux de suppression de charge virale	N/A	90%	90%	93%
Nb de groupes CCLAD*	0	0	76	100
Nb de personnes enrôlées dans un groupe CCLAD	0	0	394	553

* CCLAD : Community Client-lead ART delivery (CCLAD) – Les patients sont réapprovisionnés chaque mois en ARV au sein de la communauté par un membre du groupe.

2 Adolescent Health Risk Behaviors in Uganda: A National Cross Sectional Study report, 2017

PROJET : ARUA-VIH ET YUMBE-RÉFUGIÉS DU SOUDAN DU SUD

Historique du projet

Arua VIH

MSF a commencé à travailler à l'hôpital régional d'Arua en 2001 pour répondre à l'augmentation de la prévalence du VIH en Ouganda. L'objectif était de démontrer la faisabilité et d'améliorer l'accès au diagnostic précoce, au traitement du VIH, de la tuberculose simple et multi-résistante et à la réduction de la transmission mère-enfant. De 2005 à 2010, MSF a investi directement dans quatre des sites décentralisés (Koboko, Adjumani, Nebbi et Yumbe) pour soutenir le processus de décentralisation de la prise en charge du VIH mené par le gouvernement ougandais. En 2009, MSF a commencé à soutenir le ministère de la Santé pour ouvrir une clinique ARV dans le centre de santé d'Oli, à la périphérie d'Arua, d'où venaient de nombreux patients. L'accès aux ARV s'étant amélioré grâce à de nouveaux acteurs (Baylor), MSF a décidé en 2012 de transférer les activités liées au VIH au ministère de la santé sur une période de transition de deux ans (qui s'est achevée en juillet 2014). En 2013, MSF a mis en place dans le cadre du programme VIH/TB d'Arua, un test de charge virale sur le lieu de soins et un test de diagnostic précoce du nourrisson à l'aide de machines Samba, financés par UNITAID. Le diagnostic de laboratoire effectué sur le lieu de soins des patients a permis d'améliorer les résultats pour les patients. MSF a décidé de continuer à soutenir l'hôpital régional d'Arua après le processus de transfert, en fournissant des tests de dépistage du VIH, des tests de résistance aux médicaments et des médicaments de 3ème ligne, jusqu'à ce que le ministère de la santé et l'hôpital régional de référence d'Arua aient développé leurs propres capacités. En 2017, l'analyse de la cohorte des enfants et des adolescents ayant montré de mauvais résultats avec plus de 25 % d'échecs, l'objectif du projet a été modifié en mettant l'accent sur l'amélioration des soins pédiatriques/adolescents en matière de VIH et la gestion des patients à un stade avancé du VIH avec une charge virale élevée.

Réfugiés du Soudan du Sud

À la mi-2016, des combats ont éclaté au Soudan du Sud, provoquant une deuxième vague massive de réfugiés dans le nord de l'Ouganda. La majorité des réfugiés (plus de 500 000) ont été installés sur le site de Bidibidi. MSF a commencé ses activités à Bidibidi en septembre 2016 avec des soins de santé (consultations, hospitalisations et maternité, y compris prise en charge des violences sexuelles), l'assainissement de l'eau et la mise en place d'un système de surveillance. Les activités ont été étendues à Imvepi, Yoyo et Omugo (district d'Arua) suite à l'ouverture de nouveaux camps pour absorber l'afflux continu de réfugiés sud-soudanais. Après un désengagement progressif en transférant les activités à d'autres partenaires tout au long de 2017 et 2018, MSF a réorienté son activité vers la prise en charge des violences sexuelles, la santé mentale et l'accès à l'avortement médicalisé dans les camps de Bidibidi et d'Omugo.

Dispositif actuel

VIH/TB

Les activités à Arua se situent dans l'hôpital régional de référence d'Arua et comprennent

- Adolescents (10-19 ans) : consultations cliniques et suivi, groupes de soutien par des pairs et des mentors, conseils et soutien à la transition de la cohorte des jeunes adultes à celle des adultes.
- Enfants (0-12 ans) : groupes de soutien aux familles, consultations cliniques, conseils, processus de diffusion.
- Laboratoire : mesure de la charge virale, diagnostic précoce des nourrissons (IED), test de résistance aux médicaments (LAM et CrAg).
- Support au triage et à la pharmacie pour la délivrance rapide de médicaments pour les patients adultes stables.
- Identification, suivi des patients présentant une charge virale élevée.
- Gestion des patients sous 3ème ligne.
- Support des cas présentant un stade avancé.

Santé sexuelle et reproductive

Les activités du projet Yumbe sont situées dans deux sites (Yoyo et Omugo). Les patients sont traités dans les deux établissements de santé situés dans les deux localités et par des soins à domicile.
Les activités fournies par MSF sont la prise en charge des violences sexuelles, l'avortement médicalisé, la contraception, le planning familial et les soins de santé mentale ainsi que la sensibilisation de la communauté. MSF facilite le transport des patients pour l'accès aux soins.

Bilan 2019

Arua

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Cohorte VIH sous 1re ligne (Rapports ministère de la santé)	5 801	6 240	5 594	5 824	5 869	5 687
Total sous 2ème ligne (Rapports ministère de la santé)	471	529	634	739	895	946
Nouvelles inclusions sous 3ème ligne (MSF)	NA	7	13	11	17	13
Total sous 3ème ligne (MSF)	NA	8	21	32	49	61
Taux de suppression pour la cohorte pédiatrique et adolescents					68,5%	74%

Yumbe

	2017	2018	2019
Nouveaux cas de violences sexuelles	785	1 257	1 216
% de cas de violences sexuelles pris en charge £en moins de 72 heures	17%	13%	34%
Nouveaux avortements médicalisés		245	232
Nouveaux cas de santé mentale	3 089	5 482	866

PROJET : PRÉPARATION À LA RÉPONSE AUX URGENCES

Liste des interventions d'urgence faites par MSF en Ouganda pendant les trois dernières années

- Novembre 2016 - jusqu'à présent : Réponse à l'afflux de réfugiés du Soudan du Sud dans les districts de Yumbe et d'Arua (sites de Bidibidi, Imvepi et Omugo).
- 2017 : Réponse à la fièvre de Marbourg - Kween.
- Février à juin 2018 : Réponse à l'afflux de réfugiés de RDC et à l'épidémie de choléra, site de Kyangwali, district de Hoima.
- Juin et août 2019 : Epidémie d'Ebola à Kasese (juin et août).

PAKISTAN

Typologie : conflit armé, accès aux soins.

Personnel 2019
International : 12
National : 245

Nombre de projets 2019 : 3

Dépenses 2019 : 3 557 k€

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCB, OCA.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Un an et demi après l'élection du nouveau Premier ministre Imran Khan et de son parti politique Pakistan Tehreek-e-Insaf (PTI), le pays est confronté à plusieurs défis. Des efforts économiques pour équilibrer le budget ont été faits, 16 milliards USD ont été empruntés à différents pays. 29,5 % des 207 millions d'habitants du Pakistan vivent en dessous du seuil de pauvreté.
Sur le plan interne, bien que le niveau de violence lié au terrorisme ait encore diminué par rapport à 2018, des actes terroristes se produisent encore régulièrement, principalement dans le Khyber Pakhtunkhwa (KPK) et au Baloutchistan, ainsi que des opérations d'arrestation par les forces de l'ordre. Les principaux groupes impliqués sont des groupes sunnites radicaux (liés aux Talibans et autres) ou des groupes séparatistes au Baloutchistan. Au KPK, le Mouvement Pachtoune Tahafuz, un mouvement de la société civile locale défendant les droits de Pachtounes, a été mis hors la loi mi-2019 après des mois de tension avec les autorités, notamment un affrontement avec l'armée à un point de contrôle entre Bannu et le Waziristan du Nord en mai, qui a fait 13 morts.

Sur le plan international, l'année 2019 a été marquée par un regain de tension avec l'Inde sur la région du Cachemire : les escarmouches aériennes de mars ont entraîné des violations de l'espace aérien et l'écrasement d'un avion de l'armée de l'air indienne. Puis l'abolition par le gouvernement indien, le 5 septembre, du statut spécial du Cachemire indien occupé a imposé un blocus à toute la population (12 millions de personnes). Cela a déclenché une forte réaction du Pakistan dans les instances internationales et a encore augmenté le niveau de tension entre les deux pays. Il existe toujours des tensions régulières également entre le Pakistan et les forces afghanes à la frontière entre le Pakistan et l'Afghanistan, une clôture entre les deux pays est en cours de construction. Il y a encore 1,4 million de réfugiés afghans enregistrés au Pakistan, et en raison de l'instabilité en Afghanistan, le taux de retour a diminué en 2019.

Contexte sanitaire

Bien que le Pakistan améliore l'accès aux soins de santé pour sa population, les indicateurs de santé restent sous-optimaux pour diverses raisons telles que le sous-investissement dans la santé de la population, le manque de bonne gouvernance et de performance des systèmes de santé, le faible niveau des facteurs sociaux tels que le manque d'éducation, le chômage, l'inégalité des sexes, l'exclusion sociale et l'urbanisation rapide.

- Les femmes et les enfants font partie des groupes les plus vulnérables face aux problèmes d'accès aux soins de santé et à la morbidité et la mortalité liées à la grossesse. Taux de mortalité maternelle en 2015 (OMS) : 178/100 000 naissances vivantes
- Taux de mortalité des nouveau-nés le plus élevé au monde : 44,2/1000 naissances vivantes (OMS 2017)
- Taux de mortalité des moins de 5 ans : 74,9/ 1000 naissances vivantes (OMS 2017). Les taux élevés de malnutrition et la faible couverture vaccinale aggravent encore le problème
- Prévalence de la tuberculose : 275/100 000 (5e rang mondial pour les cas annuels estimés : 560 000). Le Pakistan est également le 4e pays au monde pour le nombre de cas de tuberculose multirésistante par an.
- Epidémies régulières : typhoïde, hépatite C, dengue, leishmaniose, fièvres hémorragiques (Crimée-Congo).
- Catastrophes naturelles : tremblements de terre (2005, grand épisode pour MSF) et inondations (dernières grandes inondations en 2010 où MSF est également intervenu) justifiant une attention dans le domaine de la préparation aux situations d'urgence. Le tremblement de terre au Cachemire en 2019 a fait 50 morts (aucune intervention de MSF).

PRÉSENCE DE MSF

MSF est arrivé au Pakistan dans les années 80 pour gérer des projets dédiés aux réfugiés afghans.
OCP a commencé à travailler lors de la réponse d'urgence au tremblement de terre de 2005, puis a soutenu un hôpital local à Darband en 2008, parallèlement à la réponse aux déplacements massifs dans le KPK en 2009 et aux inondations en 2010.
Dans les zones directement touchées par le conflit, MSF a géré des activités d'urgence et de chirurgie à Hangu (2010-2016) et des services pédiatriques dans deux hôpitaux de l'agence Kurram (zone FATA : Alizai et Sadda).

MSF OCP a ouvert la maternité de Peshawar (CEmONC) en 2011 pour offrir un accès aux soins maternels et néonatals aux femmes des zones tribales (FATA) et du district de Peshawar. En 2018, MSF OCP a ouvert un centre de traitement de la leishmaniose cutanée dans un hôpital public de Peshawar pour répondre à l'épidémie. En 2019, des négociations ont

commencé pour ouvrir un deuxième programme de traitement de la leishmaniose cutanée à Bannu (au sud du district de KPK). Depuis mai 2019, MSF OCP négocie également l'ouverture d'un projet de lutte contre la tuberculose à Gujranwala (province du Pendjab).

MSF OCB a décidé de remettre aux autorités son projet de Timergara (KPK) (urgences et soins de santé maternelle et infantile) d'ici la fin 2020 et développera ses activités relatives à l'hépatite C dans le Sind.

En 2019, MSF OCA a vu tout son personnel se voir refuser des visas (+ prolongations) et a donc poursuivi ses activités au Baloutchistan (nutrition, soins de santé Ern Maternel & chif, et leishmaniose cutanée) depuis Dubaï.

Populations cibles

- Populations touchées par des catastrophes naturelles, des conflits, des déplacements.
- Femmes et enfants en raison du manque de services médicaux de qualité dans les régions éloignées de KPK/FATA.
- Les personnes touchées par des maladies négligées et transmissibles telles que la leishmaniose cutanée et la tuberculose.

Principaux enjeux de l'intervention de MSF aujourd'hui

- La taille de la population et les problèmes de santé publique rencontrés par rapport aux ressources de MSF limitent la capacité à apporter des changements significatifs
- Contraintes d'accès/déplacement imposées par les autorités dans les zones instables comme le KP/FATA et le Baloutchistan
- Contraintes administratives pour les ONG : non-renouvellement de la NoC[1] des projets (OCP Kurram sept. 2017 et OCB Bajaur nov. 2017), défis réguliers sur la présence des expatriés pour les projets encore existants (OCB Timergara 2013 et 2018), très long processus de NoC des voyages des expatriés (jusqu'à six mois pour l'OCA au Baloutchistan).
- Le cadre général des opérations de MSF OCP au Pakistan est en cours d'enregistrement et un protocole d'accord a été signé en mars 2017 pour une période de trois ans avec le ministère de l'Intérieur et la division des affaires économiques comme nouveau signataire. Le nouveau protocole d'accord fédéral devrait être signé en 2020.

Et situation très sensible pour les ONG financées par les Etats-Unis et celles qui travaillent sur des sujets comme les droits de l'homme, l'éducation...

PROJET : MATERNITÉ ET SOINS NÉONATAUX À L'HÔPITAL DE PESHAWAR

Historique du projet

La maternité et l'hôpital néonatal ont ouvert en 2011 et visaient initialement à répondre aux besoins des FATA, de la population rurale du KPK et des réfugiés afghans. Les activités de la maternité et de la clinique mobile ont été mises en place, mais elles se sont arrêtées en 2013 pour des raisons de sécurité concernant les déplacements.

De 2011 à 2017, l'hôpital a fait partie du réseau de références avec les hôpitaux Hangu et Kurram. La fermeture des deux programmes a eu lieu en 2015 pour Hangu (décision opérationnelle) et en 2017 pour Kurram (le certificat de non-objection n'a pas été renouvelé par les autorités). En 2017, il y avait un risque d'expulsion, mais le gouvernement a soutenu la poursuite du programme.

En 2018, en raison du faible nombre d'admissions et d'accouchements à l'hôpital, les activités de sensibilisation ont été renforcées pour améliorer la prise de conscience de la communauté ainsi que pour accroître les relations avec les 37 unités de santé de base (BHU) gouvernementales environnantes dans le district de Peshawar (2,9 millions d'habitants).

Depuis le début de l'année 2019, le nombre moyen d'accouchements par mois est passé de 400 à 550.

Dispositif actuel

L'hôpital 100% MSF est composé de :

- 37 lits d'hôpital dont 14 néonatologie (soit une augmentation de 27 lits dont 12 néonatologie).
- 9 lits de travail et 3 lits d'accouchement.
- Bloc opératoire, laboratoire, banque de sang, pharmacie, stérilisation, blanchisserie.

73% des patients viennent des ex-FATA (maintenant appelés districts nouvellement fusionnés) ou des zones rurales des districts KPK. Les patients issus de la population ciblée et non urgents sont orientés vers les structures du ministère de la santé, sauf en cas d'accouchement imminent.

Bilan 2019

En 2019, la plupart des objectifs étaient en bonne voie.

L'accent a été mis sur le faible niveau d'activité au cours des deux années précédentes et le nombre de lits a été réduit. Par la suite, la maternité a connu une forte augmentation du nombre de patients, grâce au développement des activités de proximité faisant le lien avec les centres de santé et la communauté. Le nombre d'accouchements a atteint la capacité maximale que la structure actuelle pouvait absorber, même avec le retour à la capacité d'accueil initiale.

La maternité et l'unité de néonatologie (NBU) continuent à fournir des soins médicaux complexes aux patients, y compris la CPAP (pression positive continue), les soins palliatifs pour les nouveau-nés et l'accouchement par voie basse après une césarienne, le déclenchement du travail et les césariennes à la maternité.

	2015	2016	2017	2018	2019
Maternité (admissions)	5 284	5 500	4 188	6 012	7 908
Maternité (accouchements)	4 767	4 906	3 198	4 873	6 635
Bloc opératoire (césariennes)	525	479	489	602 (12.4%)	719 (9.1%)
Néonatologie (admissions)	913	601	559	603	745

PROJET : LEISHMANIOSE CUTANÉE

Historique du projet

Ce projet a été développé dans la lignée de certains programmes similaires antérieurs comme ceux de Darband (2008-2011) et Kurram (2009-2017). En janvier 2018, le protocole d'accord a été signé pour traiter 150 patients par mois à l'hôpital Naseerullah Babar memorial (NBMH) à Peshawar.
A la mi-2019, après un pic saisonnier en début d'année et l'indisponibilité de la Glucantime dans les structures du ministère de la santé au Pakistan, une forte demande d'extension du service a été exprimée par le secrétaire de la santé KPK. Il a été décidé d'étendre le projet au sud du KPK, dans le district de Bannu (à 5 heures de route de Peshawar).

Dispositif actuel

- Laboratoire de diagnostic et consultations de leishmaniose cutanée pour la gestion des cas à l'hôpital Naseerullah Babar Memorial (hôpital du ministère de la santé) à Peshawar et même installation envisagée à l'hôpital du ministère de la santé à Bannu (hôpital du siège du district, en cours). Les deux sites comprendront une capacité de conseil.
- Le programme est ouvert à tous les patients qui se présentent à l'hôpital avec une suspicion de leishmaniose cutanée.

Bilan 2019

Les objectifs de 2019 ont été partiellement atteints :

- L'amélioration de l'offre a permis de réduire les périodes de sous-activité à partir du milieu de l'année
- La décentralisation n'a pas été développée mais un 2ème site a été identifié et la négociation avec les autorités progresse afin de démarrer les activités en 2020
- L'amélioration des conseils et du soutien aux patients a permis de réduire considérablement les taux de perdus de vue (LTFU)
- L'étude partagée avec OCA n'a pas débuté en raison de leur manque d'accès à leurs programmes et il a été proposé qu'elle soit plutôt menée par OCP pour 2020.

Leishmaniose	2018	2019
Total patients pris en charge	1378	2138
Positifs au test labo (%)	987 (72%)	1478 (69%)
Traitement	953 (69%)	1299 (61%)
Nombre d'interruptions de grossessse	65	61
Guéris Perdus de vue Échec (% guérisons)	735 294 0 (67%)	1910 131 26 (92%)

MSF a fait un don de Glucantime au ministère de la santé en février 2019 pendant pic de la leishmaniose cutanée, ce qui a créé une bonne synergie et renforcé le lien avec les autorités.

PROJET : TUBERCULOSE AU PUNJAB

Historique du projet

Le projet cible la population du Gujranwala et plus particulièrement les patients atteints de tuberculose. MSF soutiendra le ministère de la santé dans le dépistage de la cohorte de tuberculose sensible aux médicaments (DS-TB) afin de diagnostiquer les cas de tuberculose résistante (DR-TB) et de commencer le traitement (sous un régime oral court et le régime classique de 18-20 mois).
Le projet a été élaboré et proposé en 2018. Une mise à jour axée sur la tuberculose résistante a été effectuée au cours du premier trimestre de 2019. Depuis lors, le projet en est toujours à son stade initial, dans l'attente de la réponse des autorités à la demande de certificat NOC. D'autres négociations auront lieu avec les autorités sanitaires sur l'adaptation des protocoles et le niveau de collaboration entre MSF et le ministère de la santé.

Dispositif actuel

À ce jour (fin 2019), les activités n'ont pas encore commencé car MSF attend toujours que son le certificat NOC pour déployer une équipe. Un contact direct a eu lieu entre l'équipe de coordination et son interlocuteur au ministère de la santé.

La mise en œuvre est envisagée de la manière suivante :

- Un centre de gestion de la tuberculose résistante (PMDT) basé dans la ville de Gujranwala sera géré par MSF et traitera les patients atteints de tuberculose résistante.
- Une composante de sensibilisation gérée par le personnel de MSF assurera la liaison avec la capacité de détection (geneXpert) des structures médicales environnantes et assurera un suivi individuel des patients pour une bonne observance du traitement.

Bilan 2019

L'objectif de l'année était de concevoir le projet, de faire signer le protocole d'accord et de démarrer les activités avec l'ambition de commencer à mettre les patients sous traitement. À ce jour, il est peu probable que les patients soient sous traitement, car le certificat NOC est toujours en suspens, la date d'arrivée du personnel international reste incertaine et la discussion finale avec le ministère de la santé doit avoir lieu.

1 "No Objection certificate": usually delivered by security agencies necessary for any movement of expatriate in KP/FATA and for project implantation.

PALESTINE

Typologie : conflit armé, accès aux soins

Personnel 2019
International : 33
National sous contrat : 233

Nombre de projets 2019 : 2

Dépenses 2019 : 10 818 k€

Financements Institutionnels : 860 k€ (Suisse).

Autres centres opérationnels MSF présents : OCBA, OCB.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Dans les Territoires palestiniens occupés (TPO), le conflit de longue durée se poursuit, sans perspective de solution.
Dans la bande de Gaza, les manifestations de la Grande Marche du Retour (GMR), qui ont débuté le 30 mars 2018 et se poursuivent toujours, ont conduit à une crise sans précédent, qui a eu un impact sur tous les secteurs : politique, économique, social et sanitaire. Cet événement exacerbe une situation déjà critique, engendrée par plus de 13 ans de blocus israélien dans la bande de Gaza, 52 ans d'occupation et une division interne palestinienne non résolue.
La politique israélienne tient depuis longtemps le Hamas pour responsable de toutes les violences émanant de la bande. Les forces de défense israéliennes ont de plus en plus tenté de creuser un fossé entre le Hamas et le Jihad islamique, en soulignant la responsabilité du Jihad islamique palestinien dans divers actes de violence et en demandant au Hamas de les contrôler.
En Cisjordanie (WB), y compris à Jérusalem-Est, malgré un calme apparent, la situation reste tendue, avec des incidents violents qui se poursuivent entre les Palestiniens et les forces de sécurité et les colons israéliens. Les raids nocturnes et les perquisitions de maisons par les forces israéliennes, la détention prolongée et arbitraire des Palestiniens, y compris la pratique de la détention administrative, restent une préoccupation majeure en matière de droits de l'homme.
L'autorité palestinienne est empêchée d'opérer à Jérusalem-Est et dans la zone C, qui représentent plus de 60 % de la Cisjordanie et contiennent les ressources naturelles les plus précieuses. Mahmoud Abbas, président de l'Autorité nationale palestinienne, a annoncé la tenue d'élections générales en Cisjordanie et à Gaza, le Hamas souscrit à cette initiative ainsi que les groupes armés de Gaza. Il n'est pas encore clair si cela se produira réellement.

Le rôle de la médiation externe et le soutien à Gaza

Bien que l'argent qatari à Gaza ait apporté une aide à court terme, il en est venu à être une source de tension. Avec l'incertitude qui règne chaque mois quant à la date et à l'éventualité de son versement, le Hamas se sent obligé de faire pression sur Israël - souvent par la violence - pour s'assurer de le recevoir. Il n'y a pas actuellement de plan pour ce qui se passera après la fin de cette aide, censée prendre fin dans la dernière partie de 2019. Une forme plus stable de soutien international pourrait améliorer sensiblement les conditions de vie à Gaza, mais si elle ne se concrétise pas, les risques de conflit augmenteront à nouveau.

Les efforts de «paix» américains

Le « deal du siècle » des États-Unis pour résoudre le conflit israélo-palestinien n'a pas encore été révélé. Cependant, l'attitude et les actions de l'équipe chargée de le rédiger ont depuis longtemps montré qu'il sera massivement favorable à Israël.

La politique d'Israël

Les élections israéliennes de septembre n'ont pas abouti à un consensus sur le gouvernement. Soit les partis Likoud, Kahol Lavan et Yisrael Beiteinu parviennent à un accord, soit le pays opte pour une troisième élection qui aurait lieu en mars 2020 et qui coûterait encore des centaines de millions de shekels.

Conflit régional avec l'Iran et ses alliés

Les Etats-Unis, Israël et de nombreuses monarchies arabes du Golfe sont globalement tous opposés à l'Iran. Le Hamas est financé en partie par l'Iran, et le Jihad islamique palestinien reçoit la majeure partie de son financement de leur part.

Lassitude des donateurs

Les Nations unies ont déclaré que Gaza deviendrait inhabitable en 2020. En dépit de cette rhétorique, il y a de moins en moins de donateurs intéressés par le financement de projets en Palestine. USAID a mis fin à tous ses programmes et l'UNRWA est menacé à la fois parce que les Etats-Unis veulent le fermer et parce qu'il a mal géré un scandale d'abus de pouvoir. L'effondrement de l'UNRWA pourrait être évité, mais il semble probable que ses activités soient diminuées, sans que d'autres donateurs interviennent pour compenser, ce qui augmentera les niveaux de pauvreté et la prévalence d'autres besoins humanitaires non satisfaits.

Contexte sanitaire

Les besoins sanitaires dans les TPO n'ont pas changé par rapport à 2018 et ne connaîtront pas de changement majeur en 2020. Il reste 1,2 million de personnes qui ont besoin d'une aide humanitaire ou médicale en Palestine, dont 75 % vivent dans la bande de Gaza.
En Cisjordanie, les groupes les plus vulnérables restent ceux qui vivent dans la zone C, à Hébron H2 et dans la «Seam Zone» et représentent 114 000 personnes.
Le plan d'intervention humanitaire 2018-2020 ne vise que 796 000 personnes sur les 1,2 million et nécessite un budget total de 351 millions de dollars, dont 10 % sont consacrés à la santé. Selon le rapport du ministère de la santé de 2018, le nombre total de décès signalés en Palestine est de 12 098, 59,1 % du total se situant en Cisjordanie.

Les principaux changements en 2019 ont été et, pour certains, perdurent :

- Blocus de l'approvisionnement en médicaments du ministère de la santé de Ramallah vers la bande de Gaza afin de faire pression sur le Hamas
- L'Autorité palestinienne a cessé de référer les patients vers les hôpitaux israéliens, mais les envoie plutôt vers la Jordanie ou l'Égypte
- Depuis septembre, l'Autorité palestinienne a recommencé à payer les salaires de ses fonctionnaires

Les trois principales causes de décès sont les maladies chroniques : cardiovasculaires (31,5 %), cancéreuses (15,4 %), cérébrovasculaires (13 %).
Le dernier décompte (septembre 2019) depuis le début de la manifestation (GMR) à Gaza montre que 321 personnes ont été tuées, dont 64 enfants, et 35 311 blessées. L'OMS a pu vérifier les dossiers de 31 338 blessés et 316 décès. 7 545 personnes ont été blessées par balle, dont 6 590 (87%) présentaient des blessures aux membres.
Le système de santé a du mal à faire face à un tel afflux de patients nécessitant de multiples interventions chirurgicales, une hospitalisation de longue durée et un suivi postopératoire. Pour MSF, cela représente une activité dix fois plus importante que les opérations mises en œuvre avant la GMR.

PRÉSENCE DE MSF

MSF OCP est présent à Jérusalem et en Cisjordanie depuis 1988 et dans la bande de Gaza depuis 1989. Il se concentre principalement sur les soins de santé mentale dans le gouvernorat de Naplouse et sur la chirurgie spécialisée et la réhabilitation des brûlés à Gaza. En outre, nous avons lancé un projet axé sur l'ostéomyélite dans la bande de Gaza en 2019 et devrions faire partie de l'unité de chirurgie reconstructive de l'hôpital Nasser du ministère de la santé en 2020.
MSF OCBA est présent depuis 1997 à Hébron (WB) avec des activités de santé mentale et a commencé de nouveaux projets à Jérusalem et à Bethléem en 2017. Actuellement, OCBA est en train d'obtenir l'autorisation de mettre en œuvre des activités de santé mentale à Rafah, dans la bande de Gaza.
MSF OCB est arrivé en mai 2018, pour lancer un programme de chirurgie reconstructive dans la bande de Gaza, dans le gouvernorat de Gaza du Nord, grâce à un partenariat avec le Union Health Worker Committee à l'hôpital Al-Awda.

PROJET : GAZA

Historique du projet

MSF OCP a commencé ses opérations à Gaza en 1989. Le projet a été lancé sur la base de la volonté d'être présent dans cette zone très sensible, confrontée à des pics de violence réguliers en travaillant sur des sujets spécialisés : santé mentale, prise en charge des brûlés, gestion de la douleur, domaines dans lesquels le personnel est suffisamment qualifié pour mettre en œuvre des projets créatifs qui peuvent également contribuer à l'expérience de MSF.
Avant 2007, nos activités se concentraient uniquement sur les soins de santé mentale, et depuis lors, en raison des combats internes et de la mise en œuvre du blocus par le gouvernement israélien, nous ne pouvons plus dispenser librement des consultations psychologiques.

A partir de 2007, avec le changement de contexte, nous avons finalement lancé le projet «Post-opératoire», ciblant les personnes touchées par des brûlures, en majorité des enfants. Le blocus imposé a entraîné une limitation des mouvements, une restriction de la capacité de formation du personnel et une réduction du financement de l'acteur principal (UNRWA). Cette situation inhabituelle de contrôle de tous les mouvements de personnes et de biens à l'entrée et à la sortie de Gaza, ajoutée aux dissensions internes entre Palestiniens, aggrave la situation socio-économique et sanitaire générale de la population.

Outre cette évolution de l'activité, nous voulions également être en mesure de répondre aux urgences en cas d'escalade aiguë et majeure du conflit, comme en 2009, 2012 et 2014.

Fin 2017, en raison du manque de capacité du ministère de la santé et de l'UNRWA, nous sommes devenus l'acteur le plus important dans la gestion des conséquences des brûlures (soins postopératoires, suivi chirurgical).

La structure générale du projet consistait en 3 cliniques post-opératoires, fonctionnant selon une stratégie ambulatoire (OPD), offrant des consultations médicales, de la physiothérapie, des séances de pansement et un soutien psychosocial et de santé mentale. En outre, une activité de chirurgie plastique a été mise en place avec des sessions de chirurgie pour les brûlés 3 à 4 fois par an à l'hôpital Shifa.

En 2018, les conséquences des manifestations de la GMR ont complètement changé la configuration du projet : objectifs opérationnels, population cible, organisation, ressources humaines, stratégie médicale et chirurgicale, ressources financières et budgétaires, chaîne d'approvisionnement et procédures de commande de pharmacie, tout le système de collecte de données avec une structure informatique adaptée et renforcée, et enfin le déploiement du plan stratégique de plaidoyer dans le cadre du plan opérationnel visant soumettre les enjeux au plus haut niveau au sein des principales parties prenantes, etc.

Dispositif actuel

Le dispositif actuel se compose de 4 programmes + transferts externes (programme de transfert Gaza vers Amman et vers le Luxembourg) :

Programme post-opératoire

- 4 structures réparties dans la bande de Gaza : Beit Lahiya (nord), ville de Gaza, Nusseirat (zone centrale), Masqat (Khan Yunis). Toutes sont des structures du ministère de la santé, à l'exception de la clinique de Gaza qui est une structure 100% MSF
- Stratégie ambulatoire : centre de consultations ouvert de jour 5 jours/semaine, sur rendez-vous, avec une aide au transport.
- Approche globale offrant différentes activités médicales pour la prise en charge de chaque patient : consultations médicales et chirurgicales, pansement, physiothérapie, ergothérapie, consultation pour la gestion de la douleur, conseil, promotion de la santé et services sociaux

Les activités sont ciblées sur les brûlés et les traumatisés. Les brûlés souffrent en quasi majorité de blessures domestiques (principalement dues aux conséquences du blocus), tandis que les traumatismes sont liés à la violence armée (GMR).

La cohorte moyenne est de 1000 patients. Nous attendons d'ici la fin de l'année une cohorte de 700 à 800 patients.

Programme de chirurgie traumatologique

- Depuis 2018 : 1 bloc opératoire à l'hôpital de Shifa + 1 bloc opératoire à l'hôpital de Dar-es-Salam pour la chirurgie traumatologique et orthopédique (avant 2018 : seulement 1 bloc à l'hôpital de Shifa pour la chirurgie plastique des brûlés)
- Depuis 2019 : 1 hôpital de 11 lits + 2 blocs opératoires à l'hôpital de Dar-es-Salam + 1 bloc à l'hôpital de Shifa + 1 laboratoire de microbiologie (à l'hôpital de Rantisi, soutien au laboratoire d'analyse microbiologique).

Programme de l'unité d'ostéomyélite :

La décision initiale visant à assurer la prise en charge médicale et chirurgicale des cas d'infection osseuse chez les patients de traumatologie a été prise en août 2018. La mise en place proposée consistait en une unité d'hospitalisation de 20 lits et en un bloc opératoire au sein de l'hôpital de Dar-es-Salam, ainsi qu'en une activité de laboratoire de microbiologie au sein du laboratoire central du ministère de la santé. Ce programme s'est heurté à de nombreux obstacles, dans la négociation avec les autorités, dans notre capacité à mobiliser des partenaires (OMS, ONG/MAP-UK, CICR, etc.), et en interne au sein de MSF. Début 2019, face à plusieurs désaccords dans le ministère de la santé et les services de direction, nous avons finalement obtenu un site au sein de l'hôpital Nasser, permettant la mise en place d'une unité de 14 lits, de 4 pax d'antibiothérapie ambulatoire (OPAT) et de 2 blocs, avec une ouverture pour étendre encore la capacité d'accueil en ajoutant 9 lits.
Le processus de réhabilitation a commencé en novembre et nous prévoyons une ouverture en mars 2020. La principale limite du programme est le nombre de chambres d'isolement pour les patients infectés. 80 % de nos patients traumatisés ont une ostéomyélite ; dans 50 % des cas, ils sont résistants aux antibiotiques.

Programme de chirurgie des brûlés

Toute l'activité liée aux brûlures est en cours de révision, car un certain nombre de patients sont vus dans le service de consultations au lieu de recevoir des soins chirurgicaux appropriés dans l'unité des brûlés de Shifa. A cette fin, nous examinons toutes possibilités qui pourrait permettre aux patients de bénéficier de soins suffisants et de qualité.

Transfert vers Amman

Le transfert vers le programme de chirurgie reconstructive d'Amman (RSP) est une sorte de cinquième pilier du projet de Gaza. 37 patients ont été envoyés avec succès à Amman pour une chirurgie reconstructive en 2019 : 24 de la GMR, 9 de la guerre de 2014 et 4 brûlés.

De plus, nous avons commencé à travailler en partenariat avec le Centre hospitalier du Luxembourg qui a accepté de traiter 12 patients traumatisés par an, 3 patients devraient être envoyés fin 2019.

Bilan 2019

	2016	2017	2018	2019
Nb de nouvelles admissions	N/A	4 836	7 889	6 220
Nb de brûlés et autres patients	-	4 486	4 500	5 051
Nb de patients traumatologie	-	350	3 389	1 169
Nb de nouveaux patients ostéomyélite	-	-	-	75
Nb de sessions de pansements	56 440	51 180	102 871	87 531
Nb de sessions de kinésithérapie	38 708	33 398	63 868	67 875
Nb de patients opérés	N/A	197	863	517
Nb de patients brûlés opérés	-	135	135	216
Nb de patients traumatologie opérés	-		729	301

PROJET : NAPLOUSE

Historique du projet

En 2004, les Palestiniens ont été fortement exposés à la violence et au harcèlement des forces militaires, aux incursions, aux destructions et à la multiplication des points de contrôle. Les colonies s'étendaient, le mur était construit et la réduction de la capacité de mouvement empêchait les villageois d'accéder aux structures communautaires de santé mentale. La détérioration de la situation socio-économique liée au contexte politique augmentait également la vulnérabilité de la population (chômage, criminalité, violence familiale) avec des risques d'affrontements internes et de combats de rue. Dans ce contexte et considérant que de nombreux acteurs travaillaient dans des projets psycho-sociaux mais la plupart au premier niveau, MSF OCP a décidé d'ouvrir le projet de santé mentale de Naplouse en 2004. MSF est l'un des rares acteurs à fournir des soins spécialisés pour les cas modérés et graves, principalement en raison du manque de personnel qualifié en psychologie clinique.

La situation politique et humanitaire en Cisjordanie reste stable dans un contexte d'occupation et de restrictions pour les Palestiniens. Si la violence est moins importante qu'il y a 3 ans, il y a toujours des incursions et des arrestations, et toujours des violences de la part des colons. De plus, il y a toujours une expansion des colonies en Cisjordanie mettant même en danger la continuité territoriale qui est déjà une chimère. En même temps, la situation est confuse en interne (Fatah avec d'autres fractions et Fatah - Fatah). La réduction des fonds américains pour l'UNRWA le conduit à arrêter plusieurs de ses activités et à réduire son soutien financier à l'Autorité palestinienne. Les décisions prises par le président de centraliser toutes les décisions par le biais du comité central du Fatah en mettant fin au Conseil national et au Conseil législatif pourraient également conduire à davantage de conflits entre les différentes fractions, principalement le Hamas.

Néanmoins, même si la liberté de circulation est limitée et le niveau socio-économique d'une partie de la population est faible, l'accès à la santé est assez bon, sauf pour des traitements très spécifiques et complexes, dans la zone C

pour certaines populations et pour notre domaine d'expertise, la santé mentale. En effet, ce sujet nécessite encore des améliorations dans la manière dont il est étudié, compris et géré conjointement par les patients potentiels, le personnel médical et la société en général.
Le ministère de la santé, soutenu par de nombreux donateurs et organisations internationales, tente de mettre en œuvre une stratégie d'intervention basée sur des soins de santé complets – avec des services de santé mentale intégrés dans les soins de santé primaires, la promotion de programmes pour la gestion des maladies non transmissibles, l'amélioration de la qualité des soins, l'amélioration de toute la gouvernance de la santé et de son financement. Aujourd'hui, le ministère de la santé travaille également plus étroitement sur les aspects liés à la santé mentale en essayant de disposer d'outils et de personnel formé dans les centres médicaux du ministère de la santé qui peuvent aider à identifier les besoins de santé mentale dès les premières étapes, ce qui permettra de réduire les dépenses futures. MSF travaille en étroite collaboration avec le ministère de la santé et son département de santé mentale en fournissant un service spécifique en psychothérapie clinique qui n'est pas vraiment disponible au sein du ministère de la santé et des ONG.

Justification de l'ouverture

Le contexte en Cisjordanie a changé depuis l'ouverture du projet en 2004 à Naplouse. C'est une guerre silencieuse et pernicieuse où, de temps en temps, les gens doivent faire face à de nouvelles violences ou humiliations de la part des colons ou des forces armées israéliennes. Bien que le nombre d'événements traumatisants ait diminué, il subsiste une peur et une anxiété chroniques qui touchent profondément les enfants et les adolescents. La population palestinienne de Cisjordanie est confrontée à une situation instable permanente qui l'empêche de mener une vie normale. Aujourd'hui, notre clinique traite un nombre croissant de cas de violences sexuelles et de conflits familiaux, en particulier pour les femmes adultes. Nous avons ouvert nos critères d'inclusion en conséquence depuis 2016 comme il est présenté ci-dessous.

Objectif

Dans un contexte d'occupation continue en Cisjordanie du Nord, notre objectif est de contribuer à l'amélioration des soins de santé mentale fournis aux personnes souffrant de troubles mentaux modérés à graves.

Dispositif actuel

MSF fournit des services de santé mentale spécialisés dans deux cliniques à Naplouse et Qalqiliya, avec l'intention d'ouvrir une troisième clinique à Tubas. En outre, notre équipe visite les patients sur place lorsqu'ils ne peuvent pas se rendre dans nos cliniques.
Une approche pluridisciplinaire a été mise en place afin d'apporter un soutien complet aux patients, c'est-à-dire un soutien psychologique, social et psychiatrique. L'équipe propose des séances thérapeutiques individuelles, en dyades, en famille et en groupe.
L'équipe organise des sessions de sensibilisation dans toute la communauté afin de réduire la stigmatisation des problèmes de santé mentale.
MSF travaille en collaboration avec l'université Al Najah (maîtrise de psychologie clinique) et l'Union des psychologues et des travailleurs sociaux pour renforcer les capacités des professionnels de santé en matière de soins spécialisés en santé mentale.

Bilan 2019

Principaux objectifs spécifiques 2019

- Fournir une psychothérapie individuelle et un soutien thérapeutique aux groupes, aux familles et aux dyades avec un support social (transport, articles de première nécessité, soutien administratif) et psychiatrique, si nécessaire.

  Résultat : 2019 a vu une augmentation significative de toutes les interventions, ce qui a entraîné une liste d'attente permanente.

