

50^e Assemblée générale de Médecins Sans Frontières

RAPPORT
ANNUEL
2020

12 et 13 juin
2021

www.msf.fr



50^e Assemblée générale de Médecins Sans Frontières



50^e Assemblée générale de Médecins Sans Frontières



HAVE A LOOK AT
BEFORE ENTER



Sommaire

Introduction	5
Charte	7
Rapport moral 2020	9
Rapport d'activités 2020	23
Le Plan Stratégique OCP 2020-2023	25
Faits marquants 2020 et Perspectives 2021	29
1. Le portefeuille d'activités et la dynamique opérationnelle	29
2. Les urgences	32
3. Conséquences des conflits sur les populations	32
4. Catastrophes médicales	35
5. Violences hors conflits et Exclusion des soins	40
6. Catastrophes naturelles, climatiques et industrielles	40
7. Objectifs transversaux du plan stratégique	41
8. Les prises de paroles marquantes	42
9. Les ressources humaines	44
10. Évaluation et Retour d'expérience	46
Rapport du trésorier 2020	49
Les missions de A à Z	59
Les satellites de Médecins Sans Frontières	195
Répertoire	231



Palestine - 2018 - Photographie : Laurence Geal

Introduction

Ce document est un descriptif des activités de la section française de Médecins Sans Frontières pour l'année 2020.

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

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

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

Ce document sera complété, après l'Assemblée Générale annuelle des 10 et 13 juin 2021, avec le rapport moral du président, le rapport financier du trésorier et la composition du nouveau conseil d'administration issu du vote du 13 juin pour devenir le Rapport Annuel 2020 qui sera disponible au siège de Médecins Sans Frontières.

Cette assemblée générale 2021, qui se tient en ligne à cause de l'épidémie de Covid-19, est la 50^{ème} Assemblée générale de l'association Médecins Sans Frontières, créée le 20 décembre 1971.

Charte

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

- 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.



Sierra Leone - 2015

Rapport moral

Rapport moral 2020-2021

Dr Meguerditch TERZIAN, Président
Cité Fertile, le 12 Juin 2021

Chers amis, collègues, associés,

Chers amis, alors que nous fêtons nos 50 ans, que nous revisitons notre histoire et discutons de l'avenir, je voudrais commencer par vous rappeler ce tonnerre de haine qui a frappé la maternité de Dasht-e-Barchi, à Kaboul, il y a déjà un an, le 12 mai 2020. Seize femmes en salle de travail ou qui venaient tout juste d'accoucher ont été tuées de manière systématique. Maryam, sage-femme MSF, deux enfants âgés de 7 et 8 ans et six autres personnes présentes au moment de l'attaque ont également été tués.

Médecins Sans Frontières était fier de ce projet et convaincu de son utilité pour une population particulièrement exclue des soins : les femmes Hazaras. Ceux qui ont eu l'occasion de le visiter ou d'y travailler y étaient souvent très attachés.

Lors d'une cérémonie de commémoration le 11 mai dernier, nous leur avons rendu hommage. Nous pensons à leurs familles, à leurs amis et à l'équipe de la maternité. Ils ne seront jamais oubliés.

Après l'attaque, estimant qu'ils ne pouvaient pas garantir la sécurité du personnel et des patients et refusant qu'une telle tragédie se répète, les responsables de MSF OCP ont pris la décision de mettre un terme aux activités à Dasht-e-Barchi.

Nous sommes désormais en dialogue avec une association de sages-femmes afghanes pour la mise en place d'un partenariat, afin que les femmes Hazara de Dasht-e-Barchi puissent continuer à bénéficier de soins gynécologiques et obstétricaux. Pour les questions de responsabilité MSF en termes de sécurité vis-à-vis de cette association, qui n'est pas originaire de Dasht-e-Barchi, il est légitime de se les poser. Pour l'instant nous n'avons pas encore de réponse définitive.

Mais nous sommes toujours présents en Afghanistan, d'une part à Kaboul où nous avons réduit notre présence visible et maintenu une petite équipe en charge de l'appui des projets

en région et d'autre part à Hérat, où nous avons maintenu la mission.

Ces décisions ont été très controversées et aujourd'hui encore, une partie des membres de notre association est convaincue qu'il ne fallait pas fermer cette maternité, extrêmement utile pour la population qu'elle couvrait. Ils ont espéré et exprimé via le site associatif, le « Souk », leur désir de voir subsister cet établissement, malgré les crimes commis, les dangers de récurrence, et la non-visibilité de leurs auteurs.

D'autres estiment au contraire qu'en raison de ces dangers et de l'absence de dialogue avec des auteurs potentiels ou présumés, nous aurions dû aller plus loin et quitter totalement l'Afghanistan, comme nous l'avons fait dans le passé, en particulier en 1990.

Le processus de discussion a pris des mois, et s'est révélé d'une grande complexité. Plusieurs voyages de l'exécutif et de la présidence ont été organisés à Kaboul pour écouter le personnel de cette maternité, souvent opposé à notre départ malgré les risques. Les arguments ont été partagés, largement discutés, tous les avis ont pu s'exprimer, notamment sur le Souk.

Le Conseil d'administration s'est prononcé, le « Group Committee » également, ainsi que les autres sections opérationnelles présentes en Afghanistan.

Cette controverse a soulevé un problème sur lequel je souhaite revenir, celui de la décision.

La décision a été prise par la direction des opérations, soutenue par la direction générale et le conseil d'administration. On a confirmé la fermeture définitive du projet de la maternité à Kaboul, on a décidé de réduire notre présence à Kaboul en revanche on a décidé de maintenir notre projet à Hérat et ne pas quitter le pays. C'est une lourde responsabilité, très lourde, et elle a été pleinement assumée.

On a entendu critiquer l'absence de «réel débat», puisque la discussion est collective mais la décision ne l'est pas. Je veille d'une part à préserver, pour ceux qui ont la responsabilité de décider, leur capacité à le faire quand il le faut. Et je veille d'autre part à ce que les arguments de tous soient entendus, à ce que ces décisions puissent être contestées et critiquées. Ce mode de décision est aussi, on pourrait le croire, contraire à notre volonté de décentraliser les responsabilités au niveau des missions. Je pense que pour ces décisions-là, des décisions de fermeture pour raison de sécurité, le bon niveau reste celui de la direction des opérations, il ne faut pas en changer.

L'évènement historique de l'an 2020, c'est bien sûr la pandémie de Covid-19 qui n'a épargné personne, que l'on en soit tombé malade, que l'on ait perdu un membre de sa famille ou un ami ou que l'on subisse le confinement et les interdictions de voyager ou le chômage.

Face à la pandémie, MSF OCP poursuivait 4 objectifs : protéger le personnel, poursuivre les activités non-Covid, traiter les patients atteints de la Covid-19 et comprendre l'épidémiologie de la pandémie pour contribuer à réduire la transmission.

Je vous recommande la lecture du rapport d'activité du département médical, et surtout de son introduction rédigée par Clair Mills, notre directrice médicale, pour obtenir un tableau de notre lutte contre la Covid-19 durant cette année.

La connaissance scientifique du virus a fait d'énormes progrès pendant cette année écoulée : en matière d'épidémiologie et de prise en charge de la maladie. Nous avons tâtonné au début, comme tous les acteurs de lutte contre le virus, qu'ils soient étatiques ou internationaux. Les premiers mois ont été très difficiles, avec le confinement, les difficultés de la chaîne d'approvisionnement et la suspension des voyages internationaux.

Les mesures de prévention et de contrôle des infections avec les équipements de protection individuelle, la mise en place du dépistage et du triage, l'adaptation de l'organisation des services cliniques, la validation des sources d'approvisionnement des équipements et des tests de dépistage et la hiérarchisation des projets prioritaires pour en recevoir face à la pénurie ont été les résultats d'un travail collectif du

département médical, de l'approvisionnement et des opérations.

Le personnel médical a été particulièrement exposé

Les études de séroprévalence menées par MSF OCP et d'autres en Afghanistan, en France, au Mali, au Niger, au Yémen, etc., en 2020-2021 indiquent qu'il y a eu une forte transmission parmi les professionnels de santé en 2020 (de 25% à plus de 80% des populations étudiées avaient des anticorps contre la Covid-19, signe d'une infection récente ou passée). Un grand nombre du personnel MSF OCP a été infecté et nous déplorons un décès, mais très peu ont présenté des formes graves ou sévères de la Covid-19.

Quel a été l'effet de la pandémie sur l'accès aux soins hors Covid ?

Les activités liées à la santé des femmes ont enregistré une baisse globale (fermeture des maternités à Kaboul, à Maine Soroa au Niger, à Katiola en Côte d'Ivoire et Tondo au Philippines). En pédiatrie, le volume d'activités est resté stable. Les activités de vaccination ont fortement baissé, particulièrement les campagnes de masse et les campagnes de réponse aux épidémies (épidémies de rougeole au Tchad et au Niger).

La malnutrition aigüe s'est plutôt aggravée, avec une augmentation du nombre d'enfants traités dans nos centres. Le confinement, l'augmentation des prix des nourritures de première nécessité et de l'insécurité alimentaire, parfois accentuée par l'insécurité ou des pluies surabondantes, ont constitué des facteurs aggravants.

Le volume total de nouveaux patients et de consultations en santé mentale a baissé de 25% en 2020 par rapport à 2019, mais douze projets de réponses à la Covid-19 de MSF OCP ont intégré un volet psychosocial. La mission France qui a soutenu les EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) a démontré la pertinence des soins psycho-sociaux pendant la pandémie, y compris pour les personnels de santé.

Dans les projets VIH, les confinements ont eu des conséquences significatives particulièrement pour les jeunes et les enfants. On a espacé davantage les rendez-vous, fourni les médicaments pour plusieurs mois.

Le nombre de consultations aux urgences a baissé de 25%, cette baisse n'est pas liée à la Covid-19 mais due à la fermeture de Qayarrah (Irak). Des baisses variables ont été notées à Khamer (Yémen), à Rutshuru (RDC), et à Mama Lucy (Mathare au Kenya). Les services d'urgence ont instauré un triage et des parcours spécifiques pour les cas de Covid-19 suspectés, mais la collecte de ces données a été insuffisante et le nombre de patients triés aux urgences et leur destinée reste une inconnue dans la plupart des sites.

De même, la chirurgie a enregistré une baisse de 7%, en partie à cause de la fermeture de projets et de la transformation temporaire de services en unités Covid-19 (par exemple Drouillard à Haïti et Amman en Jordanie). Les plus grandes difficultés pour la poursuite des activités chirurgicales étaient liées aux restrictions de voyages. La chirurgie électorale a également été interrompue temporairement (la chirurgie pédiatrique au Libéria, la chirurgie du cancer du col de l'utérus au Malawi et la chirurgie reconstructrice à Amman et à Gaza). Mais un nouveau projet chirurgical a quand même ouvert à la fin de l'année 2020 (Haydan au Yémen).

En revanche, les patients atteints de Covid-19 en état sévère ou critique ont représenté une part significative de la charge de travail dans les unités de soins intensifs, supérieure à celle de 2019, avec plus de 5 000 admissions pour les adultes et 13 541 pour les enfants de moins de 5 ans et plus de 2000 pour les 5-14 ans.

Nous arrivons à notre troisième objectif : quelle a été la prise en charge pour les patients COVID ?

Dans les missions MSF OCP, les réponses pour les patients atteints de la Covid-19 variaient selon les projets et la gravité de la maladie. Elles allaient des stratégies de soins communautaires pour un suivi à domicile (parfois avec l'oxymètre de pouls) en passant par les activités de soutien au diagnostic et à la prise en charge des groupes vulnérables (notamment les personnes sans abri et les migrants pour la mission France), à la fourniture en oxygène, ou d'assistance technique et de formation du personnel des ministères de la Santé (en Arménie, à Gaza et au Mali). Enfin, MSF OCP a mis en place des unités de prise en charge et de traitement Covid-19 indépendantes, y compris des

unités de soins intensifs en Afghanistan, Haïti, Irak, Jordanie et Yémen.

Pour comprendre l'épidémiologie de la pandémie, notre quatrième objectif, nous disposons de plus de 25 600 visites de patients, dont 90% de cas confirmés ou probables, ont été enregistrées dans la base de données Covid-19 d'Épicentre en 2020.

Les patients atteints de Covid-19 dans les hôpitaux MSF OCP étaient plus jeunes que les patients en Europe ou en Amérique du Nord mais ils avaient souvent des comorbidités (diabète, hypertension, obésité, etc.) non diagnostiquées ou mal prises en charge, et ils arrivaient souvent tard, à un stade critique de détresse respiratoire. L'afflux de patients gravement malades dans les services déjà en tension chronique, avec un triage insuffisant, un manque de personnel et de compétences pour la prise en charge de patients critiques, ont souvent incité MSF OCP à s'impliquer dans le traitement de ces patients.

La priorité était d'approvisionner en oxygène le plus grand nombre possible de patients avant de mettre en place des soins plus complexes. Néanmoins, la proportion de patients critiques était supérieure à ce qui avait été prévu. Dans certains projets, comme au Yémen et en Irak, les patients étaient quasi exclusivement en état sévère ou critique. A Bagdad par exemple, nous avons réduit la mortalité de 40 % en reprenant la gestion d'une unité de soins intensifs. Plus de 150 patients atteints de détresse respiratoire ont été traités pendant trois mois dont certains nécessitaient une ventilation invasive. L'unité de traitement Covid-19 à Hérat, en Afghanistan, bien qu'ayant ouvert à la fin de la première vague, avait une létalité très faible et elle a gagné en expérience sur l'utilisation de l'oxygénothérapie à haut débit pour les patients atteints de formes sévères pendant la deuxième vague.

Sans être triomphant (comment pourrait-on l'être face à ce désastre ?), on peut quand même féliciter les missions pour leur obstination à vouloir sauver des malades et prévenir la transmission du virus. La pandémie a eu un impact relatif sur les autres activités, en diminuant significativement le volume de certaines, en convertissant parfois certaines en centre de traitement de la Covid-19, mais en les maintenant en majorité à des niveaux très honorables malgré tous les obstacles déjà cités. On notera particulièrement l'utilisation de certains

outils comme l'oxygénothérapie pour les cas graves et la télémédecine pour le suivi des patients chroniques ou sous traitement contre le VIH. Par ailleurs la limitation des voyages internationaux nous a souvent conduits à donner plus de responsabilité au personnel médical national, qui était à la hauteur du défi, dévoué et professionnel. Enfin on notera l'initiative de la section Américaine qui soutient directement la vaccination contre la Covid-19, en utilisant l'enveloppe opérationnelle MSF OCP.

Opérations non Covid-19

Je vais maintenant vous parler de certaines opérations ne concernant pas que la Covid-19, mais qui nous tiennent tous particulièrement en tension, à cause des risques quotidiens auxquels font face les équipes, et des imprévus constants qui ne prêtent pas toujours à l'optimisme. J'ai choisi d'en évoquer quatre.

Mais avant de parler de ces quatre missions, je voulais rapidement revenir sur l'incident de sécurité majeur qui a eu lieu ces 6 derniers mois. C'était au centre du Mali, le 21 février 2021, où 3 collègues MSF et un collègue du Ministère de Santé Publique, ont été détenus pendant 24 heures par un groupe radical armé, avant d'être relâchés. Je salue leur courage ainsi que la détermination des collègues qui ont participé à leur libération, sans conditions.

Gaza

Souvenez-vous d'il y a déjà deux ans, la marche du retour à Gaza : j'avais écrit « tout se passe comme si ce conflit alimentait la plus grande population de jeunes handicapés du monde. Les fractures ouvertes se comptent par milliers et toutes s'infectent. Les foyers d'ostéites et les déficits osseux qu'elles provoquent constituent une immense cohorte de patients à reconstruire. »

Face à ce défi, en février 2019, MSF a ouvert une unité d'hospitalisation pour compléter l'activité du bloc opératoire de l'hôpital privé de Dar es Salam. En même temps, MSF a obtenu un agrément pour mettre en place un service de laboratoire de microbiologie indispensable au traitement des infections osseuses, dans l'hôpital du Ministère de la Santé de Rantisi, avec la formation complète des techniciens à l'analyse bactériologique. MSF Belgique a ouvert un programme de chirurgie

reconstructive à Gaza, nous ne sommes plus seuls pour résorber le nombre considérable de patients blessés et infectés.

Mais brutalement, à nouveau, une pluie de feu est tombée sur Gaza entre le 10 et le 21 mai. En représailles aux roquettes envoyées par le Hamas sur Israël, l'armée de Tsahal a bombardé tous les immeubles ou les souterrains qui abriteraient les armes ou les structures du Hamas. Plus de 200 personnes sont mortes sous les bombes, dont de nombreux civils et même des enfants. Des milliers ont été blessés, dont une grande partie ne pouvait pas accéder aux soins, car elles étaient bloquées par la destruction des rues.

Dans la nuit du 15 au 16 mai dernier, un bombardement de l'armée israélienne sur la ville de Gaza a causé des destructions importantes sur une clinique MSF, notamment la salle de stérilisation. Heureusement il n'y a pas eu de blessés dans l'équipe. Des équipes chirurgicales attendent depuis la mise en place d'un corridor humanitaire. Quel que soit l'avenir à très court terme, le respect du cessez-le-feu ou une nouvelle guerre, elles ont du travail.

Syrie

Autre sujet majeur de préoccupation pour MSF, la Syrie continue d'être dans le peloton de tête du nombre de déplacés. Entre les 6,7 millions de déplacés internes et les 5,5 millions de réfugiés, plus de la moitié des Syriens ont été contraints de fuir à cause de la violence de la guerre depuis 2011. Plus de trois cent mille personnes sont mortes. Dix ans d'enfer, de bombardements intenses, parfois d'épandage de gaz toxiques mortels, visant particulièrement les structures de santé, de séquestrations de populations entières de villes par l'Etat Islamique, de sièges de villes par la coalition menée par les États-Unis, affamant des populations utilisées comme boucliers contre les assaillants, d'assassinats périodiques dans les camps de déplacés, etc. Rien n'épargne la population civile de la Syrie.

Depuis janvier 2014, l'enlèvement de nos collègues de MSF Belgique dans le nord-ouest du pays nous a conduits à supprimer toute présence d'expatriés. Nous fonctionnons donc en "remote control" avec nos collègues syriens, en les soutenant financièrement et en les approvisionnant en médicaments et matériel médical. Mais cette

année, grâce à notre collaboration avec deux organisations non gouvernementales, Al Amin et l'International Blue Crescent (IBC), dans la zone qui est sous le contrôle de la Turquie, nous avons obtenu un accord sur le soutien aux importations et le retour de la Coordination en Turquie. L'équipe y est déjà installée.

Grâce à notre partenariat avec IBC, pour la première fois en 7 ans, nous sommes en mesure d'obtenir les autorisations nécessaires pour entrer en Syrie ! Le chef de mission s'est déjà rendu deux fois dans le pays pour évaluer la situation et nous permettre d'affiner notre réponse opérationnelle. La prochaine étape est de se rendre à Idlib. Petite victoire opérationnelle, dans un océan de désastre humain sans espoir de résolution politique dans l'immédiat.

RCA

En République Centrafricaine, on compte 641 000 personnes déplacées dans leur propre pays et 623 000 qui ont trouvé refuge dans les pays voisins et plus de la moitié de la population a besoin d'assistance humanitaire (43% considérés en grande insécurité alimentaire) alors que les plans des agences des Nations Unies sont systématiquement sous financés.

La RCA reste l'un des pays les plus dangereux au monde pour les acteurs humanitaires (de janvier à août 2020 : 267 incidents, 2 décès, 20 blessés, et une recrudescence des détentions).

4 sections sont présentes en RCA avec 12 projets pour environ 60-65 millions d'euros, sur des typologies d'intervention assez identiques, couvrant l'essentiel des besoins : soins primaires et hospitaliers, pédiatriques et maternels, paludisme et vaccination, et généralement soutien à la chirurgie, prise en charge des violences sexuelles, lutte contre la tuberculose et le VIH.

Tous nos projets ont plus de 6 ans d'existence et nous restons mobilisés sur le développement de l'approche centrée sur les patients malgré les préoccupations de sécurité et de logistique qui doivent rester obsessionnelles. 4 missions pour OCP : Paoua dont on envisage la passation, Carnot, l'hôpital de Sica à Bangui, et Bria. Le nombre de patients pris en charge est élevé, nous travaillons à l'amélioration de la pratique médicale de terrain (recherche sur le venin de serpents, MiniLab, etc)

et nous avons également un projet de formation qui vise à considérer le soin infirmier en combinant plusieurs approches (exercices de simulation, formation utilisant le réseau informatique, etc).

Yémen

Enfin le Yémen, qui est considéré dans cette compétition en terme d'horreurs comme pire que la Syrie et désigné comme le siège de la plus grande catastrophe humanitaire du monde par les Nations Unies.

Au moins cent mille morts depuis dix ans, depuis le printemps arabe du Yémen en 2011.

Le Yémen est partagé en deux camps principaux, entre les rebelles Houtis au nord, soutenus par l'Iran, et au sud le parti du gouvernement du président Hadi, soutenu par la coalition dirigée par les Saoudiens. C'est bien sûr une description pour le peu simpliste, car certaines zones sont contrôlées par des mouvements djihadistes, et à Aden a surgi un Conseil Transitionnel du Sud, qui proposerait l'indépendance du Yémen du Sud. Depuis dix ans la situation évolue, volatile, fragmentaire, imprévisible, difficile à comprendre dans les détails des alliances et des ruptures entre groupes.

Les structures de santé comme en Syrie sont l'objet de bombardements de la part de la coalition saoudienne mettant en jeu la sécurité des patients et des équipes médicales malgré des démarches auprès des autorités de Ryad : en octobre 2015 à Saada, en août 2016 à Hadja et Razez, et sur l'hôpital de Mocha en 2019. La sécurité des équipes reste une obsession pour les coordinations, le danger ne venant pas exclusivement des airs, mais parfois d'attaques du personnel, d'enlèvements ou d'assassinats de malades, de menaces ou de rumeurs hostiles contre les équipes à propos de la Covid-19, par exemple. La vigilance reste constante, et la communication avec tous les interlocuteurs indispensables.

Selon l'OMS, la moitié des structures de santé fonctionnent et seulement partiellement, ne survivant que par des donations des agences internationales et des ONG.

L'épidémie de Covid-19 a encore empiré la situation, des hôpitaux ayant fermé par manque de personnel fuyant le virus ou de pénurie de matériel de protection.

La malnutrition générale annoncée par le PAM, l'UNICEF et la FAO en 2017, et que nous avions contestée à l'époque, devient une réalité à cause d'un déficit considérable de la production agricole, consécutif aux embargos et aux déplacements de population. Suite aux difficultés de négociation avec les Houtis, les organisations internationales, comme le PAM et l'OMS, ont réduit leur aide.

Comme dans les autres missions, la qualité des soins a été un objectif constant malgré les difficultés générées par l'insécurité et la logistique de l'approvisionnement. De plus, les équipes ont été capables d'une grande mobilité et d'une grande souplesse en proposant des missions chirurgicales de quelques mois, très rapidement mises en place dans les zones exposées comme Marib et Shabwa.

L'institutionnel : reprise du travail

Nous avons continué de réfléchir et de discuter sur notre manière de lutter pour une meilleure prise en charge des malades et des populations auprès desquelles nous intervenons. Est-ce que notre gestion des équipes, notre soutien à leur épanouissement dans le travail et le respect de leurs points de vue demeurent toujours à la hauteur de nos ambitions ?

L'indignation suite à l'agonie de Georges Floyd, pendant neuf minutes sous le genou d'un policier américain, et la mobilisation du mouvement Black Lives Matter initié aux Etats-Unis, ont également donné une nouvelle ampleur à un mouvement au sein de l'association pour dénoncer les comportements racistes et discriminants de MSF à l'encontre d'une partie de son personnel. Un vif débat interne s'est engagé dans l'association au printemps 2020, et de très nombreux débats associatifs ont été organisés, notamment sur le terrain dans 16 projets OCP, afin de mieux comprendre les expériences des membres de MSF et faire émerger des conclusions ou faciliter des propositions. L'équipe du GUPA a monté un forum sur le Souk proposant des axes de réflexion qui pouvaient être discutés, précisés, priorisés ou amendés par les terrains.