	2018	2019
Total nouveaux patients	197	253
Total sessions (psychologue)	1559	3074
Activités/consultations travailleur social	358	433
Total consultations (psychiatre)	237	498

  Depuis 2017, un effort concerté a été fait pour améliorer la qualité des activités cliniques par des sessions de sensibilisation et d'éducation de la communauté, la définition d'objectifs clairs, la mise en œuvre de protocoles et de systèmes de collecte de données et le développement professionnel du personnel. Cette année, la plupart des consultations sont venues de recommandations de la famille/des amis ou de la personne elle-même, indiquant que 1) notre réputation est élevée dans la communauté et 2) la stigmatisation pour accéder aux services de santé mentale diminue.
  Un autre indicateur clair du besoin élevé de nos services est la liste d'attente croissante pour les psychologues et les psychiatres. Le psychiatre à temps partiel a maintenant la même charge de travail que le médecin à temps plein en 2017. En outre, nous recevons régulièrement des patients de la part d'organisations gouvernementales et non gouvernementales, ce qui prouve que notre capacité à fournir un niveau d'intervention élevé pour les cas complexes est reconnue. Il faut cependant dire que les acteurs externes ont des possibilités d'orientation limitées et qu'à Naplouse MSF est considéré comme le seul service qui peut fournir un niveau aussi élevé de services spécialisés en santé mentale.

- Soutenir le plan du ministère de la santé et de l'OMS visant à mettre en place un soutien en santé mentale dans tous les hôpitaux de Cisjordanie par l'intégration d'un officier de liaison psychologique à l'hôpital de Rafidiya avec une formation de sensibilisation dispensée au personnel médical du ministère de la santé.

  Résultat : MSF a fourni un soutien psychosocial aux patients de l'hôpital de Rafidiya par le biais de visites bi-hebdomadaires d'un agent de liaison psychologique, en mettant l'accent sur les services des brûlés et de pédiatrie. L'intervention s'est intensifiée en juillet, lorsque la tâche a été transférée du psychologue à un travailleur social qui fournit des conseils de première ligne. Ce changement a également entraîné des demandes directes d'intervention auprès de patients d'autres services identifiés par le personnel hospitalier comme ayant besoin d'un soutien psychosocial. Cela doit être considéré comme une réalisation importante.

- Fournir un soutien médical à l'hôpital de Rafidiya sous la forme d'une formation en kinésithérapie utilisant l'expertise de Gaza et le don d'un appareil EMONO[1] pour faciliter la gestion de la douleur.

1 Equimolar Mixture of Oxygen and Nitrous Oxide

Résultat : Une formation en physiothérapie sur une série de trois prévues, les deux dernières sessions de formation ayant été annulées à la demande de l'hôpital Rafidiya en raison d'un manque de besoins déclaré.

La formation sur l'appareil EMONO doit être finalisée d'ici la fin de l'année 2019.

- Utiliser l'expérience spécifique des psychologues de MSF, tant nationaux qu'expatriés, pour renforcer les capacités de santé mentale en Cisjordanie par le biais d'une série ciblée de conférences et d'ateliers visant le développement professionnel et la sensibilisation des professionnels de santé aux soins de santé mentale et d'un soutien au Master de psychologie clinique de l'université Al Najah par un programme de stages pour étudiants.

  Résultat : 2 ateliers réalisés pour les étudiants médecins, infirmiers et sages-femmes de l'université Al Najah sur les soins de santé mentale, avec un accent sur les aspects santé mentale de la gestion de la douleur + 2 ateliers réalisés dans le cadre de la formation en kinésithérapie de l'hôpital Rafidiya sur les aspects de santé mentale de la gestion de la douleur + 1 atelier de 2 jours mené avec le syndicat des psychologues et travailleurs sociaux pour former les membres du syndicat sur le thème de la compréhension des besoins des bénéficiaires au premier contact + soutien continu aux organisations par la participation à des sessions et des exercices de sensibilisation.

- Soutenir le développement du personnel clinique de MSF, à la fois par le biais de structures de formation académique reconnues, de sessions de formation interne et de la supervision de groupe et individuelle.

  Résultat : Deux membres du personnel clinique de MSF entreprennent une maîtrise en psychologie clinique à l'université Al Najah et devraient terminer leurs études d'ici la fin de 2019. Les discussions hebdomadaires de cas ont été rétablies pour renforcer les capacités cliniques et analytiques de l'équipe de santé mentale et 7 sessions de formation internes ont été menées par le MHTS et le MHCO pour répondre aux besoins de formation identifiés au sein de l'équipe clinique.

- Réduire les obstacles à l'accès aux soins de santé mentale en augmentant la discussion sur la santé mentale en Cisjordanie par l'utilisation de sessions de sensibilisation et de psychoéducation dans les communautés, la participation à des événements organisés localement, la visibilité et une campagne de communication nationale. Ouvrir le débat sur la santé mentale dans des groupes spécifiquement ciblés, tels que les groupes d'hommes, les prisonniers libérés et les hommes blessés, et améliorer l'accès à la santé mentale pour les groupes traditionnellement marginalisés.

  Résultat : 53 sessions de sensibilisation et psycho-éducation menées, 1 formation externe et 307 premiers contacts de janvier à septembre 2019 + une série d'ateliers mis en œuvre par le biais du Club des prisonniers, de l'Association des familles de martyrs et blessés et de la Commission des détenus, axés sur la gestion du stress, la communication et le leadership communautaire, afin d'encourager la participation des hommes au débat sur la santé mentale. Il en est résulté un groupe thérapeutique permanent et quelques auto-recommandations de la part d'une population ciblée auparavant difficile d'accès + une campagne de communication nationale avec le message principal «La souffrance mentale n'est pas honteuse» impliquant les médias sociaux, des spots radio, des affiches et la création d'un site web MSF avec des ressources sur la santé mentale en arabe.

- Développer davantage la composante médicale de notre programme actuel en identifiant les populations vulnérables particulièrement à risque et en développant une stratégie d'inclusion dans le projet.

  Résultat : Première étape de l'exploration médicale achevée en novembre 2019. Les recommandations comprenaient la confirmation du besoin élevé de services de santé mentale spécialisés, car aucun autre acteur en Cisjordanie du Nord ne les fournit avec les standards de ce projet, et une enquête plus approfondie sur la gestion de la douleur et les soins palliatifs. Pour tous les autres domaines médicaux, il a été déclaré qu'aucune autre intervention de MSF n'était nécessaire.

PAPOUASIE NOUVELLE GUINEE

Typologie : épidémie / endémie.

Personnel 2019
International : 24
National : 151

Nombre de projets 2019 : 2

Dépenses 2019 : 4 389 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), avec ses 8 millions d'habitants, est l'un des pays les plus diversifiés au monde, sur le plan géographique, biologique, culturel et linguistique (avec plus de 800 langues). La PNG continentale et ses six cents îles couvrent une superficie totale de 452 860 kilomètres carrés. La plupart des habitants de la PNG sont mélanésiens, mais certains sont micronésiens ou polynésiens.
Le pays a connu d'énormes changements sociaux, culturels, économiques et politiques au cours du siècle dernier. Ces changements ont conduit à une fragmentation du système social qui augmente la pression et les tensions entre les communautés.

La PNG est réputée pour son niveau élevé de violence tribale, familiale, sexuelle et criminelle.
En PNG, 97 % des terres relèvent de la propriété coutumière ; l'identification de la propriété foncière nécessite de longs processus de négociation avec des coûts de logement élevés.
La PNG regorge de ressources naturelles et minérales, mais la plupart sont exploitées par des sociétés internationales. Les conséquences environnementales et sociales pour les communautés concernées par ces exploitations sont lourdes. Malgré l'abondance des ressources naturelles, 28 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté.
Au niveau mondial, Transparency International classe la PNG au 135ème rang sur 180 pays en termes de corruption.
Le Premier ministre O'Neil a démissionné de son poste, évitant ainsi un vote de défiance. Une série de manœuvres politiques complexes ont permis de maintenir son parti au pouvoir et Peter O'Neil à la tête de son parti. James Marape lui a succédé au poste de Premier ministre.
La situation des demandeurs d'asile a changé à la mi-2019 avec l'annonce officielle de la fermeture du tristement célèbre centre régional basé sur l'île de Manus et le transfert de 35 demandeurs d'asile à Port Moresby dans un vieux centre de détention qui fait craindre pour leur santé. Les autres demandeurs d'asile ont reçu une allocation pour s'installer à Port Moresby.
La PNG est située dans l'»anneau de feu du Pacifique», au point de collision de plusieurs plaques tectoniques. Le pays est sujet à de nombreuses catastrophes naturelles. De multiples catastrophes de faible niveau sont enregistrées régulièrement avec un impact important sur les communautés les plus pauvres et les plus isolées de PNG. Le dernier tremblement de terre de 7,5 sur l'échelle de Richter s'est produit le 26 février 2018 dans la province des Southern Highlands. Le changement climatique affecte également la population avec l'élévation du niveau de la mer et de graves sécheresses constatées ces dernières années.

Contexte sanitaire

La société de PNG s'étend aujourd'hui de la vie traditionnelle dans les villages qui dépend de l'agriculture de subsistance et de petites cultures de rente, à la vie urbaine moderne dans les principales villes de Port Moresby (capitale), Lae, Madang, Wewak, Goroka, Mt Hagen et Rabaul. Quelque 80 à 85 % de la population tirent directement leur subsistance de l'agriculture et 15 à 20 % de la population vit dans les zones urbaines. La croissance démographique est estimée à 2,1 % en 2015.
Un système de santé efficient, complet et efficace est une condition préalable essentielle à la bonne santé dans tout pays. Malheureusement, le système de santé de la PNG est confronté à de nombreux problèmes, notamment la détérioration des infrastructures, le vieillissement du personnel, le manque de fiabilité des informations sanitaires nationales et les difficultés inhérentes à la fourniture de soins de santé aux populations rurales et isolées.
Au niveau régional, la PNG présente les pires indicateurs de santé et le pays a été confronté à une épidémie de poliomyélite en 2018 (les premiers cas sont apparus en 2000), ainsi qu'à des épidémies de coqueluche et de rougeole en 2019.

Taux de fécondité : 3,8 naissances vivantes par femme
Taux de mortalité infantile : 49 décès /1000 naissances vivantes
Taux de mortalité maternelle : 733/ 100 000 naissances vivantes
Taux de mortalité des moins de 5 ans : 53,4/1000 naissances vivantes
Taux de mortalité néonatale : 24/1000 naissances vivantes
Retard de croissance : 46 % des enfants de moins de 5 ans
PEV : 70% de couverture DTP3
Incidence de la tuberculose : 432/100 000

Les principaux problèmes de santé restent les maladies transmissibles, le paludisme, la tuberculose (TB), les maladies diarrhéiques et les maladies respiratoires aiguës étant les principales causes de morbidité et de mortalité. La tuberculose est la deuxième cause de mortalité en PNG. Le pays a décidé, en réponse à la communication rapide de l'OMS en 2018, de changer le traitement par de nouveaux médicaments. D'autres acteurs dans le domaine de la tuberculose, notamment l'institut Burnet sur l'île de Daru, la Banque mondiale et le DFAT, financent de nombreux acteurs dans le pays dans le domaine de la tuberculose, notamment le FHI360, World vision et Child fund. Le Green Light Committee a effectué une visite en 2018, avec un rapport globalement favorable sur les pro-

grès réalisés en PNG dans la lutte contre la tuberculose. Cette année, une réunion de haut niveau des Nations unies sur la tuberculose et une conférence de la Coopération économique Asie-Pacifique ont eu lieu, au cours de laquelle la tuberculose résistante (DRTB) a été incluse comme thème spécial par la PNG.
Nombre des défis sanitaires auxquels la PNG est confrontée découlent de l'effondrement des systèmes de santé. Environ 40 % des établissements de soins de santé primaires en milieu rural, tels que les postes de secours et les centres de santé, sont fermés ou ne fonctionnent que partiellement. La plupart des établissements de santé ruraux ont besoin d'être réparés et approvisionnés. La plupart des structures médicales ouvertes, dans les zones reculées, sont gérées par les églises, les ONG et le secteur privé. Le manque de personnel médical et l'incohérence dans la manière dont les subventions sont versées contribuent aux déficiences du système de santé.
En 2019, le système de santé a été restructuré, les autorités sanitaires provinciales étant désormais responsables des hôpitaux provinciaux (ils étaient auparavant sous la gestion directe du ministère de la santé).

PRÉSENCE MSF

MSF a commencé à fournir une assistance médicale pendant le conflit à Bougainville en 1993. MSF OCP est actuellement le seul centre opérationnel dans le pays. La principale raison de la présence de MSF est que la PNG est reconnue comme un pays à forte prévalence de tuberculose. La tuberculose reste une priorité stratégique pour MSF et la mission PNG est une des plus importantes en matière de tuberculose. Les activités ont débuté mi-2014 et fin 2015, avec une durée prévue de 5 à 10 ans.
L'implication de MSF dans la gestion des programmes de lutte contre la tuberculose en coopération avec les partenaires officiels (Département national de la santé et Programme national de lutte contre la tuberculose) et d'autres acteurs, en a fait un acteur reconnu et pertinent en PNG.
Des évaluations ont été réalisées en 2019 pour explorer de futures options opérationnelles, notamment le cancer de la bouche (lié à la consommation de noix de bétel) et la tuberculose résistante à Lae).
MSF OCA a été présent en PNG de 2007 à 2016, impliqué dans la prise en charge des violences sexuelles et MSF OCB cherche toujours à développer un programme auprès des demandeurs d'asile.

PROJET : TUBERCULOSE DANS LA PROVINCE DU GOLFE

Historique du projet

MSF soutient les services de lutte contre la tuberculose dans la province du Golf depuis juillet 2014. Au départ, MSF s'est concentré sur le soutien et le renforcement des services de lutte contre la tuberculose à l'hôpital général de Kerema en gérant un département complet d'hospitalisation et consultations (IPD/OPD) et des services de laboratoire (microscope et GenExpert).
En 2016, le projet s'est élargi avec un support aux Basic Management Units (BMU) à Ihu (population : 17 643) et Malalaua (population : 18 990) ainsi qu'aux centres de santé éloignés (Orokolo et Iokea). En outre, MSF a recruté, formé et géré du personnel pour soutenir une approche décentralisée centrée sur le patient. Cela a conduit à une augmentation rapide du nombre de cas observés, mais des doutes sur la collecte de données, le diagnostic et le suivi des cas.
En 2017, l'accent a été mis sur l'amélioration de la qualité des soins grâce à une meilleure documentation, un meilleur diagnostic et un meilleur suivi afin d'obtenir de meilleurs résultats pour les patients.
2018 a été axée sur une meilleure mise en œuvre des activités de sensibilisation et sur l'intégration du département national de la santé (NDoH) dans la gestion des soins aux patients hospitalisés.

Dispositif actuel

- Travail dans les structures du département national de la santé (NDoH) pour apporter des soins complets à la cohorte de patients tuberculeux dans les zones de 3 BMU (Kerema, Malalawa et Ihu).
- Mise en place de services d'hospitalisation pour la tuberculose (salle de 17 lits) à l'hôpital général de Kerema (établissement NDoH).
- Soutien aux activités du laboratoire de tuberculose, référence externe pour les rayons X et le laboratoire général vers l'hôpital public NDoH. Partage des soins VIH des patients tuberculeux avec le programme VIH du NDoH.

Bilan 2019

Suite à la diminution du nombre de patients diagnostiqués, un dépistage de masse dans le delta de l'Ihu, combiné à une évaluation générale de la santé de la région a été organisé afin d'avoir une meilleure image des besoins supplémentaires qui pourraient être satisfaits. Le dépistage se traduit par une prévalence très faible de la tuberculose.

Province du Golfe	2016	2017	2018	2019
Consultations	4 903	6 135	5 566	3 866
Nb de cas de tuberculose sensible	845	606	386	394
Nb de cas de tuberculose résistante	16	18	12	12
M+	18%	20%	46%	47%
Cas de tuberculose extra pulmonaire	45%	43%	39%	43%
Cas pédiatriques	30%	21%	15%	14%
Dépistage VIH	22%	7%	44%	86%

Dans l'ensemble, le projet a beaucoup travaillé sur la qualité des soins et sur le suivi des patients avec de bons résultats en termes de perdus de vue. L'intégration du dépistage du VIH a également été faite avec succès dans la clinique.

Province du Golfe	2014	2015	2016	2017	2018
% succès	43%	46%	61%	64%	84%
% perdus de vue	36%	30%	27%	25%	10%

La gestion du service de tuberculose (personnel et entretien) a été confiée aux autorités de l'hôpital de Kerema ; MSF est toujours en charge de la gestion des soins. Il s'agit de la première étape pour renforcer le ministère de la santé et préparer la fin des activités de MSF dans la province.

PROJET : TUBERCULOSE DANS LE DISTRICT DE LA CAPITALE

Historique du projet

MSF soutient les services de santé du National Capital District (NCDHS) depuis juillet 2015 (officiellement avec la signature d'un protocole d'accord en décembre 2015). MSF s'est concentré sur la gestion des services aux patients atteints de tuberculose et des services de laboratoire (microscopie et GeXpert). En 2016, l'accent a été mis sur la tuberculose sensible aux médicaments (DSTB) dans la zone du Basic management unit (BMU) de Gerehu et sur le soutien à l'hôpital général de Port Moresby avec des équipes mobiles fournissant des soins à domicile au patients de la cohorte DSTB.

En 2017, MSF a commencé à fournir des soins directs aux patients du district de North West Port Moresby atteints de tuberculose résistante (DRTB) et à améliorer la gestion des données.

En 2018, de nouveaux acteurs dans le domaine de la tuberculose ont commencé à bénéficier d'un financement de la Banque mondiale, notamment le Fonds pour l'enfance dans le district du nord-ouest, pour fournir des traitements sous surveillance directe (DOT).

En 2018 et 2019, MSF s'est principalement concentré sur l'amélioration de la qualité des soins, y compris la prise en charge des patients co-infectés par le VIH.

Dispositif actuel

Le programme prévoit le dépistage, le diagnostic, l'éducation et la mise sous traitement des patients atteints de tuberculose et de résistance aux médicaments. La clinique fournit des soins continus à une cohorte de patients atteints de DS et de DRTB. L'équipe de sensibilisation apporte un soutien aux patients DRTB en leur fournissant des soins à domicile si nécessaire. L'imagerie, les services généraux de laboratoire et les services aux patients hospitalisés sont principalement externalisés à l'hôpital général de Port Moresby où nous faisons partie d'une tournée hebdomadaire des services.

Bilan 2019

Parmi les objectifs de cette année :

- La mise en œuvre des nouvelles recommandations de l'OMS a été faite avec tous les patients atteints de DRTB qui suivent désormais un traitement oral.
- L'initiation des traitements courts entièrement oraux n'a pas encore été atteint.
- La cohorte de patients atteints de DRTB n'a pas augmenté comme prévu, en partie parce que le programme national de lutte contre la tuberculose n'a pas réussi à augmenter le nombre de laboratoires comme prévu.
- L'intégration des activités de lutte contre la tuberculose et le VIH a globalement été mise en œuvre, mais nécessite un développement supplémentaire pour constituer un système unique.
- La qualité du diagnostic s'est améliorée avec la réduction du nombre de patients n'ayant pas eu de crachats.
- La mise en place d'un nouveau site avec un meilleur contrôle des infections est prévue pour la fin de l'année.

Dans l'ensemble, le nombre de patients initiés provenant de l'extérieur de la zone ne cesse de croître ; cela pourrait s'expliquer par le manque persistant de capacités de dépistage et de diagnostic dans d'autres parties de Port Moresby (malgré la présence d'autres acteurs) et de la province centrale. Environ 50 % des patients dépistés et diagnostiqués ne sont pas originaires de la zone. Cette charge de travail met le laboratoire sous pression. À l'avenir, nous ne continuerons pas à mettre ces patients sous traitement, mais nous les référerons directement vers un établissement de soins pour commencer le traitement. Suite à la clarification de la zone de notre cohorte, le nombre total de patients inscrits dans nos soins directs a diminué.

	2016	2017	2018	2019
Nb de consultations	3 768	9 785	10 971	12 062
Nb dépistés	1 736	3 166	3 593	3 886
Nb mises sous traitement*			1 755	1 914
DSTB	974	1503	1321	909
DRTB	0	32	54	41
M+	18%	16%	26%	36%
Tuberculose extra pulmonaire	49%	39%	39%	51%
Cas pédiatriques	22%	17%	16%	13%
Dépistages VIH	31%	55%	86%	98%

* Inclut tous les cas initiés et pas seulement ceux qui sont entrés dans notre cohorte à partir de notre zone, car c'est une charge de travail importante.

Les résultats continuent de s'améliorer

Tuberculose simple	2016	2017	2018	Tuberculose résistante 2019
Nb résultats	1053	1488	1306	132 enrôlés
% guérisons	50%	39%	69%	26%
% succès	70%	71%	83%	35%
% échecs	1%	0%	1%	6%
% décès	1%	0%	2%	5%
% perdus de vue	23%	22%	11%	6%

PHILIPPINES

Typologie : accès aux soins.

Personnel 2019
International : 12
National : 44

Nombre de projets 2019 : 2

Dépenses 2019 : 1 984 k€.

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : aucun.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Duterte conserve son poste de président (un mandat de 6 ans qui prendra fin en 2022) après l'élection de mi-mandat qui a eu lieu en mai 2019 en ayant la majorité au Sénat. La principale priorité de l'agenda 2019-2022 sera de passer à une forme de gouvernement fédéral, ce qui semble possible après le résultat des élections de mi-mandat.
Jusqu'à présent, la loi martiale reste en vigueur dans la région de Mindanao, pour mieux contrôler l'insurrection communiste et islamique. Le plébiscite sur la loi fondamentale de Bangsamoro qui s'est tenu en janvier 2019 a été relativement pacifique et bien accueilli, mais sa mise en œuvre devrait être lente.
La guerre contre la drogue, qui a débuté en juin 2016, se poursuit et a fait entre 6 000 et 27 000 morts selon les sources. Les exécutions extrajudiciaires et les violations des droits de l'homme ont poussé le Conseil des droits de l'homme des Nations unies à adopter une résolution demandant d'enquêter sur ces meurtres. Les accusations ont été rejetées par le gouvernement des Philippines.
Sur le plan économique, le pays est l'une des économies les plus dynamiques d'Asie de l'Est, mais la guerre commerciale entre les États-Unis et la Chine a un impact sur ses exportations et son secteur manufacturier.
Le fossé entre les pauvres et les riches et l'écart entre le développement urbain et rural sont toujours présents malgré certains efforts mis en place pour répondre aux besoins des plus vulnérables.

Contexte sanitaire

Le système de santé philippin est décentralisé, avec les 17 régions ayant chacune un représentant du ministère de la santé. Les 81 provinces et Local Government Units (LGU) sont largement autonomes ; par exemple, le ministère de la santé fixe les politiques et les normes, mais il appartient aux LGU de savoir si et comment elles sont appliquées. Il existe un niveau élevé de bureaucratie qui complique un système de santé déjà fragmenté. Le secteur privé fournit une grande partie des services de santé, qui est complétée par un programme national d'assurance sociale connu sous le nom de Phil Health, qui assure une prise en charge, principalement pour les frais d'hospitalisation.
En complément des agences habituelles des Nations unies, le Croissant rouge philippin dispose d'une capacité significative et exerce une influence localement. Un large éventail d'ONG internationales est présent, mais n'a que peu d'influence au niveau national. Le gouvernement améliore ses capacités et ses moyens dans le domaine de la santé et des interventions d'urgence, et affirme par conséquent son autorité. Ceci a un impact sur l'environnement opérationnel dans lequel MSF travaille - par exemple, les autorisations d'importation, la capacité d'évaluer et de répondre aux urgences, etc.

Les indicateurs de santé les meilleurs sont ceux de l'île du Nord ; ils se dégradent progressivement lorsqu'on descend vers le sud, avec Mindanao, et plus précisément la région autonome de Bangsamoro dans la province musulmane de Mindanao (BARMM), qui affiche les pires résultats. Les principales morbidités sont les maladies non transmissibles (NCD) et les maladies infectieuses. Le choléra est endémique et il y a régulièrement des épidémies en raison de la baisse de la couverture vaccinale (épidémie de rougeole dans tout le pays en 2019 et nouvelle épidémie de polio récemment). Une importante initiative de lutte contre la tuberculose est prévue pour faire face à l'augmentation du taux d'incidence de la tuberculose. Les maladies non transmissibles et les maladies infectieuses constituent un tableau diversifié des causes de morbidité et de mortalité aux Philippines.
L'augmentation prévue des taxes sur certains devrait réduire le déficit de financement de la Phil Health entre 2020 et 2024.

PRÉSENCE DE MSF

MSF OCP est la seule section opérationnelle présente dans le pays avec un enregistrement qui permettrait à d'autres sections d'y être opérationnelles. OCP a également organisé des formations sur les interventions d'urgence ainsi qu'une évaluation en réponse à l'épidémie de dengue de 2019.
MSF Hong Kong a des activités de recrutement et de communication aux Philippines. À plus long terme, les Philippines auront également des activités de collecte de fonds (initiative SEEAP).
MSF OCBA a l'intention de développer une étude multicentrique sur la septicémie aux Philippines depuis plus de 2 ans maintenant.

PROJET : SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE À TONDO, DISTRICT DE MANILLE

Historique du projet

Dans le but de répondre plus rapidement aux urgences liées à une catastrophe naturelle, en 2015 après le typhon Haiyan, MSF OCP a décidé de rester dans le pays avec un projet à long terme. En 2016, MSF a commencé un partenariat avec

Likhaan, une ONG locale déjà présente dans les bidonvilles de Tondo et San Andreas à Manille, qui fournit des services de planning familial et favorise l'accès aux soins de santé reproductive.
La population de Tondo est de 650 000 personnes, dont une grande partie vit dans des bidonvilles le long de la baie de Manille qui est le plus grand bidonville du pays. La population a un accès limité aux soins de santé reproductive en raison de la pauvreté et a souffert des capacités limitées du ministère de la santé et du service de santé de la ville.

L'objectif du projet est de fournir des services de santé sexuelle et reproductive à la population de Tondo (district médical 1 et 2) et de San Andreas (district médical 5). Les adolescents sont considérés comme la population cible la plus vulnérable et sont traités en priorité pour la planification familiale et l'accès aux soins prénataux afin d'initier le lien avec les services de santé.
Le projet a été planifié pour 5 ans et se terminera en décembre 2020. Les deux premières années du programme ont permis de renforcer la collaboration avec Likhaan et de développer la prévention, le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus ainsi que les activités de planification familiale. Puis d'autres services (gestion des victimes de violences sexuelles et soins pré/post-nataux) ont été ajoutés en 2017. Les années 2018 et 2019 ont été axées sur la stabilisation des activités et l'amélioration de la qualité des soins.
La santé reproductive des adolescents nécessitait une approche transversale afin d'apporter une réponse adéquate aux besoins de cette population vulnérable et négligée vivant dans les bidonvilles de Manille.

Dispositif actuel

En 2019, le projet prend en charge :

- Prévention et traitement du cancer du col de l'utérus, sur site et avec des services mobiles auprès de la population difficile à atteindre.
- Gestion des cas de violence sexuelle.
- Soins complets de santé sexuelle et reproductive (soins pré et postnatals, planning familial, infections sexuellement transmissibles) aux adolescents.

Une équipe de 13 travailleurs communautaires est en charge de promouvoir la sensibilisation à la santé et les services disponibles auprès des bénéficiaires cibles.
MSF apporte un soutien à Likhaan en matière de prévention et de gestion des complications liées à l'avortement, en fournissant des médicaments et en effectuant des contrôles de qualité.

Bilan 2019

Tondo	2016	2017	2018	2019
Total consultations	13 167	14 474	18 211	21 504
Planning familial	12 222	12 374	12 391	15 049
VIA (inspection visuelle du col de l'utérus à l'acide acétique)	220	1 438	3 474	4 352
Cryothérapie	11	74	123	289
Consultations adolescents				2 774
Cas de violences sexuelles		7	64	128
Vaccination papillomavirus		22 096		2 229

La collaboration entre Likhaan et MSF s'est améliorée grâce au travail effectué par toutes les équipes. Au total, le nombre de patients enregistrés est passé de 7 800 à 23 000 en 4 ans.

Le nombre de patients reçus pour des soins de violence sexuelle a augmenté par rapport à 2018. On estime que davantage de patients pourraient être pris en charge et en dessous de 72 heures avec une sensibilisation adéquate. Mais en raison de la durée du programme et en coordination avec le Likhaan, il a été décidé de ne pas être proactif sur ce sujet.

L'adaptation de la composante ANC/PNC (soins prénatals et postnatals) aux adolescents n'a eu lieu que pendant l'année et a été perçue positivement par les patients et les partenaires.
Avec le soutien de MSF, Likhaan assure la prévention et la gestion des complications liées à l'avortement grâce à un approvisionnement médical et à des contrôles de qualité (45 cas en 2019).

Le dernier cycle de vaccination contre l'hépatite C a eu lieu en octobre. 2 000 filles âgées de 9 à 13 ans ont été vaccinées lors d'un premier passage, et 2 200 filles dans un second passage.

PROJET : LANAO DEL SUR

Historique du projet

La ville de Marawi est située dans la région autonome de Bangsamoro dans le Mindanao musulman (BARMM), qui présente les indicateurs de santé les plus faibles des 17 régions des Philippines, avec la province de Lanao del Sur, la plus pauvre du pays. MSF a répondu aux besoins de la population déplacée par les attaques des groupes locaux affiliés à l'État Islamique visant à contrôler la ville de Marawi, la seule ville islamique des Philippines (205 000 habitants - 95% musulmans). Plus de 370 000 personnes ont été déplacées. Plus de 90 % d'entre elles étaient hébergées chez l'habitant ou dans la communauté, les 10 % restants étant logés dans des centres d'évacuation reconnus par le gouvernement. Grâce à l'engagement de centaines d'ONG locales et internationales, MSF a fourni des services de santé mentale et un soutien en eau et hygiène à seulement 11 000 personnes déplacées à Iligan et le long de la route qui mène à la ville de Marawi.

Après la fin de la bataille en octobre 2017, la décision a été prise de poursuivre le programme et de suivre le retour des personnes vers la ville de Marawi. MSF a commencé à soutenir un dispensaire 4 jours par semaine et a ensuite étendu ses activités avec le soutien d'un second dispensaire plus proche des camps de déplacés mis en place par le gouvernement des Philippines pour la population, dans l'attente d'une hypothétique reconstruction du centre-ville de Marawi.

Au cours de cette période, plusieurs évaluations ont été menées vers l'ouest et le sud du lac Lanao afin de mieux comprendre la région et d'identifier les besoins éventuels.

Lentement, MSF passe d'un soutien spécifique à la population affectée par le conflit à un programme étendu à la population générale de Lanao Del Sur.

Dispositif actuel

MSF travaille actuellement dans les structures médicales suivantes :

- L'unité de santé rurale de Marawi :
  soins de santé primaires, maladies non transmissibles, santé mentale.
- Le poste de santé de Baranguay à Sagonsongan :
  soins de santé primaires et maladies non transmissibles.

Toutes les structures médicales appartiennent au ministère de la santé. MSF est en mesure de référer les cas compliqués à l'hôpital Amai Pak Pak à Marawi (hôpital tertiaire).

Bilan 2019

Les ambitions de 2019 sont réalisées. Il était prévu de continuer à travailler dans les structures de santé rurales (RHU) et de faire des évaluations dans le sud du lac Lanao (en fonction des conditions de sécurité). Suite à ces évaluations, une note de concept a été partagée avec le département médical et des opérations le 12 juillet 2019 pour la continuité et l'expansion des services fournis à la population. MSF a également établi solides relations avec les autorités sanitaires de la région de Mindanao.

	2018	2019
Consultations	2 300	13 529

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE (RCA)

Typologie : conflit armé.

Personnel 2019
International : 75
National : 949

Nombre de projets 2019 : 4

Dépenses 2019 : 16 896 k€.

Financements Institutionnels : aucun.

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

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Après une année 2018 extrêmement violente et sanglante pour les Centrafricains, la signature d'un accord de Paix (le 8e depuis 2013) à Khartoum le 6 février 2019, entre le gouvernement et 14 groupes armés, a suscité beaucoup d'espoir dans le pays et au sein de la communauté internationale, notamment l'Union Africaine et les Nations unies. En mars 2019, un nouveau gouvernement est proclamé : de nombreux postes de ministres/conseillers sont attribués aux membres des groupes armés.

Après dix mois d'application, l'accord de paix peine à se transformer en actes concrets sur le terrain. La mise en œuvre du pendant sécuritaire de cet accord, la création de l'Unité Spéciale Mixte de Sécurité (USMS) qui devait permettre l'intégration de combattants de groupes rebelles au sein de l'armée nationale (FACA), et surtout la démobilisation d'une large partie d'entre eux est au point mort. 80% du territoire reste sous le contrôle des groupes armés.

En septembre, le Front populaire pour la renaissance de la Centrafrique (FPRC) et le Mouvement des libérateurs centrafricains pour la justice / Rassemblement patriotique pour le renouveau de la Centrafrique (MLCJ/RPRC) (groupe dont le leader n'est autre que le Ministre actuel des Relations avec les groupes armés) se sont affrontés pour le contrôle de la Vakaga. Les défaites successives du FPRC entrainent au sein des ex-Selekas un changement d'équilibre et des dissensions, qui peuvent engendrer d'autres affrontements et laissent présager une saison sèche en 2020 - année électorale - potentiellement violente, avec des risques importants de dérives communautaires. Les élections législatives et présidentielles doivent se tenir le 27 décembre 2020.

La Mission multidimensionnelle intégrée des Nations unies pour la stabilisation en Centrafrique (MINUSCA), très présente à Bangui (80% des effectifs), l'est trop peu en province et souffre d'un déficit en interne de coordination, mais également d'un déficit de cohérence du fait de sa dépendance au Gouvernement. A son inefficacité visible, s'ajoute des doutes très importants quant à la neutralité de certains contingents dans les zones où les tensions communautaires sont les plus prégnantes.
La RCA reste l'un des pays les plus dangereux au monde pour les acteurs humanitaires [1].

Contexte sanitaire

Malgré une diminution apparente des exactions, 598 000 réfugiés centrafricains sont toujours enregistrés dans les pays voisins, et 537 000 toujours déplacés dans leur propre pays (soit 1 Centrafricain sur 5).
Il existe encore, du fait de l'activisme des groupes armés, de nombreuses populations enclavées ayant peu ou pas d'accès à l'aide (Ngaoundaye, Basse-Kotto). Plus de la moitié de la population a besoin d'assistance humanitaire (43% considérés en grande insécurité alimentaire). Les plans des agences onusiennes sont, depuis des années, systématiquement sous-financés, conduisant à une relativisation alarmante des seuils d'urgence, tant par les bailleurs que par les ONG.
La RCA est un désert sanitaire. Le secteur de la santé est dysfonctionnel voir inopérant en l'absence de partenaires : faible densité d'établissements de soins (1,6/10 000 habitants), faible capacité en lits d'hospitalisation (13/10000 habitants ; 7/1000 femmes enceintes), faible dotation en ressources humaines (7,3 personnels de santé pour 10 000 habitants), faible qualification du personnel de santé avec par exemple seulement 8 chirurgiens pour tout le pays (même si les filières de formation reprennent peu à peu). Le système survit grâce à l'aide extérieure, et doit faire régulièrement face à des ruptures d'intrants. Le mécanisme de financement (PBF) est en déploiement au niveau national.

PRÉSENCE DE MSF

4 sections sont présentes en RCA avec 12 projets sur l'ensemble du territoire pour environ 60 million d'euros, sur des typologies d'intervention assez identiques : soins primaires et hospitaliers, pédiatriques et maternels, avec un important focus sur le paludisme et la vaccination, et généralement un soutien à la chirurgie, prise en charge des victimes de violences sexuelles, interruption volontaire de grossesse, tuberculose/VIH. MSF OCBA dispose d'EUREKA, une équipe de réponses aux urgences dans le pays (déployée en Basse-Kotto en fin 2019).

1 Cf. Note d'analyse des risques RCA 2020

PROJET : BRIA

Historique du projet

Le projet a ouvert à l'hôpital de Bria en juillet 2013 pour offrir des soins primaires et secondaires (pédiatrie) à la population de la Haute-Kotto (114 000 dont 87 000 en sous-préfecture de Bria).
A partir de fin 2016 et jusqu'à aujourd'hui, les différentes flambées de violences ont provoqué la partition de la ville de Bria, à laquelle MSF a dû ajuster ses activités en développant des cliniques mobiles dans la ville pour les populations enclavées, l'ouverture 7/24 du dispensaire au camp de PK3, la prise en charge des blessés et leur transfert à Bangui, la prise en charge des victimes de violences sexuelles, et finalement l'appui au service d'urgences chirurgicales. Avec l'accalmie relative de 2019, les axes autour de Bria ont pu être explorés et des activités de soins de santé primaire poursuivies ou développées.

Dispositif actuel

Le projet MSF à Bria offre des soins de santé primaire pour les enfants de moins de 15 ans (incluant VIH et victimes de violences sexuelles) au centre de consultations de l'hôpital de Bria, au dispensaire de PK3 (dans le camp de déplacés) et pour la population générale lors des cliniques mobiles sur les axes ou dans les postes de santé soutenus. Les références par moto et/ou par véhicule MSF sont faites de ces centres/postes de santé vers l'hôpital de Bria.
Le projet offre aussi des soins secondaires à l'Hôpital préfectoral : hospitalisation pédiatrique avec 30 lits et 9 de néonatalogie, urgences chirurgicales/prise en charge des blessés, soins ambulatoires post opératoires pour toutes les tranches d'âge et transfert des blessés sur Bangui.
IMC est présent dans l'hôpital (médecine adulte, maternité dont adultes victimes de violences sexuelles et nutrition en ambulatoire) et sur les axes (support en intrants et en frais de fonctionnement + références vers l'hôpital de Bria). Aucun consensus n'a été possible pour assurer une complémentarité de la prise en charge des victimes de violences sexuelles à ce jour.

Bilan 2019

Le camp de déplacés devenant un quartier de Bria à part entière, le médecin chef de district souhaite inscrire le dispensaire de PK3 dans la carte sanitaire en tant que centre de santé urbain. MSF a continué un soutien aux urgences chirurgicales, les références vers l'hôpital et vers Bangui, apporté un appui au bloc opératoire pour sa réhabilitation, les intrants et la stérilisation ainsi qu'un support pour les soins post-opératoire des blessés. Les activités externes ont été développées sur les axes autour de Bria en appuyant des postes de santé.
Les urgences pédiatriques sont intégrées au sein des consultations pour une prise en charge rapide des cas compliqués.

	2018	2019
Nb de consult. pédiatriques (OPD, PK3)	54 345	63 286
Nb de consult. générales (axes)	16 584	18 394
Nb de passages aux urgences chirurgicales	488	3 111
Nb d'admissions en Pédiatrie	3 046	3 372
*Dont le CNTH**	*276*	*310*
Nb d'admisssions en néonatologie	474	545
Nb de consult. pour violence sexuelle	97	241

* centre nutritionnel thérapeutique en hospitalisation

PROJET : CARNOT

Historique du projet

Sous-préfecture de la Mambéré-Kadei avec une population estimée à 100 000 habitants, Carnot est la 4ème ville du pays. Carnot est considérée comme étant une zone stable en Centrafrique avec cependant quelques pics de violences sporadiques (2013, 2014, 2019) et fait partie des rares sous-préfectures où l'Etat a pu rétablir son administration. Les activités minières (diamant, or) se sont développées au détriment de l'agriculture, avec pour conséquences un accès difficile à la nourriture et une inflation des prix des denrées alimentaires.
En 2010, MSF ouvre à Carnot un projet de prise en charge du VIH et de la tuberculose (TB), suite à une enquête de mortalité rétrospective. En 2012, 3 centres de santé périphériques, 2 dispensaires urbains et le service de pédiatrie sont soutenus pour la prise en charge du paludisme et de la malnutrition chez les enfants ainsi que le service de médecine interne pour les complications du VIH, selon un modèle intégré avec le ministère de la santé. Le projet passe sur un mode de gestion MSF en 2014 et poursuit ses activités.
A partir de 2016, les activités de décentralisation des traitements VIH sont reprises. En 2018, la prise en charge des victimes de violences sexuelles peine à prendre forme. Pour 2019, il est décidé de se concentrer sur la préparation d'une passation des activités afin de maintenir un volume opérationnel gérable sur le pays.

Dispositif actuel

A l'hôpital de Carnot, MSF soutient :

- les services pédiatriques : urgences, néonatologie (10 lits), soins intensifs, hospitalisation (42 lits), centre nutritionnel thérapeutique en hospitalisation – CNTH (22 lits)
- la médecine interne adulte et isolement pour les patients TB (32 lits)
- la clinique VIH
- la vaccination.

Les actes sont payés pour la radiologie, le laboratoire, les pansements en plus de l'approvisionnement des intrants par MSF.

Les soins pédiatriques de santé primaire et le renouvellement des médicaments VIH sont assurés dans 3 centres de santé en périphérie. La Croix Rouge Française (CRF) a repris ses activités pédiatriques du centre urbain de Charpente en septembre 2019.

Bilan 2019

Ambulatoire Adultes : Mise en place du suivi ambulatoire maladies chroniques (NCD) en clinique de suivi (anciennement clinique VIH).

VIH-TB : Développement de quelques groupes communautaires ARV, du circuit rapide, intégration des staffs Coges (comité de gestion) sous forme de doublons, recherche permanente des personnes vivant avec le VIH : plan d'action défini, début des sensibilisations, salle de consultations aménagée, partenariat avec 2 ONG pour références.