Tous les rapports mettent en évidence une tendance à l'entre soi. Le personnel international est favorisé, les politiques et le mode de management actuels des ressources humaines échouent à transformer ce système. Le terrain donne des exemples détaillés de différences

injustes en matière de rémunération, de politiques de santé et de per diem. Dans l'ensemble, l'accès à l'information, à la formation et aux opportunités d'expatriation est considéré comme inégalement réparti.

Les terrains proposent des actions concrètes pour faire avancer la lutte contre le racisme et les discriminations au sein de MSF. 83 propositions ont été formulées au sein desquelles on peut lister un système de rémunération plus juste, les mêmes avantages sociaux pour tous, des politiques de recrutement et d'expatriation équitables, un accès à la formation et à l'évolution professionnelles équivalent pour l'ensemble du personnel, un contexte d'information, de travail et de management permettant des analyses et des décisions collectives, et une gouvernance de MSF plus représentative de ses volontaires.

Tous les rapports des débats sont disponibles sur le Souk.

Ces revendications sont reçues comme légitimes par la direction générale, la direction des Ressources Humaines et le Group Committe OCP.

Elles sont difficiles à entendre et chacun peut se sentir injustement touché par ces accusations qui le renvoient à son origine, son genre, son âge ou son statut. Et les enferment, malgré des années d'investissement humanitaire, qui supposaient le traitement égalitaire de toutes les situations, en particulier professionnelles. C'est difficile à entendre, difficile à accepter, mais nous franchissons ce cap qui consiste à affronter notre histoire construite pendant 50 ans sur un culturalisme occidental et plus précisément européen. Les compétences, les capacités, l'investissement humain dans nos domaines d'intervention sont aujourd'hui beaucoup mieux répartis sur la planète, et nous avons le devoir de toujours plus en tenir compte.

Pour ne plus s'en tenir aux discours de bonnes intentions, notre directeur général, Thierry Allafort Duverger, a cité les réformes à venir et en cours de mise en place. Effectivement un bon nombre des propositions sont déjà partie prenante des travaux lancés, par exemple sur l'amélioration de nos politiques de recrutement et d'expatriation ou sur l'accès à la formation. Autre point important, un des premiers livrables de la « Rewards Review », le projet d'amélioration international de nos

systèmes de rémunération, répondra à la définition d'un standard sur les salaires minimums.

Je vous recommande là aussi, la lecture de la lettre de Thierry Allafort Duverger et je rappelle ici quelques engagements qui ont été pris :

Celui de poursuivre cet échange constructif, qui doit avoir régulièrement lieu.

Celui de travailler à renforcer notre culture et notre pratique du dialogue social, encore insuffisantes aussi bien dans les sièges que sur nos terrains.

Celui de corriger les disparités criantes entre certains nationaux et certains internationaux qui occupent le même poste en définissant un statut clair pour les cadres nationaux engagés dans un parcours de mobilité.

Celui d'assurer une prise en charge similaire à travers une assurance santé pour tous, auprès du même assureur et avec la même couverture.

Et encore de mettre en place des politiques qui faciliteront l'accès à MSF pour certaines catégories, de renforcer le support en ressources humaines directement sur nos terrains et poursuivre notre politique de « learning and development ».

Le Conseil d'Administration s'y investit également, notamment à travers le Comité Egalité des Chances. Il rassemble des personnels MSF, des personnes extérieures et des membres du CA. La mission du comité est d'enrichir l'identification des politiques et pratiques discriminatoires, d'éclairer les enjeux et les priorités, de contribuer à la mise en place de stratégies et d'actions et de proposer une organisation de suivi et d'évaluation.

A terme, l'ambition est d'être mieux équipé, durablement, pour repérer, analyser, arbitrer et assurer aux personnels MSF une distribution des chances selon des règles connues et acceptées, compatibles avec ce que MSF veut être et réaliser.

L'empreinte carbone

Un autre débat s'est installé dans nos réunions, forums et disputes auprès de la machine à café, c'est celui de notre part dans la lutte contre la pollution et pour la préservation de l'environnement. Il s'agit de beaucoup plus que le tri des déchets collectés dans nos corbeilles à papier, qui n'est pas par ailleurs une politique négligeable dans la mesure où chacun doit se sentir concerné dans tous ses gestes pour la protection de notre planète. Il s'agit

de l'application de décisions et d'engagement en termes de réduction des émissions de gaz à effet de serre à partir de toutes nos missions.

Le groupe OCP a voté une déclaration en 6 points en janvier 2020 pour réduire notre empreinte environnementale. Quelques mois plus tard, le conseil d'administration international décidait d'un pacte environnemental, avec le soutien de notre section. A chaque fois il s'agit d'engagements « pour contrôler et minimiser notre empreinte carbone et environnementale », comme nous l'avions déjà mentionné dans notre plan stratégique.

Le travail de mesure de notre empreinte carbone est enclenché, la plupart des missions et sièges du groupe ont fourni des données qui nous permettent de mieux identifier aujourd'hui nos pratiques les plus polluantes pour orienter les efforts à produire. Bien sûr le transport aérien de fret et de personnes reste un gros contributeur au coût environnemental de MSF, même si des mesures pour en réduire l'impact sont déjà en place.

Plus étonnant, la consommation électrique sur nos missions est devenue un contributeur d'émission carbone encore plus important que le transport international. Nous devons poursuivre chaque année ce travail d'évaluation et de réduction de notre trace environnementale. Nous allons bientôt fixer un objectif ambitieux de réduction de nos émissions carbonées.

Cellule éthique pour la détection, la prévention et la gestion des comportements abusifs : Cellule EAMA

Toujours dans le cadre de l'amélioration de notre fonctionnement interne, la cellule EAMA a continué son ouvrage de prévention et de gestion des abus. Les actions de prévention, directement effectuées par la cellule EAMA, ont diminué depuis le début de la pandémie, en raison de la difficulté à voyager pour effectuer des visites terrains.

Le nombre de plaintes directes à la cellule EAMA a diminué de 14% par rapport à 2019 et les plaintes gérées par la voie hiérarchique ont baissé de 25%. Ce sont les plaintes portées par les expatriés qui expliquent cette réduction, le nombre de personnels nationaux portant plainte est lui resté stable.

Sur les 88 plaintes reçues en 2020, 23 cas étaient des abus avérés après investigation et 22 relevaient davantage de comportements inappropriés.

Parmi les 23 abus avérés : 18 concernaient des abus sur personnes, 4 concernaient des abus de biens et 1 relevait de l'abus de l'image MSF.

Les abus sur personnes relevaient du harcèlement, de l'agression ou de l'exploitation sexuelle dans 11 cas, de l'abus de pouvoir dans 6 cas.

L'ensemble de ces cas avérés a donné lieu à 14 licenciements.

Les questions posées par le terrain ont aussi porté sur la cellule EAMA. L'opinion courante reste sur la difficulté d'accès à la cellule et l'insuffisance de l'information aux volontaires quant à sa disponibilité.

Les mécanismes existants échouent à signaler les actes d'abus dont sont victimes certaines personnes. La ligne de démarcation entre abus et mauvais management est considérée comme confuse. Sur ces points les progrès significatifs réalisés depuis la création de la cellule restent insuffisants.

La réponse de notre directeur général, Thierry Allafort Duverger, a été on ne peut plus claire. Je le cite encore: « Je vous rejoins sur le fait que nous devons réviser le fonctionnement de la cellule EAMA. Nous devons rendre la cellule EAMA plus indépendante du pouvoir exécutif central (de la Direction Générale) et devons également diversifier les équipes en charge de lutter contre les abus. Il nous faut par ailleurs continuer à former nos équipes de coordination à identifier et traiter les problèmes d'abus afin d'être en mesure de communiquer sur le résultat des investigations menées, tout en préservant si nécessaire la confidentialité. »

Ce sera la feuille de route de notre nouveau responsable de la cellule abus ; je tiens à remercier Sandrine Sabatier qui a fait un travail remarquable pour la développer et améliorer le fonctionnement de cette cellule, au niveau OCP mais aussi niveau du mouvement.

Finances et RSA4

En ce qui concerne les sous, je vais partager avec vous de bonnes nouvelles.

Lors de notre dernière Assemblée Générale, j'évoquais les fortes incertitudes que la pandémie de Covid-19 engendrait alors sur l'économie des pays des donateurs de notre mouvement. Même si

ces incertitudes n'ont pas disparu, nos donateurs ont fait preuve au cours de ces douze derniers mois d'une solidarité, d'une générosité et d'une confiance qui nous obligent.

Freiné dans ses réponses opérationnelles par les restrictions liées à la pandémie que j'évoquais plus tôt, le mouvement fait ainsi état, après trois années de déficits consécutifs, d'un excédent exceptionnel de près de 200 millions d'euros en 2020.

L'accord international de MSF sur le partage des ressources (dit RSA4) mis en place l'année précédente, nous a permis de traverser ces moments d'incertitudes sans nous préoccuper d'éventuels déséquilibres de financement entre centres opérationnels et de nous concentrer sur nos interventions, patients et personnels.

Les prises de parole

N'oublions pas le devoir de témoignage de l'association dont le porte-voix est représenté par le département de la communication, dont le principal objectif consiste à diffuser et amplifier nos prises de paroles.

Nos prises de parole ont été largement influencées par la pandémie de Covid-19, notamment autour de trois axes principaux.

En premier lieu, elles ont visé à donner l'alerte sur des vagues épidémiques particulièrement aiguës, et de rendre compte de notre réponse, dans des contextes comme le Yémen, l'Irak, la Palestine, le Pérou, ou la Papouasie-Nouvelle-Guinée, entre autres ; et ce aussi afin de soutenir le plaidoyer pour un accès rapide aux vaccins Covid-19 pour les pays qui en ont le plus besoin.

En ce sens, la section française a pris ses distances par rapport à la position portée par la Campagne d'Accès qui demande la levée des brevets sur les vaccins en tant que levier d'accélération de l'accès dans les pays moins développés. La réalité de ce lien est loin d'être établie, et elle fait l'impasse sur la complexité – biologique, épidémiologique, industrielle et politique – de cette question.

En France, c'est autour des deux volets principaux de nos activités Covid-19 – l'assistance aux populations les plus vulnérables et notre intervention dans les Ehpad – que se sont concentrées nos prises de parole.

Les effets indirects de la pandémie de Covid-19 se font sentir à Madagascar, où l'arrêt des revenus du tourisme s'ajoute à une sécheresse exceptionnelle et à une pauvreté structurelle, entraînant une très grave crise nutritionnelle. Après avoir relayé les témoignages des équipes présentes sur le terrain, qui décrivent par endroits des situations de famine, nous avons pris la parole en mai pour demander qu'un dispositif d'aide alimentaire massif se mette rapidement en place.

Au Sahel, nos prises de parole ont surtout été relatives au contexte sécuritaire et politique.

Dans le nord du Mali, en janvier, un bombardement de l'aviation française a fait plus de 20 morts, selon des sources locales, à proximité du village de Bounti. L'armée française affirme avoir ciblé un regroupement de combattants djihadistes, tandis qu'une enquête menée par les Nations Unies a conclu qu'il s'agissait d'un mariage. Les équipes de la section espagnole présentes dans la zone ont reçu des blessés, pour la plupart des hommes âgés. L'un des blessés est décédé suite à l'intervention d'hommes en armes pendant son transfert vers un hôpital.

Plusieurs jours ont été nécessaires pour que les collègues établissent et partagent des éléments factuels précis à ce sujet. La ministre de la défense Florence Parly a instrumentalisé ces hésitations pour discréditer la voix des acteurs locaux et internationaux, qui accusaient l'armée française d'avoir attaqué des civils. Nous avons finalement pu rectifier et partager les éléments dont nous disposions dans une interview de notre directrice des Opérations. C'est un rappel des difficultés auxquelles les équipes sont confrontées lorsqu'il s'agit de « dire les choses telles qu'elles sont » dans de tels contextes, où elles sont sous la menace des différentes parties au conflit et où distinguer les faits des rumeurs est loin d'être évident. Cependant, nous devons nous efforcer de cultiver notre réactivité et notre transparence dans la gestion de ces situations, à la fois pour participer à l'éclaircissement de ces événements et pour indiquer les 'lignes rouges' qui délimitent notre espace de travail.

La migration a continué de représenter un sujet prioritaire pour notre Communication publique, notamment en France et en Libye. En mars, nous avons également communiqué au sujet des 10 ans de la guerre en Syrie.

Enfin il y a quelques semaines, lors de la dernière escalade de violence en Palestine, nous avons pris la parole pour rendre compte de l'impact de la répression policière sur les manifestants Palestiniens à Jérusalem Est – dont des femmes et des enfants -, ainsi que pour relayer les témoignages de nos collègues à Gaza, décrivant des bombardements israéliens d'une intensité sans précédent. Nous avons appelé Israël à arrêter ces frappes qui, aussi 'ciblées' soient-elles selon l'armée israélienne, dans l'environnement urbain de Gaza se traduisent en d'intolérables massacres de civils.

Un effort particulier de communication publique est également en cours à l'occasion de notre 50^{ème} anniversaire et avec vous, associés, tout au long de cette année.

Quelques réflexions personnelles

Je vais, à moins d'un événement imprévu et non souhaitable, assumer ma dernière année de président de Médecins sans Frontières France au terme de mon troisième et dernier mandat. Je n'ai pas encore heureusement rédigé de « testament présidentiel ». Mais je voudrais vous faire partager quelques-unes de mes pensées sur l'avenir de l'association.

Je ne suis pas le seul à craindre une croissance qui ne préserve pas la véritable pensée initiale de notre mouvement. Certains aspects peut-être superficiels de la nature de nos grandes réunions m'effraient. Par exemple, lorsque je suis à un meeting du « Medical Standing Committee » du conseil d'administration international, j'ai l'impression d'assister à un forum de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Tout y est politiquement correct, et le langage extrêmement convenu avec le vocabulaire anglo-saxon standard des Nations Unies. Mon malaise correspond peut-être à mon inquiétude sur l'institutionnalisation inéluctable de MSF. Il me semble que l'évolution progressive de l'échelon international de MSF risque de grever le cœur de nos missions.

C'est d'abord intuitif, et relatif à nos discussions sur les textes développés par ce conseil international, son président et les experts qui les inspirent sur le « MSF que nous voulons être », le « MSF We Want to Be », et qui sont loin de correspondre à nos

souhaits, à nos espoirs, en tous les cas aux miens et à ceux dont je partage ici les responsabilités.

Je pense déjà que l'élection de ce conseil et de son président par l'ensemble des volontaires de l'association reste une étape indispensable à cette lutte contre l'institutionnalisation de type « UN like ».

Un vote donné à chaque volontaire le mobilisera et lui signifiera qu'il est responsable comme ses collègues de certains choix fondamentaux de l'association.

Cette responsabilité pourrait diminuer le sentiment chez certains d'entre nous qu'ils ne sont jamais consultés.

Un autre sentiment est exprimé, celui de ne pas pouvoir s'exprimer ouvertement sans risquer des sanctions.

J'en veux pour preuve les nombreux propos édités sur le Souk de façon anonyme ou avec des prénoms. Personnellement je ne me souviens pas de personnes écartées de MSF ou punies pour leurs opinions. Il faut vraiment rétablir une confiance qui me semble trop souvent altérée, sans qu'on sache vraiment pourquoi.

Je voulais aussi inciter le mouvement et participer à un véritable élan pour déléguer plus de responsabilité et de pouvoir de décision au niveau des missions. Je ne pense pas avoir réussi. Si je constate une certaine mobilisation des opérations pour cet esprit de décentralisation, certains départements de support sont restés trop timides. J'espère que mon successeur en 2022 y parviendra, s'il est convaincu de la nécessité d'une telle orientation.

Par ailleurs, notre structure de groupe, autour de centres opérationnels me semble obsolète. L'intervention de MSF New York sur Porto Rico aujourd'hui m'éclaire sur de nouvelles dispositions opérationnelles à définir. Il faudrait savoir partager l'argent de façon opportune, pour le simple service auprès des populations et des patients que nous pensons devoir assister, et surtout en application du RSA4. Il faut trouver des circuits de décisions moins complexes que ceux que nous persistons à utiliser aujourd'hui.

En évoquant mon départ de la présidence l'année prochaine, je voudrais parler de celui de Brigitte Vasset qui a quitté ses fonctions de direction

médicale pour commencer une retraite bien méritée. J'espère qu'elle continuera encore à nous épauler comme elle le fit pendant plus de quarante ans continus au service de Médecins Sans Frontières, constituant un exemple unique de dévouement, de courage, de ténacité et de compétences aux plus hautes responsabilités de l'association et ayant traversé sans douter les grands événements qui ont marqué celle-ci.

Clair Mills quitte sa position de directrice du département médical. Qu'elle soit remerciée pour ces quatre ou cinq ans de prestation qu'elle a remplis avec un désir profond de perfection dans nos actes de soins aux patients et de nos mesures de santé publique. Il faut dire que l'exercice est devenu très ardu, quand la médecine de terrain se spécialise de plus en plus, et les domaines à maîtriser sont de plus en plus complexes. Clair a vraiment bien assuré, et je lui souhaite bonne chance pour de nouvelles aventures que j'espère encore autour de MSF.

Claire Magone a laissé son poste de directrice de la communication il y a quelques semaines, après 7 ans de bons et loyaux services, après des missions et quelques années au CRASH, pour alimenter nos prises de paroles publiques, et donner un vrai sens à ce mot « communication », qui évite les bruits de fond sans signification pour les donateurs comme pour les patients, dont on assume la responsabilité de soin. Qu'elle soit aussi remerciée pour la pertinence qu'elle a su donner à la voix de MSF OCP dans les médias et ailleurs.

Je voudrais dire au revoir à Denis Gouzerh qui m'a si souvent accompagné durant ses années de présidence. Denis ne se représente pas, et quitte donc la présidence de la Fondation. Je le remercie de tant d'années de compagnonnage amical. J'espère qu'il ne sera pas très loin, car ses grands coups de gueule justifiés vont personnellement beaucoup me manquer. Que ses dons artistiques d'homme de cinéma lui donnent les satisfactions qu'il en espère.

Je remercie également Véronique Urbaniak, notre vice-présidente qui ne se représente pas et qui nous a beaucoup aidés par ses compétences sur l'épidémie d'Ebola. Xavier Lassale ne se représente pas non plus, et l'on se souviendra de sa mobilisation continue pour les pratiques médicales de qualité. Qu'ils soient aussi remerciés pour leur investissement dans ce conseil d'administration

de MSF que j'ai trouvé plein de ressources, de réflexion et de débats souvent captivants pendant ces 8 années de ma présidence.

Et pour finir, je veux rendre hommage à Moïse Antoine Augustin, assassiné à Port au Prince dans la soirée du 25 Mai 2021, suite à un braquage violent.

Merci à lui et à vous tous, au siège et sur les terrains d'intervention, pour le travail dur effectué ces derniers mois en pleine pandémie et pour la bonne réalisation de notre mission sociale.

Notre 50^{ème} Assemblée Générale sera exceptionnellement intégrée à un festival MSF ouvert au public à partir de cet après-midi. Ce sera l'occasion de revenir sur les 50 ans d'existence d'MSF : 50 ans d'engagement, de soins, de débats, de partage, d'innovation, de prise de parole... 50 ans aux côtés des populations en danger.

Je vous souhaite une heureuse cinquantième assemblée générale et un bon festival.

Dr MEGUERDITCH
Président



Soudan - 2004 - Photographie : Tomas van HoutryveVII

Rapport d'activités 2020

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

Le Plan Stratégique 2020-2023

Lettre d'introduction résumé du Plan Stratégique 2020-2023

Chers tous,

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

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

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

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

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

La diversité de notre portefeuille opérationnel sera préservée en termes de contextes, de populations et d'activités médicales. Nous tenons à rester présents dans la plupart des grands conflits, tout en répondant aux épidémies. De nouvelles priorités ont été fixées dans des domaines tels que les soins psychiatriques, les handicaps causés par les conflits et le cancer, où les difficultés médicales et politiques et les problèmes d'accès aux médicaments et d'accès des patients aux soins sont légion. Nous continuerons par ailleurs de répondre aux besoins des patients vivant avec le VIH, la tuberculose ou l'hépatite ; là aussi, nous chercherons autant que faire se peut à exercer un impact allant au-delà des soins individuels et nous attaquerons au statu quo qui prive de nombreuses personnes de soins appropriés. Nous espérons également réévaluer nos approches de la malnutrition infantile et renforcer nos connaissances et actions en matière de santé environnementale.

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

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

Les ressources humaines restent une priorité de notre plan stratégique. Les efforts visant à tester différentes stratégies de recrutement, renforcer

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

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

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

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

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

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

Les orientations du Plan Stratégique 2020-2023

Le Projet opérationnel

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

Prise de position publique et témoignage

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

Responsabilisation des personnes

- Permettre à tous les employés de s'approprier pleinement leur relation avec MSF en termes de parcours professionnel et d'apprentissage.

- Remédier aux pénuries de ressources humaines.
- Assurer une composition plus inclusive des équipes afin de mieux remplir notre mission.
- Modifier l'organisation de la fonction et de l'architecture des RH.

Gestion de l'innovation

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

Production de connaissances pour prise de décision et apprentissage

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

Collecte de fonds

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

Efficacité de l'organisation et du partenariat

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

Rendu de comptes

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

Faits marquants 2020 et Perspectives 2021

1. Le portefeuille d'activités et la dynamique opérationnelle

■ Dépenses opérationnelles

En 2020, les dépenses d'opérations se sont élevées à 262,2 M€ et les dotations aux provisions associées à 0,6M€ contre respectivement 261,5M€ et 0,6M€ l'année précédente. Au sein de ces 262,8 M€, les missions menées par l'association, exclusion faite des dépenses et financements liés aux opérations engagées par d'autres sections et organisations, représentent 240,3 M€.

en millions d'euros	2019	2020	Croissance
Projets	182,4	185,9	+2 %
Coordinations et autres supports ¹	47,6	44,8	-6 %
Consultations, recherches épidémiologiques et autres dépenses	10,1	9,6	-6 %
Total dépenses missions de l'association	240,1	240,3	0 %

L'évolution détaillée des dépenses de missions de l'association est analysée dans le rapport annuel du trésorier. Compte-tenu du contexte particulier de l'année 2020, il est toutefois important de noter que les 240,3 M€ de dépenses présentées ci-dessus comprennent 23,2 M€ liés à la pandémie de Covid-19 dont 16,6M€ dédiés à des interventions spécifiques, et 6,6M€ dédiés à la prise en charge et aux mesures de protection des patients et du personnel sur les différents pays (4,5M€ sur les projets et 2,1M€ sur les coordinations et autres supports).

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 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.

Les dépenses de coordinations, bases arrière et autres supports s'établissent à 18,7% du total, soit une diminution d'un peu plus d'un point par rapport à 2019.

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 7,2 M€.

■ Analyse des dépenses de projets

L'analyse des dépenses de projets est présentée cette année selon une classification revisitée et sous deux critères distincts :

- Un premier angle décrivant, dans la même optique que les années précédentes, les principales raisons d'intervention qui sous-tendent chacun des projets : conséquences des conflits sur les populations, crises médicales majeures (fortes mortalités dues à des épidémies, endémies ou autres pathologies spécifiques, ou affectant des populations particulières), populations victimes de violences non liées à des conflits ou exclusion des soins de populations marginalisées, victimes de catastrophes d'origine naturelle ou humaine.
- Un deuxième angle décrivant séparément les contextes « politiques » dans lesquels ces opérations sont menées (instables et conflits armés ou stables).

Ces deux critères étant auparavant amalgamés, les données présentées pour 2019 ont ainsi été reconfigurées suivant ces définitions.

Dépenses de projets en million d'euros	2019	2020	Variation
Conséquences des conflits	97,7	95,3	-2%
Crises médicales	65,3	74,2	+14%
<i>Epidémies</i>	14,7	23,8	+62%
<i>Endémies & pathologies spécifiques</i>	22,1	22,4	+1%
<i>Maternités et pédiatries</i>	28,5	28,0	-2%
Victimes d'exclusion des soins ou de violence sociales	18,2	15,8	-13%
Catastrophes naturelles et humaines	1,2	0,6	-50%
Total	182,4	185,9	+2%
En zones de conflits ou contextes instables	87,9	96,5	+10%
En contextes stables	94,5	89,4	-5%

Ainsi en 2020, 40% des dépenses de projets sont engagées sur des interventions répondant à des crises médicales, soit 9% pour les projets lancés en réponse à la Covid-19, 16% pour d'autres pathologies et 15% sur des situations et populations à forte mortalité. 51% des dépenses de projets se concentrent sur les conséquences des conflits, et 9% sur des situations de violence sociale et d'exclusion des soins.