Programme élargi de vaccination (PEV) : développement de la collaboration entre le ministère et MSF sur une stratégie avancée, fin de l'approvisionnement par MSF des vaccins, sauf rupture.

Accord signé avec l'hôpital de Carnot concernant la prise en charge gratuite élargie pour les 4 500 déplacés incluant surveillance MUAC (périmètre brachial) et vaccinations.

Transversal : Passation du centre de santé de Charpente au ministère de la santé soutenu depuis septembre par la Croix Rouge Française (maintien appui pour les 0 à 5 ans, recouvrement des frais pour les plus de 5 ans, développement appui et gratuité maternité).

	2018	2019
Nombre de consultations (centres de santé)	59 430	79 678
Nombre de passage urgences Pédiatriques (consultations de l'hôpital)	7 716	9 146
Nombre d'admissions en pédiatrie	5 407	5274
dont admissions en néonatologie	*467*	*427*
*dont admissions en CNTH**	*639*	*761*
Hospitalisation Médecine Interne	944	947
Victimes de violences sexuelles	7	17

* centre nutritionnel thérapeutique en hospitalisation

PROJET : PAOUA

Historique du projet

La sous-préfecture de Paoua, 297 993 habitants, située au Nord-Ouest de la RCA dans la région de l'Ouham Pendé est frontalière avec le Tchad sur 64 kilomètres. 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 2012, l'objectif est d'initier, en collaboration avec les partenaires, une passation du programme qui sera finalement maintenu en 2013 avec le centre de consultations pédiatriques de l'hôpital décentralisé au centre de santé urbain (CSU) désormais soutenu par MSF et la création du service consultations/urgence. En avril 2015 suite à une crise sociale, MSF se retire des services de chirurgie et de maternité de l'hôpital. En 2017, les médecins en stage intégré seront primés pour leur participation à l'activité. Depuis mars 2018, la prise en charge des cas de victimes de violences sexuelles est opérationnelle.

Paoua reste une zone stratégique du fait de sa forte densité de population, 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 la néonatalogie (75 lits), la médecine interne (26 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 depuis 7 centres de santé périphériques du district avec remboursement des frais aux taxi-motos pour les enfants, personnes vivant avec le VIH, et les victimes de violences.

L'implication dans les soins primaires à l'hôpital et les 8 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 prévention transmission parent-enfant, la vaccination, les consultations pédiatriques et la prise en charge de la malnutrition.

Bilan 2019

Cette année a été marquée par le transfert de responsabilité des activités pédiatriques dans les 7 centres de santé historiques vers le ministère de la Santé. Après l'arrêt des contrats de 21 personnels soignants, MSF a continué à soutenir ces centres en maintenant un approvisionnement en pharmacie, un accompagnement technique et le remboursement des références afin de garantir la continuité des activités.
La présence d'autres acteurs de santé et d'effectifs du ministère sur l'ensemble du district a permis de réfléchir au modèle opérationnel en périphérie ou comment mettre en œuvre une stratégie permettant l'autonomisation des structures de santé publique sur le long terme.
Au niveau de l'hôpital, la prise en charge des cas de violences sexuelles dans le service dédié a connu une augmentation significative de fréquentation et reçoit de plus en plus de demandes de prise en charge d'avortements médicalisés. A l'inverse, les services d'hospitalisation ont connu de leur côté une baisse d'admissions comparé aux années précédentes.
L'activité VIH semble connaitre une augmentation du nombre de perdus de vue, comme à Carnot, qui reste toujours inexpliquée à ce jour. MSF continue à développer des modèles de soins différenciés (groupes communautaires d'ARV, espacement des rendez-vous, décentralisation).

PROJET : CARNOT

Historique du projet

La sous-préfecture de Paoua, 297 993 habitants, située au Nord-Ouest de la RCA dans la région de l'Ouham Pendé est frontalière avec le Tchad sur 64 kilomètres. 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 2012, l'objectif est d'initier, en collaboration avec les partenaires, une passation du programme qui sera finalement maintenu en 2013 avec le centre de consultations pédiatriques de l'hôpital décentralisé au centre de santé urbain (CSU) désormais soutenu par MSF et la création du service consultations/urgence. En avril 2015 suite à une crise sociale, MSF se retire des services de chirurgie et de maternité de l'hôpital. En 2017, les médecins en stage intégré seront primés pour leur participation à l'activité. Depuis mars 2018, la prise en charge des cas de victimes de violences sexuelles est opérationnelle.
Paoua reste une zone stratégique du fait de sa forte densité de population, 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 la néonatalogie (75 lits), la médecine interne (26 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 depuis 7 centres de santé périphériques du district avec remboursement des frais aux taxi-motos pour les enfants, personnes vivant avec le VIH, et les victimes de violences.
L'implication dans les soins primaires à l'hôpital et les 8 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 prévention transmission parent-enfant, la vaccination, les consultations pédiatriques et la prise en charge de la malnutrition.

Bilan 2019

Cette année a été marquée par le transfert de responsabilité des activités pédiatriques dans les 7 centres de santé historiques vers le ministère de la Santé. Après l'arrêt des contrats de 21 personnels soignants, MSF a continué à soutenir ces centres en maintenant un approvisionnement en pharmacie, un accompagnement technique et le remboursement des références afin de garantir la continuité des activités.

La présence d'autres acteurs de santé et d'effectifs du ministère sur l'ensemble du district a permis de réfléchir au modèle opérationnel en périphérie ou comment mettre en œuvre une stratégie permettant l'autonomisation des structures de santé publique sur le long terme.

Au niveau de l'hôpital, la prise en charge des cas de violences sexuelles dans le service dédié a connu une augmentation significative de fréquentation et reçoit de plus en plus de demandes de prise en charge d'avortements médicalisés. A l'inverse, les services d'hospitalisation ont connu de leur côté une baisse d'admissions comparé aux années précédentes.
L'activité VIH semble connaitre une augmentation du nombre de perdus de vue, comme à Carnot, qui reste toujours inexpliquée à ce jour. MSF continue à développer des modèles de soins différenciés (groupes communautaires d'ARV, espacement des rendez-vous, décentralisation).

	2018	2019
Nb de consult. dans les centres de santé	68 875	795 44
Nb de passages aux Urgences	16 678	12 150
Nb d'admissions en Pédiatrie	3 922	2 137
*dont admissions en CNTH**	*862*	*476*
dont admissions en néonatologie	*516*	*439*
Nb d'admissions en Médecine interne	825	604
Nb de consult. Violences sexuelles	91	233

* centre nutritionnel thérapeutique en hospitalisation

PROJET : BANGUI - SICA

Historique du projet

Suite aux événements de décembre 2013, un projet chirurgical de prise en charge des blessés est ouvert à Bangui pour les plus de 15 ans à l'hôpital communautaire (installation du CICR) puis au Centre national hospitalier universitaire de Bangui (CNHUB). En juillet 2014, un programme de prise en charge des victimes de violences sexuelles est inclus dans le projet. En 2015, ces activités continuent mais en novembre le ministère de la Santé demande officiellement à MSF de libérer les locaux. Le projet de Bangui accueille également les patients compliqués référés de l'ensemble des autres projets MSF situés en province.
La chirurgie d'urgence des moins de 15 ans est assurée par le complexe pédiatrique du CNHUB. En juin 2017, le nouveau site SICA accueille ces activités dans un espace beaucoup plus réduit (60 lits). La structure est privée, les demandes pour obtenir l'autorisation ministérielle de structure sanitaire de chirurgie traumatologie sont toujours en cours. En 2018, l'aménagement du service de consultations ambulatoires de suivi chirurgical et la construction d'un laboratoire de microbiologie ont eu lieu. L'hôpital MSF de SICA reste la seule structure de prise en charge gratuite des urgences chirurgicales pour les plus de 15 ans.

Dispositif actuel

SICA est une structure privée (MSF) de prise en charge des urgences chirurgicales adultes (> 15 ans).
Elle comprend un service d'urgences, 81 lits d'hospitalisation (Orthopédie 26, Viscéral 21, Soins de suite et réhabilitation 10), des lits de soins intensifs (7), des lits d'isolement bactérie multirésistante (17) et un service de consultation ambulatoire de suivi chirurgical. Le projet dispose d'un service de kinésithérapie, de radiologie, d'un laboratoire général et un laboratoire de microbiologie. Un service de prise en charge des violences sexuelles est intégré dans la structure.

Bilan de l'année 2019

- Mise en place de la base de données pour la consultation ambulatoire de suivi chirurgical, nouvelle numérotation des dossiers pour archivage, formalisation du point focal chirurgie (3 chirurgiens sur le projet).
- Laboratoire de microbiologie fonctionnel et formation/accompagnement de techniciens de laboratoire, rationalisation des prescriptions antibiotiques et formation/accompagnement de points focaux, création du poste de point focal hygiène (formation à compléter).
- Diminution des lits de 101 à 81 lits et de la population des accompagnants (ne sont acceptés que les accompagnants des patients venant de province).
- Ouverture du service de soins de suite et de réhabilitation (long séjour des patients orthopédiques).
- Travaux de maintenance curative de la structure en cours tout en maintenant les activités hospitalières.
- Fin des travaux de la zone à déchets en intersection (ZADI) et mise en route des nouveaux incinérateurs.
- Une recherche sur « les propriétés psychométriques d'une mesure de l'indépendance fonctionnelle pour les patients traumatisés dans un contexte humanitaire » est en cours en collaboration avec Handicap International pour la phase 1 et continuera pour la phase 2 en 2020 (sous réserve de réponse du comité d'éthique en Centrafrique).

	2018	2019
Nb de passages aux urgences	11 099	9 009
Nb d'admissions en service de chirurgie	1 274	1 336
Nb de passages au bloc opératoire	4 573	4 711
Nb de consultations ambulatoires	-	2 264

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Typologie : conflit armé, épidémie / endémie.

Personnel 2019
International : 87
National : 478

Nombre de projets : 4

Dépenses 2019 : 24 327 k€.

Financements Institutionnels : 933 k€ (Canada).

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

CONTEXTE POLITIQUE

Pays de l'Afrique centrale, la République démocratique du Congo (RDC) couvre une superficie d'un peu plus de 2,3 million de km^2 avec une population estimée à 80 millions d'habitants.

Félix Tshisekedi, membre du parti historique d'opposition Union pour la Démocratie et le Progrès Social (UDPS) fondé par son père et membre de la coalition Cap pour le Changement (CACH), composé de son parti et celui de Vital Kamerhe (Union pour la Nation Congolaise- UNC) a été élu président à l'issue de l'élection organisée en décembre 2018 après plusieurs reports (initialement prévue en 2016). La victoire de Felix Tshisekedi a été immédiatement contestée par la très puissante église catholique, la conférence épiscopale nationale du Congo (CENCO), qui avait déployé plus de 40 000 observateurs dans le pays, donnant victorieux Martin Fayulu, candidat de l'autre coalition de l'opposition, LAMUKA. Les élections législatives et provinciales organisées le même jour ont été remportées par une très large victoire de la coalition du président sortant, Joseph Kabila, candidat du Front Commun pour le Congo (FCC), avec près de 340 des 500 sièges à l'Assemblée nationale et 70% dans les assemblées provinciales. Le FCC a par la suite remporté la majorité des sièges au Sénat (98 sur les 109) et des postes de gouverneurs et vice-gouverneurs des provinces lors des élections organisées début 2019 sur fond de corruption des grands électeurs - dans le camp du président et de l'opposition - et de fraudes.

Malgré les craintes suscitées par cette élection controversée, la RDC a vécu la première passation de pouvoir pacifique de son histoire. Cette situation inédite a contraint le Président nouvellement élu à signer un accord de coalition avec la plateforme de l'ancien président pour cogérer le pays. Après de longues tractations, le Premier Ministre, issu de la plateforme de l'ancien président, a été nommé et le gouvernement formé 8 mois après l'investiture du président Felix Tshisekedi. Le nouveau président s'est lancé dans une série d'offensives diplomatiques au niveau régional et international pour chercher des soutiens et rassurer les partenaires régionaux et internationaux.

La situation sécuritaire de la RDC reste dominée par la déstabilisation de l'Est du pays due à l'activité des multiples groupes armés. Impliqués dans l'exploitation illégale des ressources avec la complicité des autorités civiles et militaires de la région, ces groupes sont auteurs de plusieurs exactions, source de la crise humanitaire que connaissent depuis plusieurs années les régions de l'Est du pays. L'élection de Felix Tshisekedi a suscité une lueur d'espoir dans l'Est et le centre du pays, avec une timide reddition de certains groupes armés, mais sans un plan clair d'accompagnement le processus reste très fragile. Par contre, les attaques des Allied Democratic Forces (ADF), groupe islamique originaire de l'Ouganda, restent permanentes à Beni et ses environs. Le mandat de la Mission des Nations unies pour la stabilisation en République démocratique du Congo (MONUSCO), présente depuis 1999, a été renouvelé en mars 2019, avec comme priorités la protection des civils et l'appui à la consolidation de l'autorité de l'État et la stabilisation. Dans le même temps, ses effectifs seront réduits. Plusieurs bases MONUSCO ont été fermées, notamment à l'Ouest du pays, entrainant une inquiétude au sein de la population de ces zones.

La pacification de l'Est du pays est l'une des priorités du nouveau président. Une nouvelle équipe de commandement a été nommée pour y mener des opérations contre les groupes armés avec le soutien de la MONUSCO et des pays limitrophes comme le Rwanda et l'Ouganda.

Une accalmie est observée dans certaines parties du pays telles que dans le Grand Kasaï, bien qu'à l'Est les opérations militaires en cours continuent de provoquer des déplacements de population.

Contexte sanitaire

Le système de santé de la RDC est fondé sur la stratégie des soins de santé primaires (Déclaration d'Alma Ata de 1978) et de l'initiative de Bamako (1987) qui consacrent l'implication des populations dans la gestion du système de santé et dans la participation aux coûts. Ce système s'organise autour d'une pyramide à trois niveaux : le niveau central (ministère, secrétariat général, les directions et programmes spécialisés, hôpitaux nationaux et universitaires) jouant le rôle normatif et de régulation avec des fonctions de coordination et d'orientation stratégique ; le niveau intermédiaire (directions provinciales, bureaux de districts et hôpitaux provinciaux de références) qui assure les fonctions de coordination, de formation, de supervision, de suivi, d'évaluation, d'inspection et de contrôle et qui traduit les normes du niveau central en directives opérationnelles tout en veillant à leur application ; le niveau périphérique ou opérationnel est l'unité de base de planification sanitaire et de la mise en œuvre des soins de santé. Cependant le système de santé de la RDC est caractérisé par un faible engagement historique de l'Etat, à la fois en termes de financement du système, de régulation du secteur et de fourniture de services de soins médicaux ; une participation importante du secteur privé, des organisations religieuses et des ONG, qui gèrent un nombre important de structures de santé souvent inaccessibles aux plus démunis et une couverture inégale du territoire avec un déséquilibre sensible entre les zones urbaines et rurales.

Les décennies de conflit et un manque criant d'investissement de la part de l'Etat ont fragilisé le système de santé qui était déjà

sensiblement affaibli : destructions et dégradations des bâtiments et des matériels, du fait des combats, des pillages, du manque d'entretien et du non remplacement des équipements, un cruel manque de consommables, en particulier de médicaments qui ne sont pas disponibles à proximité pour un tiers de la population et pas accessibles financièrement pour les deux tiers de la population, une perte ou la fuite du personnel médical et infirmier (ceux qui restent n'étant plus payés que par intermittence avec des conséquences importantes sur leur motivation et disponibilité), un important retard technologique. À cela s'ajoute l'appauvrissement de la population et la détérioration des conditions de vie, notamment en ce qui concerne l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, la promiscuité dans laquelle vit une grande partie de la population favorisant la survenue et propagation des maladies et épidémies.

La RDC fait actuellement face à deux grandes épidémies, parmi les plus importantes de son histoire. L'épidémie de rougeole touche toutes les provinces et a déjà fait 5 000 décès sur plus de 250 000 cas. Le virus Ebola touche quant à lui l'Est du pays, avec plus de 4 000 cas et 2 500 décès, soit la plus grave épidémie d'Ebola qu'ait connue la RDC depuis la première apparition du virus en 1976. Le choléra et le paludisme continuent également à faire de nombreuses victimes sur l'ensemble du territoire congolais. Le taux de mortalité materno-infantile reste aussi élevé avec plus de 800 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes dont 20% seraient des adolescents.

PRÉSENCE MSF

Présent en RDC depuis 1981, MSF est intervenu sur l'ensemble du pays et les projets ont souvent évolué selon les changements du contexte.
La première mission de MSF OCP en RD Congo (Zaïre) était à Aru, en province orientale, en 1981 avec la prise en charge des réfugiés ougandais lors de la guerre de Luwero (Ugandan Bush War).
Depuis plus de 20 ans, les activités de MSF OCP se sont concentrées dans deux provinces : la province du Nord Kivu et les provinces de l'Ex- Katanga.
Dans la province du Nord Kivu, nos projets sont en réponse à des cycles de violences et ou des pics épidémiques et ont souvent suivi les dynamiques et enjeux locaux :

- Goma (1994-1996) : réponse à l'afflux massif des réfugiés rwandais et à l'épidémie de choléra.
- Beni et ses environs (1996-2005) : assistance aux populations victimes de conflits armés entre les groupes locaux et étrangers : soins primaires et secondaires dans les camps des déplacés et réponse aux différentes épidémies de choléra survenant dans les camps.
- Kayna, Lubero, Kanyabayonga (2004-2010) : assistance aux populations victimes du conflit armé entre les différents groupes locaux, étrangers et forces armées congolaises : soins de santé primaires, secondaires, chirurgicaux, nutrition et victimes de violences sexuelles.
- Nyanzale, Kabizo, Barambizo et Kibirizi (2007- 2012) : assistance aux populations victimes du conflit via des soins de santé primaires, secondaires, nutrition, victimes des violences sexuelles et réponse aux épidémies (rougeole et choléra).
- Rutshuru (2005 jusqu'à ce jour): réponse aux conséquences directes et indirectes du conflit. Support à l'hôpital de Rutshuru, aux centres de santé de la zone et réponse aux épidémies (rougeole et choléra).
- Goma (2015 jusqu'à ce jour) : programme d'accès et d'amélioration de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA.
- Mi 2018 jusqu'à ce jour : Programme d'urgence en réponse à l'épidémie de la maladie à Virus Ebola dans l'Est du Pays (Beni, Lubero et Kayna)

MSF OCP est aussi présent depuis 1996 dans la province de l'Ex-Katanga aujourd'hui divisée depuis 2015 en 4 provinces (Haut-Katanga, Haut Lomami, Tanganyika et Lualaba) en réponse aux conflits intercommunautaires et aux épidémies :

- Retour de MSF France au Katanga en 2001 après la levée de l'interdiction des déplacements des étrangers et de l'aide humanitaire avec ouverture de la base à Lubumbashi.
- Ouverture des projets à Kitenge, Ankoro, Mukubu et Nyonga (2002-2007) : assistance aux populations victimes du conflit entre différents groupes armés locaux et les forces armées congolaises : soins de santé primaires (centres de santé) et hôpitaux des zones de santé (soins secondaires, chirurgie, nutrition et soins aux victimes des violences sexuelles).
- Réponses aux différentes épidémies de rougeole, choléra et paludisme dans différentes zones de santé de la province (Malemba Nkulu, Kabalo, Manono, Kinkondja, Lubumbashi, Likasi, Kolwezi,…..)
- Kalemie (2010-2017) : un projet multisectoriel de prévention et contrôle du choléra dans une zone endémique et sanctuaire : renforcement du réseau d'eau, distribution des filtres intra-domiciliaires et utilisation du vaccin contre le choléra.
- 2018 jusqu'à ce jour : projet de réponse aux épidémies en particulier à l'épidémie de rougeole en développant des activités à la fois préventives (pour éviter les épidémies) et réactives (réponse rapide, efficace et efficiente).
  Réponse à l'épidémie de rougeole en cours actuellement dans les 4 provinces.

Tous les centres opérationnels de MSF sont présents en RDC :

- OCB : Kinshasa (Projet VIH/SIDA et équipe de Pool d'urgence), province de Kasai central (Kananga) et province du Nord Kivu (Masisi).
- OCBA : Sud Kivu (Bunyakiri- Kahele, Mulungu) et un Pool d'urgence.
- OCA : province du Nord Kivu (Mweso et Walikale) et au Sud Kivu (Tha, Kimbi-Lulenge, Baraka), et unité de réponse aux urgences.
- OCG : province de l'Ituri (Mambasa, Kere) et projets en réponse aux épidémies d'Ebola et rougeole.

PROJET : RUTHSURU – BAMBOU -KIBIRIZI

Historique du projet

MSF est présent dans le territoire de Rutshuru depuis octobre 2005, suite aux affrontements entre les différents groupes armés. Les activités avaient commencé à l'hôpital général de référence (HGR) de Rutshuru avec la prise en charge des urgences médicales et chirurgicales (support aux services des urgences, au bloc opératoire et salles d'hospitalisation chirurgie). Au vu de la dégradation de la situation dans la zone, des mauvaises conditions de prise en charge dans les autres services et du nombre croissant des personnes venant se faire soigner à l'hôpital de Rutshuru, MSF a fini par soutenir l'ensemble des

services de l'hôpital, a mis en place un programme de prise en charge des victimes de violences sexuelles et un support ad hoc à quelques centres de santé périphérique de la zone. MSF a ensuite ouvert et mis en place les services des soins intensifs, néonatologie, brulés, kinésithérapie et a augmenté le nombre de salles d'opération et d'hospitalisation (chirurgie, pédiatrie et maternité). À noter que l'HGR de Rutshuru a été une structure centrale pendant toute la période du conflit et d'occupation de la zone par les différents groupes armés.

Suite à l'accalmie et à la « normalisation » de la situation dans la zone en 2009 puis 2013, plusieurs discussions sur un désengorgement ou désengagement de l'HGR ont eu lieu. La décision de désengagement progressif (sur deux années) a été prise en 2015. Le désengagement a consisté en la mise en place d'un cadre de gestion conjointe Ministère de la santé/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. Il a été aussi décidé d'un projet de construction pour laisser une structure fonctionnelle (services de consultations externe, trois blocs opératoires et des salles de pédiatrie). L'accent a été mis sur le renforcement de la formation : accompagnement du personnel du Ministère de la Santé et retour progressif au système de recouvrement des coûts, ainsi que sur l'accompagnement/formation des médecins généralistes du Ministère à prendre en charge les urgences chirurgicales et obstétricales. Début 2017, le recouvrement des coûts a été rétabli et le transfert de la totalité des services au Ministère de la Santé était effectif en décembre 2017.

La crise politique créée par l'incertitude sur l'organisation des élections présidentielles et législatives prévues en 2016 mais repoussées plusieurs fois a accentué la dégradation de la situation sécuritaire et humanitaire dans la province du Nord Kivu, avec l'activation/exacerbation des tensions locales et la lutte politique dans le cadre des élections législatives. Le groupe d'étude sur le Congo et Kivu security tracker (Human Rights Watch) ont recensé en 2018 plus d'une centaine de groupes armés (120) opérant dans les Kivu, contre environ 70 en 2015. Des conflits intercommunautaires (Nandé et Hutu) ont éclaté en début 2017 dans le nord territoire de Rutshuru et le sud du territoire de Lubero entrainant des mouvements de populations menant à des regroupements communautaires (les Hutu à Bambou et les Nandé à Kibirizi). En plus de l'insécurité, les enlèvements sont un nouveau phénomène apparu depuis 2015, spécialement dans le territoire de Rutshuru. La majorité des enlèvements serait menée ou orchestrée par des hommes armés (membres des différents groupes armés et ou des éléments des FARDC) avec demandes de rançon. Ce phénomène affecte principalement les territoires de Rutshuru, Goma, Beni et Lubero, en majorité les populations locales mais aussi des ONG (locales et internationales).

Tenant compte de la dégradation du contexte socioéconomique et politique du Nord Kivu, MSF a décidé de rester dans la région pour offrir des soins à cette population victime d'une énième crise humanitaire et sanitaire. L'objectif était alors de poursuivre le plan de fermeture de Rutshuru jusqu'à fin 2017 pour permettre au partenaire UP/FASS d'intégrer l'hôpital de Rutshuru dans leur plan puis de rouvrir le projet sous une autre forme avec un appui ciblé des services – urgences, soins intensifs, chirurgie et nutrition et soins pour les victimes de violences sexuelles – et de développer un dispositif opérationnel souple permettant à la fois de répondre aux besoins médicaux de la population des zones éloignées en prenant en compte les difficultés d'accès auxquelles les équipes MSF sont confrontées à cause de l'insécurité tout en assurant la continuité de la stratégie satellite dans les zones de santé de Bambou, Kibirizi et Binza. Le degré d'exposition sécuritaire des équipes est aujourd'hui une donnée clé de l'équation opérationnelle au nord Kivu. L'insécurité dans les zones d'intervention de MSF rend aléatoires les déplacements sur de nombreux axes et donc la capacité à s'établir dans la durée dans certaines localités et/ou à y assurer une présence régulière.

Dispositif actuel

Zone de santé de Rutshuru

Hôpital général de référence de Rutshuru - 132 lits (capacité totale hôpital 299 lits) :

- Prise en charge gratuite des patients dans les services des urgences, soins intensifs, chirurgie/bloc opératoire, pédiatrie (nutrition) et des victimes de violences sexuelles.
- Support aux équipes du ministère de la santé pour l'amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales au travers de la mise à disposition des gynécologues-obstétriciens (recrutés et payés par MSF assurant la formation/accompagnement).
- Support au triage des patients au niveau des consultations externes liées au contexte Ebola.
- Support et gestion des services transversaux : stérilisation, buanderie, laboratoire et kinésithérapie.
- Support et gestion de l'hygiène dans tout l'hôpital.
- Support aux trois centres de santé périphérique de Rutshuru dans la prise en charge gratuite des enfants malnutris pour limiter l'engorgement à l'hôpital.

Zones de Santé de Bambou et Kibirizi

Hôpital Général de Référence de Bambou et Kibirizi (respectivement 36 et 26 lits) :

- Prise en charge gratuite des urgences médicales et chirurgicales (stabilisation) et références à Rutshuru (donation ambulance).
- Prise en charge gratuite des enfants hospitalisés dans le service de pédiatrie et nutrition.
- Amélioration de l'hygiène, précautions universelles et triage en rapport avec le risque lié à l'épidémie à virus Ebola.
- Prise en charge gratuite des victimes de violences sexuelles.

Support aux centres de santé éloignés des Hôpitaux Généraux de Référence (3 à Bambou et 3 à Kibirizi)

- Prise en charge gratuite des consultations curatives externes et référencement à l'hôpital général de référence.
- Dépistage et prise en charge gratuite des cas de malnutrition aiguë en ambulatoire.
- Prise en charge gratuite des victimes de violences sexuelles.

Bilan 2019

Les ambitions du projet pour 2019 étaient d'améliorer la qualité de la prise en charge gratuite des urgences médicales et chirurgicales dans les structures appuyées dans un contexte d'épidémie au virus Ebola ; améliorer le système de référencement avec la mise en place des ambulances médicalisées au niveau des sites sentinelles (Bambou et Kibirizi) ; améliorer la prise en charge des victimes des violences sexuelles, des cas de malnutrition et l'accès aux avortements médicalisés dans les structures identifiées.

Le retour à Rutshuru a été difficile avec des négociations longues nécessitant l'implication du niveau central pour la signature du MoU intervenu en avril 2019.

	2018				2019
	Rutshuru	Bambou	Kibirizi	**Total**	**Total**
Consultations curatives	7 800	41 533	13 711	**63 044**	**73 000**
Nb passage aux urgences	7 800	1 214	2 020	**11 034**	**17 160**
Nb actes chirurgicaux	2 995			**2 995**	**4 005**
Nb admissions en chirurgie	1 033			**1 033**	**1 733**
Nb admissions en pédiatrie		1 540	1 168	**2 708**	**4 900**
Nb admissions Programme de nutrition (UNTA)		1 578	144	**2 741**	**3 816**
Dont admis en UNTI	1 019	364	67	**1 450**	**2 431**
Cas victimes de violences sexuelles	291	149	37	**477**	**533**
Références		58	63	**123**	**200**

PROJET NORD KIVU

Historique du projet

MSF est intervenu à plusieurs reprises dans les territoires du Nord de la province du Nord Kivu avec des programmes à long ou moyen termes (Béni, Kayna, Lubero, Kanyabayonga) ou en réponse aux épidémies ou autres urgences (déplacements de populations, crises nutritionnelles). MSF avait suspendu ses activités dans la partie Nord de la province et principalement dans la zone et les environs de Beni après l'enlèvement de quatre collègues en 2013. En 2018, au vu de la dégradation de la situation sécuritaire et humanitaire et dans le cadre de la définition d'une nouvelle stratégie opérationnelle au Nord Kivu, différentes missions d'évaluation ont été menées et ont abouti sur l'ouverture d'un programme dans le territoire de Lubero (appui à l'Hôpital Général de Lubero et trois centres de santé) en juin 2018.
Alors que la dixième épidémie d'Ebola en RDC est déclarée mi 2018, MSF intervient en août 2018 dans les zones de santé de Mabalako, Mangina, Beni ,Butembo, Katwa, Kayna , Masereka et Lubero avec l'ouverture de centres de prise en charge des cas d'Ébola, la participation aux activités de vaccination, la mise en place de la gratuité des soins non Ebola, le support à la mise en place et l'amélioration des mesures de prévention et le contrôle des infections. C'est dans ce contexte que la gestion du projet Lubero est passée à la Cellule des urgences. De février à septembre 2019, suite à la multiplication d'attaques des centres de traitement Ebola et des équipes de riposte et suite à une organisation opaque de la riposte, MSF a suspendu ses activités dans le territoire de Butembo et Beni. En septembre 2019, MSF a repris le centre de traitement Ebola de Beni et a appuyé cinq centres de santé de la ville de Beni dans l'amélioration de la protection et le contrôle d'infections ainsi que l'identification, l'isolement et le diagnostic précoce des cas suspects.

Dispositif actuel

MSF OCP est présent dans le cadre de la réponse à l'épidémie au virus Ebola à :

- Béni : reprise depuis septembre 2019 du centre de traitement Ebola précédemment géré par l'ONG Alima
- Goma : dans le cadre d'un consortium, MSF participe à l'introduction d'un deuxième vaccin Ebola expérimental de Johnson and Johnson (J&J)
- Lubéro : prise en charge gratuite à l'hôpital de Lubero (120 lits) et trois centres de santé périphériques, construction d'une salle d'isolement et mise en place d'un système de triage
- Kayna : prise en charge gratuite à l'hôpital de Kayna (140 lits) et dans trois centres de santé périphériques, construction d'une salle d'isolement et mise en place d'un système de triage.

Bilan 2019

De nouveaux outils médicaux ont été utilisés durant cette épidémie d'Ebola : vaccins et traitement expérimentaux avec des résultats très encourageants.

Par contre, du fait du contexte politique (méfiance envers les autorités centrales), sécuritaire (activités des multiples groupes armés), de l'exclusion de la population et des autorités locales dans la définition et la mise en place des stratégies de riposte et de gestion opaque des fonds alloués à la riposte, les structures de traitement et les équipes de riposte ont été la cible des multiples attaques ayant entrainé la perte en vies humaines (dont un cadre de l'OMS) et la destruction des structures des soins et biens dédiés à la riposte.

Cas		Décès		Guéris	Personnes vaccinées (ZEBOVGB)
3 292		2 156		1063	252 835
3 174 cas confirmés	118 cas probables	2 038 cas confirmés	118 cas probables		

PROJET : VIH À GOMA

Historique du projet

La RDC est un pays avec un faible taux de prévalence VIH/SIDA (estimé à 1,2%) mais avec une très faible couverture des soins VIH puisque seulement 30% de la population (20% des enfants) vivant avec le VIH ont accès aux traitements antiviraux. Cela est dû aux faibles investissements du pays dans la réponse au VIH et à l'existence d'obstacles cruciaux empêchant un accès élargi aux traitements dans le pays. Ces obstacles sont multiples, à la fois légaux et politiques : un système de santé centralisé, une faible chaîne d'approvisionnement en médicaments, des soins payants – malgré la loi sur la gratuité des soins pour les patients VIH – et une stigmatisation très forte dans les communautés des personnes vivant avec le VIH. En raison de ces obstacles, les patients sont diagnostiqués à des stades avancés et plus de 50% d'entre eux meurent dans les premières 48 heures de leur hospitalisation suivant leur admission.

Après des évaluations menées dans les différents « hot spots » du Katanga et du Nord Kivu, le projet VIH Goma a ouvert en 2015 avec comme objectif d'améliorer le dépistage, la prise en charge, le suivi et l'approvisionnement des médicaments pour les personnes vivant avec le VIH. Ce projet est basé sur une étroite collaboration avec les structures et partenaires de la ville. Cinq structures (Hôpital général de référence Virunga, Centre de santé de référence Kahembe, Centre de santé de référence Carmel, Hôpital Militaire et Hôpital Heal Africa) de Goma ont été sélectionnées pour y instaurer la gratuité de la prise en charge, le rachat des consultations par MSF, les références et la prise

en charge des patients sévères (hospitalisation) à l'hôpital de Virunga.
En 2017, un appareil de mesure de la charge virale pour évaluer l'efficacité des traitements a été ajouté aux autres équipements de laboratoire.
Une évaluation du projet a été effectuée en 2018 montrant des progrès considérables avec une nette augmentation de la cohorte des personnes prises en charge, une amélioration de la rétention des patients sous traitement et une légère amélioration dans l'approvisionnement des tests et des médicaments antirétroviraux. Par contre, le pourcentage de personnes dont la charge virale avait été mesurée était faible (65%) et les personnes identifiées en échec de traitement n'étaient pas bien prises en charge, le changement de traitement n'étant pas correctement assuré ni fait à temps. La prise en charge des personnes hospitalisées n'était pas non plus de qualité.
Le projet a été prolongé en 2018 pour encore 3 ans.

Dispositif actuel

En 2019, les 5 mêmes structures continuent d'être soutenues (HGR Virunga, CSR Kahembe, CSR Carmel, Hôpital Militaire et Hôpital Heal Africa) pour continuer à travailler sur les axes suivants :

- Organisation du triage et dossiers des patients.
- Prise en charge et suivi gratuit des personnes vivant avec le VIH.
- Prise en charge gratuite en hospitalisation des patients sévères vivant avec le VIH et suivi post hospitalisation.
- Faciliter les références des malades sévères vers la structure d'hospitalisation (Virunga).
- Gestion du laboratoire fournissant des tests de mesure de la charge virale, CD4 et autres tests.
- Sensibilisation et organisation de campagnes ciblées de dépistage VIH.

Bilan 2019

	2015	2016	2017	2018	2019
File active	908	2 644	2 613	2 890	3 200
<15 ans	517	ND	ND	499	460
File active 2ème ligne		33	77	147	300
Couverture de la charge virales				61 %	85 %
Taux de suppression			72,9 %	73 %	80 %
Admissions		23	198	295	376
Rétention à 12 mois			70,6 %	74,9 %	75 %
Rétention à 24 mois			53,1 %		70%

L'équipe de la base opérationnelle de Goma a aussi répondu aux épidémies choléra et rougeole à Goma :

	2019
Nb des cas de rougeole traités	1 777
Nb d'enfants vaccinés	82 491
Nb cas choléra pris en charge	230

PROJET : URGEPI

Historique du projet

Les provinces de l'Ex Katanga connaissent des épidémies de rougeole récurrentes et cycliques (tous les 3 ans) malgré les bonnes couvertures vaccinales administratives annoncées par les différentes zones de santé (> 95%).

Les raisons des survenues épidémiques sont multifactorielles :

- Faible couverture et accès aux soins
- Inadéquation entre la couverture vaccinale administrative et les enquêtes (problème de dénominateur ou sur-évaluation ?)
- Faible couverture en chaîne de froid (< 40%) impactant la qualité de la vaccination
- Difficultés et/ou défaillance de la vaccination due à des interruptions fréquentes des activités de vaccination à cause de l'insécurité et à la mobilité de la population couplée à un taux de croissance important (environ 3%), ce qui augmente le nombre des cas susceptibles
- Non-respect par le gouvernement des engagements de co-financement des activités de vaccination de rattrapage entraînant des retards voire une annulation de ces activités
- 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) : problèmes de transport et de qualité des échantillons, un seul laboratoire pour tout le pays, 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 intervenu à plusieurs reprises en réponse aux épidémies de rougeole dans la province de l'ex-Katanga et les défis sont restés les mêmes :

- Réponses tardives : confirmation, déclaration tardives et activités de prise en charge et de vaccination organisées tardivement (vaccination organisée en moyenne 12 semaines après la confirmation laboratoire)
- Pression et discussions difficiles avec les autorités sanitaires concernant les stratégies vaccinales
- Stratégies d'intervention controversées et souvent inadaptées au contexte épidémiologique local : inclusion des autres pathologies associées (paludisme, malnutrition), stratégies différenciées
- Lourdeur d'intervention 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, MSF OCP a ouvert le projet réponse aux épidémies appelé, URGEPI, dans l'ex-Katanga avec comme objectif de proposer et d'expérimenter des stratégies opérationnelles négociées et acceptées en amont avec le Ministère de la Santé et les autres partenaires impliqués dans la stratégie de lutte contre la rougeole, afin de diminuer la fréquence des épidémies de rougeole dans la province de l'ex-Katanga et d'améliorer les réponses en cas d'épidémie. Le projet débute en avril 2018, alors qu'une épidémie de rougeole commence

dans -atanga. De novembre 2018 à avril 2019, le projet est passé sous gestion de la Cellule des urgences avec comme priorité la réponse aux épidémies de rougeole et choléra.

Il a été décidé en 2019 de concentrer les activités de surveillance renforcée (sites sentinelles) et préemptives dans la province du Haut-Katanga et de maintenir une capacité de réponse en cas d'épidémie dans les quatre provinces à travers le système existant du ministère de la santé.

Dispositif actuel

Le dispositif opérationnel du projet s'articule en quatre piliers: surveillance, investigation et riposte, laboratoire et prévention/préemptif.

1) Pilier surveillance :
   - Surveillance générale des quatre provinces de l'ex-Katanga via le système de surveillance existant du ministère (données agrégées).
   - Surveillance renforcée au niveau des 11 zones de santé de la province du Haut-Katanga (10) et Haut Lomami (1) qui consiste à mettre en place de listes linéaires et une transmission électronique des données en utilisant l'application Kobo. Les zones de santé (sites sentinelles) ont été choisies en fonction de leur risque épidémique (5 zones à risque élevé et 5 zones à faible risque). L'objectif est d'améliorer la complétude et la promptitude des données et d'aider à la modélisation et à la priorisation des zones à risques épidémiques.

2) Pilier investigation et riposte : investigation des alertes et riposte en cas de confirmation d'épidémie.

3) Pilier laboratoire : décentralisation du diagnostic à Lubumbashi avec la mise en place d'un laboratoire Rougeole-Rubéole

4) Pilier prévention /préemptif : identification d'une zone de santé qui n'est pas encore en épidémie mais à fort risque épidémique : la zone de santé de Kasenga. Une évaluation y a été menée pour identifier les lacunes dans le Programme élargi de vaccination (PEV) et proposer/mener différentes stratégies pour améliorer la couverture vaccinale et ainsi réduire le groupe des susceptibles. Une enquête couplée de couverture vaccinale, de séroprévalence et qualitative sera organisée pour compléter l'évaluation et le mapping des risques.

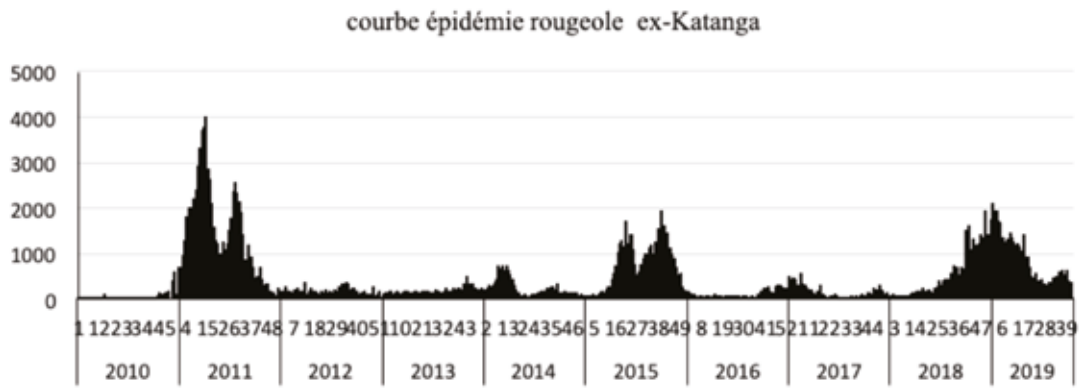
Bilan 2019

MSF a continué à répondre à l'épidémie de rougeole et poursuivi la mise en place des autres piliers du projet :

- Pilier 2 - Investigation et riposte : plusieurs ripostes ont été organisées dans différentes zones de santé (prise en charge seule ou avec vaccination) : Malemba Nkulu, Mukanga, Kitenge, Kasaji, Mbulula et Songa. Des enquêtes de couverture vaccinale et mortalité rétrospective ont été organisées dans le Haut Lomami et à Mbulula. Malheureusement, les études de séroprévalence prévues dans les deux zones n'ont pas été réalisées à cause du retard dans la validation du protocole d'étude (Malemba Nkulu) et le manque du matériel (Mbulula). Les interventions MSF se sont concentrées au début dans les provinces de l'ex-Katanga alors que l'épidémie prenait de l'ampleur dans les autres provinces. Les ripostes en dehors des provinces de l'ex-Katanga se sont faites tardivement probablement à cause de la forte attention portée à l'épidémie de rougeole par tous les acteurs incluant MSF.
- Pilier 3 - Le laboratoire de diagnostic rougeole et rubéole a été réhabilité et équipé par MSF. Le laboratoire est opérationnel depuis octobre 2019. Avec l'ouverture de ce laboratoire décentralisé, MSF espère améliorer et réduire le délai de confirmation, de déclaration des épidémies et de riposte. Le laboratoire est une extension du laboratoire central de Kinshasa (INRB) et le processus de la validation par l'OMS est en cours.
- Pilier 4 - Prévention : MSF a continué la surveillance générale qui a permis d'identifier les zones prioritaires pour les ripostes. MSF a aussi poursuivi les formations et la mise en place de la surveillance renforcée : listes linéaires et Kobo dans les 11 zones de santé. Une évaluation des performances est prévue en 2020.