Par ailleurs, plus de la moitié de ces 186 M€ de dépenses est engagée dans des zones de conflits ou à contexte instable.

■ Dynamique opérationnelle

L'année 2020 reste associée à la pandémie de Covid. Pour OCP, c'est aussi l'année de l'attaque de la maternité de Dasht-e-Barchi en Afghanistan, où le 12 mai 24 personnes ont été tuées, dont un membre de notre personnel et 16 mères sur les 28 mères admises. Depuis l'ouverture du projet en 2014, 79 839 femmes ont accouché dans l'hôpital et 7 453 bébés ont été admis dans l'unité néonatale. Depuis 2015, la maternité représentait 25% de toutes les naissances survenant dans les projets MSF-OCP.

En raison ou en dépit de la pandémie, la dynamique opérationnelle a été extrêmement élevée en 2020. Le nombre de projets travaillés a augmenté à 96 avec 32 nouveaux projets (20 pour Covid) et 30 qui se sont clôturés au cours de l'année. Le volume des urgences a augmenté de près de 50 % entre 2019 et 2020 (de 31 millions d'euros à 46 millions d'euros). Les équipes ont pu répondre à des urgences non Covid comme les déplacements

massifs de population au nord de la Syrie, l'urgence au Burkina Faso et les épidémies de rougeole et d'Ebola. Plusieurs missions exploratoires ont été réalisées : conflit en Arménie / Haut-Karabagh, violences à Lagos (Nigeria), conflit au Kazakhstan, Covid à Kano (Nigeria) et au Pérou.

Mais, au contraire, comme détaillé ci-dessous, le volume des activités médicales (non-Covid), a diminué avec une baisse de 8% des hospitalisations et de 11% des consultations. Cette baisse des activités est proportionnelle au budget dépensé dans les activités non-Covid. L'année 2020 a entraîné une baisse de 17 millions d'euros (7 %) des coûts opérationnels si l'on considère les interventions non-Covid-19. Comme ces dépenses comprennent 6 millions d'euros de mesures de protection Covid-19, les changements dans les activités non-Covid-19 doivent être considérés comme une baisse de 23 millions d'euros (10%) des coûts opérationnels.

La propagation mondiale de l'épidémie de Covid-19 a impliqué la mise en place d'un dépistage / triage spécifique pour la détection et l'isolement des patients en plus des activités existantes. Au total, plus de 390 000 patients ont été dépistés dans 16 pays (21 projets), dont 98% dans des services ambulatoires. L'ampleur de cette réponse permet de comprendre la charge de travail et les contraintes auxquelles les équipes de terrain ont dû faire face. Entre le 16 mars et le 31 décembre 2020, les projets OCP de MSF dans 36 sites ont vu 20 132 patients présentant un Covid-19 suspecté, probable ou confirmé. Le plus grand nombre de patients Covid-19 a été observé à Herat, en Afghanistan, où plus de 14 000 patients ont été diagnostiqués avec le Covid-19. 2 392 patients ont été admis pour être soignés dans des hôpitaux ou des unités de traitement Covid. Les missions de MSF OCP qui ont accueilli le plus grand nombre de patients hospitalisés sont le Yémen (1 431), l'Afghanistan (Herat, 335), l'Irak (223) et Haïti (159).

Typologie de projets

Le nombre de projets dans des zones de conflit ou des contextes instables est resté stable entre 2019 et 2020 où les dépenses ont augmenté de 10% pour atteindre 96,5 millions d'euros, mais le nombre de projets justifiés par les conséquences d'un conflit sur les populations a diminué en 2020 en raison de

fermetures en 2019. Entre 2018 et 2020, il y a eu 20 fermetures de projets portant sur les conséquences du conflit et 4 ouvertures (45 projets en 2018 et 29 en 2020).

Concernant les projets justifiés par une catastrophe médicale (épidémie, endémies, mortalité élevée), le motif d'intervention de la plupart des nouveaux projets était la réponse à la pandémie de Covid (20 projets ont été ouverts). Nous avons néanmoins travaillé sur 2 épidémies d'Ebola (RDC) et 3 de rougeole (Tchad, RDC). Et, nous avons finalement obtenu l'autorisation d'ouvrir le projet de tuberculose multi-résistante au Pakistan.

	2018	2019	2020
Nombre de pays	32	33	33
Nombre de projets travaillés pendant l'année	88	88	96
Raison d'intervention			
Conséquences de conflit	45	35	29
Catastrophes médicales	34	42	54
Violences non liée aux conflits et exclusion des soins	9	9	11
Catastrophes naturelles, climatiques ou industrielles	0	2	2
Contexte d'intervention			
Zones de conflit ou contextes instables	30	35	36
Contextes stables	58	53	60

Ouvertures et réorientations de projets (32) en 2020	Fermetures de projets (30) en 2020
• Covid-19 : 20	• Covid-19 : 13
• Burkina Faso : région centre Nord et réponse rougeole	• Afghanistan : Dasht-e- Barchi
• Tchad : N'djamena nutrition + Kyabe Rougeole	• Burkina Faso : rougeole
• RDC : 2 réponses rougeole +Ebola Equateur	• Tchad : Kyabe
• France : mise à l'abri des mineurs et Ehpads	• RDC
• Liban : urgence explosion	• Niger : inondations
• Niger : réponse inondations	• France : mise à l'abri des mineurs
• Pakistan : tuberculose Punjab	• Irak : Qayyarah
	• Jordanie : Irbid
	• Nigeria : Port Harcourt
	• Philippines : santé sexuelle et reproductive Tondo

■ Activités médicales 2020 (hors Covid)

	2019	2020	Variation
Hospitalisations	219 074	201 139	-8%
Consultations	2 142 889	1 912 891	- 11%
Interventions chirurgicales (hors césariennes)	35 287	33 505	-5%
Césariennes	5 464	3 787	-31%
Accouchements	55 244	46 610	-15%
Consultations anténatales	121 974	132 317	+8%
Vaccination de routine (PEV)	946 278	983 110	+4%
Paludisme	651 620	506 421	-22%
Patients VIH 1 ^{ère} ligne	29 640	17 996	-39%
Patients VIH 2 ^{nde} et 3 ^{ème} ligne	6 587	7 251	+10%
Tuberculose – nb de patients	5 297	4 505	-15%
Tuberculose multirésistante – nb de patients	121	130	+7%
Hépatite C - nb de patients sous traitement	4 714	3 482	-26%
Interruptions de grossesse	2 002	1 713	-14%
Consultations de santé mentale	91 660	70 460	-23%

2020 a vu une diminution globale des activités médicales. La fermeture de Dasht-e-Barchi (Afghanistan), Yida (Soudan du Sud), de Qayyarah (Irak) ou la transformation d'activité des centres de brûlés de Drouillard (Haïti) et Amman (Jordanie) en centres Covid entre autres ont eu des impacts importants à la fois sur les hospitalisations et les consultations externes. Les confinements, fermeture des frontières et donc les difficultés de rotation des équipes ont aussi contribué à ces diminutions.

Pour la première fois depuis 5 ans, on note une forte diminution des activités maternelles et santé de la femme à l'exception des consultations pré et post natales qui ont augmenté. Cette baisse est surtout due à la fermeture de Dasht-e-Barchi (Afghanistan), à l'impact de la fermeture Maine Soroa (Niger) et de Katiola (Côte d'Ivoire mi-2019) et de Tondo (Philippines). La baisse des interruptions de grossesse est la plus forte depuis aussi 5 ans. Cette diminution est notable dans la plupart des projets.

La baisse des activités chirurgicales est due à la fois à la transformation des hôpitaux d'Amman (Jordanie) et de Douillard (Haïti) en centres Covid mais aussi à la suspension des activités des chirurgies électives à Gaza (Palestine) et au Liberia.

La pandémie de Covid-19 a impacté les projets VIH et entraîné une réduction globale de l'identification de nouveaux cas de tuberculose sensible aux médicaments identifiés, ainsi qu'un retard dans la mise en œuvre de certaines activités prévues.

Le volume total des consultations en santé mentale ont connu une forte baisse principalement observée en mars-mai, correspondant aux périodes de confinement.

Malgré un maintien des activités vaccinales de routines et quelques réponses rougeole au Tchad et Nigeria, la réponse aux épidémies a fortement diminuée cette année.

MSF reste fortement impliquées dans les structures hospitalières (49 en 2020) avec un total de plus de 2700 lits, atteignant 3300 lits pendant les pics de paludisme et de malnutrition. La moitié de ces lits sont affectés à la pédiatrie.

2. Les urgences

43 interventions ou projets d'urgence ont eu lieu en 2020, dont une partie gérée directement par la cellule des urgences (19) 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.

En 2020, la cellule des urgences a repris entièrement trois pays importants : l'Afghanistan, la Syrie, pour faire face aux afflux de déplacés à Idlib, et le Burkina Faso.

Une nouvelle dynamique s'est installée au sein de la cellule, avec le passage du budget de 16 millions à 29 millions. Cette dynamique se caractérise par la réalisation de nombreuses missions exploratoires sur l'année 2020, qui permettent à la cellule d'avoir une analyse opérationnelle et médicale de la situation dans plusieurs pays et d'éclairer la prise de décision opérationnelle.

Cette dynamique s'appuie à la fois sur un renouvellement de l'équipe des urgences, avec des changements et de nouvelles arrivées au sein de chaque métier, et sur un pool d'urgence complet et fonctionnel.

Urgences gérées par la cellule des urgences	Missions exploratoires menées par la cellule des urgences	Urgences gérées par les cellules régulières
Afghanistan - Herat - Covid-19 Arménie Haut-Karabakh - Covid-19 Erevan - Pharmacie Stepanakert - Santé mentale Stepanakert Burkina Faso - Déplacement de population dans le Nord - Covid-19 Bobo Dioulasso France - Ehpad en Ile de France - Ehpad an province Iran - Covid-19 Niger - Inondations Niamey RDC - Ebola Nord Kivu - Ebola Equateur - Rougeole Congo Central Syrie - Idlib - Afrin Yemen - Aden-Taizz Sud Yemen - Soins pour populations déplacées Sanaa - Intervention d'urgence dans le Nord - Covid-19 dans le Nord - Covid-19 dans le Sud	Asie du Sud Est - Covid-19 Côte d'Ivoire - Contexte électoral Kazakhstan - Personnes déplacées Almaty Nigeria - Covid-19 Kano - Violences à Lagos RCA - Contexte électoral Turquie - Tremblement de terre Izmir	Bangladesh - Covid-19 RCA - Covid-19 Tchad - Covid-19 - Réponse rougeole RDC - Covid-19 Goma - Covid-19 Lubumbashi - Rougeole Katanga - Rougeole/Cholera Kiba - Centre Ebola Beni (passation) - Lubero - Vaccination J&J France - Covid-19 - Migrants Pantin - Protection des mineurs Haïti - Covid-19 Irak - Covid-19 Liban - Réponse explosion Liberia - Covid-19 Mali - Covid-19 Niger - Covid-19 Palestine - Covid-19 Gaza Philippines - Covid-19 USA - Covid-19

3. Réponses aux conséquences des conflits sur les populations

Les opérations de MSF OCP se développent selon deux axes :

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

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

En 2020, la présence de groupes armés radicaux nous a conduits à interrompre plusieurs projets. Le massacre de Dasht-e-Barchi a été un cruel rappel de l'impossibilité de travailler dans les zones où ces groupes sont très présents. Nous avons fermé tous nos projets dans la région du lac Tchad, à l'exception de Maidiguri, ainsi que Quayyarah en Irak.

Des interventions d'urgence ont été menées en Syrie, suite au déplacement de 1,5 million de personnes à Idlib, et au Burkina Faso, également le théâtre d'un conflit et de déplacements de population.

Le conflit continue de créer des besoins médicaux et chirurgicaux urgents au Yémen où un programme chirurgical a été ouvert à Haydan.

Haïti est un autre contexte où la violence a augmenté, raison pour laquelle un projet de traumatologie a été ouvert à Tabarre. En RCA, les équipes ont travaillé sur la préparation à l'urgence en cas de violence électorale. Le Soudan a été ouvert mais le développement des projets a été limité en raison de la pandémie de Covid (pas de possibilité de travailler au Darfour). Nous n'étions pas présents au Tigré (Ethiopie) mais avons pour le moment une équipe en Ethiopie qui tente de rouvrir le pays. Un travail important a été fait en Afghanistan pour accompagner les équipes de Dahst-e-Barchi et repositionner nos opérations dans le pays. Nous ne sommes pas présents au Mozambique, au Cameroun et en Somalie (présence de 3 OC, forte insécurité, accès limité aux populations).

Afghanistan

Le 12 mai 2020, la maternité de Dasht-e-Barchi a été attaquée, 24 personnes ont été tuées selon les sources officielles, parmi lesquelles MSF peut confirmer la mort d'une de ses sages-femmes, Maryam, et de 16 mères abattues à la maternité sur les 28 mères admises. 6 membres du personnel MSF, 1 nouveau-né et 1 soignant ont été blessés. 62 membres du personnel MSF souffrent de troubles psychologiques et sont sous traitement.

Personne n'a revendiqué la responsabilité de cette attaque. Le projet de Dasht-e-Barchi est fermé. L'équipe MSF a travaillé en 2020 sur un partenariat avec l'Association des sages-femmes afghanes pour apporter des soins aux femmes enceintes vivant à Dasht-e-Barchi.

Sahel et région du Lac Tchad

La situation au Sahel et au lac Tchad continue de se détériorer en 2020. En août 2020, Daesh a revendiqué l'assassinat de 8 membres du personnel humanitaire d'Acted au Niger. Au Mali, les différents conflits (intercommunautaires, entre groupes armés) continuent de s'étendre dans le Sud et au Burkina Faso et augmentent le nombre de personnes déplacées. En août 2020, le président du Mali a été contraint de démissionner à la suite d'un coup d'Etat. Au Nigeria, l'année a été marquée par un niveau très élevé d'assassinats de travailleurs humanitaires dans le Nord-Est par l'ISWAP qui a déclaré en août que les ONG sont officiellement considérées comme des ennemis et seront traitées comme telles, avec exécution des membres qui pourraient être capturés. Le contexte sécuritaire s'est sérieusement détérioré, et la plupart de la population de Borno vit dans des zones où les travailleurs humanitaires n'ont pas accès. En octobre, un atelier a été organisé sur les stratégies de profilage (puisque 6 projets sur 8 sont profilés au Niger, au Mali, au Burkina et au Nigeria) et sur les modèles opérationnels dans ce type d'environnement d'insécurité. Malgré l'insécurité dans la région et la pandémie de Covid, la plupart des projets ont été maintenus (à l'exception de la fermeture de Kaya, au Burkina Faso, à la fin de l'année).

56 000 hospitalisations, 19 000 accouchements, 385 000 consultations ont été réalisés par les équipes dans cette zone.

Syrie

Les opérations de MSF-OCP en Syrie se déroulent dans la zone du Rameau d'olivier (Afrin et ses environs) et à Idlib, la dernière zone d'opposition. Au cours de l'année 2019, les gouvernements syrien (GoS) et russe (GoR) ont lancé des actions militaires massives, ce qui a entraîné, à la mi-2020, le déplacement de plus de 1,5 million de personnes à Idlib, réparties sur plus de 1000 sites et campements informels. Les équipes MSF ont soutenu 3 hôpitaux de référence, organisé des cliniques mobiles dans 45 camps (80 000 consultations), distribué de l'eau pour 60 000 familles, construit 7000 latrines, distribué des kits pour 50 000 familles, dont des kits d'hivernage. Le projet d'Afrin est mis en œuvre en partenariat avec l'organisation syrienne Al-Ameen. Un nouveau

partenariat, avec une organisation turque, IBC, nous a permis d'avoir une équipe basée en Turquie et d'envoyer des expatriés en Syrie.

Yemen

Au Yémen, le mouvement Houthis a lancé différentes offensives et en avril, le STC (Conseil de transition du Sud) a brusquement annoncé l'auto-administration du Sud du Yémen et l'état d'urgence. En décembre, un nouveau gouvernement a été formé avec le président actuel et les séparatistes du Sud. Différentes urgences liées au conflit ont été mises en place ainsi que des réponses conséquentes à la pandémie de Covid à Sanaa et Aden avec plus de 100 lits. Un projet chirurgical a été ouvert à Haydn.

RCA

En juin, les affrontements ont repris dans l'ouest du pays. À la toute fin de l'année, les équipes MSF ont commencé à fournir des soins aux personnes prises dans les violences post-électorales. En décembre notre équipe chirurgicale est intervenue à Bassangoa. Les attaques répétées des rebelles aux portes de la capitale n'ont pas empêché M. Touadéra d'être réélu le 27 décembre. Les rebelles se sont heurtés à des forces bien mieux armées et équipées : 12 000 casques bleus de la Minusca, présents depuis 2014, mais aussi des centaines de soldats rwandais et des paramilitaires russes.

RDC

A Goma, la prise en charge des violences sexuelles a été ajoutée au projet VIH ainsi qu'une attention spécifique aux travailleurs sexuels et aux enfants de la rue. Au Nord Kivu, la violence et le conflit se poursuivent à Bambo et Kibirizi. Il y a eu 6 enlèvements de personnel MSF en RDC en 2020 et OCA a décidé de fermer son projet. En octobre, une enquête de The New Humanitarian et de la Fondation Thomson Reuters a révélé que plus de 50 femmes ont accusé des travailleurs humanitaires de l'Organisation mondiale de la santé et des principales ONG d'exploitation et d'abus sexuels à Beni pendant l'urgence Ebola. MSF a décidé de mener une revue éthique auprès de l'ensemble du personnel ayant travaillé sur l'épidémie d'Ebola dans le but d'identifier les abus et de comprendre si la politique de MSF sur les abus est connue du personnel. L'enquête est en cours.

Haïti

Haïti cumule une instabilité politique, des troubles sociaux récurrents, une crise économique et une violence urbaine (gangs, grande criminalité) qui s'est étendue à tout le pays. En juin 2020, une alliance appelée le G9 a été créée à Port-au-Prince, rassemblant plusieurs des principaux groupes qui contrôlent la zone métropolitaine. À Cité Soleil, des affrontements intenses ont fait plus de 100 morts en juin-juillet. En raison de l'épidémie de Covid, les admissions de patients brûlés ont été suspendues pendant quelques mois, mais les activités de traumatologie à Tabarre se sont poursuivies tout au long de l'année.

Autres pays

Nous continuons à apporter des soins médicaux aux populations déplacées et aux réfugiés dans différents contextes comme au Bangladesh, en Syrie, au Liban, en Afghanistan, au Burkina Faso.

En octobre, un conflit a éclaté dans le Haut-Karabakh, une république autoproclamée, internationalement reconnue comme appartenant à l'Azerbaïdjan, mais qui abrite de nombreux Arméniens de souche. Les équipes ont soutenu l'unité des grands brûlés à Erevan et ont mis en œuvre différentes évaluations de santé mentale.

Début novembre, le Premier ministre éthiopien a ordonné une action militaire contre le Front de libération du peuple du Tigré dans la région septentrionale du Tigré. À la fin de l'année, de violents affrontements avaient déplacé 50 000 personnes vers le Soudan voisin, où elles ont cherché refuge dans des camps de fortune. MSF OCP n'a pas pu intervenir car nous n'étions plus présents dans le pays. 3 autres sections étaient présentes. En raison de signes de déstabilisation dans différentes parties du pays, nous avons décidé de lancer des missions exploratoires et les démarches pour rouvrir le pays.

Nous ne sommes pas intervenus dans la province de Cabo Delgado au Mozambique, où un conflit permanent et largement invisible a chassé des milliers de personnes de leurs foyers.

Sécurité

OCP a rapporté 8 incidents de sécurité graves en 2020.

Le plus grave a été l'attaque de la maternité de Datsh-e-Barshi, au cours de laquelle 24 personnes ont été tuées, dont 16 mères et une sage-femme MSF.

Il y a eu 2 accidents de transport. Au Liberia, 2 passagers de moto ont été tués dans une collision avec une ambulance MSF. Au Kenya, un chauffeur MSF a été blessé lorsque sa voiture a été percutée par un camion.

Nous avons également été confrontés à l'arrestation de patients. En Haïti, la police a arrêté un patient à l'hôpital. En Libye, lors d'un transfert, deux patients ont été emmenés par des hommes armés à un check-point.

En Haïti, une voiture avec un individu blessé a forcé l'entrée de la salle d'urgence et a menacé de brûler l'hôpital.

A Quayarrah, l'équipe MSF a fait face à différentes menaces et il a été décidé d'évacuer et finalement de fermer le projet.

Au Yémen, à Khameer, un médecin MSF et une infirmière ont été agressés par des proches d'un patient.

Pour les 5 centres opérationnels, il y a eu 38 incidents de sécurité graves. 7 membres du personnel MSF ont été tués et 15 blessés. Il y a eu 13 enlèvements, dont 6 en RDC. Au moins 8 projets ont été fermés à cause de l'insécurité. 6 équipes de gestion de crise étaient actives en 2020. Les 4 pays avec le plus grand nombre d'incidents de sécurité sont le Yémen, la RDC, le Cameroun et la RCA.

4. Réponses à des catastrophes médicales

Dans cette catégorie de projets, le motif d'intervention est une mortalité élevée (ou une morbidité invalidante) liée à une épidémie ou à des endémies spécifiques (VIH, tuberculose) ou touchant des populations spécifiques (nouveau-nés, jeunes enfants, femmes enceintes). Ces projets traitent de questions de santé publique et visent deux objectifs finaux :

- Faire progresser la capacité de MSF à apporter des soins individuels, centrés sur le patient et complets.
- Développer des modèles simplifiés qui peuvent être déployés, également par d'autres acteurs, à grande échelle ou dans d'autres contextes, notamment en cas d'urgence.

Nombre de projets	2018	2019	2020
Epidémies	7	17	33
Endémies et maladies spécifiques	20	18	15
Maternités et pédiatrie	7	7	6
Total Catastrophes médicales	34	42	54

■ Endémies

Les projets endémies concernent le VIH, la tuberculose, l'hépatite C et la nutrition, mais aussi l'oncologie et les soins psychiatriques. Les projets de chirurgie reconstructive sont classés dans les conséquences des conflits.

La diminution du nombre de projets est due à la fermeture de projets sur la tuberculose en Arménie et en Géorgie. Mais il y a eu l'ouverture du projet sur la tuberculose multirésistante au Pakistan.

VIH

Dans les projets VIH, les confinements ont eu des impacts significatifs, notamment pour les jeunes et les enfants ; on a constaté une baisse de 20% de la fréquentation des «clubs pour adolescents» au Malawi en 2020 par rapport à 2019, avec seulement une lente reprise à partir du troisième trimestre, et un arrêt des activités de soutien psychologique ou d'éducation des patients. La décision d'espacer les rendez-vous et de proposer des renouvellements de traitements pour plusieurs mois a été prise rapidement, et un suivi de l'approvisionnement national en traitements antirétroviraux (ARV) a été mis en place. D'autres mesures, telles que les téléconsultations et le téléconseil, les messages WhatsApp en soutien aux infirmières, les messages radiophoniques, la mise en place de «hot line», la mise à disposition d'ARV dans la communauté et les visites à domicile pour

les adolescents ou les patients instables, ont été utilisées chaque fois que possible. Au second semestre, les mesures Covid-19 ont été assouplies et les activités ont repris progressivement, sauf au Malawi, où une deuxième vague a frappé le pays à partir de décembre 2020.

Tuberculose

La pandémie de Covid-19 et ses impacts indirects ont entraîné une réduction globale de 14% des nouveaux cas de tuberculose sensible aux médicaments identifiés, ainsi qu'un retard dans la mise en œuvre de certaines activités prévues. Certains projets ont été beaucoup plus touchés, par exemple, il y a eu une réduction des nouveaux cas de tuberculose sensible aux médicaments (DS-TB) de 63% au Bangladesh et de 27% dans les projets VIH. Il y a également eu une diminution des cas de tuberculose multirésistante (MDR TB) au Somaliland en raison des impacts du confinement, malgré une petite augmentation globale des nombres détectés dans MSF OCP en 2020 (130, contre 121 en 2019). Des mesures palliatives ont été mises en place dans tous les projets de lutte contre la tuberculose, ce qui a permis d'éviter les interruptions de traitement, notamment grâce à l'espacement des rendez-vous et des renouvellements de médicaments, le suivi et le conseil par téléphone, un soutien alimentaire et la livraison de médicaments dans la communauté. En fait, les résultats globaux se sont améliorés dans les grands projets de lutte contre la tuberculose dans les deux missions de Papouasie-Nouvelle-Guinée et RCA, mais les taux d'abandon et de transfert de patients ont été élevés en Libye.