La première évaluation conjointe (Zone de santé-MSF) des performances des activités vaccinales de la zone de santé de Kasenga a été faite. Des formations et une donation de petit matériel pour améliorer les activités de vaccination ont été organisées. Par contre, l'enquête combinée de couverture vaccinale et séroprévalence a été repoussée en 2020 en raison du retard dans la validation du protocole d'étude.
Un atelier consacré au suivi de la rougeole avec les différents acteurs a eu lieu fin 2019 pour faire ensemble un bilan des réponses et autres activités de surveillance et vaccination.

	2018	2019
Nb des cas de rougeole traités	3 314	5 237
Nb d'enfants vaccinés	296 275	3 839
Nb d'échantillons analysés (labo Lubumbashi)—	0	140
Nb de cas choléra pris en charge		3 535



SOMALILAND

Typologie : accès aux soins.

Personnel 2019
International : 9
National : 24

Nombre de projets : 1

Dépenses 2019 : 1 256 k€.

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCA.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

La République autoproclamée indépendante du Somaliland est géographiquement bordée par l'Éthiopie au sud et à l'ouest, par Djibouti au nord-ouest et par le golfe d'Aden au nord. La population est de 3,83 millions d'habitants (2,06 millions en milieu urbain, 0,376 million en milieu rural, 1,3 million en milieu nomade et 0,916 million de personnes déplacées) (UNFPA 2014). Le Somaliland possède sa propre monnaie (le shilling du Somaliland), une bureaucratie relativement efficace, ainsi que sa propre armée et sa propre police. La région séparatiste a conservé une relative stabilité politique et sécuritaire depuis l'effondrement du gouvernement somalien en 1992, le dernier incident de grande envergure ayant eu lieu en 2008 à Hargeisa et dans le port de Bossasso au Puntland, à la suite d'une attaque terroriste coordonnée. Les élections présidentielles qui ont eu lieu en novembre 2017 ont été remportées par le parti Kulmiye, le plus important, avec 55,19 % des voix.

L'économie du Somaliland repose sur les ventes de bétail qui représentent la majorité de ses exportations, les envois de fonds de la diaspora et les activités du port de Berbera qui permet au Somaliland d'agir comme une plate-forme de redistribution - légale et illégale - pour les articles manufacturés qui arrivent des Emirats Arabes Unis (EAU) en franchise de droits pour être distribués dans toute la région. En 2018, après des mois de négociations, DP World - le principal opérateur portuaire des EAU - a signé un accord avec les autorités du Somaliland qui a donné à l'Ethiopie une participation de 19% dans le port de Berbera. Ce contrat s'accompagne d'un investissement de 420 millions de dollars pour accroître la capacité du port. Au vu de cet accord, le Somaliland n'est pas épargné par les rivalités entre les EAU et le Qatar dans la région.
Le Somaliland n'a pas encore reçu la reconnaissance internationale en tant qu'État et bien qu'il soit possible pour le Somaliland de conclure certains contrats juridiques, toute l'aide bilatérale au Somaliland est acheminée soit par les autorités de Mogadiscio, soit par le gouvernement du Somaliland, soit par le Fonds de développement somalien. Le Somaliland ne peut accéder directement qu'à une aide limitée par le biais d'organisations non gouvernementales et de programmes des agences des Nations unies. La stabilité relative par rapport au sud et au centre de la Somalie et à la région de l'Ogaden en Éthiopie a encouragé la communauté internationale à soutenir le Somaliland. Les organisations internationales peuvent opérer avec une relative facilité dans le pays, notamment grâce à la présence permanente de personnel international à Hargeisa, la capitale.
En termes de sécurité, la partie occidentale du Somaliland est relativement stable et sûre. Les déplacements entre différents endroits sont possibles, mais les autorités insistent pour que les organisations internationales soient escortées par des gardes armés de la SPU (Special Police Unit) lorsqu'il y a au moins un passager international dans le véhicule.

La situation est plus volatile dans l'est du Somaliland. Le conflit entre les clans Habar-Younis/Sacad et Habar-Jeclo/Baho dans le district de Ceel Afweyn (Sanaag) s'est aggravé en 2019. Le conflit s'est encore compliqué avec le retour du Puntland du Colonel Caare qui avait fait défection du Somaliland.

La «principale menace» pour la sécurité au Somaliland est le conflit avec le Puntland au sujet des régions de Sanaag et de Sool. Le Puntland essaie d'acquérir plus d'influence dans le Sanaag Est par des moyens politiques et militaires. L'accès humanitaire n'y a pas été empêché mais les ONG doivent se conformer aux exigences des deux administrations concurrentes.

La frontière entre le Somaliland et l'Éthiopie au sud est assez fluide. Les populations somaliennes de l'Ogaden ou de la région somalienne d'Éthiopie se déplacent fréquemment vers le Somaliland, à la recherche de pâturages pour le bétail ou de services tels que les soins de santé, ou pour fuir le conflit. Le dernier déplacement massif de population vers le Somaliland a eu lieu en août 2018, lorsque les habitants de Jijiga, la capitale régionale de la région de l'Ogaden, ont fui les violences liées aux affrontements entre l'armée éthiopienne et les forces de sécurité régionales.

Contexte sanitaire

Les maladies transmissibles évitables sont la première cause de mortalité et de morbidité (paludisme, tuberculose, maladies diarrhéiques et maladies respiratoires aiguës). Comme pour le reste de la Somalie, le Somaliland est fréquemment cité dans les alertes de l'actualité humanitaire en raison des urgences régionales et chroniques régulières : les épidémies sont récurrentes, l'insécurité alimentaire due à la sécheresse et aux conflits entraîne un taux élevé de malnutrition tandis que les déplacements de population sont fréquents (depuis l'Éthiopie, la Somalie ou le Yémen).

Le Somaliland présente des taux élevés de mutilations génitales féminines, de maladies non transmissibles liées au tabagisme et à la mastication du khat, de violences et de

violences sexuelles, ainsi que de mortalité maternelle et de retard de croissance pédiatrique.
La majorité du système de santé publique est soutenue par des fonds humanitaires pour la santé, principalement distribués par trois agences clés des Nations unies dans le domaine de la santé (UNICEF, OMS et UNFPA) ou par des organisations internationales, car le ministère de la santé est actuellement incapable de soutenir adéquatement la plupart des programmes de santé (le budget total de l'ensemble du ministère de la santé pour 2018 est de 8 millions de dollars). Les structures de santé publiques sont rarement équipées ou fonctionnelles. Cette faiblesse du système de santé publique a laissé la place à une présence significative du secteur privé de la santé (1700 prestataires enregistrés au Somaliland). Les agents de santé sous-payés par les hôpitaux publics travaillent souvent au noir dans les structures privées. La plupart des structures de santé sont concentrées dans les zones urbaines, les populations rurales nomades ont un accès très limité aux soins de santé.
Parmi les priorités médicales qui sont apparues de manière récurrente, on peut citer la capacité insuffisante à contrôler la propagation de la tuberculose (simple et résistante), qui a été décrite comme une épidémie non contrôlée mais sous-déclarée. Le Somaliland est classé parmi les 30 pays où la tuberculose est la plus répandue dans le monde. En 2017, l'OMS a estimé la prévalence de la tuberculose à 523/100 000 et l'incidence à 285/100 000 par an ; ces chiffres doivent être interprétés avec prudence car la tuberculose serait sous-diagnostiquée au Somaliland. De même, selon National Drug Resistant Survey (OMS 2010/2011), on estime à 5,2 % la prévalence de la tuberculose résistante parmi les nouveaux cas de tuberculose et à 41 % parmi les cas déjà traités. En 2017, l'OMS a estimé que la morbidité due à la tuberculose résistante à la rifampicine était de 530 cas au Somaliland, avec une proportion de 8,7 % parmi les nouveaux cas et de 47 % parmi les cas déjà traités.

Somaliland : principaux indicateurs 2017	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	732
Taux de mortalité chez les moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	132
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	85
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	40
Incidence de la TB (pour 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

Principales causes de morbidité et de mortalité.

Les maladies transmissibles représentent toujours la plus grande partie de la morbidité dans le pays, les principales causes étant liées à la diarrhée, à la typhoïde, aux infrections respiratoires, à la tuberculose, à la bronchite chronique, aux otites et au paludisme. Chez les adultes, la tuberculose et le VIH/sida sont les maladies transmissibles qui causent le plus grand nombre de décès.

PRÉSENCE DE MSF

MSF a été présent en dernier lieu au Somaliland avec OCA à Ceelrigabo (jusqu'en 2012) et à Burao (jusqu'en 2013). OCA s'était retiré lors de la décision de retrait généralisé de la Somalie en 2013, bien qu'il y ait eu un désaccord dans le mouvement MSF sur le fait de considérer le Somaliland comme faisant partie ou non de la Somalie.

Actuellement, 2 centres opérationnels de MSF sont présents au Somaliland :

- OCP a ouvert son projet et son bureau au Somaliland en 2018 pour mettre en place un projet tuberculose résistante dans la partie stabilisée du Somaliland (Somaliland occidental), une zone où il est possible d'avoir du personnel international en permanence sur le terrain (contrairement au Somaliland oriental, au sud et au centre de la Somalie).
- OCA a ouvert un projet à Las Anod (nutrition, pédiatrie, santé maternelle), situé dans la région de Sool (Somaliland oriental), une zone de conflit (conflit clanique, tension avec le Somaliland et le Puntland) autorisant une présence limitée des expatriés.

Compte tenu de la politique «One MSF» pour la Somalie, l'enregistrement au Somaliland a été fait sous la bannière de MSF afin de permettre à d'autres centres opérationnels de revenir sous la même bannière.

PROJET : TUBERCULOSE MULTIRÉSISTANTE – HARGEISA

Historique du projet

En 2018, MSF OCP a décidé d'envoyer une mission exploratoire au Somaliland sur la base de l'exposition du pays aux urgences (épidémies, déplacés de Somalie, réfugiés d'Ethiopie ou du Yémen) et pour développer une présence dans la Corne de l'Afrique par le biais d'un projet d'ancrage. Les besoins aigus évalués en matière de tuberculose au Somaliland, le fait que le système de soins pour la tuberculose présente de nombreuses déficiences dans la prise en charge de la tuberculose résistante, ont orienté la définition d'un projet de soins pour la tuberculose résistante.
L'approche de ce projet consiste à tirer parti du système existant soutenu par les initiatives du Fonds mondial, en travaillant en collaboration avec ses différents acteurs (Ministère de la santé, OMS, World Vision International) avec l'ambition d'améliorer la coordination de leur soutien au ministère (MoHD) et au programme national contre la tuberculose (NTP) par un plaidoyer constant. MSF fournit également un soutien supplémentaire en termes d'expertise technique (supervision, formation, protocole de soins) et de matériel. L'objectif est d'améliorer ainsi la qualité de la prestation des services de lutte contre la tuberculose.
Le projet a été lancé en janvier 2019 avec un plan de trois ans organisé en trois phases différentes pour l'extension des services de lutte contre la tuberculose résistante :

2019 : Renforcer la capacité de gestion médicale des patients atteints de tuberculose résistante à l'hôpital central tuberculose d'Hargeisa et apporter un soutien technique médical spécifique pour améliorer la détection des cas de tuberculose résistante dans les trois hôpitaux régionaux de lutte contre la tuberculose.

2020 : Décentraliser la prise en charge de la tuberculose résistante pour améliorer la détection des cas et le suivi des soins.

2021 : Intégrer les services de lutte contre la tuberculose chez les enfants.

Dispositif actuel

MSF soutient le ministère de la santé dans toutes les composantes des soins contre la tuberculose résistante dans quatre structures situées dans l'ouest du Somaliland : l'hôpital de Hargeisa (30 lits d'hospitalisation, service de consultations, le laboratoire) et les centres de traitement de la tuberculose situés dans les hôpitaux de Berbera, Boroma et Burao. Un volet de sensibilisation dans la communauté sera lancé en 2020.
L'équipe en 2019 est composée de : 8 membres du personnel international, 19 membres du personnel national, 40 membres du personnel du ministère de la santé qui recevront des primes.

Bilan 2019

L'objectif global de 2019 était de combler les lacunes identifiées au cours de la mission exploratoire et de construire de solides collaborations avec les partenaires de mise en œuvre du Global Funds TB Grant et avec le programme national de lutte contre la tuberculose du ministère de la Santé. Le plan opérationnel de base a été organisé en trois phases.

La phase 1 du programme a débuté en janvier 2019 pour mettre en œuvre des activités sélectionnées en accord avec les priorités de MSF et du MoHD. L'objectif principal était de soutenir le programme national de lutte contre la tuberculose en renforçant les soins médicaux et les capacités de prévention et contrôle des infections au sein de l'hôpital tuberculose d'Hargeisa, tout en collaborant avec les hôpitaux régionaux de Borama, Berbera et Burao pour les aider à mettre en place des capacités similaires nécessaires pour diagnostiquer les cas de tuberculose résistante et accélérer leur référence vers l'hôpital d'Hargeisa pour initier et stabiliser leur traitement. En raison de divers retards et problèmes opérationnels, cette phase sera prolongée jusqu'en avril 2020.

	2019
Nb nouveaux patients	57
Nb de patients dans la cohorte	71
% guérisons	67%
% succès	92%
% échecs	0
% décès	8% (1 patient)
% perdus de vue	0

SOUDAN DU SUD

Typologie : conflit armé, accès aux soins.

Personnel 2019
International : 63
National : 753

Nombre de projets : 3

Dépenses 2019 : 16 643 k€.

Financements Institutionnels : aucun.

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

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

L'Accord renouvelé pour la résolution du conflit au Soudan du Sud (Revitalized-Agreement for the Resolution of Conflict in South Sudan - R-ARCSS) a été signé en septembre 2018. Bien qu'il y ait eu des retards dans la mise en œuvre, la paix générale s'est maintenue entre les signataires. Le gouvernement d'unité nationale revnouvelé-transitionnel (R-TGoNU) devait être formé le 12 mai 2019, puis le 12 novembre 2019, et cela a été reporté une nouvelle fois de 100 jours jusqu'à la mi-février 2020. Les principaux problèmes liés à la formation du R-TGoNU, outre le manque général de volonté politique, sont (1) le dispositif de sécurité à Juba pour le retour du Dr Riek Machar en tant que premier vice-président, (2) la réunification des forces armées et (3) la question en suspens du nombre et de la délimitation des États.

En 2019, et cela devrait se poursuivre en 2020, des affrontements ont lieu dans la partie sud du Soudan du Sud, principalement dans la grande région de Yei, entre les forces gouvernementales et le National Salvation Front, qui n'est pas signataire du R-ARCSS. Ces affrontements ont conduit à des déplacements localisés de la population ainsi qu'à des déplacements vers la RDC et l'Ouganda. En octobre 2019, trois Sud-Soudanais travaillant pour IOM ont été tués dans des tirs croisés lors de ces combats et un autre membre du personnel d'IOM a été enlevé. Le risque pour les humanitaires au Soudan du Sud se poursuit, mais ce sont les premiers meurtres en plus d'un an.

Alors que les signataires du R-ARCSS ont respecté la cessation des hostilités, en 2019, les raids de bétail et les violences intercommunautaires se sont poursuivis. Le Forum des ONG rapporte que les raids de bétail pendant la saison des pluies de 2019 ont entraîné une augmentation de 36% des incidents signalés. Une partie de cette augmentation pourrait être attribuée à un meilleur accès des ONG et donc à leur capacité à faire des rapports, mais une autre partie est attribuée à la démobilisation des combattants. Le CICR a également signalé en 2019 que, bien que le cessez-le-feu ait été respecté, les chirurgiens du CICR recevaient encore un grand nombre de blessures par balle dues à des raids de bétail et à des violences intercommunautaires. Sans un désarmement à grande échelle, qui n'est pas prévu, nous devrions nous attendre à ce que cette violence se poursuive.

Il reste un grand nombre de Sud-Soudanais déplacés (à l'intérieur et à l'extérieur des sites de Protection of Civilian (PoC)) et réfugiés. Les Nations unies ont indiqué en octobre 2019 qu'il y avait 2,2 millions de réfugiés sud-soudanais dans la région et 1,5 million de personnes déplacées. Il s'agit d'une diminution de plus de 300 000 personnes déplacées en 2019, mais cela est principalement dû au fait que IOM a procédé à un enregistrement biométrique qui a permis d'obtenir des données d'enregistrement plus précises. Bien qu'il y ait des mouvements de population en cours, la population déplacée semble pour l'instant réticente à revenir. Nous ne devrions pas nous attendre à un changement important de ces chiffres avant la formation du R-TGoNU.

La corruption du gouvernement et le maintien d'un réseau clientéliste, essentiels pour la structure actuelle du pouvoir ainsi que pour les dépenses militaires, limitent tout impact positif de l'augmentation de la production de pétrole en 2019. La recherche de revenus auprès des acteurs humanitaires de la part des autorités du gouvernement et de l'opposition, notamment l'augmentation de la fiscalité et les obstacles bureaucratiques, continuent d'être un obstacle, mais MSF continue à avoir accès aux zones contrôlées par l'opposition et le gouvernement. Pendant la majeure partie de l'année 2019, l'écrasante majorité des fonctionnaires n'ont perçu que quelques mois de salaire, ce qui augmente à la fois la criminalité et les extorsions d'argent.

Le Soudan du Sud est étroitement lié avec le Soudan. L'ancien président du Soudan Al-Bashir était un des promoteurs du R-ARCSS et lorsqu'il a été démis de ses fonctions en avril 2019, de nombreuses questions se sont posées sur la manière dont cela affecterait le R-ARCSS. A ce jour, il n'y a pas eu d'effets négatifs apparents. Quel que soit le président du Soudan, l'augmentation du flux de pétrole en provenance du Soudan du Sud est un impératif économique, car le Soudan tire d'importants revenus des frais de l'oléoduc. Il semble également que le soutien au SPLA-IO, qui a cessé en 2017, sous la pression du gouvernement américain, continue d'être suspendu. Ces deux mesures sont positives pour le maintien du cessez-le-feu au Soudan du Sud. En outre, de manière inattendue, le président du Soudan du Sud, M. Kiir, a servi de médiateur dans les négociations entre le gouvernement soudanais et ses acteurs armés non étatiques, y compris les factions du SLPM-N. C'est un moment de coopération apparemment bonne entre les deux pays, mais il reste de nombreuses questions en suspens, dont la question d'Abyei n'est pas la moindre.

Contexte sanitaire

La United Nations Humanitarian Country Team (HCT) estime que 3,6 millions de personnes n'auront pas accès à des services de santé suffisants en 2020. Seul un accouchement sur cinq reçoit l'intervention d'un personnel de santé qualifié, et le taux de mortalité des moins de cinq ans de 90,7 pour 1 000 naissances vivantes exprime la situation sanitaire

désastreuse du Soudan du Sud. Le fait que la couverture des maladies évitables par la vaccination reste inférieure à 50 % est un autre exemple de l'échec du système et des problèmes d'accès.
Le système de santé reste dominé par le Health Pooled Fund (HPF), la Banque mondiale et les ONG actives dans le domaine de la santé, qui comblent les lacunes d'un ministère de la santé (MoH) quasi inexistant. Le budget du ministère de la santé pour 2019/2020 est dérisoire : 14 millions de dollars. Au cours des dix premiers mois de 2019, la plupart des employés du ministère de la santé n'ont reçu qu'un mois de salaire, ce qui laisse une main-d'œuvre très démotivée.
La menace d'Ebola pourrait détourner l'attention et les fonds d'autres priorités en matière de santé. Actuellement, le dépistage du virus Ebola à la frontière avec la RDC est suspendu après le meurtre, fin octobre 2019, de trois membres du personnel d'IOM qui travaillaient dans des centres de dépistage du virus Ebola. En 2019, le Soudan du Sud a signalé des épidémies de rougeole dans tout le pays, y compris dans des zones qui n'ont pas été touchées par le conflit pendant la guerre, ce qui est une autre indication de la faible couverture vaccinale et du système de santé défaillant. Avec les inondations dans le Haut-Nil et le Jonglei en octobre 2019, le choléra est une véritable préoccupation pour l'avenir. Le paludisme reste un problème de santé important pendant la saison des pluies (avril - novembre) ainsi que le kala-azar et l'hépatite E.
Au Soudan du Sud, la malnutrition et l'insécurité alimentaire sont des préoccupations à long terme. En août 2019, on estime que 6,35 millions de personnes sont classées en situation de crise (phase 3 de l'IPC) ou d'insécurité alimentaire aiguë plus grave, que 1,7 million de personnes sont confrontées à une insécurité alimentaire aiguë d'urgence (phase 4 de l'IPC) et que 10 000 personnes sont en situation de catastrophe (phase 5 de l'IPC). Il faut néanmoins reconnaître que le taux de personnes classées en insécurité alimentaire augmente régulièrement depuis 3 ans alors que cette situation ne se traduit pas par une augmentation de la malnutrition aiguë dans les projets de MSF, ce qui remet en question d'une certaine manière l'acuité de ces estimations.

PRÉSENCE DE MSF

MSF France a été la première section de MSF à travailler au Soudan, à partir de 1978 à Port Soudan. En 1983, MSF France a commencé à travailler dans ce qui est aujourd'hui le Soudan du Sud avec les réfugiés ougandais et la population locale à Yei. Les cinq centres opérationnels de MSF sont aujourd'hui tous actifs avec un portefeuille dynamique de 15 à 20 projets. La principale raison de la présence de MSF au Soudan du Sud est le conflit et ses conséquences. MSF est actuellement présent dans les zones contrôlées par le gouvernement et l'opposition, offrant des soins de santé primaires, secondaires et mobiles.
OCP a un lien historique avec l'ancien État du Bahr el Ghazal du Nord (NBeG), où il a commencé à travailler à Aweil en 1986. OCP est présent à Yida depuis 2011 et à Old Fangak (OFG) depuis 2014, avec des ouvertures et des fermetures de projets entre-temps dans d'autres régions. Le projet à Yida et Nuba sera fermé à la fin de 2019.
Le conflit en cours, les énormes besoins humanitaires liés aux déplacements massifs (4,5 millions dont deux millions de personnes à l'intérieur du pays) et un système de santé défaillant, voire inexistant, justifient la portée et l'ampleur actuelles de la présence collective de MSF.

PROJET : AWEIL

Historique du projet

MSF OCP a considéré qu'il était important de rester présent au Soudan du Sud pour être en mesure de répondre aux urgences,
Le projet Aweil a débuté en 2008 après la fermeture du projet Akuem, avec pour objectif de fournir aux femmes enceintes et aux enfants de 15 ans et moins un accès à des services de santé maternelle et pédiatrique de qualité au sein de l'hôpital d'État d'Aweil (ASH). Les objectifs en matière de maternité et de pédiatrie restent similaires au plan initial, bien que le projet ait évolué et se soit développé au cours des dix dernières années.
Dans le contexte de la politique et du conflit, la situation a été relativement calme, sans interruption significative de l'accès ou des opérations au cours des cinq dernières années. Le niveau élevé de contrôle gouvernemental lié à une relative homogénéité ethnique a contribué à cet environnement opérationnel globalement stable, les incidents de sécurité étant rares et peu fréquents et ne se produisant qu'à la frontière avec le Soudan ou vers Raja. En août 2019, une série d'affrontements graves entre les forces gouvernementales et rebelles s'est produite dans un rayon de 40 km de la ville d'Aweil avec l'installation d'un nouveau groupe rebelle. Aucun incident supplémentaire n'a été enregistré depuis lors.

Divers plans de passation et de sortie progressive ont été proposés au cours de la dernière décennie. MSF a reconnu la valeur institutionnelle du projet Aweil, ajoutée au fait de fournir des soins vitaux. Le volume d'activité a été un obstacle aux plans de passation à d'autres ONG, et le ministère de la santé n'est toujours pas prêt pour une passation réaliste sans un effondrement de la prestation de services.
En 2018, une stratégie sur trois ans a été proposée, avec des efforts pour décentraliser les services de base de soins obstétriques d'urgence et de soins néonatals (BEmONC), réduire les activités périphériques et améliorer les services de chirurgie, y compris pour les brûlés, grâce à une initiative nationale de formation du personnel. Au premier trimestre 2020, un Aweil Summit sera organisé pour commencer à définir la vision et les activités futures de ce projet.

La création d'un département BEmONC dans le centre de soins de santé primaire de Ghabat, comme stratégie pour décentraliser les accouchements sans complications en dehors de l'ASH, a été plus difficile que prévu. Cela est dû à un grave conflit entre le ministère de la santé de l'État d'Aweil et le partenaire du Health Pooled Fund (HPF), Malaria Consortium, concernant les primes du personnel, qui a retardé le démarrage de l'activité. Début septembre 2019, une centaine de femmes suivent les soins prénatals dans la structure désormais ouverte 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, mais aucun accouchement n'a encore eu lieu.
La formation chirurgicale prévue a commencé avec trois médecins nationaux et s'achèvera en décembre 2020.

Dispositf actuel

MSF est présent au sein de l'ASH avec une séparation claire des activités. MSF est responsable de la pédiatrie et de la maternité avec un soutien saisonnier au service de consultations externes pour le paludisme (OPD). Le ministère de la santé gère les services de consultations externes et les services pour adultes, y compris la chirurgie, tandis que MSF soutient le bloc opératoire.

- Pédiatrie : 144 lits (234 possibles pour le pic de paludisme)
  - Service des urgences (ER) : triage, zone d'observation (5 lits)
  - Unité de soins intensifs de 10 lits (jusqu'à 13 lits pendant le pic de paludisme)
  - Hospitalisation : 59 lits (y compris le centre nutritionnel intensif)
  - Unité d'isolement de 7 lits
  - Jusqu'à 90 lits supplémentaires en période de pic de paludisme (5 tentes de 18 lits)
  - 35 lits en chirurgie, dont 15 dédiés aux brûlures,
  - 33 lits de néonatologie (dont 2 dédiés au tétanos).
- Maternité (28 lits)
- Réponse aux urgences : surveillance des épidémies et endémies potentielles.

L'absence d'un système de soins de santé primaires fonctionnel se traduit par des références limitées et souvent tardives.

Bilan 2019

Tondo	2016	2017	2018	2019
Nb consultations aux urgences		29 610	25 589	44 848
Nb nouvelles hospitalisations	11 730	8 114	6 056	6 927
Nb admissions en néonatologie	1 386	1 451	1 536	1 431
Nb hospitalisations pour paludisme (<14 years)	8 810	5 773	3 617	4 356
Nb admissions soins intensifs	1 809	1 526	1 175	1 311
Nb admissions centre nutritionnel	2 503	1 067	535	973
Nb passages au bloc chirurgical	2 491	3 289	3 337	3 650
Nb admissions en gynéco-obstétrique	6 927	7 105	6 947	7 081
Nb accouchements par voie basse	4 153	4 550	5 094	5 348
Nb accouchements compliqués	168	187	258	204
Nb césariennes	105	127	160	154
Nb interruptions de grossesse	189	407	406	577
Nb accouchements au service BEmONC	2 730	0	NA	0

PROJET : FANGAK

Historique du projet

MSF a ouvert ses opérations à Old Fangak (OFG) en novembre 2014 en réponse à un afflux de plus de 20 000 personnes déplacées à l'intérieur du pays (IDP) et à la suite d'un appel à l'aide de South Sudan Medical Relief (SSMR - Dr Jill). La réponse initiale s'est concentrée sur le soutien d'une clinique débordée par l'augmentation de la population ainsi que par un afflux massif de victimes. Le système de santé de la région ne fonctionnant pas et n'étant pas accessible, MSF a étendu la réponse d'urgence initiale au fur et à mesure de l'augmentation du nombre de personnes déplacées à Old Fangak, et a joué un rôle plus important dans le centre de soins de santé primaires.
En 2016, avec une augmentation des retours de population à New Fangak (NFG) et les conditions d'hygiène et de vie problématiques à OFG, ainsi que les difficultés rencontrées par l'équipe dans sa collaboration avec le SSMR en termes de maintien des standards de qualité des soins, il a été décidé de construire une clinique et de transférer le projet à NFG. L'intensification du conflit près de NFG fin 2016/début 2017 et le déplacement des populations loin de NFG ont entraîné l'annulation du déménagement, avec le maintien d'un dispensaire avec lits de stabilisation et d'un service d'astreinte à NFG. La décision prise en 2017 était d'investir dans la structure hospitalière de OFG et dans un nouveau complexe pour les expatriés, et de signer un protocole d'accord (MoU) officiel pour diviser les rôles et les responsabilités entre MSF et le SSMR. Le MoU a été signé en octobre 2017, et les principaux travaux de construction ont été achevés en août 2018.
À la mi-2017, le contexte s'étant relativement stabilisé, une priorité a été donnée à des actions en périphérie, comme élément clé du projet pour atteindre les populations éloignées ayant besoin de services de soins de santé. Fin 2017 et début 2018, la clinique mobile de MSF a été lancée au nord d'OFG, le long de la rivière Phow et du Nil Blanc. En décembre 2017, une équipe chirurgicale fixe a été mise en place à OFG, mais en raison de l'absence d'événements impliquant un grand nombre de blessés et de la faiblesse des besoins chirurgicaux, l'équipe chirurgicale a été déplacée à Aweil en juillet 2018. Les lignes de front sont restées inchangées et aucune offensive significative ou conflit localisé n'ont déstabilisé le contexte en 2018 et 2019 (janvier-septembre). L'équipe a profité de cette situation pour étendre ses activités périphériques à la partie sud d'OFG, le long de la rivière Phow, dans la région de Haat et Pakur. En dehors des activités de proximité, les autres acteurs n'exercent qu'une activité médicale très limitée, malgré le fait que l'accès reste difficile pour les villages les plus éloignés de la rivière. Pour répondre à ce besoin, une gestion des cas intégrée dans la communauté (integrated community case management - ICCM) a été lancée en mars 2019 dans la région de Haat en tant que modèle pilote.

Dispositf actuel

Hôpital de Old Fangak (32 lits)

Bien qu'il s'agisse techniquement d'une structure du ministère de la santé ou de la communauté, le SSMR et MSF représentent les seuls prestataires de soins de santé secondaires dans l'établissement et la région ; tout le personnel travaillant sur le site de MSF est composé à 100 % d'employés de MSF.

- Salle d'urgence/ triage : soins d'urgence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, avec 5 lits de soins intensifs et 4 lits de stabilisation.
- Hospitalisation : soins médicaux en hospitalisation 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 avec 12 lits adultes (6 femmes et 6 hommes), 5 lits pédiatriques et 2 lits d'isolement.
- Centre nutritionnel intensif : 5 lits de stabilisation pour les cas de malnutrition aiguë sévère avec complications.
- Maternité : soins de maternité 24h/24 et 7j/7 après accouchement normal, prise en charge médicale des femmes enceintes, cas gynécologiques, prise en charge des complications liées à la grossesse avec 3 lits d'accouchement et 3 lits d'hospitalisation.
- Consultations générales pour toutes les tranches d'âge, y compris les consultation pré et post natales.
- Vaccination de routine des enfants de moins de 2 ans et vaccination antitétanique des femmes enceintes. A OFG et dans 5 structures permanentes autour d'OFG.

Activités périphériques

- Consultations à New Fangak, y compris consultations anté natales et vaccination.
- Cliniques mobiles (deux équipes) et références en urgence par bateau depuis les villages le long des rivières Zaraf/ Phow et du Nil.
- Référence des cas chirurgicaux d'urgence vers Bentiu (MSF OCA)
- Gestion des cas intégrée dans la communauté (ICCM) pour les cas de paludisme et de diarrhée non compliquée, dépistage de la malnutrition pour les moins de 5 ans et référence vers Haat et Pagur Payam dans l'axe sud d'OFG

Bilan 2018

Après la signature de l'accord de paix (R-ARCSS) en septembre 2018, la région s'est stabilisée, la population se déplace librement dans toutes les directions à des fins commerciales et agricoles. Cela a permis à l'équipe de s'investir davantage dans le projet. Les principaux objectifs du programme en 2019 étaient de maintenir les trois piliers opérationnels du projet : hôpital, cliniques mobiles et ICCM.

Old Fangak	2017	2018	2019
Nb hospitalisations OFG	1 101	1 086	2 299
Nb accouchements OFG	278	427	502
Nb consultations OFG	71 351	43 681	43 648
Nb consultations anténatales OFG	5 557	5 728	5 189
Nb consultations New Fangak	18 148	26 332	26 933
Cohorte VIH		23	58

PROJET : YIDA - NUBA

Historique du projet

OCP a d'abord répondu à un afflux de réfugiés nubiens du South Kordofan (Soudan) dans la nation nouvellement créée du Soudan du Sud en 2011. La réponse initiale aux réfugiés à Yida s'est poursuivi et le projet a également servi de base arrière pour le projet Nuba. Les distributions de nourriture restent un facteur d'attraction tandis que le HCR pousse activement les réfugiés vers d'autres camps (Pamir et Ajoung Tok) plus éloignés du corridor contrôlé par le Sudan People's Liberation Army-North (SPLA-N). La population officielle de Yida est actuellement de 54 000 personnes. Les estimations réelles sont problématiques, mais on observe une grande variation du nombre de personnes dans les camps, avec un nombre plus élevé au moment des distributions de nourriture.

OCP a ouvert un service de consultation transfrontalière et un service d'hospitalisation à Farandala, au Soudan, en avril 2012. En 2013, la capacité d'accueil du service d'hospitalisation est passée de 10 à 20 lits et cinq centres de santé ont commencé à bénéficier d'un support. L'insécurité et deux bombardements distincts de l'hôpital MSF de Farandala en juin 2014 et janvier 2015 ont obligé l'équipe internationale à évacuer et l'hôpital à été géré à distance depuis Yida. En juillet 2015, une mission exploratoire coïncidant avec l'apaisement du conflit de Nuba lié à la saison des pluies a été menée et s'est conclue par la décision d'un retour à une présence permanente de personnel international dans la région Nuba. En décembre 2015, les projets Yida et Nuba ont été fusionnés en un seul projet. Un modèle de clinique primaire avec référence vers un centre de stabilisation de 48 heures, le Stab 48, a été créé, puis transformé en unité d'hospitalisation en 2018. À Yida, les cohortes de tuberculose et de VIH ont été transférées à d'autres acteurs dans la capitale de l'État, Pariang.

Fin 2018, l'unité d'hospitalisation de Yida a été fermée et MSF n'a soutenu que le service de consultations au sein du centre de soins de santé primaire de Yida où CARE travaillait dans le service de maternité. Dans le même temps, l'unité d'hospitalisation de Nuba a été fermée et les lits ont été décentralisés dans trois centres de soins de santé primaires soutenus par MSF pour les rendre plus proches des lieux où vit la population. MSF continue également à soutenir quatre unités de soins de santé primaires. Les opérations se sont déroulées à Buram et à l'est du county d'Om Durein.

Dispositif actuel

- Yida : Consultations au centre de soins de santé primaire de Yida avec références vers CARE à l'hôpital de Pariang.
- Nuba : Trois centres de soins de santé primaires avec une capacité de quatre lits pour la stabilisation et l'hospitalisation et quatre unités de soins de santé primaires, avec références vers Pariang et Guidel.

Bilan 2019

	2017	2018	2019
Consultations à Yida (2019 activité centres de soins de santé primaire)	NA	NA	75 451
Admissions Yida (2016-18 service d'hospitalisation ; 2019 stabilisation centres de soins de santé primaire)	1 356	1 058	1 021
Consultations Nuba	164 725	145 442	241 191
Admissions Nuba (2016-18 service d'hospit. + centres de santé ; 2019 centres de santé seulement)	1 720	1 306	1 932
Consultations anténatales Nuba		10 841	9 966
Accouchements Nuba	183	331	411
Doses de vaccination Yida	37 932	18 965	1 875
Doses de vaccination Nuba	29 806	36 332	64 425

SYRIE

Typologie : conflit armé.

Personnel 2019
International : 5
National : 118

Nombre de projets 2019 : 1

Dépenses 2019 : 2 610 k€.

Financements Institutionnels : aucun

Autres centres opérationnels MSF présents : OCB, OCBA.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

La guerre civile syrienne entre maintenant dans sa huitième année de conflit armé ouvert. En octobre, les forces armées turques ont effectué une offensive militaire dans le nord-est où elles ont pris le contrôle de la zone entre Ras Al-Ain et Tal Abiya, dans le but de contrôler une bande de 120 km de large et 30 km de profondeur et de repousser les Kurdes du PYD (branche syrienne du PKK) de la zone frontalière. Afrin et le bouclier de l'Euphrate étant déjà sous contrôle turc, les zones restant encore hors du contrôle du gouvernement syrien font partie du Nord-Est (accord avec les Kurdes après l'offensive turque) et d'Idlib, la dernière zone d'opposition où nous menons nos opérations aujourd'hui. Les États-Unis ont partiellement retiré leurs troupes du nord-est de la Syrie, et ne gardent qu'environ 600 soldats américains en Syrie, principalement pour contrôler les champs pétrolifères.

Idlib est sous le contrôle de Hayat Tahrir Al Sham (HTS). HTS est considéré comme une organisation terroriste. Les groupes d'opposition armés (AOG) qui combattent le gouvernement syrien (GoS) au sud continuent, tout comme le GoS et le gouvernement russe (GoR), des bombardements aériens intermittents et des tirs d'artillerie.

A noter que fin avril 2019, les GoS/GoR ont lancé une opération militaire massive dans le nord de Hama et ont réussi à prendre fin août la région de Khan Sheykhoun, au sud d'Idlib, ce qui a entraîné l'afflux de personnes déplacées (environ 300 000) au nord de la province d'Idlib.

Contexte sanitaire

Dès le début du conflit syrien, les structures et le personnel médicaux ont été ciblés en tant que tels (en 2012, une loi syrienne a été adoptée afin de criminaliser les activités médicales dans les territoires tenus par les rebelles). De nombreux professionnels de la santé ont fui le pays, ce qui a entraîné la détérioration du système de santé syrien au cours des huit dernières années. En conséquence, la qualité des soins fournis dans les établissements de santé restants, encore accessibles à la population locale, a globalement diminué.

En outre, le programme national de vaccination de routine a été interrompu, ne laissant que des campagnes de vaccination sporadiques menées par le Groupe syrien de vaccination (SIG), l'OMS et l'UNICEF pour fournir des vaccins à un nombre limité d'enfants non vaccinés. Cette interruption des vaccinations a entraîné une résurgence de maladies infectieuses qui étaient auparavant éradiquées ou contrôlées (polio, rougeole). D'autres maladies infectieuses endémiques à la Syrie ont vu leur incidence augmenter au cours de l'année dernière en raison des mauvaises conditions de vie et d'hygiène (leishmaniose, grippe H1N1 et bronchiolite à VRS).

Le conflit persistant et les déplacements qui en découlent, combinés à l'attaque constante des structures sanitaires, constituent un risque permanent pour la population en général. Dans les zones de combats intenses, les structures de santé se concentrent principalement (sur le plan pratique et financier) sur les interventions d'urgence et la traumatologie. Cela est particulièrement vrai pour les structures de santé soutenues par les ONG syriennes et internationales, dont le financement a largement été réorienté vers la traumatologie et la chirurgie depuis le début de 2016. La population locale a passé des semaines/mois/années sans avoir accès à des soins primaires suffisants, à des soins pré/postnataux, à un soutien en santé mentale ou à un approvisionnement régulier en médicaments contre les maladies non transmissibles (NCD), car les ressources ont été réorientées. Les populations d'accueil n'ont pas accès à nombre de ces services, en particulier aux soins compliqués pour les NCD (insuffisance cardiaque, troubles sanguins, cancer) et doivent attendre des mois pour être référées vers la Turquie. En outre, les personnes déplacées fuyant des zones de conflit intense, sont particulièrement sujettes à une dégradation de leur état de santé.