Hépatite C

A cause de la pandémie de Covid, le nombre de nouvelles admissions en 2020 au Cambodge est inférieur aux prévisions. Mais le projet a atteint ses objectifs et sera remis au ministère de la Santé mi-2021. Au Bangladesh, nous gardons l'objectif de diagnostiquer et de traiter les patients atteints d'hépatite C.

Nutrition

Les activités de nutrition ont connu quelques réductions temporaires en termes de volume,

mais le nombre de consultations a globalement augmenté en 2020. Au travers de la seule expérience d'OCP, il est difficile d'évaluer l'impact global sur la sécurité alimentaire et la malnutrition, mais il y a de sérieuses inquiétudes pour 2021 au Sahel, à cause des effets combinés du conflit, des déplacements de populations, de la transmission élevée du paludisme dans certaines zones et des impacts économiques due Covid-19.

Oncologie

Au Malawi, le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses ont été partiellement poursuivis dans 8 centres de santé, à l'exception d'une fermeture de 5 mois. 8000 dépistages VIA (inspection visuelle à l'acide acétique) ont été réalisés. 9000 jeunes filles ont été vaccinées contre le papillomavirus. Les patients identifiés comme suspects de cancer ont été référés au service de consultations externes du Queen Elisabeth Central Hospital. Les soins palliatifs et de soutien ont commencé en 2019 avec une équipe proposant des soins à l'hôpital et à domicile pour 189 patients. Le service de consultations a été étendu à tous les cancers gynécologiques. Le déploiement du dossier médical électronique a malheureusement fait partie des activités mises en attente en raison des restrictions Covid-19.

Au Mali, la réhabilitation du laboratoire a été finalisée et le dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein a débuté dans 14 centres de santé de Bamako. 49 000 femmes ont été dépistées. 124 femmes ont reçu des soins (chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie) et il y a eu 379 nouvelles admissions dans le projet de soins palliatifs.

Soins de santé mentale

Les nombres de nouveaux patients et de consultations de MSF OCP en santé mentale ont diminué de 25% entre 2019 et 2020, avec une forte baisse principalement observée en mars-mai, correspondant aux périodes de confinement. L'activité est repartie au cours de la seconde moitié de l'année, avec la levée des mesures de confinement, mais aussi avec la mise en œuvre de modèles de soins alternatifs (« télé-santé mentale » et recours plus important aux agents de santé communautaires). Douze interventions de MSF OCP Covid-19 ont intégré une composante

psychosociale ; parmi elles, la mission en France, qui a apporté son soutien dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD). La pertinence de la prise en charge psychosociale dans cette pandémie, y compris pour les personnels de santé, est très évidente.

Personnes handicapées par un conflit, nécessitant une intervention chirurgicale complexe, une rééducation et un soutien.

À Gaza, l'ensemble complet de soins pour les brûlés et les traumatisés a été mis en œuvre dans 4 cliniques et une unité d'ostéomyélite de 22 lits avec 2 salles d'opération a été ouverte à l'hôpital Nasser. En raison des restrictions liées au Covid, il n'a pas été possible d'envoyer des patients à Amman (Jordanie).

A Amman, la pandémie de Covid et ses conséquences ont fortement impacté l'activité de l'hôpital de chirurgie reconstructive et l'ensemble du programme a dû s'adapter. L'année 2020 a connu le plus faible niveau d'activité jamais enregistré avec 252 admissions, et 639 procédures chirurgicales réalisées (jusqu'en octobre 2020). 18 patients irakiens ont été admis en septembre selon des protocoles stricts établis par le ministère de la santé. Malheureusement, la deuxième vague de Covid a frappé le pays en octobre et l'activité a dû s'arrêter pour la deuxième fois de l'année.

■ Epidémies

Les équipes MSF-OCP ont contribué à la fin de la 10^{ème} épidémie d'Ebola au Nord-Kivu (RDC), la plus grande épidémie de l'histoire du pays, et ont lancé une intervention distincte en juin en réponse à la 11^{ème} épidémie d'Ebola du pays dans la province de l'Équateur. Nous avons également terminé notre engagement dans l'étude d'un second vaccin contre Ebola (Johnson & Johnson) en RDC. MSF-OCP s'est attaché à répondre aux besoins des patients atteints d'Ebola par des stratégies décentralisées de prévention (vaccination), de diagnostic et de soins, au lieu de l'approche verticale conventionnelle. Cette démarche commence à porter ses fruits, avec des changements dans l'approche du ministère de la Santé, lors de l'épidémie en Équateur. Le développement de deux vaccins efficaces, la disponibilité de tests de diagnostic rapide et de

traitements efficaces (anticorps monoclonaux), vont permettre une nouvelle approche des futures épidémies d'Ebola.

Les équipes de terrain ont également répondu aux épidémies de rougeole en RDC, au Tchad, au Burkina Faso et en RCA, et ont participé à une campagne de vaccination contre le pneumocoque à Carnot (RCA).

Il y a également eu une diminution importante des activités de vaccination, dans les campagnes de masse et en réponse aux épidémies (par exemple, épidémies de rougeole au Tchad et au Niger). La chimio-prévention du paludisme saisonnier au Tchad et au Nigeria s'est poursuivie, soutenue par MSF OCP, avec la mise en place de mesures anti Covid-19 pour réduire le risque que le personnel contribue à la transmission dans les communautés.

Covid-19

L'année 2020 a été marquée par la pandémie de Covid-19. À l'échelle mondiale, rares sont les personnes qui n'ont pas été touchées par cette maladie directement ou indirectement. L'impact sur la santé mentale est particulièrement important : tout le monde a été touché psychologiquement d'une manière ou d'une autre. Mais en même temps, pour d'autres, le Covid-19 n'a pas été perçu comme la priorité absolue, les conflits, la violence et d'autres épidémies provoquant une plus grande souffrance et une mortalité plus élevée dans de nombreux contextes où MSF travaille.

Face à la pandémie, les objectifs à court terme de MSF OCP ont été les suivants :

• **Protéger le personnel de la maladie**

Le département médical a joué un rôle clé en donnant des conseils sur les mesures à prendre pour protéger le personnel et réduire la transmission dans les projets (mesures de prévention et de contrôle des infections (IPC), mise en place du dépistage et du triage Covid-19, adaptation de l'organisation des soins, utilisation d'équipements de protection individuelle appropriés, soutien à l'unité de santé du personnel, etc.). Les quantités finales de masques achetées en 2020 donnent une idée du niveau d'investissement : 292 000 masques FFP2 (contre 46 000 en 2019) et 2 millions

de masques de type II et IIR (contre 357 000 en 2019). Cependant, malgré les recommandations, l'utilisation des équipements de protection par le personnel n'a pas été optimale.

Pour comprendre en temps réel la transmission du Covid-19 au sein du personnel de santé et de la communauté, des études de séroprévalence ont été menées par MSF OCP en 2020-2021 au Yémen, en Afghanistan, au Mali, en France, au Niger, etc. Ces études indiquent qu'une transmission généralisée a eu lieu parmi les personnels de santé. Cependant, en dépit du manque d'équipements de protection individuels ou de leur utilisation inappropriée dans certains endroits, et probablement d'une distanciation sociale insuffisante, très peu de membres du personnel d'OCP ont développé une forme grave ou critique du Covid-19, et cela malgré un grand nombre d'infections. En 2020, il y a eu une évacuation médicale du personnel international liée au Covid-19, et malheureusement un décès du personnel lié au Covid-19 a été signalé.

Bien que les chiffres soient incomplets, 853 employés ont été identifiés avec des symptômes évoquant le Covid et 339 ont été diagnostiqués positifs, dont 79 employés internationaux.

31 employés ont été hospitalisés, 1 a fait l'objet d'une évacuation médicale et 1 employé est décédé pendant son hospitalisation à Kaboul.

- **Assurer la continuité des soins non-Covid**

Les équipes de terrain ont été maintenu les activités et l'accessibilité dans la mesure du possible dans un contexte en rapide évolution. Cela est passé par la mise en œuvre de téléconsultations, principalement pour les affections de longue durée, la santé mentale et la psychiatrie, le VIH et la tuberculose (TB) ; le télé-conseil dans certaines activités de santé mentale ; le renouvellement des traitements pour des périodes plus longues pour les patients souffrant d'affections de longue durée ; le suivi à domicile des patients à haut risque de Covid-19 grave ; le développement d'une application de téléphonie mobile pour soutenir le suivi communautaire des patients atteints du VIH à Goma ; et des partenariats pour identifier et soutenir les personnes présentant des facteurs de risque de maladie grave (par exemple Santé

Diabète au Mali). Des conseils et un soutien pour la gestion des activités communautaires (chimio-prévention du paludisme saisonnier, vaccination, etc.) ont également été fournis.

Malgré ces efforts, on a constaté des baisses significatives dans de nombreuses activités non-Covid, en particulier pendant les périodes de confinement (principalement d'avril à juillet 2020), ou pendant les pics de transmission. Certains projets ont complètement modifié leurs activités pendant une période ou ont fermé, comme le centre des brûlés de Drouillard (Haïti) et le projet de chirurgie reconstructive d'Amman (Jordanie) qui ont été transformés en unités de traitement Covid-19, ou le BMRC (Bagdad), qui a fermé pendant la première vague de transmission en Irak. Dans quelques projets fortement tributaires du personnel international, comme la chirurgie pédiatrique à Monrovia (Liberia), les interdictions de voyager et les exigences de quarantaine ont interrompu ou réduit les activités, et partout, il a été difficile pour le personnel international de se déplacer sur le terrain ou de rentrer chez lui.

- **Prendre en charge les patients atteints du Covid-19**

18 pays ont ouvert des projets ou activités spécifiques pour répondre au Covid. En 2020, des équipes sont également intervenues directement en France et aux Etats-Unis pour répondre au Covid-19.

Les réponses visant à fournir des soins cliniques aux patients atteints de Covid-19 ont varié au sein de MSF OCP selon le projet et la gravité de la maladie : stratégies communautaires pour le suivi à domicile (parfois avec l'oxymétrie de pouls) ; soutien au dépistage et aux soins des groupes vulnérables (ex. les sans-abri et les travailleurs migrants en France) ; fourniture d'oxygène, soutien technique et formation du personnel du ministère de la santé (par exemple au Mali, en Arménie, à Gaza) ; gestion indépendante par MSF OCP d'unités de traitement Covid-19, avec unités de soins intensifs (en Haïti, en Afghanistan, au Yémen, en Jordanie et en Irak).

Malheureusement, l'accès au diagnostic du Covid-19 est resté un défi jusqu'en 2020. MSF OCP a réalisé une cartographie des capacités des laboratoires en matière de PCR et de GeneXpert®,

a fait don de tests PCR et a fourni un soutien technique dans plusieurs missions.

Sans traitement connu, une approche holistique a été encouragée dans tous les projets. Cela comprenait l'oxygénothérapie, le développement d'un soutien en matière de santé mentale, des conseils en matière de soins infirmiers et la physiothérapie. Le traitement des symptômes pour les patients en situation d'inconfort ou de détresse et, surtout, des conseils en matière de fin de vie et de soins palliatifs ont été mis en place, ainsi qu'un cadre OCP pour les patients se remettant de leur maladie Covid-19 avec des risques de symptômes «long Covid».

Au total, plus de 390 000 patients ont été dépistés dans 16 pays (21 projets), dont 98% par des services ambulatoires. Entre le 16 mars et le 31 décembre 2020, les projets OCP ont vu 20 132 patients avec un Covid-19 suspecté, probable ou confirmé dans 36 sites. Le plus grand nombre de patients triés avec le Covid-19 a été observé à Herat (Afghanistan), où plus de 14 000 patients ont été diagnostiqués avec le Covid-19.