La nouvelle vague de déplacés depuis avril 2019 a entraîné des besoins médicaux supplémentaires dans le district de Dana (l'un des plus peuplés d'Idlib). En conséquence, nous avons ajouté une nouvelle clinique mobile pour répondre aux besoins médicaux de soins de santé primaires.
A noter que nombre d'ONG internationales et locales sont affectées par la baisse de financements consécutive à la politique anti-terroriste empêchant le soutien des territoires sous contrôle du HTS.

PRÉSENCE DE MSF

Deux autres OC sont présents dans le nord-ouest de la Syrie :

- OCB à Idlib avec un soutien complet à 4 hôpitaux de référence, un soutien à 2 centres de vaccination, 3 cliniques mobiles dans 45 camps, des activités eau-hygiène-assainissement et un soutien au système de référence.

- OCBA à Azaz et Idlib : A Azaz, OCBA gère l'hôpital MSF Al Salama et une clinique mobile dans le camp d'accueil d'Azaz. A Idlib, ils font des dons en nature et apportent un soutien technique à deux maternités, et soutiennent les références avec huit ambulances.

PROJET : IDLIB

Historique du projet

L'intervention de MSF OCP en Syrie a commencé au début du conflit en 2011 par un soutien matériel aux victimes du conflit (blessées par balles lors de manifestations dans les rues) via des dons de matériel médical/chirurgical, une assistance financière et une expertise technique aux réseaux et installations clandestins gérés par le personnel médical syrien à Deraa, dans la banlieue de Damas, à Hama et à Homs. Lorsque cette aide a cessé, l'accent a été mis sur le nord-ouest du pays dans le cadre d'une collaboration avec une nouvelle ONG syrienne, UOSSM (Union of Medical Care and Relief Organizations), bénéficiant de son vaste réseau et de ses connaissances du terrain.

Centre de brûlés d'Atme

En juin 2012, OCP a mis en place une unité de traumatologie chirurgicale dans une maison du village d'Atmeh, situé à la frontière turque, à proximité de plusieurs lignes de front. En 2013, l'hôpital a été converti en une unité spécialisée dans les brûlures en raison de la diminution du nombre de blessés de guerre, de l'augmentation des centres de santé secondaires et de la nécessité d'identifier les brûlés, victimes de bombardements, d'explosions ou d'accidents domestiques (accidents de raffinage artisanal du pétrole ou utilisation de combustible de mauvaise qualité directement liés aux mauvaises conditions de vie).

Soutien médical syrien (Syrian Medical Support)

OCP a également développé le projet Syrian Medical Support (SMS) en fournissant un soutien financier et médical pour assurer l'accès aux soins des patients dans les structures de santé. En 2017, le soutien s'est concentré sur 24 structures de santé dans les gouvernorats d'Alep (9), d'Idlib (9) et de Hama (6). Sur ces 24 structures, 9 étaient des hôpitaux, 10 des centres de soins de santé primaires (SSP), 2 des postes médicaux avancés (PMA), 1 un réseau d'ambulances, 1 un centre de dialyse et 1 un service de scanner.

L'enlèvement de collègues de MSF OCB à Bernas en janvier 2014, au sud de la province d'Idlib, a conduit au retrait de la présence expatriée en février 2014. Depuis lors, le projet est géré par une équipe basée à Gaziantep (Turquie), composée de personnel national et expatrié (modus operandi de gestion à distance). Des visites sporadiques du projet n'ont été possibles que par le personnel syrien basé en Turquie.

La coordination du projet était basée à Gaziantep, en Turquie. Non enregistré en Turquie, OCP a finalement déménagé à Beyrouth qui est devenu la base de l'équipe de coordination à la suite des arrestations conduites par les autorités turques dans les locaux d'OCB à Hatay et d'OCBA à Gaziantep fin mai 2019. Légalement parlant, l'enregistrement en Turquie est nécessaire mais très problématique (OCP été enregistré en Turquie de 2015 à 2016). Suite à cet événement, tous les expatriés ont été déplacés à Beyrouth. La principale conséquence a été le blocage de tout approvisionnement international pour la zone d'Idlib via la Turquie (les tentatives d'approvisionnements locaux depuis la Turquie ou à l'intérieur de la Syrie ne permettent pas de maintenir nos opérations durablement).

Tous ces événements ont ajouté des contraintes supplémentaires au mode de gestion à distance des opérations, qui existe depuis 6 ans. MSF continue à ne pas être accepté par le gouvernement syrien pour travailler dans les zones sous son contrôle. L'espace de travail de MSF en Syrie s'est finalement réduit à la zone d'Idlib.

Actuellement, OCP gère toujours le centre de brûlés d'Atmeh, seule structure à offrir des soins spécialisés pour les brûlés et accessible à la population vivant dans la zone contrôlée par l'opposition. La plus proche se trouve dans la ville d'Alep (sous contrôle gouvernemental) ou en Turquie, ce qui nécessite un transfert médical transfrontalier validé par les autorités turques. Les activités externes consistent pour l'instant en 2 cliniques mobiles dans les sites de Deir Hassan, et un soutien à 2 centres de soins de santé primaires (Takad et Tal Al Karama) où MSF prend en charge les maladies chroniques.

Programme élargi de vaccination (PEV) : jusqu'en 2018, 4 équipes ont assuré le PEV aux populations hôtes et aux personnes déplacées dans les villages et les camps autour d'Atmeh, notamment les villages d'Aqrabat, Salwa, Qah et Kafer Lousin.

Les deux projets d'Idlib (activités externes et centre de brûlés) ont été fusionnés en 2018 dans le projet Idlib.

Dispositif actuel

Le projet actuel comporte deux volets : Activités internes (unité des brûlés) ; Activités externes (soutien aux soins de santé primaires, maladies chroniques et cliniques mobiles).

Centre de brûlés

Le centre de brûlés de MSF à Atmeh accueille 15 lits d'hospitalisation (+ 2 lits de soins palliatifs) : chirurgie, greffes de peau, salle d'urgence, consultations ambulatoires, physiothérapie et soutien psychologique sont les principaux services fournis aux habitants d'Idlib et de la population déplacée. Comme il s'agit de la seule unité de soins aux brûlés, elle couvre 3,9 millions d'habitants, dont 1,6 million de personnes déplacées. Des transferts vers la Turquie sont effectués avec des ambulances de MSF. Le suivi direct des patients référés n'est pas possible en raison du statut non reconnu de MSF en Turquie.

Activités externes

OCP soutient 2 centres de soins de santé primaire : un à Takad (couvre une population de 47 000 habitants) et un à Tal Al Karama (couvre une population de 61 000 habitants). Dans ces deux centres, l'équipe MSF effectue des consultations bihebdomadaires de maladies chroniques (deux fois par semaine dans chaque clinique), car les maladies chroniques ont été identifiées au cours du projet SMS comme un besoin non satisfait.

Les équipes gèrent également des cliniques mobiles dans les sites de Deir Hassan, 6 sites informels accueillant un total de 32 000 personnes déplacées

Bilan 2019

Principaux objectifs du projet :

- Réduire la morbidité et la mortalité des brûlés
- Continuer à améliorer la qualité des soins aux brûlés et maintenir les résultats qualitatifs et quantitatifs du centre d'Atmeh
- Continuer à soutenir le personnel national à Atmeh par des formations et un soutien direct de référents techniques, notamment pour les soins chirurgicaux, les soins infirmiers, la physiothérapie et la santé mentale.
- Répondre aux traumatismes et aux déplacements de population en cas d'escalade du contexte du conflit Idlib
- Soutenir et améliorer la qualité du système de soins de santé primaires dans le nord-ouest en se concentrant sur les maladies chroniques à Idlib et dans l'ouest d'Alep.
- Conserver l'une des 4 cliniques mobiles générales en service fin 2018 pour être en mesure de réagir et d'évaluer la situation médicale en cas d'urgence.

Centre de brûlés d'Atmeh	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Présentations aux urgences	2 883	3 734	3 715	4 886
Hospitalisations	439	431	401	497
Nb de passages au bloc	2 520	1 436	1 319	1 394
Sessions individuelles de Physiothérapie (nouvelles et suivi)	6 916	12 232	10 370	10 886

Activités externes (cliniques mobiles + maladies chroniques)	**2018**	**2019**
Nb de consultations cliniques mobiles (nouvelles et suivi)	11 712	19 562
Cliniques mobiles : % consultations < 5 ans		31%
Consultations maladies chroniques (nouvelles et suivi)	4 833	6 534
Cohorte maladies chroniques		1 078

TCHAD

Typologie : épidémies/endémies.

Personnel 2019
International : 33
National sous contrat : 187

Nombre de projets 2019 : 1

Dépenses 2019 : 7 012 k€.

Financements Institutionnels : aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCA.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

La 4ème 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 (liberté de la presse, liberté d'association, répression).

Fin 2019, le pays semble particulièrement à risque de déstabilisation. Au nord, dans le Tibesti, on constate des tensions en lien avec les sites aurifères, les groupes d'autodéfense communautaire, une militarisation de la zone et la présence de groupe rebelles dans une zone de commerce/trafic transfrontalier. La progression d'un groupe rebelle en territoire tchadien depuis la Libye a été stoppée par les frappes aériennes de l'armée française en février. Dans l'Est, les zones de transhumance du Ouaddaï et du Sila, les conflits communautaires (agriculteurs/éleveurs) et transfrontaliers ont fait plus de 200 morts. La déclaration d'état d'urgence dans l'Est du pays a eu pour conséquence la fermeture de la frontière avec le Soudan.

Dans la région du lac Tchad, l'Etat islamique en Afrique de l'Ouest/Boko Haram a multiplié les attaques depuis le début de l'année, créant des déplacements forcés des populations locales (+4% de déplacements). La situation en République Centrafricaine, malgré des accords de paix, demeure instable et la frontière reste fermée.
`

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, des manifestations et grèves régulières des fonctionnaires (arriérés dans les paiements des salaires) et des étudiants (suppression des bourses) sont fréquentes et rapidement réprimées par les forces armées. Au sein du clan présidentiel et de l'armée, des dissensions sont aussi présentes rendant le régime tout aussi fragile en interne.

Considéré au niveau international comme le rempart à l'extension des différents conflits régionaux (Libye, Nigéria, Soudan, RCA) et à la radicalisation islamique, le Tchad reste à risque d'instabilité compte tenu de la situation régionale (Soudan, RCA, Nigeria ou Libye) et des dynamiques internationales, notamment pour l'Afrique, avec les compétitions entre Russie et Occident, et entre puissances du Golfe et d'Afrique du nord.

Contexte sanitaire

Le Tchad est un désert sanitaire: les équipements des structures du système de santé sont limités ou vieillissants, les ruptures de médicaments sont récurrentes, la pénurie de ressources humaines est persistante.

Le pays se classe 186ème sur 189 dans le classement de 2018 de l'Indice du Développement Humain. Selon l'Enquête Démographique de Santé et à Indicateurs Multiples au Tchad (EDS-MICS 2014-2015), environ 1 enfant sur 8 meurt avant l'âge de cinq ans au Tchad (quotient de mortalité infanto-juvénile de 133 ‰). La mortalité maternelle reste forte avec 1040 [847 – 1590] décès pour 100 000 naissances vivantes. Après six années d'une politique d'offre de soins gratuite relativement large, une nouvelle politique de « gratuité ciblée » aux enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes a été instaurée en août 2017, réduisant cette offre.

PRÉSENCE DE MSF

MSF OCP est présent au Tchad de 1977 à 1984, en réponse aux urgences en lien avec les conflits de l'époque. De 2004 à 2010, MSF apporte un soutien aux réfugiés soudanais à l'Est et centrafricains au Sud. En 2010, le programme de prise en charge du paludisme débute à Moissala, au Sud, tout en maintenant une réponse pour les épidémies, la malnutrition et l'assistance aux réfugiés. Depuis 2018, seules 2 sections restent présentes au Tchad – MSF OCP et MSF OCA. MSF OCA a fermé son projet à Am Timan fin octobre 2019 (ouvert en 2010) mais reste dans le pays avec son équipe de réponse d'urgence.

PROJET : MOISSALA

Historique du projet

Ce projet ouvert en juillet 2010 était dédié à la lutte contre le paludisme. Les objectifs étaient d'assurer l'accès à un traitement efficace pour les patients et d'explorer des modes opératoires capables de réduire l'incidence des cas sévères. L'activité hospitalière était saisonnière (ouverture d'une Unité paludisme 6 mois par an), la chimio-prophylaxie saisonnière (CPS) était pratiquée sur le District sanitaire (DS) de 2012 à 2018 (130 000 enfants) et les 23 centres de santé (CdS) étaient soutenus pour le traitement du paludisme infantile. Le ministère de la santé publique (MSP), via son Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) n'a pas autorisé la CPS en 2019 dans le district de Moissala.

L'année 2018 marque le début de la réorientation du projet. En addition des activités pour lutter contre le paludisme dans le district, il est décidé de greffer un volet de santé de la femme au projet et de compléter l'offre pédiatrique. Au Tchad la mortalité maternelle est un enjeu majeur de santé et la longue présence de MSF à Moissala a été considérée comme un atout pour la mise en place de cette activité dans le District Sanitaire.

Ce nouveau volet d'activité repose sur des principes qui se sont affinés et précisés jusqu'en début 2019 :

- Cibler le couple mère-enfant et les femmes en âge de procréer notamment adolescentes, en recherchant des modèles de soins adaptés à ces cibles
- Développer un continuum de soin de la communauté à l'hôpital
- Prendre en compte les perceptions de différentes communautés et impliquer ces dernières
- Impliquer autant que possible les patients et leurs proches dans leurs soins préventifs et curatifs
- Impliquer le MSP, sans objectif de pérennité mais avec l'ambition de faire progresser les politiques de santé
- Porter au sein du projet des innovations utiles (approches et pratiques médicales, formation, outils, dispositifs)

Principaux indicateurs des enquêtes Epicentre dans les deux Zones de Responsabilité (ZdR) pilotes :

% d'accouchements à domicile	45% à Dembo 50 % à Beboro
Ont eu une consultation post natale	46% à Dembo 33% à Beboro
Couverture vaccinale rougeole	78,8 % à Dembo 84,5% à Beboro
Mortalité maternelle	561 et 768/100 000 à Dembo et Beboro

Dispositif actuel

Support de MSF à l'hôpital de District de Moissala en collaboration avec le MSP

- Support au MSP en pédiatrie (dont nutrition et néonatologie)
  - Service de Pédiatrie 77 lits en période hors pic paludisme et 152 lits en période de forte endémicité dont le service des Urgences pédiatriques (avec unité d'observation) et un projet de centre de suivi pédiatrique post hospitalier
- Support au MSP en maternité et au bloc opératoire
  - Maternité : Soins obstétricaux et néonatals d'urgence complets (SONUC) depuis avril
  - Bloc opératoire en support à l'obstétrique
  - 18 lits d'hospitalisation maternité
  - Service de consultations prénatales hospitalières, prise en charge des victimes de violences sexuelles et des interruptions volontaires de grossesses.

Support de MSF dans les deux Zones de Responsabilité pilotes (Dembo et Beboro)

- Support aux CdS : consultations pédiatriques (avec dispositif E-care), au PEV et soins obstétricaux et néonatals de base (SONUB)
- Construction du volet communautaire : analyse sociale, micro-stratégie par village de déploiement des activités

Support MSF aux 21 autres Centres de Santé du District

- Support aux CdS en redéfinition (actuellement support en intrants paludisme)

Bilan 2019

- Hôpital & District : flambée des cas de paludisme dans les Centres de Santé et à l'Hôpital suite à l'arrêt de la CPS en 2019 :
  Le projet a su répondre et s'adapter. La dotation en intrants des agents communautaires de santé (ACS) existants a été positive ; la stratégie en milieu urbain de recherche active des cas en « porte à porte » et le renforcement en RH des CdS urbains a limité le nombre de cas sévères.
  En revanche il y a eu des ruptures de stocks dans les CdS en périphérie (rupture).

Nombre de cas de paludisme confirmés	2018	2019
District Moissala (centres de santé)	45 044	83 613
Hospitalisation (pédiatrie)	4 533	6 941
Nombre de décès paludisme en pédiatrie	98	250
Nombre de transfusions réalisées	782	1 937

- Hôpital (bloc opératoire) : ouvert et fonctionnel. Démarrage de formation du personnel.
- Hôpital (néonatologie) : ouvert et fonctionnel. Des expertises dédiées ont permis de bien démarrer cette activité. Le turn-over du staff a été un défi.
- Hôpital (pédiatrie) : des améliorations dans l'organisation et le soin infirmier, la qualité, l'organisation.
- Hôpital (maternité) : Après 5 mois d'activités, encore trop peu de femmes accouchent à l'hôpital.
- Centres de Santé pilotes : La situation autour de la santé est très différente sur les 2 zones avec des enjeux de pouvoir et de corruption à Beboro exigeant d'adapter notre support, mais une bonne motivation et dynamique à Dembo.
- Communauté dans les zones pilotes : Un gros travail a été réalisé en termes de mapping social et des acteurs par village. Les conditions sont réunies pour amorcer les activités médicales communautaires en proposant une stratégie spécifique par village/communauté et avec leur implication. Il s'agit de déléguer aux accoucheuses traditionnelles, aux ACS, aux familles certains soins et de fournir les connaissances à ces acteurs pour améliorer la santé materno-infantile et des femmes.
- Hôpital & District : La collaboration avec le MSP est mise en place à plusieurs niveaux (recrutement conjoint pour l'affectation de ressources humaines au projet, comité de pilotage conjoint, formation, qualité des soins, gestion

des RH, gestion hospitalière) et nous tendons vers une transition graduelle complète de staff MSF vers des agents MSP.

- Réponse aux urgences à proximité : les équipes ont largement contribué aux premières réponses aux épidémies de méningite et rougeole dans la zone.

	2018	2019
Nb de consultions dans les CdS		133 412
Nb de passages aux Urgences	6 579	9 977
Nb de cas de paludisme traités CdS	45 044	83 613
Nb d'admissions en Pédiatrie	5 621	8 884
Nb d'accouchements CdS pilotes		598
Nb d'accouchements hôpital		438
Nb de césariennes		67

YEMEN

Typologie : conflit armé.

Personnel 2019
International : 47
National sous contrat : 691

Nombre de projets 2019 : 6

Dépenses 2019 : 22 848 k€.

Financements Institutionnels : aucun.

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

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

A la suite du printemps arabe de 2011 et l'éviction du président Ali Abdullah Saleh au pouvoir depuis 33 ans grâce à ce que l'on a appelé l'initiative du Conseil de Coopération du Golfe (GCC) qui a conduit en 2012 à une transition pacifique du pouvoir à son vice-président du Sud, Abdurabo Mansoor Hadi, le pays est passé ensuite à une phase de transition avec une conférence de dialogue national pour régler plusieurs questions politiques conflictuelles, notamment les crises du gouvernorat de Saada, les revendications séparatistes du Sud ainsi que les questions économiques.

En 2014, l'ennemi précédent de Saleh, Ansar Allah (mouvement Al Hoothi Zaidi originaire de Sa'ada - AH) a attaqué et contrôlé la capitale Sanaa (et auparavant le gouvernorat limitrophe d'Amran) dans le cadre de ce qui a alors été appelé la révolution du 21 septembre, en s'appuyant sur le rejet de la nouvelle constitution, le désaccord sur le nouveau plan de fédéralisation du Yémen ainsi que des accusations de corruption gouvernementale pour justifier leur expansion. Un accord parrainé par l'ONU a été conclu entre l'AH et Hadi, appelé «Accord de paix et de partenariat national», afin de maintenir la paix à Sanaa.

En février 2015, le pays semblait déjà glisser dans une guerre civile suite à la dissolution du parlement par les AH et à la formation du Comité révolutionnaire suprême et du Conseil présidentiel. Le cabinet ainsi que Hadi ont été assignés à résidence, peu avant de pouvoir fuir vers Aden, capitale de l'ancienne République démocratique populaire du Yémen (PDRY), le fief du mouvement sécessionniste du sud, la désignant comme la capitale temporaire du Yémen. En mars, l'alliance de Sanaa, révélée à l'époque comme une alliance officielle entre l'AH et Saleh, a lancé une offensive vers les gouvernorats du sud et a réussi à atteindre Aden ; Hadi s'est à nouveau enfui, cette fois vers le Royaume d'Arabie saoudite (KSA) et a exigé une intervention militaire du Conseil de coopération du Golfe pour sauver l'initiative du GCC, et pour empêcher ce qui a été appelé l'invasion iranienne dans la Péninsule arabique.

Le 26 mars, le KSA a annoncé la formation d'une coalition de 9 pays – la coalition dirigée par l'Arabie Saoudite (Saudi-led coalition - SLC) – pour lancer une opération militaire sous la résolution 2216 de l'ONU à la demande du président yéménite, dont le but est de réintégrer Hadi à Sanaa. Une phase de restrictions à l'importation, une forme d'embargo et des bombardements aériens a été initiés par la SLC. En juillet de la même année, la SLC, avec le soutien d'une alliance complexe de sécessionnistes, de groupes salafistes, de l'Islah (parti des Frères musulmans, ancien allié de Saleh et ennemi traditionnel de l'AH) et, dans une moindre mesure, de groupes radicaux (AQAP et ISIS), a réussi à reprendre Aden et, plus tard, a délogé l'AH/Saleh de Lahj, Abyan et Shabwah. Quelques mois plus tard (octobre 2015), le centre de santé de MSF dans le nord, à Haydan - Sa'ada, a été frappé par une attaque aérienne, ce qui a forcé la suspension des activités et de longues négociations avec le SLC sur certaines garanties.

Début 2016, les Nations unies ont organisé des pourparlers de paix au Koweït. Les négociations se sont terminées sans accord après qu'AH et ses alliés, principalement le Congrès général du peuple (parti de Saleh «GPC»), ont introduit un nouvel organe de gouvernement unilatéral nommé le conseil politique suprême pour partager le pouvoir entre eux dans les zones qu'ils contrôlent. En août 2016, le KSA a relancé un bombardement intense dans le nord du Yémen ; l'hôpital d'Abs dans le gouvernorat de Hajah et le centre de santé de Razeh à Saada, tous deux soutenus par MSF OCBA, ont été touchés. Par la suite, MSF a retiré le personnel international des gouvernorats de Saada et de Hajjah en réaction.

En septembre 2016, Hadi a annoncé le déménagement de l'administration de la banque centrale yéménite de Sanaa à Aden, justifiant publiquement ce déménagement par le fait que les revenus de la banque étaient utilisés pour soutenir les efforts de guerre de Sanaa et prolonger la guerre, mais promettant qu'elle contribuerait à la poursuite du paiement des salaires dans le pays. Depuis lors, les salaires des fonctionnaires n'ont pas été payés par le cabinet de Hadi dans les gouvernorats du Nord, à quelques exceptions près ; en outre, l'aéroport de Sanaa a été fermé en octobre 2016 par la SLC pour tous les vols commerciaux et il n'a jamais été rouvert depuis lors.

Les affrontements et les bombardements se sont poursuivis sur toutes les lignes de front en 2017, mais sans avancées majeures d'aucun côté. Pourtant, les forces de la SELC (coalition dirigée par les Saoudiens et les Émiratis, qui a alors semblé remplacer la SLC), principalement dirigées par les Emirats Arabes Unis (EAU) dans le sud, ont fait une percée sur la côte ouest et ont réussi à prendre le port de Mocha à l'ouest de Taiz au début de l'année, annonçant leur intention d'avancer vers le port de Hodeidah, l'artère vitale de l'économie des zones contrôlées par l'alliance du nord. Sanaa a intensifié les attaques pour protéger les frontières

orientales de la ville de Sanaa en direction de la ligne de front de Marib, ainsi que les zones frontalières du KSA qui la situation de cesse de se dégrader depuis le début de la guerre, avec une augmentation de la capacité de missiles de l'alliance en mesure d'atteindre l'intérieur du KSA.

Dans le sud, la période d'après-guerre a été présidée par des personnalités sécessionnistes du sud nommées par Hadi et officiellement soutenues par les EAU. Le remplacement soudain des gouverneurs qu'il a effectué en avril 2017 a déclenché un large mécontentement populaire dans le sud, et a provoqué une réaction politique du groupe sécessionniste du sud en formant ce qui est connu sous le nom de Conseil de transition du sud (STC) ; un organe politique qui est censé poursuivre les appels à l'indépendance du sud.

A la fin de la même année, et après des mois de tension interne entre les alliances du nord et du sud, à savoir respectivement Saleh/AH et le STC/Hadi, sur le contrôle de l'administration et des accusations mutuelles de corruption, des affrontements ont commencé dans la ville de Sanaa suite aux appels de Saleh à un soulèvement public contre AH et à des propositions de paix avec le KSA pour mettre fin à la guerre. Les affrontements de Sanaa en décembre 2017 ont pris fin avec la mort de Saleh et la fragmentation de son parti. Dans le sud, et à l'instar de la dynamique de Sanaa avec le respect des différences, la tension à Aden s'est terminée par des affrontements entre le STC et le gouvernement de Hadi fin janvier 2018. Le STC a pris le contrôle d'Aden, peu avant d'être contraint de se retirer sous la pression politique de la SELC, principalement exercée par le KSA.

En 2018, les EAU et leurs forces armées ont introduit une nouvelle faction militaire dirigée par le neveu de Saleh, Tarek Saleh, qui a réussi à fuir Sanaa avant que son oncle ne soit tué. Il a annoncé sa progression vers le port de Hudaidah, ce qui a suscité des inquiétudes internationales quant aux répercussions humanitaires. En juin de la même année, les forces soutenues par la SELC (unités de Salafi, du sud et de Tarek) ont engagé des affrontements près de l'aéroport de la ville d'Al-Hudaidah, peu avant l'annonce d'un arrêt des combats pour donner un espace aux négociations politiques menées par l'ONU. Une nouvelle table ronde de négociations a été annoncée en septembre mais n'a même pas réussi à réunir Hadi et AH à Genève.

Dans l'extrême sud, les EAU ont continué à soutenir explicitement la faction séparatiste (le STC en tant que corps politique et sa branche armée Security Belt, ses forces d'élite, etc), et ont soutenu cette dernière pour qu'elle devienne une puissance de première ligne. Ceci était normalement en conflit avec la souveraineté du gouvernement Hadi d'appliquer sa présence physique et administrative à Aden, et restait une cause inhérente de tension.

En mai 2018, la coalition de troupes de la côte ouest, composée de Tareks et des brigades Giants (Salafi, affiliée au STC), a commencé à lancer une offensive pour reprendre la ville de Hodeida. Début novembre, la bataille de la ville de Hodeida a officiellement commencé, les troupes attaquantes s'approchant rapidement des frontières de la ville. En décembre, les Nations unies ont réussi à négocier un autre accord entre les parties en conflit, en particulier le gouvernement du Yémen et AH, à Stockholm, un accord qui a abouti à la cessation des hostilités dans la ville d'Al Hudaidah, à l'échange de prisonniers et à de nouvelles mesures pour épargner la ville des combats. Cet accord a été suivi par la résolution 2452 (2019) du Conseil de sécurité des Nations unies qui a introduit la Mission des Nations unies pour le soutien de l'accord d'Al Hudaidah (UNMHA).

L'année 2019 a vu se multiplier les tentatives de maintien de la paix, mais l'essentiel a concerné la ville d'Al Hudaidah et l'accord de Stockholm. Les confrontations et les affrontements militaires entre les forces des coalitions hétéroclites soutenues par la SELC contre AH se sont poursuivis presque sur toutes les lignes de front, depuis la côte ouest, Ad Dhalea, Taiez et Al-Baydha (centre), jusqu'aux zones frontalières du KSA où AH a augmenté ses attaques et amélioré sa capacité aérienne grâce à des drones et des missiles envoyés à l'intérieur des territoires saoudiens. L'une des principales attaques revendiquées par AH a été celle de l'Aramco en Arabie Saoudite, qui a provoqué l'arrêt de 5 % de la production pétrolière quotidienne mondiale pendant quelques jours.

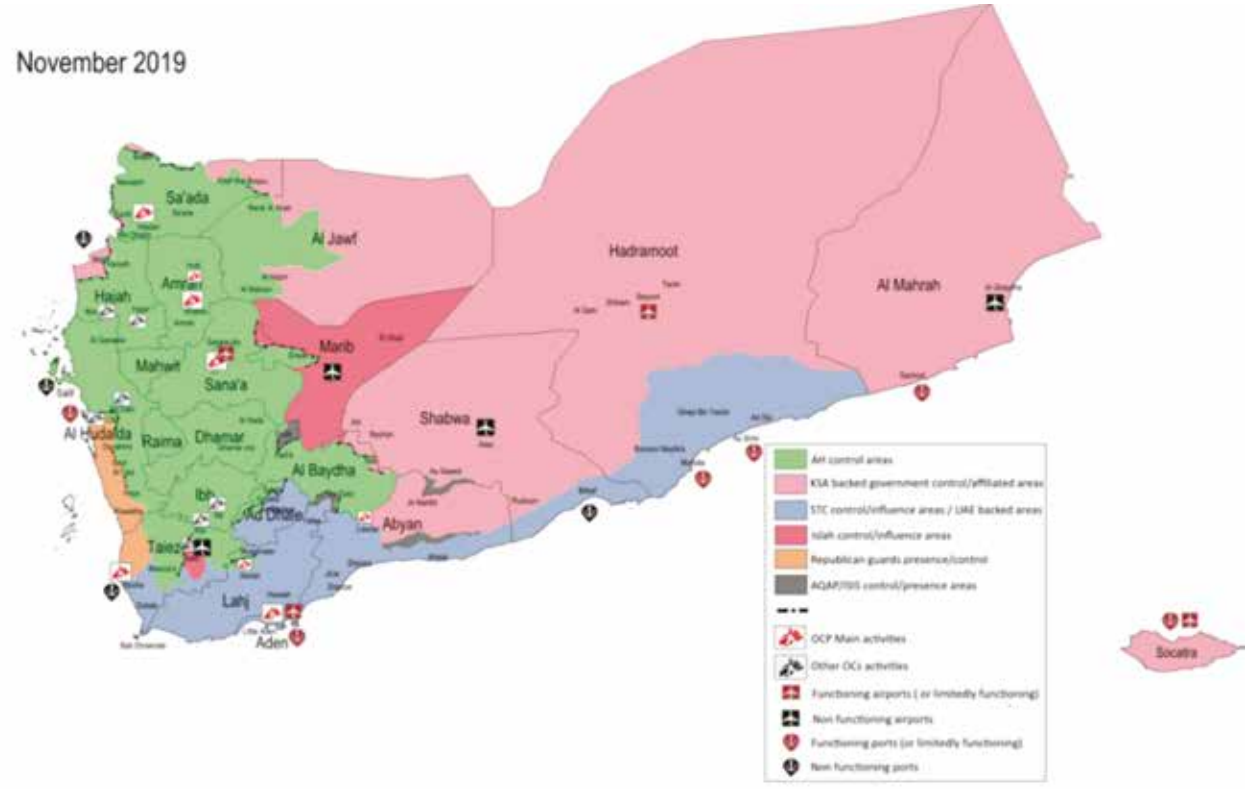
Dans le sud, une attaque de drone en août, revendiquée par AH, a entraîné la mort d'une figure clé du Security-Belt du STC, et a déclenché une série d'accusations sur l'implication de la branche Islah du gouvernement de Hadi dans cette attaque. La tension qui a suivi l'incident s'est accrue et a justifié plus tard une autre attaque du STC contre le gouvernement, mais cette fois-ci, en réussissant à évincer définitivement le gouvernement d'Aden. Une attaque aérienne des EAU sur les troupes gouvernementales venant de Marib pour tenter de reprendre la ville a fait remonter à la surface la tension internationale entre le gouvernement et les EAU.

Début novembre 2019, une attaque aérienne qui aurait été menée par AH a causé la destruction partielle de l'hôpital de MSF à Mocha. Les cibles, qui étaient une station-service et un camion probablement rempli de munitions, ont provoqué une série d'explosions dans un magasin de munitions voisin appartenant aux forces locales. L'activité a été suspendue pour la réhabilitation qui a pris 12 jours. En novembre 2019, le KSA a négocié un accord entre le STC et le gouvernement de Hadi dans le cadre de ce qui est aujourd'hui connu sous le nom d'Accord de Riyad. Il reconnaît le STC en lui accordant une place consistante au sein du cabinet, et il sape d'une certaine manière l'influence des EAU en faveur d'une présence saoudienne à Aden. Le gouvernement est (partiellement) retourné à Aden suite à l'accord.

Contexte sanitaire

La crise humanitaire n'a cessé de croître depuis le début de la guerre civile. Le ministère de la santé, divisé entre les deux gouvernements de Sanaa et d'Aden, a atteint un état d'effondrement total et est devenu presque entièrement dépendant de l'aide étrangère. Aucun salaire n'a été versé au personnel du gouvernorat du nord depuis septembre 2016 ; le paiement à peu près ininterrompu des travailleurs de la santé dans le sud n'a pas encore amélioré la situation sanitaire, car les mauvaises conditions économiques perdurent et le soutien gouvernemental au système de santé est suspendu. La fourniture de soins de santé est devenue limitée aux quelques hôpitaux restants, non ciblés et partiellement fonctionnels, qui ont du mal à trouver des revenus, ce qui augmente par la suite le coût de recouvrement des services qu'ils fournissent.

Selon l'OMS, en 2018, 51 % des structures de santé étaient totalement fonctionnelles, 36 % partiellement fonctionnelles



et 13 % non fonctionnelles. Celles qui sont fonctionnelles dépendent fortement des primes au personnel et des dons pour maintenir les activités. L'effondrement du système de santé ainsi que d'autres services gouvernementaux essentiels a 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. Le choléra, bien qu'il ait été contenu lors des deux pics de 2017 et 2018, reste une menace permanente puisque les conditions sont mûres pour d'autres vagues à venir malgré les campagnes de vaccination ciblées menées ces deux dernières années. La diphtérie est une autre menace, avec un total de 1273 cas probables de diphtérie, dont 66 décès associés, signalés entre janvier et septembre 2019.

Avant la crise actuelle, le Yémen importait 80 à 90 % de ses aliments de base et avait besoin d'environ 544 000 tonnes de carburant importé par mois pour les transports et l'alimentation en eau et les structures de santé, entre autres activités. Les importations de carburant ont chuté depuis le début de la crise, et sont tombées à seulement 190 000 tonnes en septembre 2017. La fermeture de l'aéroport de Sanaa pour les avions commerciaux depuis 2016 et la restriction générale des importations imposée par la SELC, bien qu'elles n'empêchent pas totalement de faire entrer des marchandises dans le pays, ont grandement affecté le coût des fournitures de base au niveau national. La guerre économique entre les deux parties, l'essor du marché noir dans les zones de l'AH pour soutenir les efforts de guerre, le carburant en particulier, ont également largement contribué à la détérioration de la situation humanitaire.

Dans cette situation, les acteurs humanitaires sont amenés à remplacer les secteurs publics, allant jusqu'à payer les salaires du personnel des ministères. Les acteurs travaillant dans le secteur de la santé, comme MSF, sont littéralement invités à se substituer au ministère et à prendre en charge tous les services dans les districts où ils travaillent, y compris, mais sans s'y limiter, la fourniture d'un soutien financier pour les frais de fonctionnement et l'aide à l'importation de médicaments et de fournitures médicales du ministère de la santé dans le pays.

Des dizaines et des centaines de blessés de guerre tombent chaque jour sur toutes les lignes de front, parmi lesquels des civils. Selon l'Armed Conflict Location & Event Data Project (ACLED), en 2019, le nombre de morts a dépassé les 100 000 depuis le début de la guerre, dont au moins 12 000 civils, chiffre qui est sans doute sous-estimé. L'absence ou le manque de capacité chirurgicale des établissements de santé est un problème crucial dans ce conflit. L'intervention des acteurs humanitaires est loin de couvrir les besoins.

Pour couronner le tout, la capacité des acteurs humanitaires à accéder aux zones affectées est entravée par des procédures administratives bureaucratiques, des refus de visas aux experts internationaux, des retards administratifs dans les importations, des arrestations de personnel des Nations unies et des ONG et des attaques médiatiques systématiques par les autorités de Sanaa depuis 2018 qui déforment l'image du système d'aide. Début 2019, la tension entre le PAM (programme alimentaire mondial) et AH s'est accrue suite à des rapports faisant état d'un important détournement de l'aide du PAM dans les zones contrôlées par AH. Cela a conduit à la suspension temporaire des programmes de distribution de nourriture du PAM. En résumé, l'espace pour les opérations humanitaires se réduit progressivement de jour en jour, et la capacité à répondre rapidement aux urgences est affectée non seulement par le manque de capacité des acteurs, mais aussi par le fait que l'accès est de plus en plus refusé.

PRÉSENCE DE MSF

MSF OCP a été constamment présent au Yémen depuis 2007, avec une intervention dans le gouvernorat de Saada liée aux guerres entre le gouvernement yéménite (Saleh/Islah) et AH (2004-2010). Depuis lors, les principales opérations d'OCP ont eu lieu à Aden, Amran et Saada, concentrées sur les soins d'urgence et l'accès aux soins.

Depuis août 2018, suite à l'intensification des combats au sud de Hodeida, OCP a ouvert un hôpital de campagne à Mocha, à l'ouest du gouvernorat de Taiez, qui a été transféré à OCB le 31 décembre 2019. En octobre 2018, un hôpital chirurgical en coopération avec le ministère de la santé a ouvert dans la ville de Hodeida, et a finalement été transféré à OCG le 31 mars 2019.

OCP a également mené différentes interventions, dont certaines sont toujours en cours, à Sanaa, Lahj, Taiz, Abyan, Shabwah et Mukalla, en se concentrant sur les soins d'urgence et les postes médicaux avancés de stabilisation. La base logistique de Djibouti est également gérée par OCP pour toutes les sections, y compris la gestion des avions, le transit du personnel national et expatrié et l'approvisionnement général.

Tous les OC opèrent au Yémen :

- OCBA : Gouvernorat de Hajjah (Abs).
- OCA : gouvernorat de Taiz (la ville enclavée et Hurban au nord de Taiz). Le projet Ad Dhale a été fermé en octobre 2018 en raison d'une grave menace pour la sécurité.
- OCG : gouvernorat d'Ibb (Kilo) et Al Hudaidah (Al Salakhana dans la ville et Ad Dhahi).
- OCB : Gouvernorat de Taiez (Mocha à partir du 1er janvier 2020).

D'autres sections ont ouvert un bureau à Aden à la fin de l'année, principalement pour la représentation et l'approvisionnement. OCB mettra en place une équipe de coordination en 2020 à Aden.

En novembre 2019, MSF travaillait dans 12 hôpitaux et centres de santé au Yémen et apportait son soutien à plus de 20 hôpitaux et centres de santé dans 12 gouvernorats (Abyan, Aden, Amran, Hajjah, Hodeidah, Ibb, Lahj, Marib, Saada, Sana'a, Shabwah et Taiz), avec près de 2500 employés, et environ 1175 employés du ministère de la santé avec indemnité mensuelle. Le budget total du mouvement MSF pour 2019 était de 63 millions d'euros (OCP représente un tiers du budget de MSF).

PROJET : SANAA

Historique du projet

Soutien à l'hôpital Al-Koweït

Sanaa était la capitale du Yémen, aujourd'hui elle est la capitale de facto d'AH depuis qu'ils en ont pris le contrôle en 2014, Aden a été officiellement annoncée comme la capitale temporaire du Yémen en 2015. Aujourd'hui encore, Sanaa accueille les institutions gouvernementales, dirigées par AH, et compte plus de 4 millions d'habitants. Les quatre centres opérationnels de coordination de MSF sont basés à Sanaa pour gérer tous les projets du Yémen. Le siège des Nations unies au Yémen est également situé à Sanaa, tout comme la plupart des ONG.

La disponibilité de services de santé nombreux et variés avec des ressources humaines spécialisées du niveau primaire au niveau tertiaire n'exige pas que MSF lance un projet d'hôpital général. Cependant, tous les centres opérationnels de MSF ont leur plan de réponse aux urgences centré sur Sanaa au cas où la situation s'aggraverait, ce qui est un scénario valide. Depuis 2015, MSF OCP a établi une étroite collaboration avec l'hôpital universitaire Al-Kuwait ainsi qu'avec d'autres institutions comme la Banque nationale du sang pour l'approvisionnement. Pour autant, le seul soutien permanent de MSF OCP à ce jour est le service des urgences de l'hôpital Al-Kuwait (ER). En 2017 et en 2019, MSF OCP est intervenu à deux reprises pour soutenir l'épidémie de choléra à l'hôpital universitaire Al-Kuwait. Un centre de traitement du choléra de près de 60 lits a été mis en place par MSF et 3285 patients ont été traités.

Objectifs

Faciliter l'accès de la population à des services de soins de santé d'urgence gratuits tout en maintenant une capacité de réponse à l'hôpital en cas d'urgence.
Aider l'hôpital à maintenir le niveau de son personnel qualifié dans le service des urgences.

Dispositif actuel

Depuis 2015, MSF OCP soutient systématiquement le service des urgences (divisé en urgences médicales, chirurgicales et pédiatriques). Ce soutien comprend toutes les fournitures et consommables médicaux, les équipements, la maintenance et les formations techniques nécessaires au bon déroulement de ces activités. En outre, depuis 2018, MSF soutient l'hôpital par des primes trimestrielles pour aider au maintien du personnel qui est privé de salaires fixes, à l'exception d'une légère aide financière provenant du recouvrement très limité des coûts de la structure.

En avril 2019, suite à une réhabilitation majeure du bâtiment ORL existant, MSF a rouvert le Centre de traitement du choléra (CTC) de l'hôpital Al-Kuwait pour 12 semaines en réponse à l'épidémie de choléra. MSF a traité 3285 cas suspects de choléra, avec un pic de 800 cas en une semaine. La capacité d'accueil du CTC était de 76 lits et a été entièrement prise en charge par MSF pour la logistique, les finances, les médicaments, ainsi que la gestion du personnel chargé du choléra en collaboration avec le ministère de la santé.

Cas médicaux	12 770
Cas chirurgicaux	16 059
Cas pédiatriques	6 255

PROJET : DJIBOUTI

Historique du projet

Le projet a été ouvert après la décision de la SLC de fermer les espaces aériens et maritimes yéménites en 2015. Le bureau de Djibouti approvisionne directement les projets du Yémen du Nord par avion vers l'aéroport de Sanaa (vol cargo/full charters) et ceux du Yémen du Sud par avion et bateau vers Aden (les vols vers Aden n'ont commencé qu'en novembre 2016, de 2015 à novembre 2016 MSF utilisait des bateaux pour le transport des personnes et pour l'approvisionnement vers Aden). La gestion des mouvements de personnel (transit du/vers le Yémen) est assurée par le bureau de Djibouti par des avions MSF vers Sanaa et des vols MSF (parfois des bateaux) vers Aden. Les OC (OCP, OCBA, OCA et OCG) ont convenu de partager un bureau commun où l'OCP est engagé à être le point focal et l'interlocuteur principal, y compris la gestion des expatriés et du bureau. Djibouti est également le lieu où sont gérées avec la SELC toutes les informations relatives à la protection des structures de MSF.

La base de Djibouti organise en moyenne le transfert d'environ 500 tonnes de fret (bateaux et avions) et plus de 15 vols vers le Yémen pour 1750 passagers par an (2018).

Bilan 2019

Plus de 2000 passagers sont transportés par 200 vols en moyenne par an.

Tondo	2016	2017	2018	2019
Coût du fret Djibouti – Yemen (2016: marchandises et passagers : à partir de 2017 : marchandises seulement)	738 000 $	160 154 $	209 503 $	210 000 $
Tonnage transporté par l'avion MSF	N/C	9 000 kg	22 654 kg	25 000 kg
Personnel national sous contrat	0	0	31	29
Processus de dédouanement et coût du stockage (facture par BMMI, Aramex)	241 000 $	260 000 $	42 000 $	

PROJET : SAADA – GOUVERNORAT DU NORD

Historique du projet

En tant que bastion du mouvement Ansar Allah (AH), et étant l'une des régions les plus pauvres du Yémen, le gouvernorat de Saada est soumis depuis 2004 à un cycle de conflits violents entre le mouvement et l'armée yéménite. Les besoins humanitaires qui en découlent ont justifié l'intervention de MSF au Yémen à l'époque (2007).

Des années après s'être retiré de Saada suite à des difficultés avec AH (2011), MSF a rouvert en avril 2015 un projet à l'hôpital de Haydan et au centre de santé de Majz. En octobre 2015, l'hôpital d'Haydan a été gravement endommagé et partiellement détruit par un raid aérien de la SELC, ce qui a entraîné une interruption des activités de MSF à Saada jusqu'en décembre 2015, date à laquelle elles ont pu reprendre (gestion à distance).

En plus, OCP a commencé à soutenir le centre de santé de Nushoor dans le district d'As Safra et celui de Yasneem dans le district de Baqim. Après avoir amené pendant quelques mois en 2016 du personnel international pour des services d'urgence, des consultations et de l'obstétrique, l'équipe a été à nouveau évacuée après le bombardement de l'hôpital de Abs par la SELC début août 2016 (qui a fait 19 morts).

En février 2017, MSF a recommencé à s'impliquer directement par la présence des expatriés et a reconstruit l'hôpital. L'accès aux villages de la ligne de front n'a pas été autorisé en raison des restrictions imposées par AH. En conséquence, il a été décidé de concentrer les activités autour de Haydan, en se concentrant sur les soins de santé primaires (principalement sur les grandes maladies mortelles), tout en maintenant dans la ville de Saada les moyens pour répondre à des urgences. Depuis l'ouverture du nouvel hôpital, l'activité n'a cessé de croître.

Aujourd'hui, le gouvernorat de Saada compte environ 8 lignes de front actives. MSF aide à la stabilisation et aux références des blessés de guerre. En moyenne, de janvier à octobre 2019, 83 cas par mois référés du service des urgences concernaient de la chirurgie (environ 60 %). Le nombre moyen d'urgences obstétriques (de janvier à octobre 2019) représentait 10 à 15 % du nombre total de cas référés par mois. En octobre 2019, alors que les lignes de front étaient très actives, MSF a reçu à l'hôpital de Haydan 337 blessés de guerre provenant des lignes de front. 181 cas nécessitant une intervention chirurgicale ont été référés à Saada.

Objectifs

L'objectif principal de ce projet est d'assurer l'accès aux services de soins de santé (soins primaires et secondaires) dans les zones du gouvernorat de Saada les plus touchées par le conflit depuis 2004 et de garantir l'accès aux soins d'urgence aux populations du district de Haydan et des environs.

Dispositif actuel

En collaboration avec le ministère de la santé, MSF mène les activités suivantes à l'hôpital de Haydan :

- Centre de consultations (triage et enregistrement, 3 salles de consultation, ATFC (centre d'alimentation thérapeutique ambulatoire), pansements, salle de vaccination).
- Urgences 24h/24 et 7j/7 (6 brancards + 2 lits d'observation).
- Système de référence ; stabilisation et référence des blessés de guerre et autres cas qui ne peuvent être pris en charge à l'hôpital de Haydan ; MSF a soutenu le ministère de la santé avec 3 ambulances.
- Hospitalisation pédiatrique (10 lits) + centre d'alimentation thérapeutique intensif - ITFC (6 lits) + néonatologie (6 lits) + chambre d'isolement (5 lits) + Hospitalisation adulte (3 lits).
- Maternité - BemoNC (2 lits d'accouchement, 2 pré/3 post-partum), soins anté et post-natals et planning familial.

Activités transversales :

- Laboratoire (principalement tests rapides, banque de sang et services de transfusion sanguine).

- Service de stérilisation, blanchisserie.
- Pharmacie.
- Soutien au système références vers les hôpitaux de Saada avec 3 ambulances (dont deux du ministère de la santé), et mise en place d'un réseau d'accoucheuses traditionnelles/à distance pour la référence des cas à haut risque vers l'hôpital de Haydan.
- Extension prévue en 2019 en raison des besoins élevés : activités chirurgicales, services de radiologie, unité de soins intensifs pédiatriques, nouvelle pharmacie, amélioration des services de laboratoire, construction d'un disensaire et augmentation du nombre de lits de néonatologie. Le nombre total de lits après la construction/réhabilitation sera de 61.
- La première phase de construction débutera la première semaine de décembre 2019, les activités chirurgicales du bloc, l'unité de soins intensifs et les services de chirurgie commenceront à partir de la première semaine de mars 2020.

Bilan 2019

	2017	2018	2019
Consultations		27 960	52 927
Consultations service d'urgences	11 894	14 526	8 662
Activités pansements		2 797	4 476
Hospitalisations pédiatrie		1 253	1 061
Hospitalisations adultes		188	157
Néonatologie	0	0	138
Total admissions ITFC		279	335
Nouvelles admissions ATFC		405	925
Accouchements	323	1360	1412
Consultations gynéco-obstétriques		6 406	5 062
Références		1 324	1 187

PROJET : AMRAN – SOINS POUR LES POPULATIONS DÉPLACÉES

Historique du projet

Le projet dans le gouvernorat d'Amran a initialement débuté en mars 2010, suite à l'afflux de déplacés à Amran en provenance de Saada en raison de la guerre à Saada entre AH et le gouvernement (Saleh). Les principales activités ont lieu dans les hôpitaux de Khamer et Huth, se concentrant sur les urgences, la chirurgie et les services de maternité entre autres. Khamer a servi de site principal du projet, tandis que Huth, qui est un petit hôpital rural, a servi de satellite à Khamer.

En 2015, les centres de santé de Harf Sufyan, Al Qaflah et Al Asha ont été ajoutés pour servir de postes médicaux avancés au nord des hôpitaux, ainsi que pour accroître la capacité de surveillance médicale et améliorer la qualité des soins d'urgence et des références. En raison de la très faible activité et de questionnements sur l'impact de cette présence, il a été décidé de mettre fin au soutien à ces centres de santé en 2017.

Depuis l'ouverture du projet, différentes activités de proximité/externes ont été menées en tant que composante intégrée du projet. Parmi celles-ci, on peut citer des actions ciblées sur l'afflux de personnes déplacées comme en 2015 à l'intérieur de Khamer, des actions fréquentes dans les vallées pour la prise en charge du paludisme dans le district de Habour ainsi que la réponse aux épidémies de choléra en 2017 et 2019 (Khamer, Huth, Harf Sufian, etc).

Khamer

De mars 2010 à mai 2013, les activités de MSF se sont intensifiées, avec une interruption de mars à septembre 2011 en raison de problèmes de sécurité (menace de mort contre un chirurgien expatrié, meurtre d'un gardien à l'intérieur de l'hôpital) suivi d'une réouverture progressive.

En 2013, MSF s'est impliqué dans toutes les composantes de l'hôpital, en se concentrant sur deux axes principaux : Violence/traumatologie et Soins de santé maternelle et infantile (MCH).

En 2013, l'hôpital était déjà confronté à des problèmes d'espace, de sécurité et d'hygiène (système d'égouts).
L'activité a continué à croître, passant de 82 lits et une moyenne de 1500 présentations mensuelles aux urgences en 2013, à 109 lits et une moyenne de 2500 présentations mensuelles aux urgences en 2019.

La situation sécuritaire s'est améliorée à partir de fin 2014 / début 2015, lorsque AH a pris le contrôle du gouvernorat d'Amran.

Huth

Les activités ont débuté en mars 2010 avec un soutien aux consultations, aux urgences, à la maternité, aux activités de santé maternelle et infantile (consultations pré et post natales, planning familial), à l'ATFC (centre d'alimentation thérapeutique ambulatoire) (octobre 2010) et de l'hôpital (ouvert en 2011).

En 2012, le soutien aux consultations et à l'ATFC a été arrêté, pour concentrer Huth sur la stabilisation, les urgences et les références vers Khamer.

Activités périphériques

Depuis le début, le projet a développé des activités ciblées :

- Nord d'Amran (zone pauvre et plus proche des lignes de front, surtout après le début des attaques de la SELC en mars 2015) avec référence des cas critiques à Khamer.
- Région des «Valleys» et district de Habur : zones pauvres où le paludisme est endémique.
- Personnes déplacées : pendant l'afflux de 2015-2017, après le début des attaques de la SELC en mars 2015.
- Epidémies de choléra (2017 et 2019).

Dispositif actuel

En collaboration avec le ministère de la santé, MSF soutient deux structures de santé, l'hôpital Khamer et le centre de santé Huth, pour une capacité totale de 133 lits.

Hôpital Khamer : support à l'ensemble des services sauf le service de consultations (ministère de la santé) :

- Urgences : 10 brancards (4 pour hommes, 4 pour femmes et 2 pour la réanimation).
- Triage, à la fois pour les urgences et les consultations.
- 1 salle d'observation et 2 salles de pansement (hommes et femmes).
- 2 blocs opératoires.
- Maternité : 10 lits (2 lits d'accouchement, 4 lits pré-accouchement et 4 lits post-accouchement).
- Centre nutritionnel ambulatoire (ouvert en août 2019).

- Départements : Laboratoire et banque de sang, radiographie, vaccination, planning familial, consultations pré et post natales.

- 109 lits, répartis comme suit : 3 lits soins intensifs pour adultes, 19 lits (hommes) + 11 lits (femmes) pour chirurgie et hospitalisation générale, 8 lits maternité, 16 lits pédiatrie, 16 lits isolement, 3 lits soins intensifs pédiatrie, 14 lits nutrition intensif, 19 lits néonatologie.

- Système de référence (principalement vers Sanaa).

La capacité d'accueil reste la même tout au long de l'année, mais l'activité connaît quelques pics en raison de la saisonnalité : Malnutrition (juin à octobre), rougeole (octobre à février), paludisme (septembre à novembre).

Centre de santé de Huth

Le ministère de la santé gère les consultations et le centre de nutrition ambulatoire (qui couvre également les femmes enceintes et allaitantes souffrant de malnutrition). MSF gère les autres activités :

- Urgences : 6 brancards (3 pour les hommes, 2 pour les femmes et 1 pour la réanimation).

- Maternité : 6 lits (2 pour l'accouchement et 4 pour le pré/post-accouchement), consultations pré et post natales, planning familial.

- Service pédiatrique : 15 lits d'hospitalisation + 6 lits pour le centre de nutrition intensif

- Isolement : 3 lits.

- Système de référence (principalement vers Khamer).

Activités périphériques

Elles ont été limitées en 2019 à :

- Système de référence : de Jabal Ghawas (district de Habur)
- Campagne contre la gale : Septembre 2019 (3 jours) - Camp de déplacés de Huth - touchant plus de 700 personnes (50% de la population du camp) - en collaboration avec d'autres acteurs (NRC, Oxfam, BFD).

- Paludisme : dons de médicaments à aux centres de santé d'Osman et Haitha. Système référence de Osman pour les cas graves.

Bilan 2019

	2017	2018	2019
Khamer			
Consultations services des urgences	25 411	27 262	30522
Hospitalisations pédiatriques	1 569	1 800	2548
Admissions soins intensifs pédiatriques		320	459
Admissions centre nutritionnel intensif	470	659	814
Admissions néonatologie	687	957	928
Mortalité néonatale	18.1%	17.9%	24.8%
Accouchements hors césariennes	2 210	2 673	3470
Césariennes	10.6%	9%	4.1%
Interventions chirurgicales	3 237	2 939	2622
Admissions soins intensifs adultes	174	170	191
Huth			
Consultations services des urgences	9 457	9 703	8650
Hospitalisations pédiatriques	766	891	817
Admissions centre nutritionnel intensif		368	417
Total accouchements	617	625	847

PROJET : ADEN

Historique du projet

MSF a commencé à travailler dans le sud du Yémen en 2011, en apportant un soutien à distance à l'hôpital de référence d'Al-Razi dans le gouvernorat d'Abyan ; suite aux affrontements entre l'armée yéménite et AQAP (Al-Qaida dans la péninsule arabique) qui ont eu pour conséquence de piéger une partie considérable de la population d'Abyan, en particulier dans les zones sous contrôle d'AQAP, à plus de 5 heures de route de l'hôpital le plus proche. En août 2011, MSF OCP a commencé à soutenir les urgences de l'hôpital Al Nasser à Ad Dhalea (avant de passer le relais à OCA en 2012).

En septembre 2011, l'hôpital Al Razi a été bombardé par ce que l'on croit être une attaque de drones américains. Avec le soutien de MSF, l'équipe des urgences s'est alors installée dans un bureau de poste que MSF a aidé à convertir, à distance encore, en salle d'urgence. MSF a pris en charge les transferts des urgences vers les hôpitaux privés d'Aden ainsi que les coûts de traitement. À la fin de la même année, l'idée d'un centre de traumatologie indépendant a été lancée, et elle a finalement été réalisée en avril 2012.

Plusieurs activités externes ont été menées en lien avec l'hôpital d'Aden jusqu'en 2014, y compris le soutien aux urgences de l'hôpital de Lawdar et au service d'ergothérapie du gouvernorat d'Abyan. L'année 2015 a vu l'avancée de l'alliance AH/Saleh à Aden, amenant la guerre civile dans la ville. L'hôpital a donc principalement traité des patients blessés de guerre pendant cette période, étant presque le seul hôpital chirurgical fonctionnel dans la ville d'Aden. Pendant la même période de guerre (mars-juillet) dans la ville, des postes avancés ont été créés dans les quartiers ouest d'Aden, à savoir Enma Little Aden, ainsi que le centre de santé de Crater.

Après la guerre, l'équipe a relancé les activités extérieures le long des lignes de front et a soutenu les structures sanitaires à proximité des zones de combat, en mettant l'accent sur la stabilisation et les références. MSF a également soutenu la réouverture de la banque nationale du sang et la réactivation des services de santé d'urgence dans les gouvernorats d'Abyan, de Lahj et de Taiz par des donations, des formations et des primes pour le personnel.

En 2017, la situation étant relativement calme, il a été décidé de se concentrer sur l'amélioration de la qualité des soins au sein du centre de traumatologie de MSF, par la mise en œuvre d'une activité de fixateurs internes et l'amélioration du contrôle de la prévention des infections et la mise en place d'un programme de gestion des antibiotiques (avril), en vue de traiter les cas post-opératoires compliqués dans une perspective à moyen/long terme.

Pendant le même temps, MSF a continué à soutenir tous les mois l'hôpital Khalifa (Aturbah - Taiez), l'hôpital Mahnaf (Lawdar - Abyan), la clinique Karesh (Lahj) et plus ponctuellement d'autres hôpitaux ou postes médicaux avancés (formations/donations). Le soutien à l'hôpital Khalifa a été remis à l'organisation WAHA en mars 2018.

Une équipe d'urgence a été déployée pour répondre à la deuxième épidémie de choléra, de mai à septembre, par le biais de formations au chevet des patients, de donations et d'un soutien eau et hygiène dans les centres choléra du ministère de la santé. En janvier 2018, MSF a réhabilité un étage entier de l'hôpital Al Sadaqa, formé le personnel hospitalier et équipé l'unité de soins intensifs de cet étage pour en faire pendant un mois un centre de prise en charge de l'épidémie de diphtérie, qui a été remis à l'hôpital à la fin de l'épidémie.

Les mois suivants, l'équipe a observé une tension croissante sur la côte ouest du Yémen avec la préparation d'une offensive militaire importante sur Al-Hudaidah. En juillet, la capacité d'accueil à Aden a été augmentée pour atteindre 104 lits. Un hôpital de campagne a été créé à Mocha où le premier patient a été reçu le 1er août, avec l'objectif d'effectuer au plus près des combats des interventions chirurgicales immédiates permettant de sauver des vies ou des membres, dans la mesure où le transfert vers Aden prend entre 4 et 5 heures. Les cas très graves/compliqués sont transférés de l'hôpital MSF de Mocha à l'hôpital de traumatologie d'Aden pour des soins supplémentaires après que les procédures initiales de stabilisation et de contrôle des dommages ont été effectuées.

L'activité de fixateurs internes a été mise en attente et l'hôpital est à nouveau passé en «mode d'urgence». Avec l'ouverture de l'hôpital MSF de Mocha plus proche de la ligne de front et un système de référence organisé, l'hôpital d'Aden continue de recevoir des cas très graves et compliqués de Mocha et Hudaidah, principalement de l'hôpital Al Khokha. L'augmentation de ces cas, qui nécessitent des procédures chirurgicales intensives et multiples, a considérablement augmenté la charge de travail de l'hôpital dans tous les départements et le besoin de soins spécialisés.

Objectifs

Fournir gratuitement des soins d'urgence et chirurgicaux aux victimes de violence à Aden et dans les zones environnantes.

Dispositif actuel

Hôpital de chirurgie traumatologique d'urgence (MSF)

- 6 à 7 brancards aux urgences.
- 3 blocs opératoires et 3 lits de salle de réveil
- Unité de soins intensifs (10 lits avec 2 ventilateurs)
- 75 lits d'hospitalisation
- Services de support : kinésithérapie, laboratoire général, banque du sang, laboratoire de microbiologie, radiographie et échographie, gestion des antibiotiques, stérilisation, blanchisserie, pharmacie, références par ambulance, morgue, gestion des déchets, biomédical et services de cuisine sous-traités.

Activités externes

- Support aux urgences et blocs des centres de santé/stabilisation proches des lignes de front (primes, formation et dons) : hôpital Mahnaf (Lawder, Abyan) et clinique Karesh (Lahj).
- Support ponctuel apporté aux hôpitaux d'Ataq (Shabwah), Al Hariqia (Taiz), Ibn Khaldon (Lahj) et Razi (Abyan),.
- Indemnités mensuelles pour le personnel du centre de prothèses d'Aden.
- Donations régulières de kits/sacs à la banque du sang.
- Surveillance des épidémies afin de réagir de manière rapide et appropriée.

Bilan 2019

	2016	2017	2018	2019
Nb de consultations aux urgences	5 764	6 549	6 029	4 446
Nb d'admissions en hospitalisation	2 454	2 546	3 144	2 194
Nb d'interventions chirurgicales	5 980	5 834	5 414	6 123
Nb de consultations (OPD)	6 921	6 412	6 709	6 075

PROJET : MOCHA

Historique

Avec l'avancée des forces soutenues par la SELC sur les lignes de front de la côte ouest du Yémen, au nord et à l'est de Mocha, et surtout après le début de l'offensive de 2018 sur Hudaydah, il est devenu crucial pour les blessés ou tout autre cas chirurgical urgent survenant dans les zones contrôlées par la SELC le long de la mer Rouge de pouvoir atteindre une structure chirurgicale dans un délai raisonnable. Avant la mise en place de l'intervention chirurgicale de MSF à Mocha, les soins chirurgicaux d'urgence les plus proches étaient à Aden et le temps de transport dépassait le seuil acceptable (plus de 4 heures entre Al Mocha et Aden et 6 à 8 heures du sud de Hudaydah à Aden).

Comme MSF n'a pas pu négocier un accord avec les services médicaux soutenus par les forces de la SELC pour prendre en charge au moins une partie de l'hôpital du ministère de la santé d'Al Mokha et exploiter une véritable unité chirurgicale pour les urgences, MSF a convenu avec les autorités locales en juin 2018 de créer un hôpital chirurgical 100 % MSF sur un

terrain vague à Al Mocha, au carrefour des routes de Taiz et d'Al Hudeida.

Malgré l'absence d'indicateurs de santé vérifiables, l'intervention de MSF à Mocha est totalement justifiée par la proximité directe des lignes de front actives, l'impact significatif de la guerre en cours sur la population civile et le manque d'accès à des soins de santé secondaires vitaux, y compris la chirurgie des traumatismes. Par ailleurs, l'accès aux soins de traumatologie pour la population vivant dans les zones contrôlées par la SELC sur la côte de la mer Rouge est également inégal. Il existe deux hôpitaux militaires financés par les Émirats arabes unis dans cette même zone, qui fournissent des soins de traumatologie aux soldats blessés, mais les civils n'y ont pas accès. Le gouvernorat d'Hudaydah est celui qui compte le plus grand nombre de victimes civiles du conflit dans l'ensemble du Yémen en 2019, soit plus de 30 % de toutes les victimes signalées dans le pays. La plupart des décès et des dommages causés aux infrastructures civiles sont dus aux bombardements. La grande majorité de ces victimes provient de la partie sud du gouvernorat de Hudaydah, plus précisément dans les districts de Al Hali, At Tuhayat et Hays. Ces districts se trouvent dans la zone directe de l'hôpital de campagne MSF de Mocha.

La population cible de l'intervention de MSF à Mocha est l'ensemble de la population vivant dans les districts de la côte de la Mer Rouge des gouvernorats de Ta'izz et de Hudaydah Sud. Alors que l'accès aux services de santé de MSF est relativement simple pour la population vivant dans les zones contrôlées par la SELC, pour la majorité des personnes vivant dans les zones contrôlées par Ansar Allah (AH) de ces mêmes districts, il est presque impossible d'atteindre l'hôpital de MSF à Mocha. Cependant, même s'il est difficile de traverser les lignes de front, il y a toujours constamment des passages entre les zones contrôlées par la SELC et AH. Selon le dernier recensement effectué au Yémen en 2003, il y avait une population totale de 415 000 personnes dans les districts de la côte de la mer Rouge des gouvernorats de Ta'izz et de Hudaydah Sud.

Objectifs

- Remettre le projet de Mocha à MSF OCB début janvier 2020.
- Offrir des soins d'urgence et chirurgicaux aux victimes directes et indirectes de la violence.
- Réduire la mortalité et la morbidité dans les districts de la côte de la Mer Rouge dans les gouvernorats de Ta'izz et de Hudaydah, grâce à des services d'urgence chirurgicaux de qualité permettant de sauver des vies.

Dispositif actuel

Depuis octobre 2019, l'hôpital de MSF à Mocha comprend les structures suivantes :

- Consultations (pour le suivi des patients, kinésithérapie et salle d'accouchement).
- Zone de triage du plan d'afflux de blessés (180m2 directement devant le service des urgences).
- Urgences (8 à 10 brancards).
- Un bloc opératoire (2 tables).
- Unité de soins intensifs (5 lits).
- Hospitalisation (21 lits pour hommes et 10 lits pour femmes).
- Laboratoire, banque de sang, blanchisserie, stérilisation, morgue.
- 3 ambulances pour les références à Aden.

Les critères d'admission incluent les patients de tous âges nécessitant une intervention chirurgicale d'urgence liée aux situations suivantes :

- Violence (coups de feu, explosions de bombes, coups de couteau, mines, etc.)
- Traumatismes aigus (accident de la route, chute...).
- Urgences vitales (péritonite, hernie incarcérée...).
- Brûlures : réanimation et débridement de première urgence, puis référence vers Aden.
- Suivi des patients sortis de l'hôpital d'Aden (principalement pansements).
- Césariennes d'urgence.

Bilan 2019

	2018	2019
Nb de presentations aux urgences	2 293	5 892
Nb d'interventions chirurgicales	1291	2 841
Nb d'hospitalisations	950	2 594
Admissions soins intensifs		662
Admissions : % gynéco-obstétrique		16%
Admissions : % traumatologie		72%

N'Djamena - Tchad
Photographe : Juan Haro

Les satellites de Médecins Sans Frontières

MEDECINS SANS FRONTIERES

LA FONDATION

Terrain d'innovations.

EDITORIAL

La Fondation MSF est tout à la fois un satellite de MSF en tant qu'organisation couplée à une association tournée vers l'action médicale sur ses terrains d'interventions et un laboratoire d'outils humanitaires en tant que lieu de recherche et d'innovation pour soutenir cette action.

Après plus de 3 ans d'existence faisant suite à une transformation radicale de ses statuts en 2016, la Fondation a pris son envol et a su développer des projets pertinents et adaptés aux contraintes des terrains d'interventions, auprès des patients de l'association MSF.

Autour des trois axes constitutifs de sa nouvelle ambition, La Fondation a mis en œuvre plusieurs programmes qui se sont enrichis au fil des années.
Ainsi la modélisation des appareillages sur mesure avec l'appui des meilleurs spécialistes et grâce aux imprimantes 3D a permis de concevoir des prothèses très confortables, plus souples, diminuant ainsi le taux de rejet.
Le projet Mini-Lab qui avait été lancé pour développer un laboratoire bactériologique adapté aux zones d'activités MSF s'est matérialisé avec le déploiement d'un premier prototype complet en Haïti.
Côté recherche opérationnelle, l'étude visant à prouver l'efficacité du fractionnement du vaccin a permis dans une première phase menée auprès de 960 adultes de prouver que dans les premiers jours post-vaccination, un cinquième de la dose suffisait pour immuniser les patients. Enfin l'application ASTapp qui aide les techniciens de laboratoire à interpréter des tests de résistance aux antibiotiques et qui utilise le traitement d'images et l'intelligence artificielle pour pallier le manque de ressources humaines formées à l'interprétation complexe de ces tests est aujourd'hui passée en mode de production en vue d'une mise sur le marché.

Par ailleurs je voulais saluer le travail en profondeur de l'équipe du CRASH qui anime le débat et la réflexion critique sur les pratiques de terrain et le positionnement public afin d'améliorer l'action de l'association. A titre d'exemples je citerais le retour d'expériences des opérations menées pour la crise Ebola en Afrique de l'Ouest entre 2014 et 2015 et l'étude sur la perception par les patients de leur prise en charge dans le programme de chirurgie reconstructrice à Amman.

Le succès de tous ces projets, et de ceux à venir, reposent sur une organisation basée sur la collaboration et les échanges avec deux groupes de personnes dédiées à la réussite de notre ambition.

Tout d'abord les donateurs que je voulais remercier chaleureusement. Ils sont de plus en plus nombreux à nous rejoindre chaque année à travers des dons et des legs. Ensuite les experts, les universités et les entreprises, extérieures à la Fondation, qui apportent leur savoir-faire et leurs compétences pour participer activement au développement des projets.

Ces deux groupes ont des représentants au sein du Conseil d'administration de la Fondation à travers le collège des mécènes et celui des personnes qualifiées. Ces représentants élus ont été au cours de ces derniers mois des personnes moteurs en apportant un dynamisme tout particulièrement apprécié par les équipes mettant en œuvre les projets.

A ce titre je voulais, pour finir, saluer le talent du personnel salarié qui porte la Fondation au quotidien, et tout particulièrement Etienne Fillol, responsable de projets, Rachel Ach, attachée de direction et Clara Nordon, directrice. Cette équipe, à laquelle j'associe de nombreux salariés de l'association qui ont ponctuellement collaboré avec la Fondation, a su faire face aux défis les plus divers et particulièrement par son appui aux équipes opérationnelles de MSF depuis le début de l'épidémie de Covid.

Pour les mois à venir qui s'annoncent incertains, je sollicite encore une fois la rigueur, l'imagination et le dévouement des personnes précédemment citées et les remercie par avance pour leur engagement en faveur de la Fondation MSF.

Denis Gouzerh
Président de La Fondation MSF

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 2019 aura été placée pour La Fondation MSF sous le signe de la confirmation :

Confirmation quand nous avons remporté une bourse Google consacrée à l'intelligence artificielle pour ASTapp, l'application que nous développons pour faciliter le diagnostic des bactéries résistantes aux antibiotiques.

Confirmation que le numérique et l'impression 3D apportent une vraie valeur ajoutée dans la confection des prothèses pour les personnes amputées. En 2019 nous avons ainsi pu élargir notre programme de soins aux grands brûlés du visage.

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

Le Conseil d'administration se compose de 3 collèges qui associent des représentants de l'Association MSF à des philanthropes et des experts.

Renouvellement composition Conseil d'Administration :

Les membres du Collège des fondateurs sont :
- Stéphanie Brochot, Directrice Financière MSF et Trésorière de la Fondation MSF
- Dr Mego Terzian, Président de MSF
- Denis Gouzerh, Président de la Fondation MSF et membre du Conseil d'Administration de MSF

Lors du CA du 12 février 2019, le Collège des donateurs et mécènes a été renouvelé comme suit :
- Elizabeth Pauchet
- Louis Godron
- Geoff Skingsley

Elizabeth Pauchet et Louis Godron ont été élus

en remplacement de Bernard Liautau et Guy de Panafieu.

Lors des Conseils d'Administration du 12 février 2019 et du 28 mai 2019, le Collège des personnalités qualifiées a été entièrement renouvelé comme suit :
- Martine Guillerm
- Nicolas Mottis
- Anne Jeanblanc

Les nouveaux membres du Collège des personnalités qualifiées ont été élus en remplacement de Francis Charon, Isabelle Falque-Perrotin et Bernard Pécoul.

Les membres du Conseil d'Administration 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 janvier 2019, le Conseil d'Etat a donné son accord pour la modification du règlement intérieur de la Fondation MSF.

Ces modifications ont pour objectifs de:
- Simplifier les modalités de vote afin de permettre aux membres de l'assemblée d'élire leurs représentants du Collège des donateurs et mécènes par voie électronique
- Elargir la composition de l'assemblée de donateurs et mécènes en simplifiant les modalités d'appartenance à cette assemblée et en facilitant l'éligibilité des donateurs récents et intéressés à la nouvelle orientation de La Fondation.

A noter que la modification du règlement intérieur avait été approuvée par les membres du Conseil d'Administration lors de sa réunion du 4 décembre 2018.

Déménagement Jaurès

Le 20 septembre 2019, La Fondation a emménagé dans les nouveaux locaux du siège de MSF France situé au 14-34 avenue Jean Jaurès dans le 19e arrondissement de Paris.

Ces locaux présentent des conditions de travail mieux adaptées aux nouvelles conditions de travail (salle de coworking, salle adaptées à la visioconférence etc..) que le siège historique rue Saint Sabin devenu trop exiguë.

La « Foundation Innovators For Humanitarian Action »

La FIFHA est la première fondation abritée par la Fondation MSF. Elle a été créée à l'initiative de Monsieur Godron, donateur et membre du Conseil d'Administration de la Fondation MSF depuis 2019.

Elle a pour vocation 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 :
  - Melle Anne-Sophie Godron
  - M. Nicolas Godron
  - M. Xavier Godron
  - M. Louis Godron
- Et de 2 représentants au titre du collège de La Fondation Médecins Sans Frontières :
  - M. Denis Gouzerh
  - Mme Clara Nordon

La Fondation FIFHA est engagée sur le développement des projets portés par la Fondation MSF parmi lesquels le projet ASTapp en 2019.

Le premier Comité de la Fondation FIFHA s'est tenu le 11 décembre 2019 et a permis d'acter la volonté de ses membres de positionner en 2020 le financement apporté par la FIFHA sur des projets de recherche sur l'utilisation de l'intelligence arti-

ficielle dans le diagnostic avec comme premières pistes de travail : la microbiologie, l'oncologie et l'échographie.

L'équipe de La Fondation MSF

- Clara Nordon (Directrice)
- Florence Penfeunteun (Attachée de Direction)
- Rachel ACH (Attachée de Direction à compter de novembre 2019 en remplacement de Florence Penfeunteun qui a quitté ses fonctions en décembre 2019)
- Laëtitia Viaud (Coordinatrice de projet)
- Etienne Fillol (Coordinateur de projet en remplacement de Laetitia Viaud en congé maternité à compter d'octobre 2019)

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 2019, l'équipe a inclus 29 patients dans son projet autour des quatre étapes :
  - Identifier les besoins et effectuer le 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.

Entre 2017 et 2019, le service a nettement amélioré la qualité des prothèses réalisées. Les prothèses produites aujourd'hui sont plus complexes, fabriquées plus rapidement, imprimées avec différents matériaux, et un système de peinture plus durable. Le catalogue d'impressions s'est agrandi afin de répondre au plus près des besoins des patients.

En 2019, le taux de satisfaction des patients à 6 mois d'utilisation des prothèses est de 95% (source Opus).

Pour favoriser la passation du projet aux équipes nationales jordaniennes, le recrutement d'une superviseuse 3D nationale a été réalisé en décembre 2017. Deux consultants, un orthoprothésiste et une ingénieure biomédicale et une ergothérapeute font également partie de cette équipe respectivement. Une physiothérapeute est venue renforcer l'équipe en 2019.

Depuis 2017, les imprimantes du projet 3D sont hébergées au Fablab d'Irbid dans le cadre d'un partenariat. Une ingénieure spécialisée en biomédecine, Esraa Al Khatib, assure le lien entre l'équipe du projet et le Fablab.

- 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, en 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.

  Fin décembre 2019, l'équipe avait équipé 22 patients à l'hôpital d'Amman (Jordanie) et 17 patients à l'hôpital Drouillard à Port-au-Prince (Haïti) en partenariat avec le centre Léon Bérard d'Hyères.

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.

L'équipe

- Pierre Moreau (Coordinateur clinique / Kinésithérapeute)
- Elise Tauveron (Kinésithérapeute)
- Safa Herfat (Coordinateur technique / Ingénieur biomédical)
- Samar Ismaël (Superviseuse 3D / Kinésithérapeute)
- Rawan Arar (Ergothérapeute)

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. Techniquement 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 formées, 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.

En février 2019, l'équipe ASTapp a reçu une bourse de Google dans le cadre de la compétition « AI Global Impact Challenge » qui récompense les projets basés sur l'intelligence artificielle susceptibles d'avoir un impact positif sur des problématiques sociales. Ce prix a permis à La Fondation d'accélérer le développement de l'application.

En décembre 2019, la première phase d'évaluation de l'application a été lancée à Amman, Jordanie, et a permis de valider la partie d'« analyse d'images » automatique. L'équipe a passé une semaine sur place pour rencontrer les futurs utilisateurs et ainsi mieux comprendre leurs attentes et besoins. Une partie de l'équipe du laboratoire de microbiologie a ainsi pu être formée à l'utilisation d'une première version de l'application.

La seconde phase d'évaluation a commencé en février 2020, toujours à Amman, et concerne le volet « Intelligence artificielle ». La troisième et ultime phase devait commencer en juin 2020 mais le calendrier et les objectifs ont été bouleversés par la pandémie de Covid-19. Cette dernière aura lieu courant 2020, dès que les circonstances le permettront.

L'équipe

- Laetitia Blanche (Product manager)
- Nada Malou (Responsable clinique)

- Marco Pascucci (Chargé de projet)
- En parallèle du Google Impact Challenge, Google a mis gratuitement à disposition de La Fondation une équipe de 6 développeurs d'octobre 2019 à mars 2020 dans le cadre d'un partenariat exceptionnel, pour travailler sur le projet ASTapp. Ce partenariat a permis au projet de véritablement prendre son envol.

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 diagnostiques 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 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 de la R&D de produit de santé.

L'année 2019 a permis 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 de La Fondation sur l'industrialisation de tests diagnostiques et de son soutien officiel à cette approche innovante de la production de tests rapides.

☐ La Fondation soutient les projets MSF suivants :

MiniLab

Le projet Minilab s'inscrit dans la stratégie MSF de lutte contre l'antibiorésistance, laquelle est composée de 3 piliers :
- Prévention et contrôle des infections (IPC)
- Antibiotic stewardship
- Microbiology

MSF doit faire face à de fortes contraintes logistiques pour développer ses capacités microbiologiques sur les terrains. Pour y remédier le Minilab propose un laboratoire de bactériologie clinique basique, modulaire et adapté, conçu spécifiquement pour les terrains sur lesquels la bactériologie n'est pas ou peu accessible.

Ce laboratoire est transportable, standardisé au niveau de qualité MSF et accessible à des utilisateurs non-experts.

L'objectif du Minilab est d'améliorer le traitement des patients à risque de septicémie et de bactériémie, ainsi que de contribuer à la surveillance et à la recherche sur l'antibiorésistance.

Le projet explore actuellement la possibilité de rendre le kit accessible à d'autres acteurs (ONG, ministère de la santé, recherches…).

Actuellement un premier prototype pilote est testé à l'hôpital de Drouillard en Haïti, la phase de test prend fin en juillet 2020.

Un deuxième prototype va être installé à Bangui, en RCA courant 2020.

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 30 000 personnes chaque année dans

le monde. La vaccination reste la seule solution pour la prévenir. Avec seulement quatre sociétés pharmaceutiques produisant le vaccin, les pénuries sont fréquentes, surtout pendant les épidémies, 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 un cinquième de la dose, les patients sont aussi bien immunisés qu'avec une dose entière.

En 2019, l'équipe a mené une étude pour tester 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.

Les résultats finaux de cette étude sont attendus pour le début de l'année 2021.

COMMUNICATION & DIFFUSION

☐ Presse

ASTapp

Redaccion medica_presse écrite_8 mai 2019 "MSF reçoit une subvention de Google pour développer une APP pour diagnostiquer la résistance aux antibiotiques"
https://www.redaccionmedica.com/ultimas-noticias-sanidad/msf-recibe-una-subvencion-de-google-para-desarrollar-una-app-para-diagnosticar-la-resistencia-a-los-antibioticos

Kitakini News_presse écrite_8 mai 2019
"La Fondation MSF reçoit une subvention de Google d'une valeur de 1,3 millions de dollars US"
https://kitakini.news/19015/msf-foundation-dapat-hibah-dari-google-us-13-juta/

Psychology Today_presse écrite_20 mai 2019
"How AI and smartphone may help fight antibiotic resistance"
https://www.psychologytoday.com/intl/blog/the-future-brain/201905/how-ai-and-smartphones-may-help-fight-antibiotic-resistance

Der Standard_presse écrite_11 juin 2019
"MSF veut diagnostiquer la résistance aux antibiotiques grâce à une application"
https://www.derstandard.at/story/2000104530561/aerzte-ohne-grenzen-antibiotikaresistenzen-arbeitet-an-app-zur-diagnose-von

Génopole_presse écrite_4 juillet 2010
"Une application mobile pour l'antibiorésistance"
https://www.genopole.fr/Une-application-mobile-pour-l-antibio-resistance.html#.Xr0LjsA682w

Data analytics post_presse écrite_19 novembre 2019
"Une IA qui va faire reculer l'antibiorésistance"
https://dataanalyticspost.com/une-ia-qui-va-faire-reculer-lantibioresistance/

3D

Paris Worldwilde_presse écrite_janvier 2019
"L'aide humanitaire 3:0 : le visage changeant de l'aide humanitaire"

TF1_reportage video_20 janvier 2019

Reuters_presse écrite_5 mars 2019
"Un hôpital géré par MSF développe des prothèses imprimées en 3D pour les victimes de guerre"

The Daily Star – 6 mars 2019

Al Arabyia _reportage video_Mars 2019

France5_reportage vidéo_juin 2019
« Jordanie : Un hopital de MSF pour les blessés de guerre de la région »
https://www.allodocteurs.fr/se-soigner/prothese/jordanie-un-hopital-de-msf-pour-les-blesses-de-guerre-de-la-region_27395.html

Frankfurter Allgemeine_presse écrite_29 décembre 2019
" Une main de fortune"

PRINCIPALES INTERVENTIONS DE LA FONDATION MSF

ASTapp

Google Impact Challenge/Santa Clara & San Francisco_Mai
Projet & Networking
Remise du prix remporté par La Fondation et premier séminaire de l'Accelerator Program (programme personnalisé de 6 mois permettant d'aider les organisations ayant remporté le Google Impact Challenge à démarrer leurs travaux.)

Google Impact Challenge/Londres_Juillet
Projet : 2e Séminaire de l'Accelerator Program

ITU/WHO Focus Group on Artificial Intelligence for Health (FG-AI4H)/Tanzanie_Septembre
Networking
https://aiforgood.itu.int/ai4health/

Visite terrain/Amman_Décembre
Lancement de la première phase d'évaluation des performances de l'application.

Programme 3D

Visite Terrain/Amman_Avril et Juillet

World Confederation for Physical Therapy/ Genève_Mai
Network
https://www.wcpt.org/

Salon Vivatech/Paris_Mai
Networking
https://vivatechnology.com/

39ème Congrès Sté Française de Brulologie/Cap d'Agde_Mai
Networking
PM

ISPO World Congress of the International Society for Prosthetics and Orthotics/Japon_Octobre
Networking et présentation de nos travaux
https://www.ispo-congress.com/

Visite Terrain/Amman_Novembre

Visite Terrain_ Haïti_Décembre

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.

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 sont la participation au développement de l'employabilité ainsi que le 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 2019, 13 bourses ont été allouées finançant les formations suivantes :

- Master de Santé Publique, parcours épidémiologique (ISPED Bordeaux)
- Formation Responsable Logistique de solidarité internationale (Bioforce Dakar Sénégal)
- Certificat d'Aptitudes au Fonctions de Directeur d'Etablissement ou de Service d'intervention Sociale

- Master of Science in Epidemiology, Distance learning Program University of London, London Institute of Tropical Medecine (London, England)
- Bachelor in Business Administration, Université de Rana, Kaboul, Afghanistan
- Master in Clinical Psychologie, Al Ahliyya, Amman University, Jordan
- Master of Science (Msc) Procurement and Supply chain Management, Robert Gordon University in Aberdeen, Scotland, Part-time distance learning
- Master of Science in Clinical Psychology, Makerene University, Kampala, Ouganda
- Licence 3 Sciences pour la santé, Option Santé publique en e-learning. Université de Lorraine, France
- Humanitarian Essential Logistics Modules (HELM 1 & 2), Logistics Learning Alliance & Humanitarian Logistics Association, Nairobi, Kenya
- Master 1 & 2 Santé Publique, option Contrôle des maladies infectieuses, Faculté de Médecine Université de Douala IIIe

Les profils des boursiers sont essentiellement : médical et para médical (postes Coordinateur de projet / Coordinateur médical / Chef de mission).

Montant total alloué au titre de l'année 2019 : 134 172 €.

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 déductibles de l'impôt sur le revenu et de l'impôt sur la fortune immobilière (IFI) dans le cadre de la Loi Tepa. Elle est également habilitée à recevoir des libéralités (legs, donations, assurances-vie).

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.

L'année 2019 nous a apporté la confirmation que le dispositif fiscal de l'Impôt sur la Fortune Immobilière (IFI) ne nous permettrait pas de renouer avec les niveaux de collecte de celui de l'Impôt de Solidarité sur la Fortune (ISF).

Cependant, un certain nombre d'ajustements apportés au dispositif marketing (refonte des messages d'appels à don, sollicitation d'un plus grand nombre de donateurs, identification de leviers digitaux permettant d'améliorer la visibilité de La Fondation…) ainsi qu'une forte fidélité des donateurs les plus généreux, nous ont tout de même permis d'atteindre une collecte de 2,2 millions d'euros, auxquels s'ajoute la bourse obtenue dans le cadre de la compétition « Al Global Impact Challenge », parfaite illustration de l'importance d'une diversification de notre stratégie de développement des ressources (cf. section dédiée).

Cette année encore, c'est l'ensemble de nos donateurs que nous souhaitons remercier chaleureusement : plus que jamais, leur soutien est essentiel et stratégique pour la pérennité de nos projets.

LE CRASH

Voir rapport du CRASH

MSF LOGISTIQUE

Maintien des biens immobiliers du site de Mérignac (propriété de La Fondation MSF)

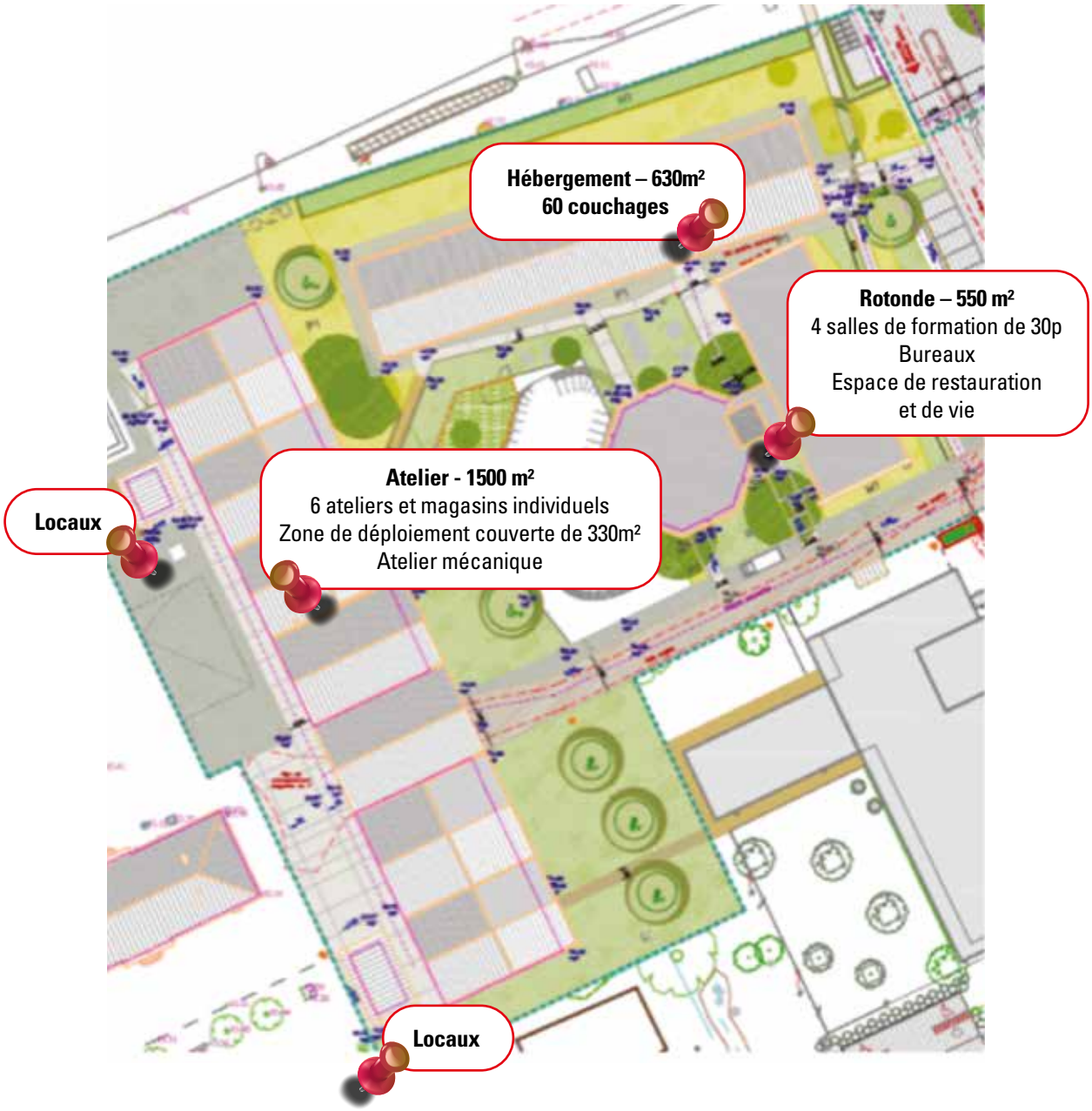
Dans un objectif de veille technique, le cabinet TBMaestro a été mandaté pour réaliser un bilan de santé des 14 500 m² de surface bâtie du site de Mérignac (hors outil de production). Cet audit a abouti à l'établissement d'un plan de maintenance et d'investissement à long terme (9 années) dont les actions sont priorisées en fonction d'indicateurs de performance tels que le niveau de vétusté physique ou bien les besoins de mises à niveaux réglementaires. En 2019, outre les réparations courantes de maintien d'actifs (traitement de fuites, remplacement de pompes, compresseurs…), les principaux travaux ont visé à équiper l'entrepôt 1 d'une nouvelle installation aéraulique, chargé de maintenir une température régulée (chaud et froid) dans la quasi-totalité du volume de stockage..

Centre Jacques PINEL

La Fondation Médecins Sans Frontières, propriétaire du bâtiment « Centre Jacques Pinel », permet à l'Association MSF, depuis 2001, d'exploiter ce lieu comme centre de formation et 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 février 2019, au moyen d'avances de trésorerie financées par l'Association MSF, la Fondation a lancé l'opération de rénovation et réhabilitation du « Centre Jacques Pinel », auprès d'une entreprise générale de renom. La réception des bâtiments est prévue en juin/juillet 2020 après 16 mois de travaux.



FONDATION MÉDECINS SANS FRONTIÈRES

crash CENTRE DE RÉFLEXION SUR L'ACTION ET LES SAVOIRS HUMANITAIRES

L'année du Crash a été marquée par une très grande diversité des dossiers traités, notamment des travaux de recherche, dont beaucoup sont toujours en cours. Ces derniers ont le plus souvent été menés en collaboration étroite avec les Opérations. Cette articulation est symptomatique d'une intégration du Crash au fonctionnement de MSF et son implication dans un certain nombre de dossiers opérationnels ou institutionnels, de la DG, de la présidence, des ressources humaines, de la communication, etc. Le travail d'animation du dossier « migrants », comme le travail du Rider ainsi que la collaboration en matière de formation sont également révélateurs de cette dynamique. Nous reconnaissons sur l'ensemble de ces dossiers une tension incompressible et nécessaire entre le conseil et la critique !

Evaluation et retour d'expérience

L'implication de l'équipe au sein du RIDER ainsi que l'organisation de l'atelier Borno ont été les deux points les plus importants de l'année en termes d'évaluation et retours d'expérience. Comme l'année dernière, 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 un bon 30% d'un temps plein de directeur d'études. En outre, la chargée de diffusion du Crash (3/5) a pris en charge les activités de diffusion du Rider (2/5), partage de poste dont on pense qu'il peut participer à la construction d'un travail collectif entre les deux entités.

Finalisée en fin 2018, la revue opérationnelle « Borno » a comme prévu fait l'objet d'un atelier en juin 2019, où un certain nombre de sujets ont été mis en discussion, sujets autant identifiés dans la revue elle-même que dans des « papiers d'opinion » rédigés par les auteurs. Ainsi, la question de retard de l'intervention, celle des stratégies opérationnelles, celle du volume, ainsi que certains enjeux transversaux ont été soumis à la discussion afin de réfléchir collectivement aux dysfonctionnements ou problèmes structurels révélés par cette opération, ainsi qu'aux pistes à envisager pour y remédier. Ce travail a fait par ailleurs l'objet d'une transcription, qui n'a pas encore synthétisée ou mise en circulation. Une publication sous forme de livre de la revue Borno est en projet, pour l'année 2020-21. En tout état de cause, la restitution de ce travail aura contribué à l'identification de chantiers (organisation du travail collectif, notre articulation au système de l'aide, la question du contrôle des ressources…) placés au centre des priorités du département des opérations.

Le RIDER a également mobilisé l'équipe sur d'autres chantiers, à l'instar de 1/ la revue Ndhiwa, qui aura elle aussi été l'occasion d'un atelier de discussion (septembre 2019), 2/ la question de la « Collaboration avec le MoH », qui a fait l'objet de discussions et de premiers entretiens, 3/ la « Capitalisation sur Qayyarah », qui a fait l'objet d'un début de documentation du sujet à partir d'octobre 2019, 4/ celle du profilage, qui pourrait faire l'objet d'un atelier conjoint avec OCG – UREPH en 2020, 5/ la mise en place d'une documentation (capitalisation au fil de l'eau) du démarrage de cliniques de suivi des patients chroniques en RCA à Paoua et Carnot, 6/ des discussions autour d'outil de suivi et soutien des logisticiens sur les basiques logistique, ainsi que diverses discussions sur l'organisation du travail du Rider lui-même.

Formation

Nous écrivions l'année dernière que le travail de l'équipe est de plus en plus défini par une articulation quotidienne entre les activités de recherche, de capitalisation et de formation. Cette dynamique est toujours à l'œuvre.

Nous avons organisé deux sessions du FOOT (formation opérationnelle de terrain), 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 représentent un demi équivalent temps plein pour le Crash par an. Un certain nombre des contenus ont été stabilisés, reproductibles d'une session à une autre, alors que d'autres sont réinventés pour rester collé à l'actualité institutionnelle et opérationnelle. La répétition du FOOT non stabilisée n'est pas tenable. Il s'agit donc à la fois de stabiliser ce qui peut l'être et d'assumer une part de contenus instables, à établir en fonction de l'actualité et aussi des personnes responsables. Par ailleurs, des tensions persistent entre la construction d'un FOOT destiné à doter des participants des éléments et outils nécessaires à la gestion vigilante, flexible, collective de projets humanitaires et celle d'un FOOT avant tout ouvert sur la réflexion sur les opérations. Si les dernières évolutions ont conduit le principal stage destiné aux cadres opérationnels sur la voie de la première option, une certaine difficulté à assumer la construction d'outils, issu d'une réflexion trop indépendante du département des opérations devrait ouvrir la voie à une petite correction les temps prochains.

Le montage du master LEAP (Leadership Education Academic Partnership) conjoint MSF – HCRI – Liverpool School of Tropical Medicine s'est poursuivi: la première promotion (10 personnes d'OCP ont démarré en janvier et 14 en septembre 2019) a fait ses premiers pas en janvier 2019. Sur le plan institutionnel, le projet est une vraie réussite. L'énergie considérable déployée par le Crash et les ressources humaines en particulier ne l'a donc pas été en vain. A des degrés divers, les OCs jouent le jeu. Par contre, nous avons dû, au Crash, nous résoudre à constater l'échec, au moins provisoire, de notre implication sur la définition des contenus. Cet échec est pour grande partie due aux recrutements, au sein des universités, des responsables du programme. Tous deux se sont révélés insuffisants : l'un a été licencié, l'autre placé sous tutelle. Nous espérons pouvoir relancer nos efforts avec une nouvelle équipe, mais ce fut malheureusement sur ce plan-là une année difficile. Ces efforts auront néanmoins permis de démarrer des relations de travail intéressantes avec la Manson Unit (MSF UK) et la responsable 'formation' au sein de l'Analysis Unit OCB. L'implication d'Epicentre a été limitée. Les retours des étudiants sont très positifs (sauf à propos d'un cours que nous allons complètement revoir en 2020), ils poussent les universités à ne pas brader leur diplôme et à attendre d'eux un niveau académique, ils sont ravis d'être mélangés à d'autres étudiants non MSF dans certains cours, ils sont très reconnaissant à OCP de créer les conditions les plus favorables du mouvement pour suivre ce cursus long et en alternance avec leur travail de terrain ou de siège.

Par ailleurs, ces réflexions sur le contenu pour le LEAP ont été très utiles à la relance du chantier LAC (laboratoire d'apprentissage coopératif) : nous avons, dans le cadre d'une équipe Opérations – Crash – Epicentre souhaité initier une réflexion sur le « cursus idéal », en estimant qu'il était nécessaire de savoir autour de quoi devait s'articuler l'offre de formation avant de savoir comment et avec quel(s) partenaire(s) universitaire(s). Nous sommes ainsi parvenus courant 2019 à la définition de quelques syllabus de cours, à développer, avec lesquels nous pouvons commencer à démarcher des universités. Nous avions l'ambition de rédiger un document de synthèse qui présenterait 1/ Un parcours idéal de formation/apprentissage en alternance pour les cadres et futurs cadres médicaux et non-médicaux de MSF ; 2/ les scénarii incluant les conditions de faisabilité (moyens fin et RH approx) (1) de l'obtention d'un diplôme de master; (2) d'un parcours de DU/DIU au terme duquel certains pourront obtenir un diplôme de master moyennant la rédaction d'un mémoire (3) de l'amélioration de nos formations et parcours d'apprentissage internes (non diplômant) ; 3/ une proposition de faire un document d'orientation pour les personnes souhaitant obtenir un diplôme francophone dans lequel nous donnerions notre avis sur les points forts / faibles d'une série de master existant en externe afin d'orienter les choix

de staff MSF et de financement des bourses de la Fondation. Ce document reste à produire.

A la suite du travail de retour critique sur les contenus de formation du Field Management Training (FMT) entamé mi-2017, et du gel de ces formations organisées par l'unité PMU du département RH de MSF-USA, nous avons mis beaucoup d'énergie dans l'élaboration d'une version réformée de la formation, en empruntant notamment à la réflexion que nous portons sur la gestion et l'organisation collective du travail. Cette collaboration initialement démarrée sur des bases difficiles s'est révélée très positive. Un pilote du FMT nouvelle version a été organisé au Malawi en juillet 2019 par la PMU. Le travail se poursuit entre la PMU, le Crash et le département des opérations pour la création d'un FMT de 2e ligne, destiné aux coordinateurs. Le FMT a par ailleurs hérité d'un nouveau nom : le Ways of Working training (WoW).

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 interventions ponctuelles, et hormis un engagement à participer à des séminaires d'un Master de l'université George Washington dont un ancien membre du conseil d'administration de MSF-USA est l'un des responsables.

Conseil

Nous reprenons dans les grandes lignes ce que nous écrivions l'année dernière. Nos missions de conseil se sont poursuivies. L'équipe a réaffirmé son souhait d'être à l'écoute des besoins des opérations. 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 », et cette année en particulier la Libye, 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 question de l'organisation du travail du département, de la croissance et de la gouvernance de l'institution, sur la « Rewards review ») des contextes d'intervention (Syrie, Yémen, Nigeria, Ebola…), ainsi que sur la mise en place des projets oncologie et de leur suivi (Mali et Malawi). Une demande de la direction des Opérations de travailler sur Gaza lors du CoPil du 30 novembre 2018 n'a pas été suivi d'un travail particulier. Par contre, nous avons entamé un suivi de la question de l'impact des mesures anti-terroristes sur notre action. Sur la question des migrants, nous avons notamment poussé à la réflexion sur la pertinence des actions judiciaires. Nous avons également été impliqués dans la 'support platform' du dossier des arrestations en Syrie. Notons enfin 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.

Recherche

Nos missions de recherche ont été multiples, ouvrant sur de nombreux chantiers, notamment éditoriaux, qui seront achevés normalement en 2020.

L'accompagnement du travail de recherche de Vanja Kovacic, consacré à l'examen de la relation de soins au sein du projet de chirurgie de l'hôpital d'Amman, s'est poursuivi et fera l'objet d'un livre dont nous souhaitons la publication en 2020. L'intérêt de la démarche d'enquête, en plus de formuler des propositions d'améliorations du projet, réside dans le travail de réflexion sur la place du handicap et des handicapés dans le cadre de la médecine humanitaire.

Le travail de capitalisation sur l'épidémie d'Ebola Crash-Epicentre a connu une pause rendue nécessaire par l'actualité de l'épidémie en RDC. Le travail de synthèse ne verra donc pas le jour sous

la forme initialement prévue, mais devrait faire l'objet d'un travail complémentaire.

A la suite de la publication du livre « Génocide et crimes de masse » en 2017, nous avons en partenariat avec la Fondation de la Maison des Sciences de l'Homme, organisé un colloque 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 s'est tenu sur trois jours en mars 2019. De nombreux cadres opérationnels de MSF ont assisté, et parfois contribué, aux présentations et aux débats. Certaines des interventions seront rassemblées dans un livre publié par les éditions de la FMSH – avec la participation de trois membres du Crash au sein de l'équipe éditoriale, d'autres, en anglais, devraient être publiés dans un numéro spécial de la revue Journal of Humanitarian Affairs.

L'accompagnement du travail de thèse de médecine de Xavier Plaisancie sur les hommes et le VIH à Homa Bay s'est conclu par la soutenance réussie de sa thèse, et un projet de publication sous forme de cahier du Crash pour l'année 2020. Une version remaniée a ainsi été finalisée et a fait l'objet d'une traduction en en anglais. Ce travail a également fait l'objet d'une restitution auprès des départements médical et des opérations.

A la suite de réflexion sur le diagnostic de la situation au Yémen et sur l'état du dispositif d'aide dans le pays, nous avons recruté un stagiaire pour produire un état des lieux, complété par une visite terrain du directeur des opérations adjoint. Le travail a fait l'objet d'un rapport (interne) et d'un article de synthèse, publié sur le site du Crash et très largement diffusé au sein du milieu.

Nous sommes également intervenus sur les réflexions concernant le rôle de MSF face au changement climatique et aux causes environnementales, de manière limitée dans le cadre du débat interne, à la suite de la publication d'articles, d'édito et de manifestations de soutien en provenance des sections suisse, canadienne et étatsuniennes en particulier.

Nous avons bien entretenu notre travail de réflexion sur « l'organisation collective du travail », dont on a vu qu'il prenait des déclinaisons très diverses, tant en termes de conseil que de formation. Une sélection du Crash a été mise en circulation, recensant un choix d'articles destinés à penser nos réalités de travail hors / à côté du cadre hégémonique des approches « gestionnaires ». Une note s'appuyant sur ces lectures et de nombreuses discussions internes a été proposée au comité de direction afin d'accompagner leur réflexion sur les façons de travailler à MSF.

Le Crash est associé dans le Comité éditorial d'un travail en cours sur une Histoire de la médecine à MSF.

Nous avons par ailleurs maintenu une ouverture aux projets de recherche venus d'étudiants ou de chercheurs professionnels, tout en reconnaissant que notre charge de travail ne nous permettait pas de tous les prendre en charge. Nous assumons le tri, peut-être davantage que par le passé.

Diffusion

Le travail de diffusion s'est par ailleurs poursuivi. Nous avons ainsi finalisé la numérisation des livres Crash. Nous avons organisé cinq conférences cette année : l'une autour des racines intellectuelles de MSF avec l'historienne Eleanor Davey, une autre avec l'historien Nicolas Mariot, sur les situations et processus de violences extrêmes, une dernière avec Jean-François Bayart consacré aux « aires culturelles » et aux illusions identitaires, ainsi que deux projections / débats, l'une consacré au génocide des Tutsis au Rwanda et à la « neutralité coupable » de l'Etat français, et l'autre au camp de La Linière à Grande-Synthe. Nous avons également organisé une réunion avec Renaud Piarroux pour discuter de son livre consacré au choléra, réunion à laquelle se sont joints des membres d'Epicentre, ainsi que des départements médical et des opérations. La sortie de l'édition anglaise du livre « Guerres Humanitaires » de Rony Brauman a été l'occasion d'une petite tournée de promotion organisée par le journaliste Rick McArthur, tournée malheureusement marquée par l'hostilité de la direction de la section américaine et la décision de boycott qui s'est ensuivi. La versions arabe est prête, celle en espagnol de « Secourir sans périr » toujours en chantier, au sein de MSF Dubai et MSF Argentine / Mexique.

Le suivi de ces deux chantiers a laissé un peu à désirer. Un article d'analyse sur la trajectoire de la section française de MSF auprès des migrants a été publié par la revue Alternatives humanitaires, un autre, consacré au Droit international humanitaire, au sein du Journal of Humanitarian Affairs. Nous avons inauguré un nouveau format de publication, les « conversations du Crash », par une interview consacrée à la Campagne d'accès aux médicaments essentiels alors qu'un certain nombre de blogs ont été consacrés à des travaux du Crash (Ebola, Borno, etc.). Nous avons par ailleurs maintenu nos activités de porte-parole, sur les migrants, le Yémen et Ebola en particulier, et participé à quelques colloques et conférences.

A la lisière entre recherche et diffusion, notre participation au montage d'une revue universitaire consacrée aux questions humanitaires, Journal of Humanitarian Affairs, avec l'université de Manchester et Save the Children s'est poursuivie. Deux numéros ont été publiés : l'un consacré au post-libéralisme, pour lequel l'implication de l'équipe a été très faible, et l'autre consacré à la gestion de la sécurité, piloté par le Crash, et au sein duquel trois articles sont d'origine Crash. L'expérience est pour le moment intéressante, même s'il est trop tôt pour définitivement s'engager au-delà de la période initiale de trois ans. Par contre, nous avons demandé à l'UREPH (OCG) de rejoindre le comité éditorial de la revue, ce qu'il a accepté. Il compte donc à présent deux MSF, aux côtés de deux Save the Children et 4 HCRI – UoM.

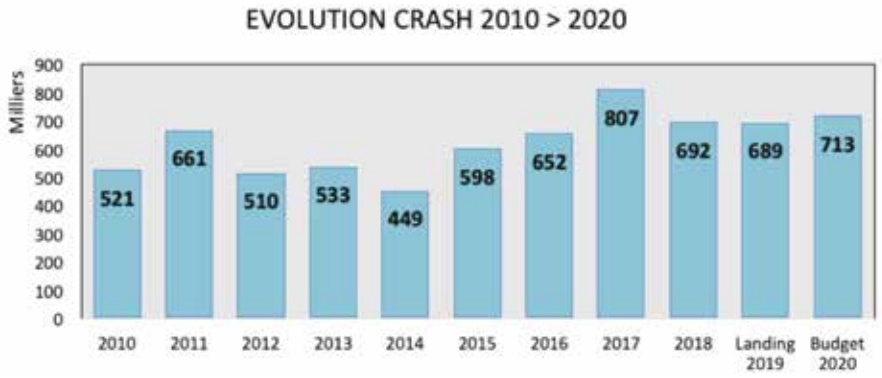
Institutionnellement, nous avons cette année amorcé des rapprochements avec l'UREPH (OCG), continué d'entretenir d'excellentes relations avec nos collègues de MSF-Italie, et maintenus des relations cordiales bien que peu intenses avec les autres centres de recherches, si ce n'est sur les questions de migrations. Le premier semestre a été marqué par une rupture franche avec la section étatsunienne, et il est difficile de prévoir les prochaines étapes. En l'état, difficile de compter sur des relais aux Etats-Unis, sauf à se les constituer nous-mêmes. Nos relations de travail avec Epicentre ont été cette année moins intenses que la précédente, des réunions Chiffre moins fréquentes pouvant expliquer cette dynamique en partie. Pourtant, les discussions que nous avons de manière régulière sur la valeur du quantitatif devrait constituer un terreau favorable à des discussions plus régulières.

Au final, nous tirons un bilan positif de notre production et de notre surface de contact avec les opérations. Notre intégration au sein de l'institution est élevée, et nos collaborations riches, autant avec les opérations qu'avec les ressources humaines, la communication, la direction générale ou encore la direction du département logistique. Nous constatons tout de même, et comme les dernières années, un petit déficit de contacts au quotidien, ou de compréhension de la réalité quotidienne des opérations. (On nous rappelle parfois qu'il faut 'descendre dans les étages'). Cette année, notre présence sur le terrain a été très faible. Et si les réflexions menées sur Ndhiwa, Ebola, ainsi que le bon outil de contact que constitue le FOOT sont indicatifs d'un travail solide de soutien aux opérations, la reconnexion avec la réalité du terrain fait partie de la priorité des membres de l'équipe.

Evolution budgétaire du Crash

L'atterrissage 2019 est en très légère baisse par rapport à 2018, lui-même en baisse très significative par rapport à 2017. Rappelons que le pic de 2017 est lié au projet LAC, pour un coût de 57 000 euros et au développement du nouveau site Internet pour 60 000 euros. Dans l'ensemble, le Crash reste ainsi animé du souci d'une croissance très maitrisée.

	NATURE BUDGETAIRE	FONCTION	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	LANDING 2019	BUDGET 2020
FONLAC	Honoraires & prestations externe									56 400			
	Divers (frais représentation, Loyer..)									1 000			
Total FONLAC										57 400			
CRASH	Masse Salariale	DIRECTEUR DE RECHERCHE	443 086	544 019	449 734	494 250	369 459	494 531	459 693	576 724	591 353	534 295	497 354
		CHARGE DE COM							34 977	56 946	34 891	41 754	41 879
		RENFORT CRASH		6 797			39 865	52 442	63 103			22 507	
		DIRECTEUR DE RECHERCHE -MOBILITE										10 436	96 436
		STAGIAIRES	6 801	5 744	3 057						9 098	12 319	12 574
	Total Masse Salariale		449 887	556 560	452 791	494 258	409 324	546 973	557 774	633 670	635 342	621 311	648 244
	Honoraires & prestations externe		27 295	58 512	9 620	8 506	7 608	21 362	45 261	16 988	20 855	34 132	29 400
	Déplacements		17 521	13 101	24 353	11 878	9 678	8 518	12 986	9 149	8 405	10 500	10 000
	Films EUP & Site internet		11 458	11 996	54	2 571	2 400	4 368	6 840	62 849	14 351		
	Achats livres, doc & publication		1 065	4 901	2 628	1 007	245		24 200	5 178	4 022	8 572	27 400
	Divers (frais représentation, Loyer..)		14 252	16 379	20 326	14 849	19 524	16 303	4 756	21 697	8 627	20 581	3 900
	Recettes											-6 000	-6 000
Total CRASH			521 477	661 450	509 771	533 061	448 779	597 524	651 816	746 530	691 682	689 096	712 944
Total			521 477	661 450	509 771	533 061	448 779	597 524	651 816	806 930	691 682	689 096	712 944
	Growth annuelle			27%	-23%	5%	-16%	33%	9%	24%	-14%	0%	3%
	Growth 2019/2011											4%	



Contexte opérationnel

En 2019, les **dix principaux pays d'intervention** de MSF Logistique restent dans la grande majorité les mêmes qu'en 2018 : République Centrafricaine, République Démocratique du Congo, Soudan du Sud, Yémen, Niger, Soudan, Nigeria, Mali, Cameroun, Kenya.
L'Irak et la Syrie sont les 2 pays dont le volume d'approvisionnement a fortement réduit en 2019 comparé aux années précédentes, en lien avec le contexte opérationnel et sécuritaire.

Le Yemen et la RDC représentent à eux deux, 23% du nombre total de lignes de commandes confirmées.
Au Yemen, la constance du volume opérationnel important – MSF porte une assistance aux populations dans 11 gouvernorats – est à mettre en lien avec la détérioration de la situation déjà exsangue de ce pays depuis 2015 et le conflit qui oppose le mouvement Houti à la coalition menée par l'Arabie Saoudite et les Emirats Arabes Unis.

En RDC où la présence « régulière » MSF est une des plus importantes, 2019 aura été marquée par l'intervention autour de la 10ème épidémie d'Ebola à l'est du pays, débutée en août 2018.
L'approvisionnement en matériel de protection aux équipes a fait l'objet d'une coordination intersection et d'une collaboration avec l'antenne logistique SUKA basée en Ouganda.
Également depuis plus de deux ans en RDC, les équipes MSF luttent contre la plus grande épidémie de rougeole au monde.

Concernant la **qualification,** les commandes urgentes ont représenté 6,4 % des lignes de commandes (baisse constante depuis 2017), les commandes « ASAP » sont passées de 14 à 19%, les régulières restent à un niveau constant autour de 75%.

A noter que depuis 2019, la qualification « urgence » n'est plus liée à la cellule demandeuse (cellule régulière / cellule urgence) mais au délai de préparation demandée.

Au Mozambique, MSF Logistique a assuré un support logistique aux équipes de Médecins Sans Frontières avec l'envoi de plusieurs dizaines de tonnes de médicaments et de matériel dans les jours suivant le cyclone Idai.

Cette intervention avait pour objectif d'assurer la continuité des activités médicales et de soigner les populations touchées très isolées et difficilement accessibles.

MSF a également mené des actions en réaction au cyclone Idai en dehors du Mozambique, dans les pays frontaliers touchés : le Malawi et le Zimbabwe.

Durant les 6 premiers mois de 2019, pour toute commande en contexte de crise, un coordinateur d'urgences a assuré l'interface entre les centres opérationnels et autres partenaires d'une part, et MSF Logistique d'autre part, dans le but d'une centralisation des informations et d'une coordination des différents secteurs et services de MSF Logistique.

A noter, une première version du kit tremblement de terre 4 jours, développé par OCP afin d'assurer une première prise en charge chirurgicale d'urgence a été déployée fin mars à MSF Logistique.

Bilan de l'activité

Concernant le **niveau d'activité principale,** le nombre de lignes de commandes confirmées a été 10% inférieur à celui de 2018.
Cette baisse succède à une année 2018 qui avait vu une stabilisation de l'activité après plusieurs années de hausse constante.

En conséquence, l'année 2019 est déficitaire (-1,3 M€) alors que les prévisions étaient à l'équilibre et ce, malgré l'ajustement tarifaire validé par le Conseil d'Administration en 2018 et entré en application le 1er janvier 2019.
Ce nouveau modèle avait pour objectif de refléter la réalité économique des activités de façon plus juste en prenant mieux en compte la complexification et les contraintes liées au traitement des commandes ainsi que certaines activités comme les remises en stock.

Le revenu d'activité liée aux sections MSF en baisse par rapport aux prévisions a été partiellement compensé par l'activité liée aux partenaires externes, l'OMS notamment qui fera l'objet d'une attention particulière en 2020 afin de mieux les intégrer et de leur permettre un accès à certains outils opérationnels de MSF Logistique.

Cette situation d'années consécutives de déficit et de stabilisation de l'activité doit amener à revoir l'organisation en 2020.
Elle doit être analysée notamment au regard des éléments apportés par des processus internes (Enquête RPS/QVT – risques psycho-sociaux / qualité de vie au travail) et de l'évolution stratégique et organisationnelle de Médecins Sans Frontières et des partenaires externes.
Le bilan de cette analyse devra être intégré au plan stratégique que MSF Logistique doit établir pour les prochaines années.

En complément de ces informations, il est à noter le choix en décembre de faire appel à la décision du tribunal administratif de Bordeaux sur le dossier fiscal portant sur la TVA et la Taxe sur les Salaires.

Etat des lieux projets

Des études initiées en début d'année sur la révision du schéma logistique ont été à l'origine de grands projets lancés en 2019 autour des plateformes de Mérignac et de Dubaï.
Le premier concerne la **plateforme de Mérignac.** Il découle d'une volonté d'étudier un modèle permettant de variabiliser les coûts de structure.
Ce projet a également pour objectif de donner plus d'agilité et de flexibilité sur les volumes de stockage pour faire face aux pics et baisse d'activité intrinsèques à la logistique humanitaire.
Il permettra d'augmenter la capacité à absorber les évolutions des besoins en espace de stockage (notamment à la hausse) en sollicitant des espaces de stockage supplémentaires rapidement dans la région.

A mi-année, la décision a été prise de sous-traiter à un prestataire logistique l'activité d'un entrepôt dont le bail arrivait à échéance fin 2019. Le projet a vu sa première phase finalisée fin décembre avec la remise des clefs du bâtiment au prestataire sélectionné. Il se poursuivra en 2020 avec l'interfaçage des systèmes d'information pour fluidifier et fiabiliser les échanges.

Du côté de la **plateforme de Dubaï,** le projet, initié depuis deux ans, de distribution d'une trentaine d'articles médicaux à destination du Yémen a été entériné renforçant ainsi le rôle régional de la plateforme.
La phase pilote a mis en exergue les contraintes d'une gestion de commandes entre les deux plateformes encore trop manuelles.
C'est dans ce contexte qu'une étude a été lancée afin d'améliorer et d'automatiser les flux de commandes entre Mérignac et Dubaï. Ce projet initié en 2019 sera déployé en 2020 et accélèrera le développement de l'activité de Dubaï.

En lien avec Dubai, le **projet de "développement des achats en Asie",** permettrait de tirer mieux parti de la présence aux Emirats et d'être moins centralisé sur l'Europe en termes d'achat, comme c'est le cas actuellement.
Les objectifs sont les suivants :

- Réduire les risques liés à la situation de mono-source sur certains articles.
- Réaliser des économies en ciblant l'achat de produits spécifiques (fort volume) sur le marché asiatique.

- Réduire les temps d'acheminement vers les terrains en utilisant les plateformes régionales ou une livraison directe fournisseur.

Tout en maintenant un niveau élevé de qualité, identifier de nouvelles options pourrait permettre de réduire certains coûts, de sortir d'une situation de mono-source sur certains articles et de profiter d'un schéma d'approvisionnement plus adapté aux réalités opérationnelles actuelles.

Ce projet fait l'objet d'un financement "TIC" (Transformational Investment Capacity – Plateforme MSF en soutien aux projets innovants).

Concernant le **département Achats/Référents Techniques,** il a été en septembre mis sous la responsabilité partagée de trois directions (Ressources Humaines, Supply Chain, Etablissement pharmaceutique) suite aux départs de plusieurs responsables et collaborateurs.

Un poste en durée déterminée de directeur/trice déléguée aux achats et référents techniques sera pourvu début 2020 avec les objectifs notamment d'établir un bilan du fonctionnement de ce département sur les dernières années et déterminer les lignes directrices d'une future organisation de ce département, en lien avec la réorganisation plus générale de MSF Logistique.

Début 2019 est entrée en vigueur la Directive européenne sur la **« Sérialisation »** dont l'objectif est de lutter contre le risque de médicaments falsifiés : Cela consiste en une obligation de traçabilité unitaire (boîte à boîte) des médicaments, du site de production jusqu'à la mise à disposition finale (Processus de décommissionnement).

Un projet conduit sur 2018 a permis la mise en production mi-octobre des outils permettant de traiter la quasi-totalité des produits et d'en déterminer le statut (sérialisé ou pas).

L'impact principal porte sur les temps de mise en stock (temps à affiner au fur et à mesure des décommissionnements).
La sérialisation impacte aussi la place prise dans l'aire de réception médicale, les produits à décommissionner y restant plus longtemps le temps d'être traités.

Fin 2019 aura également vu la mise en production partielle du projet **Standard Lead Time.**
Ce projet avait 2 objectifs principaux :

- Mesurer et donner plus de visibilité aux équipes sur les délais de traitement d'une commande internationale.
- Evaluer et challenger ces délais (segmentation en 10 étapes proposée suite à l'audit Deloitte).

Concrètement, le terrain pourra connaître dès la création de la commande, le délai standard de livraison avec une date de livraison estimée.
Cela permettra d'améliorer la visibilité des terrains sur les délais de traitement et d'acheminement et d'adapter les commandes en fonction (en termes de quantité ou de fréquence des commandes).
Ce projet permettra également de mesurer certains indicateurs de MSF Logistique sur les délais de traitement, préparation et envoi de commandes.

En lien avec les indicateurs et la fiabilité des données, le comité de pilotage du projet DataGo a décidé de rattacher le **service de gouvernance des données** à la direction financière afin de poursuivre le déploiement de la politique générale de gouvernance des données

Du côté de la **Direction des Ressources Humaines,** le projet « SIRH » (Système d'Information des Ressources Humaines) s'est poursuivi après la livraison du premier lot relatif à la gestion des temps et des activités en octobre 2018.

En juin, ont été lancés les premiers entretiens annuels dématérialisés à travers « MySelF services », le nouveau SIRH MSF Logistique
En novembre, l'accord collectif relatif au Forfait jours a été signé et en décembre ont eu lieu les élections du CSE (Comité Social et Economique), fusion des plateformes IRP – DP – CE – CHSCT.

Concernant la démarche **qualité de vie au travail,** lancée fin 2018 et associée à celle de Prévention des Risques Psychosociaux (RPS), un plan d'action a été finalisé et validé en novembre.
Il est issu d'ateliers d'analyse Situations-Problèmes ciblés à la suite des résultats analysés du questionnaire de satisfaction et sera mis en œuvre en 2020.

En février, a débuté le chantier du **Centre de Formation Jacques Pinel,** un lieu dédié au partage d'expérience, au développement des pratiques humanitaires et des dispositifs techniques.
Il sera intégré au site de MSF Logistique de Mérignac qui réunira donc le centre Jacques Pinel et la centrale d'achat et d'approvisionnement de l'association.
La formation du personnel national et international de MSF et la recherche et le développement sont deux enjeux clés de l'efficacité des actions menées par les équipes de l'association sur le terrain.
L'ouverture du centre Jacques Pinel et son installation au sein de MSF Logistique permettra la création de synergies entre les différents corps de métiers et départements de l'association et répond à ses axes stratégiques.

Ses missions :

- Accueillir les briefings et les formations des salariés de MSF et des autres organisations humanitaires.
- Offrir un espace de tests permettant l'innovation, le développement de nouveaux dispositifs de secours et les manœuvres opérationnelles.
- Permettre/Faciliter les interactions entre les équipes de la centrale d'approvisionnement et des centres opérationnels de MSF.

☐ Cellule Avion

La « Cellule Avion » est une entité internationale intégrée à MSF Logistique, au service des cinq centres opérationnels. Elle gère pour leur compte les affrètements des avions et hélicoptères opérés par les missions MSF sur le terrain.

Le plan bi-annuel 2018/2019 approuvé en 2017 par le comité directeur de la cellule avion a fait l'objet d'un suivi au fur et à mesure de l'avancée des travaux.
L'objectif de cette approche est d'assurer l'adéquation entre les avancées techniques, politiques, juridiques d'une part et les besoins opérationnels et les principes professionnels de l'aviation d'autre part.
Elle a également permis un travail collectif afin d'assurer que cette approche soit commune pour l'ensemble du mouvement MSF.
La programmation de cette seconde année a été conforme à ce qui avait été établi à l'origine et à ce qui avait déjà été réalisé en 2018.

Dossier urgence

Accord avec les centres opérationnels MSF sur les modalités standard d'un déploiement d'une opération aérienne rapide et sûre en réponse aux urgences.
En 2019, la cellule avion a notamment été en support aux opérations d'urgence :

- Au Mozambique (Ouragan - 3 hélicoptères sur une durée de 3 semaines)
- Au Sud Soudan (Inondations – 1 hélicoptère sur une durée de 7 semaines)

Ces expériences et les prochaines devront aider à développer la réponse aux urgences.

Dossier légal

Les responsabilités de tous les intervenants impliqués dans une opération aérienne MSF ont été clarifiées. Un travail technique, impliquant des juristes spécialisés reste cependant encore nécessaire.

Dossier des procédures opérationnelles standard (SOP)

Ces procédures ont été validées pour les différentes opérations de support aérien avec désormais un volet développement et implémentation à poursuivre durant l'année 2020.

L'année 2019 en quelques chiffres

- 17 opérations avec avions dont 12 exclusivement MSF et 5 en collaboration avec le CICR
- 5 opérations avec hélicoptères dont 4 exclusivement MSF et 1 en collaboration avec le CICR
- 20 000 passagers transportés
- 991 tonnes de marchandises
- 8600 heures de vol

epicentre
ÉPIDÉMIOLOGIE • EPIDEMIOLOGY

RAPPORT DES ACTIVITÉS D'EPICENTRE 2019-2020

INTRODUCTION

Epicentre mène des activités d'épidémiologie de terrain, des projets de recherche et des sessions de formation et d'expertise en relation avec les objectifs de Médecins sans frontières (MSF) pour fournir une aide médicale dans les régions où les personnes subissent des conflits, des épidémies, des catastrophes ou bien pour lesquelles l'accès aux soins est insuffisant ou inexistant.

La volonté de fournir un appui opérationnel, d'être au plus près des patients mais aussi de donner un accès aux traitements, aux vaccins et aux outils de diagnostic entraîne Epicentre dans la poursuite d'une amélioration constante et d'une intégration plus forte avec les départements opérationnels et médicaux de MSF.

La période 2019-2020, comme les périodes précédentes a été propice aux changements. Elle a été marquée par la rédaction d'un plan stratégique en phase avec la volonté de proximité avec les centres opérationnels, notamment dans la réponse aux épidémies et aux maladies émergentes et une amélioration de notre expertise dans les domaines de la recherche et du support.

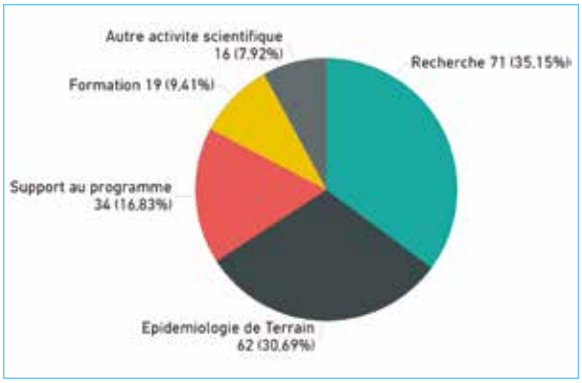
EPICENTRE EN BREF

Projets

En 2020, Epicentre menait 202 projets dont la distribution est illustrée dans la Figure 1.

Ces projets sont réalisés dans environ quarante pays, essentiellement situés en Afrique, comme illustré dans la Figure 2.

Figure 1 : Distribution des projets d'Epicentre par activité/2020



Les maladies infectieuses sont le premier sujet de travail d'Epicentre. En juin 2020, 119 projets (59%) leur étaient consacrés. Cette tendance se retrouve pour l'épidémiologie de terrain (37 projets, 60%), pour la recherche (50 projets, 70%) et pour les activités d'expertise (27 projets, 79%). Vingt-six projets (13%) étaient dédiés à sujets multiples et 8 (4%) à des enquêtes portant sur l'état sanitaire d'une population (enquêtes de mortalité, nutritionnelles, vaccinales, etc.).

A cette même date, les maladies infectieuses les plus représentées (tout type d'activités confondu) étaient essentiellement des pathologies liées à des épidémies : la CoViD-19, le VIH, la tuberculose, les maladies pouvant être prévenues par la vaccination (essentiellement la rougeole), Ebola, les méningites à méningocoques et les hépatites.

Ressources Humaines

Le nombre de personnes travaillant à Epicentre varie de manière importante en fonction du

Figure 2 : Distribution des projets (Epidémiologie de terrain, Recherche, Formation) d'Epicentre par pays/2019-2020

type de projets et de leur dimension. Début 2020, le personnel Epicentre comprenait un peu plus de 300 ETP (équivalents temps pleins) dont 55% de scientifiques (épidémiologistes, statisticiens, coordinateurs d'études, moniteurs, investigateurs, médecins, experts en biologie/laboratoires, etc.) et 45% de personnel de support (chauffeurs, logisticiens, personnel administratif, direction, gardiens, etc.).

Budget 2020

Le budget a été révisé en mai 2020 (R2) avec une prévision des dépenses comme suit : Epidémiologie de terrain 4,1 M€, Recherche 5,9 M€ et Formation 0,5 M€. Les dépenses pour les deux centres du Niger et de l'Ouganda, éléments indispensables pour les études et la recherche, étaient prévues à hauteur respective de 1,3 M€ et 1,2 M€. La direction générale mène des projets à hauteur de 0,2 M€.

De leur côté, la masse salariale et les coûts indirects étaient alors estimés à 2,5 M€ et 1,7 M€ respectivement.

A cette date, les fonds collectés par MSF auprès du public représentaient la première source de fonds : 11,5 M€ et les bailleurs externes la seconde avec une contribution de 5,9 M€.

LES ÉVOLUTIONS MARQUANTES D'EPICENTRE

Le plan stratégique

Le plan stratégique vise à améliorer en permanence notre expertise et notre structure pour mieux répondre aux situations d'urgence, aux activités de suivi et d'évaluation, aux nouveaux problèmes médicaux et humanitaires et à la recherche et au développement.

L'objectif général du plan est de fournir des informations et des axes de travail pour améliorer l'accès à des soins de santé de qualité pour les populations vivant dans des conditions instables ou ayant un accès insuffisant aux soins. L'évolution du paysage international des soins de santé, notamment la prévalence accrue de maladies chroniques non transmissibles comme le cancer, la nécessité de soutenir le développement d'options diagnostiques, préventives et thérapeutiques adaptées, les défis de la résistance aux antimicrobiens, les nouvelles maladies à tendance épidémique et la pertinence croissante des changements environnementaux en tant que déterminant de la santé renforcent notre objectif.

Celui-ci est basé sur notre lien intangible avec MSF, notre expérience et l'expertise de notre équipe.

Les objectifs pour la période 2020-2023 reposent sur trois piliers essentiels :

- **La diversité et la qualité de nos activités**

  Nous voulons élargir nos compétences, améliorer notre expertise pour mieux répondre aux situations d'urgence, à l'activité de monitoring et d'évaluation, à l'émergence de thèmes médicaux et humanitaires et aux enjeux de la recherche et développement.

- **Un plus grand impact de nos travaux**

  Nous voulons mieux faire connaître les résultats, l'expertise et la spécificité d'Epicentre par une meilleure promotion de nos travaux. Elle doit aussi permettre la valorisation de leur impact en termes de pratiques médicales et d'accès aux soins en mettant en œuvre une politique de communication et une meilleure synergie avec MSF.

- **La diversification de nos ressources humaines et financières**

Deux grands points stratégiques sont développés dans ce plan : la réponse aux épidémies et la communication.

La Recherche

En 2020, Epicentre a pour objectif de se concentrer sur :

- L'amélioration du mentorat et du développement professionnel dans les centres de recherche d'Epicentre en Ouganda et au Niger grâce à un soutien individuel et groupé. Cette proposition est également renforcée par une proposition de partenariat avec KEMRI, l'université de Lusaka, Cheikh Anta Diop de Dakar, etc.
- L'amélioration des technologies de support, des processus et des procédures des départements dans toutes les études, quels que soient leurs lieux de mise en place.
- La certification de la gestion des subventions auprès de l'Académie africaine des sciences.
- Le questionnement des normes des pays à hauts revenus dans la conduite de la recherche et de l'innovation afin de mieux refléter les spécificités de MSF et d'Epicentre.

Partenariats

Au fil des années, le nombre de partenaires d'Epicentre s'est accru. Il concerne un nombre limité de projets mais ces partenariats sont précieux. Ils apportent une expertise scientifique essentielle tout en ouvrant des possibilités de développement technique et conceptuel. Cette ouverture vers l'extérieur doit être poursuivie mais la variété et le nombre de partenaires actuels (https://epicentre.msf.org/epicentre/partenaires) renforcent et diversifient l'expertise interne d'Epicentre au niveau des trois centres (Niger, Ouganda et Paris).

Epicentre bénéficie depuis longtemps de financements « externes » mais leur importance a augmenté ces dernières années, comme illustré dans le Tableau 3. La décision de mieux expliquer nos activités aux centres opérationnels MSF, l'accroissement des financements externes mais aussi la volonté de mieux piloter l'ensemble des activités sont à l'origine d'un projet de modernisation des outils de restitution. Le contexte de l'année 2020 (CoViD-19) a retardé la mise en place de ce projet qui est toujours en cours.

Tableau 3 : Distribution des montants financiers (et %) par source de financement et par année

Source de financement	MSF		Externe		Total (k€)
	Montant (k€)	%	Montant (k€)	%	
2016	14 624	92%	1 241	8%	15 865
2017	14 072	90%	1 482	10%	15 554
2018	13 985	90%	1 588	10%	15 573
2019	12 136	78%	3 329	22%	15 465
2020 (prév.)	11 537	66%	5 888	34%	17 426

L'accompagnement opérationnel

« Information for action » est toujours un principe fort de l'épidémiologie en général et d'Epicentre en particulier. L'épidémiologie de terrain doit être au plus près des acteurs opérationnels pour guider les activités mais aussi poser des questions et formuler des hypothèses qui peuvent ensuite donner lieu à des investigations et des études Pour ces raisons,

le déploiement d'épidémiologistes auprès des cellules d'urgence et des cellules opérationnelles de MSF s'est poursuivi pendant la période 2019-2020. Des épidémiologistes sont actuellement en contact fréquent avec les cellules opérationnelles de plusieurs centres opérationnels (notamment à Paris) ou directement présents dans les cellules, à Paris, Genève, Bruxelles, Dakar, Dubaï et New York. Plusieurs épidémiologistes sont aussi présents sur de longues périodes auprès des équipes de terrain à Abidjan, Le Cap, Nairobi, Juba, etc.

Cette proximité doit se poursuivre dans les années à venir et permettre de renforcer de manière bilatérale les liens opérationnels entre MSF et Epicentre en « challengeant » les pratiques quotidiennes, les outils et la finalité même des activités.

QUELQUES PROJETS

Nous présentons une liste de projets représentatifs et caractéristiques de 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 ainsi que l'apport des partenariats. Le choix de ces projets a aussi été guidé par le caractère remarquable de certains projets. Celui-ci concerne une innovation, l'ancrage dans un dispositif particulier ou des objectifs ambitieux et notamment dans l'accès aux soins d'outils de diagnostic, de vaccins ou de thérapeutiques pour les terrains d'intervention de MSF.

☐ Le vaccin contre la fièvre jaune

L'OMS recommande la vaccination systématique contre la fièvre jaune dans tous les pays où cette pathologie est endémique. Elle est aussi recommandée pour les voyageurs dans ces zones et dans le cadre de vaccination de masse dans les ripostes aux épidémies. En l'absence de moyens thérapeutiques efficaces, la vaccination et la lutte antivectorielle sont les principales stratégies de lutte et de prévention. La vaccination reste le moyen le plus efficace une fois une épidémie installée. Toutefois, le temps relativement long nécessaire à la production du vaccin et la surveillance limitée de la fièvre jaune rendent l'approvisionnement en vaccins difficile, en particulier en réponse aux flambées épidémiques. L'épidémie de fièvre jaune en 2016 en Angola a une fois de plus soulevé de grandes préoccupations quant à l'approvisionnement des vaccins. La vaccination de routine a été suspendue dans les pays africains pendant l'épidémie en Angola pour répondre à la demande et une flambée subséquente en République Démocratique du Congo a contribué à une pénurie mondiale. En réponse, l'OMS a recommandé de fractionner les doses de vaccin. Ces recommandations étaient principalement fondées sur une seule étude menée au Brésil. Elle avait été réalisée avec un seul des vaccins disponibles et chez de jeunes adultes de sexe masculin. Afin d'élargir et de simplifier les recommandations de dosage fractionné, Epicentre a évalué l'immunogénicité et l'innocuité des doses fractionnées de vaccins contre la fièvre jaune de quatre fabricants différents dans le premier essai du genre en Ouganda et au Kenya.

Pour la première fois, Epicentre était le sponsor d'un essai « mondial » mené avec le financement de la Fondation MSF pour Epicentre et Wellcome Trust pour KEMRI. Les sites d'essai étaient situés au Kenya (KEMRI) et en Ouganda (Epicentre). Parmi les partenaires figuraient l'OMS, l'Institut Pasteur Dakar, le NIBSC et des experts internationaux. Les principaux résultats de l'étude montrent que les quatre vaccins actuellement stockés et utilisés contre la fièvre jaune sont appropriés pour le fractionnement. Ces résultats sont utilisés pour réviser les recommandations actuelles de l'OMS en cas d'urgence. Cette étude fournira un outil supplémentaire pour MSF et pour les autres acteurs de santé dans leur réponse aux épidémies de fièvre jaune.

Cette étude est également complétée par un essai pour la recherche de dose minimale de vaccin contre la fièvre jaune avec les mêmes partenaires.

☐ DeTACT

DeTACT signifie Développement de la collaboration triple de thérapies de combinaison d'artémisinine.

La perte d'efficacité des combinaisons à base d'artémisinine (ACT), utilisées en première ligne pour le traitement du paludisme, met en péril les efforts actuels de lutte contre le paludisme. Les résistances à l'artémisinine peuvent se propager,

comme la résistance à la chloroquine dans les années 1960 et 1970, en passant de l'Asie du Sud-Est au sous-continent indien puis en Afrique.

De nouveaux médicaments antipaludiques ne sont pas attendus sur le marché avant cinq ans. Il est urgent d'évaluer les traitements alternatifs à l'aide de combinaisons de médicaments existants qui ne provoqueront pas rapidement une résistance du parasite et qui peuvent être déployés immédiatement. Les régions dans lesquelles les ACT sont actuellement utilisées, y compris le Myanmar, le Bangladesh, l'Inde et l'Afrique subsaharienne, doivent être prêtes à utiliser des traitements alternatifs au cas où le paludisme à Plasmodium falciparum multirésistant serait importé ou émergerait de novo. Pour ces régions, il est important d'élaborer des stratégies pour prévenir la propagation ou retarder l'émergence de la résistance à l'artémisinine des antipaludiques utilisés en combinaison. Le déploiement de traitements combinés triples d'artémisinine (TACT) pourrait s'inscrire dans une telle stratégie.

Le centre Epicentre situé au Niger est le site d'un essai multicentrique contrôlé de non-infériorité. Son objectif est de comparer l'efficacité, l'innocuité et la tolérance des trithérapies combinées à base d'artémisinine avec ACT de première intention plus placebo pour le traitement du paludisme Plasmodium falciparum non compliqué.

Cet essai est une étape importante dans la fourniture d'un outil thérapeutique supplémentaire pour les programmes de MSF et d'autres acteurs.

☐ Alert-CoVid-19

Alert-CoVid-19 est une plate-forme électronique de surveillance et d'alerte au Niger.

Le Comité d'intervention CoVid-19 du ministère nigérien de la Santé veut améliorer et mieux organiser son système d'alerte et d'enquête. Ce système était principalement basé sur la collecte de données « papier » et de données non structurées, reçues par SMS (WhatsApp). Il a plusieurs limites et n'assurait ni la collecte rapide et complète ni l'efficacité des enquêtes.

La commission a demandé à Epicentre, « Medic Mobile » et Google (Groupe de travail) de mettre en place un outil électronique pour organiser la réception et les investigations suite aux alertes CoVid-19.

Le Groupe de travail a mis au point une plate-forme pour recueillir les données d'alerte de manière structurée et en assurer l'efficacité et l'exhaustivité avec l'appui du Ministère de la santé. L'application Alert-CoVid-19 permet aux agents de santé communautaires, aux agents de santé des centres d'appels spécialisés ainsi qu'aux hôpitaux de lancer des alertes CoVid-19. Ces alertes font ensuite l'objet d'une investigation permettant d'identifier et de tester les cas suspects.

Les prochaines étapes sont de continuer à accompagner la Ministère dans la formation et le développement de l'outil à l'échelle du pays. Il sera utilisé et maintenu pour les alertes liées à d'autres pathogènes et fournira une aide au Niger pour assurer une réponse rapide aux épidémies.

☐ Dolutégravir

Le développement des résistances du VIH aux traitements antirétroviraux (TAR) met en danger les traitements individuels et la lutte pour le contrôle de l'épidémie. Un nouvel inhibiteur de l'intégrase du VIH, le dolutégravir (DTG) est disponible. L'OMS recommande son utilisation en combinaison avec deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI). Ces trois produits sont inclus dans une combinaison (ténofovir, lamivudine et dolutégravir), en dose fixe (une prise par jour) à très faible coût (75 US$/an). Cette combinaison a été adoptée dans plus de 65 pays à revenus moyens ou bas.

Le Ministère de la santé a demandé à MSF de soutenir la surveillance de l'introduction de cette combinaison (TLD) dans le district de Chiradzulu, au sud du Malawi. Les données cliniques sur l'efficacité du TLD chez les patients présentant une résistance au ténofovir et à la lamivudine sont insuffisantes et une surveillance de la mise en place de cette stratégie de traitement s'impose.

L'étude EMEDT (Enhanced Monitoring of Efavirenz to Dolutegravir Transitioning) est une surveillance prospective qui accompagne l'introduction du TLD comme première ligne au Malawi. Cette étude analyse rétrospectivement la charge virale et la résistance aux médicaments à partir d'échantillons de sang prélevés le jour de l'inclusion de l'étude. L'objectif principal est d'évaluer la suppression de la charge virale des patients sous TLD et de documenter l'incidence de la résistance au

DTG. Cette étude documente aussi les effets indésirables du dolutégravir.

Les résultats des analyses préliminaires sont encourageants. On observe une très bonne suppression de la charge virale ; seuls quelques patients ont présenté un échec virologique détecté à 6 mois et deux cas de résistance au DTG ont été identifiés, soulignant la nécessité d'une surveillance active de la résistance au DTG dans les milieux à faibles ressources. Les résultats finaux de l'étude sont attendus au deuxième trimestre 2021.

☐ Tuberculose

Fujilam

La tuberculose (TB) est l'une des premières causes de mortalité dans le monde. Chaque année environ 10 millions de personnes contractent cette maladie et 1,5 million en meurent. Les personnes immunodéprimées ont un risque accru d'être atteintes et la tuberculose est la principale cause de décès chez les personnes VIH séropositives.

Les difficultés pour diagnostiquer la tuberculose représentent l'un des principaux obstacles à la lutte contre cette maladie. Dans les pays à ressources limitées, les diagnostics moléculaires tels que Xpert MTB/RIF qui requièrent un laboratoire pour être effectués ne sont pas encore largement disponibles. Les échantillons d'expectoration sont difficiles à récolter, en particulier chez les patients VIH-positifs. Dans ce contexte, des tests diagnostiques rapides comme les tests LAM (lipoarabinomanan) qui utilisent des échantillons faciles à obtenir, l'urine par exemple, et qui peuvent être recueillis dans des centres de santé et au pied du lit de patients, s'avèrent très utiles.

Le SILVAMP TB LAM de Fujifilm (FujiLAM) est un nouveau test (non commercialisé) pour le diagnostic de la TB qui s'effectue sur urine. Il produit des résultats rapides et ne nécessite pas de laboratoire. Une première étude utilisant des échantillons d'urine congelée a révélé une sensibilité plus élevée de ce test par rapport au test (AlereLAM) actuellement utilisé chez les patients VIH-positifs.

Epicentre et Médecins Sans Frontières, avec un financement de l'Agence National pour la Recherche sur le VIH et les hépatites virales (ANRS) et en réponse à un appel à projets de la Fondation pour des Diagnostics Innovants (FIND) mènent une étude internationale multicentrique dans 4 pays de l'Afrique Sub-saharienne. Cette étude sera parmi les premières à fournir des preuves sur la performance de ce nouveau test pour le diagnostic de la TB chez les patients séropositifs.

Dans le contexte actuel de la pandémie à CoVid-19 et compte tenu de la similarité de certains symptômes de la tuberculose et de la Covid-19 ainsi que des connaissances limitées sur cette maladie chez les patients VIH-positifs en Afrique, l'étude intègre un volet sur le diagnostic de la CoVid-19. Cette composante de l'étude fournira des informations sur prévalence de la CoVid-19 chez les patients séropositifs et aidera à faire la lumière sur l'interaction entre VIH, tuberculose et CoVid-19 dans des contextes à ressources-limités de l'Afrique Sub-saharienne.

EndTB

La tuberculose multirésistante reste une menace pour beaucoup de patients. Cette forme de tuberculose ne répond pas à l'isoniazide et à la rifampicine, les deux médicaments antituberculeux de première intention les plus efficaces. Les options thérapeutiques pour cette forme de tuberculose sont limitées, nécessitent l'administration de médicaments toxiques sur une longue durée (jusqu'à deux ans de traitement) et ont de faibles taux de réussite (autour de 50%).

La bédaquiline et le délamanid sont deux nouveaux médicaments pour le traitement de la tuberculose multirésistante. Le projet endTB, financé par UNITAID, a été mis en place pour améliorer l'accès à ces médicaments. Une activité majeure du projet endTB a été de mener une étude observationnelle prospective qui visait à évaluer l'efficacité et la sécurité des régimes pour traiter la tuberculose multi-résistante contenant de la bédaquiline ou du délamanid dans 17 pays. Cette étude a été conduite par Epicentre et Médecins Sans Frontières en partenariat avec Partners in Health et Interactive Research and Development.

L'étude a montré que des patients atteints de tuberculose multirésistante peuvent être traités en sécurité avec des régimes thérapeutiques contenant de la bédaquiline et/ou du delamanid avec des taux de réussite élevés (autour de 78%). Cette étude a contribué à la révision en 2019 des lignes directrices de l'OMS qui a maintenant

donné la priorité à la bédaquiline comme premier choix pour tous les patients. Plusieurs analyses des données de l'étude sont en cours et les résultats contribueront à un autre examen des lignes directrices dans un proche avenir, en particulier sur la durée optimale de la bédaquiline et la combinaison de bédaquline et de delamanid.

Réponse aux épidémies

Ebola

Du 1er août 2018 au 25 juin 2020, la République Démocratique du Congo (RDC) a connu sa dixième épidémie de maladie à virus Ebola (MVE). La souche responsable était la souche Ebola Zaïre, la plus mortelle. Cette souche était responsable de l'épidémie ouest-africaine de 2013-2016 et de l'épidémie dans la province de l'Équateur (RDC) déclarée en mai 2018. Aucun lien épidémiologique n'a été mis en évidence entre ces trois épidémies. Pendant cette épidémie, des vaccins et des traitements non enregistrés et sous investigation étaient disponibles.

Les provinces du Nord et du Sud et de l'Ituri ont été touchées. Ces provinces connaissent un degré d'insécurité important en raison de la présence de groupes armés et la population est très mobile. Ces facteurs ont contribué à la complexité de la réponse et ont parfois entraîné la paralysie des activités. Plus de 60 000 personnes pressenties d'être atteintes de cette maladie ont été admises dans un établissement de santé pour la MVE et près de 3 500 cas (confirmés et probables) ont été notifiés au cours de la réponse qui a duré plus de 22 mois.

Epicentre a fourni un soutien épidémiologique technique à MSF, au Ministère de la Santé Publique (MSP) et à divers partenaires. Dans les dix jours suivant la déclaration de l'épidémie, des épidémiologistes ont été déployés au niveau du projet. Epicentre a aussi joué un rôle de coordination pour les centres opérationnels MSF. De nouveaux outils pour la collecte et la communication des données ont été proposés, développés et mis en œuvre.

Au niveau des centres de traitement d'Ebola, Epicentre a mis en place une base de données de gestion des cas (liste linéaire), a organisé la collecte, le circuit et le stockage de tous les formulaires de données. L'utilisation de tableaux a permis de surveiller les mouvements des patients et fournir des données quotidiennes. Des registres de laboratoire ont aussi été créés pour suivre les échantillons de laboratoire. Les épidémiologistes ont également assuré la liaison avec le MSP et l'OMS en rejoignant les équipes d'enquêteurs pour étudier les cas sur le terrain. Ces données, combinées aux données fournies par l'examen des patients et les membres de leur famille au CTE ont permis de décrire et de réduire les chaînes de transmission. Les épidémiologistes ont également travaillé avec les agents du GIS (geographic information system) pour cartographier l'emplacement des cas et ont fourni des estimations sur le nombre de cas possibles et la répartition géographique de l'EVD afin d'éclairer les décisions opérationnelles.

La diffusion des informations a été réalisée à l'aide de tableaux de bord, de rapports globaux et locaux automatisés. Epicentre a aussi fourni des représentations des zones de santé et des établissements de santé par intensité et durée de la transmission, des descriptions des facteurs de risque par zone de santé, des estimations du R0, des analyses de la mortalité et de la gestion des cas, des données sur le suivi des vaccinations et un algorithme de prédiction de l'infection MVE.

Enfin, en tant que membre invité de la Cellule d'Analyse - une initiative de divers partenaires et du MSP - Epicentre a soutenu la gestion, le contrôle de la qualité et l'analyse de données avec la rédaction de rapports réguliers afin de contribuer à informer les acteurs opérationnels. La fin de la 10ème épidémie a été déclarée le 25 juin 2020. Epicentre poursuit sa collaboration sur diverses initiatives de recherche grâce au grand volume de données collectées.

Epicentre apporte actuellement son soutien à la 11ème épidémie d'Ebola en RDC, déclarée le 1er juin 2020.

CoViD-19

La pandémie de CoViD-19 a démarré en décembre 2019 et a été déclarée en mars 2020. Au 1er septembre 2020, plus de 25 millions de cas confirmés et 848 000 décès ont été notifiés dans le monde, y compris dans de nombreux pays à faibles revenus.

Epicentre a fourni un soutien épidémiologique aux opérations de MSF depuis les tout premiers stades de la pandémie. Cet appui a inclus le développement et le déploiement d'outils de collecte de données harmonisés et en accord les recommandations internationales. L'analyse systématique de ces données a permis la production de tableaux de bord en ligne (https://reports.msf.net/secure/app/covid19-linelist-dashboard) et de rapports pour résumer la situation épidémiologique dans le monde et au sein des missions MSF. De plus, un outil de collecte de données plus détaillé a été développé en collaboration avec le service médical de MSF France afin de décrire les caractéristiques cliniques et l'évolution des patients atteints de CoViD-19 sévère lors de l'admission, y compris les facteurs qui affectent le pronostic des patients.

La surveillance de la CoViD-19 a été basée en grande partie sur le suivi des cas confirmés. Cependant, l'accès aux tests a été et reste limité dans de nombreuses régions du monde. Epicentre a collaboré avec MSF à l'évaluation des performances de différents tests de diagnostic rapide et des algorithmes de diagnostic visant à améliorer l'accès des patients. Un projet visant à améliorer l'évaluation de la sévérité des cas à l'aide d'appareils à ultrasons portables est en cours.

Dans nos pays d'intervention, la situation est très hétérogène, comme l'illustre le faible nombre de cas confirmés de CoViD-19 dans plusieurs grandes villes d'Afrique. Il existe de grandes incertitudes quant à l'étendue réelle de la transmission et à son effet sur la mortalité dans un environnement où l'accès aux systèmes de santé est limité et avec une population plus jeune et donc avec un risque de sévérité différent. Des projets au Yémen, au Tchad, au Mali ou en République Démocratique du Congo sont en cours pour clarifier à la fois le poids de la maladie et la mortalité. Une meilleure compréhension du risque d'infection est nécessaire dans les populations à risque telles que les professionnels de santé et les populations marginalisées. En ce sens, deux études portant à la fois sur les infections cliniques et infracliniques sont en cours au sein du personnel de MSF au Yémen et chez les personnes sans domicile fixe à Paris en France.

Rougeole

En 2018, une épidémie de rougeole a de nouveau démarré en République Démocratique du Congo (RDC). Cette épidémie s'est poursuivie jusqu'en 2020. Elle a atteint une taille jamais égalée depuis la mise en place de la surveillance en RDC avec plus de 310 000 cas et plus de 6 500 décès notifiés. Nous constatons une résurgence globale de la rougeole sans précédent depuis quinze années. Entre 2019 et 2020, des épidémies de rougeole ont touché plusieurs autres pays où MSF intervient : entre autres, le Tchad avec 43 000 cas, la RCA, le Niger, le Burkina Faso, le Cameroun et le Nigeria.

Epicentre est intervenu sur trois axes principaux :

- Le support à l'investigation
- Le suivi de l'épidémie avec les équipes
- Des enquêtes de terrain pour évaluer la situation et des analyses pour comprendre et améliorer la réponse.

Le support à l'investigation et au suivi des épidémies a entraîné la création de postes d'épidémiologistes œuvrant pour toutes les sections MSF en RDC, en RCA et au Tchad. Leur travail, en partenariat étroit avec les ministères de la santé, a permis de suivre l'évolution des épidémies de manière réactive en produisant des rapports hebdomadaires et en fournissant des tableaux de bord dynamiques, d'identifier des zones prioritaires, d'améliorer les outils de collecte des données et de suivi, de dégager des tendances afin d'orienter les opérations de MSF et de fournir des description et analyses solides pour les discussions avec les ministères.

En RDC, les enquêtes de mortalité rétrospectives et de mortalité spécifique dans quatre zones de santé ont montré la sous-estimation flagrante du nombre de décès liés à la rougeole (jusqu'à 30 fois supérieur aux décès notifiés dans certaines zones de santé). Des enquêtes de couverture vaccinale ont été menées. Enfin, des enquêtes de séroprévalence ont été réalisées afin d'évaluer la proportion des enfants déjà immunisés et d'estimer la séroprévalence dans la population générale avant et après la mise en place des activités de vaccination.

Ces épidémies massives ont fourni matière à réflexion et à analyse et notamment avec la description des typologies d'épidémies en

fonction du milieu (urbain/rural), de la densité de population, de la pyramide des âges et du type de riposte. La sensibilité et la spécificité des seuils d'alertes épidémiques ont été réévaluées avec les nouvelles données disponibles et d'autres seuils ont été proposés, étudiés et utilisés.

L'ensemble du travail d'Epicentre a d'abord servi aux équipes de terrain. Il offre également un support de réflexion et de décision pour le mouvement MSF, en particulier au niveau des directions médicales et opérationnelles. Enfin il a permis de présenter le fardeau de la rougeole et les réponses nécessaires aux ministères de la santé et aux acteurs impliqués dans la riposte. Maintenant que les épidémies se sont apaisées dans nos principaux pays d'intervention, et avant une résurgence très probable, cet interlude est propice à un travail d'analyse et de capitalisation.

FORMATION

Le e-learning est aussi une solution développée car permettant un accès rapide, en urgence et continu à des informations. De nombreux modules ont déjà vu le jour et les perturbations entraînées par la pandémie de CoVid-19 renforcent encore plus ce développement.

La formation des équipes MSF aux techniques de base et à l'utilisation de l'épidémiologie, notamment dans les situations d'urgence (déplacements de population, épidémies, …) reste un des objectifs principaux d'Epicentre. Pour être efficiente, la formation, comme l'épidémiologie de terrain, doit être au plus près des équipes opérationnelles Epicentre a ainsi développé des formations Ad Hoc, concernant les épidémies ou urgences, sur le terrain comme en RDC, au Tchad, aux Philippines, au Sri Lanka ou en Haïti tout en poursuivant les cours programmés décentralisés comme le PSP en Ouganda et au Sénégal.

En 2019, les programmes de formation d'Epicentre ont concerné 230 membres de MSF, 22 personnels (para)médicaux de l'IRD et contribué par l'intervention d'épidémiologistes dans différents modules à la formation de plus de 250 personnes MSF ou universitaires. En 2020, 105 membres de MSF ont bénéficié de ces formations.

La formation « Population en situation précaire » (PSP) a été accréditée dans le cadre du LEAP, au sein de la LSHTM.

Nous travaillons sur une possibilité de suivi de(s) stagiaires en post-training pour le PSP et la formation « Réponse aux épidémies » (RepEpis) avec la réalisation d'applications pratiques sur le terrain à partir des notions théoriques acquises lors de nos formations.

Le digital-learning (ou e-learning) est aussi une solution développée car permettant un accès rapide, en urgence à des informations. De nombreux modules ont déjà vu le jour et les perturbations entraînées par la pandémie de CoVid-19 renforcent encore plus ce développement. Nous avons réalisé un atelier on line sur la pandémie CoVid en son début pour des staff du PAM (85 participants). Nous sommes en cours d'adaptation de certaines formations (mini Formation de Formateurs, Réponse aux Epidémies) à des versions on line ou mixtes.

Province de Lualaba - RDC
Photographe : Sara Picot

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 Ardennes (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
Fax : +41 22 849 8404
http://www.msf.org
Humanitarian Advocacy and
Representation team (UN, African Union,
ASEAN, EU, Middle East)

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
www.msf.org.za

ALLEMAGNE

Am Köllnischen Park 1
10179 Berlin
ALLEMAGNE
Tél : +49 30 700 13 00
Fax : +49 30 700 13 03 40
e-mail : office@berlin.msf.org
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
Fax : +43 1 409 7276/40
office@aerzte-ohne-grenzen.at
www.aerzte-ohne-grenzen.at

BELGIQUE

Rue de l'Arbre Bénit 46
1050 Brussels
BELGIQUE
Tél : +32 2 474 74 74
Fax : +32 2 474 75 75
www.msf-azg.be

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

551, Adélaïde St W
Toronto - Ontario M5UON8
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
Fax : +45 39 77 56 01
e-mail : info@msf.dk
http://msf.dk

ESPAGNE

C/ Zamora 54
08005 Barcelona
ESPAGNE
Tél : +34 93 304 6100
Fax : +34 93 304 6102
e-mail : oficina@barcelona.msf.org
www.msf.es

FRANCE

14-34, avenue Jean Jaurès
75019 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 32 00
Fax : +46 10 199 32 01
e-mail : info.sweden@msf.org
www.lakareutangranser.se

SUISSE

78 rue de Lausanne
CP 1016
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 3505
Fax : +82 2-3703 3502
office@seoul.msf.org
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 11 465 82 216
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

KENYA
Mayfair Center 4th floor
Ralph Bunch Road
Po Box 60204 - 00200
Nairobi
KENYA
Tél : +971 2631 7645

LIBAN
Tél : +96 170 503 551

MEXIQUE
Cuauhtémoc #16 Terraza
Col. Doctores
CP06720
Mexico
Tél : +52 55 5256 4139
Fax : +52 55 5264 2557
msfch-mexico@geneva.msf.org
www.msf.mx

RÉPUBLIQUE TCHÈQUE
Zenklova 2245/29
180 00 Prague 8
Czech Republic
Tél. : +420 257 090 150
Fax : +420 257 090 155
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
Tél : +886 2 555 11 266

URUGUAY
Tél : +54 11 5290 9991 ext 102

SINGAPOUR

Membres du Conseil d'Administration International 2019

Dr Christos Christou
Président international

Dr Carolina Batista
Membre élu

Sam Bumicho
Membre élu

Pete Buth
Membre élu

Dr Bertrand Draguez
Président MSF Belgique

Ingrid Maria Johansen
Membre élu

Habiba Amin
Membre élu

Yvan Legris
Membre coopté - Trésorier

Áine Markham
Membre élu - Vice-présidente

Dr David Noguera
Président MSF Espagne

Reveka Papadopoulou
Présidente MSF Suisse

Dr Mego Terzian
Président MSF France

Marit van Lenthe
Présidente MSF Hollande

Dr Bruce Lampard
Membre élu

Composition du Conseil d'administration issu de l'AG 2019

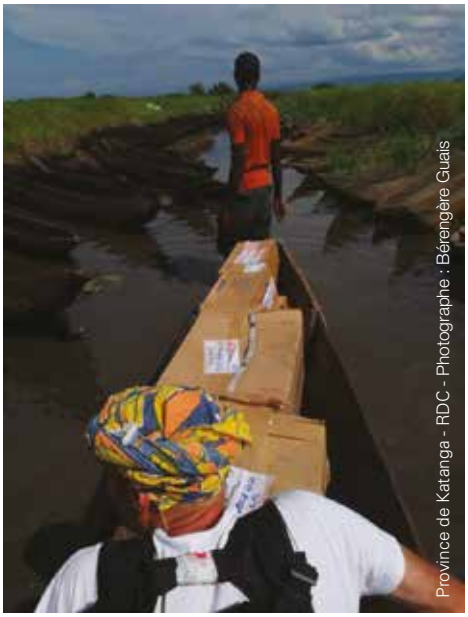
A l'issue de sa première réunion, le 16 juin 2019, la composition du nouveau Conseil d'administration de Médecins Sans Frontière France est la suivante (15 membres élus)

Président	Dr Méguerdith TARAZIAN, dit Mégo TERZIAN (élu en 2019, sort en 2022)
Vice-présidente	Dr Véronique URBANIAK (élue en 2018, sort en 2021)
Vice-président	Guillaume Le GALLAIS (élu en 2019, sort en 2022)
Trésorier	Michel COJEAN (élu en 2017 sort en 2020)
Trésorier adjoint	Denis GOUZERH (élu en 2018, sort en 2021)
Secrétaire Général	Anne YZEBE (élue en 2017, sort en 2020)
Membres	Gabriel TRUJILLO (élu en 2017, sort en 2020 Dr Isabelle ANDRIEUX-MEYER (élue en 2017, sort en 2020) Dr Jean BRANELLEC (élu en 2017, sort en 2020) 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 Marco OLLA (élu en 2019, sort en 2022) Dr Michel ALLARD (élu en 2019, sort en 2022) Sylvie CUSSET (élue en 2019, sort en 2022)
Représentants des sections partenaires	Dr Africa STEWART - MSF USA Dr Stewart CONDON - MSF Australie Dr Hiroyuki KATO – MSF Japon

5 postes sont à pourvoir pour l'AG 2020.

Abréviations

ACT	Polythérapies à base d'artémisinine *(Artemisinin-based combination therapies)*
AGI	Assemblée générale internationale
ARV	Antirétroviraux
ART	Traitement antirétroviral
BEmONC	Soins de base obstétricaux et néonatals d'urgence
BRICS	Brésil, Russie, Inde, Chine, Afrique du Sud
CEmONC	Soins complets obstétricaux et néonatals d'urgence
CI	Conseil international
CPS	Chimio-prévention du paludisme saisonnier
CRASH	Centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires
DIH	Droit international humanitaire
DNDi	Initiative Médicaments contre les maladies négligées *(Drugs for Neglected Diseases initiative)*
DR-TB	Tuberculose résistante
EAU	Émirats arabes unis
HepC	Hépatite C
HPV	Papillomavirus humain
ICU	Unité de soins intensifs
IDP	Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays
IPC	Prévention et contrôle des infections
MDR-TB	Tuberculose multi-résistante
MLT	Moyen et long terme
MoH	Ministère de la Santé *(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)*
VHC	Virus de l'hépatite C
VVS	Victimes de violences sexuelles



Province de Katanga - RDC - Photographe : Bérengère Guais

MEDECINS SANS FRONTIERES

14-34, avenue Jean Jaurès 75019 Paris • Téléphone : +33 (0)1 40 21 29 29