En dehors des sites de triage, 5 851 patients ont consulté ou ont été admis avec une Covid-19 dans les services d'OCP en 2020, dont 1 065 ont été confirmés (18%). Ces patients étaient majoritairement des hommes (63%), avec un âge médian de 38 ans alors que les femmes avaient un âge médian plus jeune de 32 ans. 25 % de ces patients ont déclaré au moins une comorbidité. Le délai entre l'apparition des symptômes et la consultation était de 3 jours en médiane (5 jours en moyenne). Au total, 718 décès ont été signalés (12,3%).

2 392 des 5 851 patients ci-dessus (40,8 %) ont été admis pour des soins dans des hôpitaux ou des unités de traitement Covid (2 261 premières admissions, 91 admissions après consultation et 40 patients ré-hospitalisés). La majorité des admissions a eu lieu entre début mai et fin août 2020, pendant la « première vague » de la pandémie dans les pays ayant rapporté des données. Les missions d'OCP ayant le plus grand nombre de patients hospitalisés étaient le Yémen (1 431), l'Afghanistan (Herat, 335), l'Irak (223) et Haïti (159). Les patients hospitalisés étaient plus souvent des hommes et plus âgés : 66% étaient des hommes avec un âge médian de 52 ans (moyenne 51 ans) ;

les femmes avaient un âge médian de 53,5 ans (moyenne 50,2 ans).

La France a été l'un des pays les plus touchés par l'épidémie de Covid et MSF a mis en place des opérations d'une ampleur et d'une nature sans précédent dans ce pays. Les contraintes au départ étaient grandes avec une connaissance limitée de la maladie, le manque d'infirmières, le manque d'équipement de protection, les contraintes de voyage et la pression sur toutes nos opérations dans le monde. Les activités ont été diversifiées, avec des membres de MSF mobilisés dans plusieurs régions du pays :

- Soutien organisationnel (contrôle des infections), médical et psychologique à 29 maisons de retraite (EHPAD).
- Soutien au CHU Henri Mondor pour l'hospitalisation de patients présentant des comorbidités sévères et des situations sociales rendant impossible le maintien à domicile (27 patients, durée moyenne de séjour de 24 jours).
- Soutien au dépistage et au suivi des patients dans les quartiers nord de Marseille.
- Intervention médicale et logistique auprès des populations précaires touchées par le confinement et la fermeture de nombreux services de santé via une hotline et des équipes mobiles dans les sites d'hébergement, les points de distribution alimentaire et les Foyers de Travailleurs Migrants, ainsi que des activités médicales dans des centres dédiés aux personnes Covid ne pouvant s'isoler à domicile.
- Enquêtes sociologiques et épidémiologiques (avec Epicentre et l'Institut Pasteur) sur l'exposition des populations en situation de précarité au Covid et les conséquences du confinement.

Le drame qui s'est déroulé dans les maisons de retraite (50% de mortalité pour 5% de la population de plus de 65 ans, personnel placé dans des situations dramatiques sans soutien, confinement des résidents) aurait certainement nécessité une plus grande intervention de notre part dès la première vague, et une plus grande prise de position publique, mais nous n'avons pas réussi à être identifiés comme un recours possible et sollicités davantage par les professionnels de ce secteur.

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

Dans cette catégorie, nous avons 9 projets :

- Migrants : 2 projets en France et 2 en Libye.
- Bidonvilles : Mathare (Kenya) avec clinique pour adolescents et prise en charge des violences sexuelles, Port Harcourt (Nigeria) avec prise en charge des violences sexuelles, Manille (Philippines) avec gynéco-obstétrique, Drouillard (Haïti) pour les grands brûlés.
- Un orphelinat à Khartoum.

Migrants en Libye et France

La situation des migrants et des réfugiés en Libye ne s'est pas améliorée et malgré les limites auxquelles nous faisons face, nous pensons toujours que notre présence est utile et nous avons étendu nos activités en 2020, à la fois en termes de types d'activités, mais aussi géographiquement, puisqu'en plus de la région centrale (Misrata, Bani Walid), nous sommes désormais aussi le long de la côte ouest (Zintan, Zuwara, Zawiya). En plus de nos services médicaux et de santé mentale aux points de débarquement et dans les centres de détention (19 000 consultations), nous intervenons également dans les prisons, dans les milieux urbains informels, et nous fournissons des soins contre la tuberculose à Misrata et des soins prénataux et postnataux à Bani Walid (ces deux derniers visant également les ressortissants libyens). Les services de protection sont un élément clé de notre stratégie d'intervention avec références au HCR, aide à la libération des centres de détention, à l'obtention de visas humanitaires, à l'évacuation ou au rapatriement volontaire.

En France, les activités auprès des demandeurs d'asiles et des mineurs isolés étrangers ont été impactées par les restrictions de voyage et les fermetures de frontières dues à l'épidémie de Covid, avec une augmentation des activités de clinique mobile, de consultations psychologiques et de mise à l'abri, et une diminution de l'activité du centre de jour de Pantin (-50% par rapport à 2019). Notre dispositif d'hébergement a

considérablement évolué, avec l'ouverture d'une structure d'hébergement de 20 lits en Île-de-France pour les cas médicaux et psychiatriques les plus sévères, d'un site de 10 lits pour les jeunes les plus autonomes, et d'un site de 10 lits dédié aux jeunes femmes. En outre, un site de 15 lits a été ouvert à Marseille.

L'hébergement d'urgence en hiver a été important avec une prolongation jusqu'en juin et sa mise en œuvre dans 4 villes (Paris, Marseille, Montpellier, Bordeaux). Au total, 344 jeunes ont été hébergés dans le dispositif « passerelle » et des familles d'accueil (partenariat avec Accueillons) et 227 dans le dispositif d'hébergement d'urgence. En juin, avec les associations UTOPIA, Midi du Mie, Timmy et Comede, un campement d'une centaine de mineurs a été installé dans le parc Jules Ferry dans le 11e arrondissement de Paris pour rendre visible les mineurs isolés sans abri. Après 5 semaines de bras de fer avec les autorités, nous avons obtenu l'ouverture par la ville de Paris d'un lieu d'accueil pour les mineurs non accompagnés faisant appel à la reconnaissance de minorité, une victoire dans un environnement encore très défavorable.

De même, un recours administratif auquel nous avons participé, demandant le placement de 78 jeunes par l'ASE (aide sociale à l'enfance) pendant l'épidémie, a été jugé favorablement par le tribunal administratif de Bordeaux.

6. Catastrophes naturelles, climatiques ou industrielles

Une réponse globale a été apportée aux inondations à Niamey (Niger) et nous avons soutenu IBC, une ONG turque, pour répondre à un tremblement de terre à Izmir.

Au Liban, après les explosions dans le port de Beyrouth, OCP a ouvert un projet de soins à domicile pour les patients confinés chez eux (principalement des personnes âgées ou handicapées) atteints de maladies chroniques et vivant en situation précaire dans les quartiers les plus touchés de Beyrouth.

7. Objectifs transversaux du plan stratégique

2020 a été la première année du plan stratégique 2020-2023 de MSF OCP, et malgré quelques changements inévitables dans la hiérarchisation des priorités et des retards, des progrès ont été réalisés dans trois orientations stratégiques de ce plan :

- Revoir notre approche médicale à travers une meilleure compréhension des besoins des patients et des populations : approche centrée sur le patient.
- Revoir nos méthodes de travail, dans une approche collaborative et multidisciplinaire et un renforcement du leadership médical et de terrain.
- Revoir nos interactions avec les autres acteurs du système de l'aide.

Approche centrée sur le patient

L'accent mis sur l'amélioration des soins centrés sur le patient a fortement influencé la réponse aux besoins des patients (non-Covid-19) pendant les périodes de confinement, ainsi que l'approche holistique des soins aux patients Covid-19 dans les nouvelles interventions décrites ci-dessus. Dans certains autres projets, d'autres initiatives ont été développées, notamment des enquêtes auprès des patients (par exemple à Monrovia - Liberia) et des groupes de discussion (par exemple à Gwange - Nigeria), en plus du travail en cours sur les chartes patients et les mécanismes de plainte des patients. Le poste mobile de soutien à la mise en œuvre (MIO) pour les «soins centrés sur le patient» a malheureusement été vacant la majeure partie de l'année en raison des restrictions de voyage imposées par le Covid-19, mais un résumé des initiatives et des outils potentiels pour soutenir le terrain est disponible. En 2021, le cours de leadership médical en ligne mettra également l'accent sur les soins centrés sur le patient. D'autres orientations opérationnelles pour l'«approche centrée sur le patient» ont été formulées, sur la base de trois axes clés :

- L'expérience du patient, en adaptant notre approche médicale pour être plus humain et holistique dans la prise en charge des patients.
- L'accès à nos soins de santé et le soutien aux patients dans la gestion de leur maladie, en adaptant notre approche opérationnelle.

- L'implication de nos patients et de leur communauté dans nos choix médico-opérationnels.

Trois postes sont créés pour 2021 : 2 postes dans le département médical pour développer et mettre en œuvre l'approche centrée sur le patient et un poste dans le département des Opérations qui travaillera spécifiquement sur la question de la prévention, la détection et la gestion de la maltraitance des patients et des soignants.

Les méthodes de travail, la gestion des opérations

Les principaux objectifs étaient de finaliser la formation WOW (méthodes de travail) pour les coordinateurs et le document pour soutenir la réflexion sur le travail effectué sur le terrain (feuille de route et évaluations).

La pandémie de Covid impose des échanges réguliers entre le terrain, les différents niveaux d'encadrement et les départements de MSF. Il était important de partager en temps réel les connaissances sur le Covid, et d'être alignés sur les différents changements dans les orientations médico-opérationnelles, logistiques ainsi que sur toutes les questions de gestion des ressources humaines. Des réunions de travail et des séminaires en ligne ont été organisés avec des personnes du terrain et de différents départements du siège. Des bulletins d'information de la direction des Opérations ont favorisé le partage d'informations. Le Covid a augmenté le nombre de réunions de travail rassemblant les personnes en charge du sujet, indépendamment de leur position ou de leur localisation. Cela a permis d'approfondir la réflexion et de résoudre plus rapidement les problèmes.

Interactions avec les acteurs de l'aide

Les orientations de MSF-OCP sur le travail en partenariat ont été discutées et précisées. Ce modèle opérationnel doit être considéré lorsqu'il permet un meilleur accès et renforce les services proposés à la population. Les équipes MSF sont encouragées à travailler avec d'autres organisations et à apprendre d'elles. Une collaboration a eu lieu avec une organisation philippine. De nouveaux partenariats sont en développement, par exemple : avec Al Ameen en Syrie, IBC en Turquie, AMA en Afghanistan, sur les soins palliatifs au Cambodge.

8. Les prises de paroles marquantes

En 2020, nos prises de parole ont été largement influencées par la pandémie de **Covid-19**. Premièrement, notre communication a visé à alerter sur l'impact de la pandémie dans des pays confrontés à des vagues épidémiques particulièrement intenses, et à rendre compte de la réponse de MSF. Cela a été le cas au Yémen, en Iraq, en Palestine, en Syrie, ou encore au Mali, entre autres. A Aden, au **Yémen**, MSF a géré au cours du printemps et de l'été le seul centre de traitement de la maladie dans tout le sud du pays. En mai, nous avons appelé à la mobilisation face à une situation catastrophique: en l'absence d'indicateurs épidémiologiques fiables, le nombre élevé de personnel de santé malade, ainsi que la multiplication par huit du nombre d'enterrement dans la ville représentaient des indicateurs indirects. Nous avons également relayé les témoignages de nos équipes, confrontés à l'effroyable afflux de patients en état critique, et à des taux de mortalité frôlant le 50%, dans un environnement où l'approvisionnement en oxygène est particulièrement complexe.

La pandémie a également poussé MSF à intervenir – parfois pour la première fois – dans certains des pays où se trouvent ses bureaux. Ainsi aux **Etats-Unis**, la communication MSF a rendu compte des interventions auprès des populations vulnérables en Floride, à Puerto Rico et à New York, entre autres ; en **France**, nous avons communiqué au sujet de nos activités auprès des populations précaires, mais aussi aux résidents et au personnel des Ehpad. Pour les premiers par exemple, les résultats de l'étude menée par Epicentre et MSF et publié en octobre 2020, montrant une très forte prévalence du COVID parmi les populations vulnérables – SDF, personnes vivant dans des foyers de travailleurs migrants, ... - sont devenus un élément de référence pour les médias français qui s'intéressent à cette question. Pour ce qui est des Ehpad, nous avons relayé l'appel à mobilisation de nos opérations à destination du personnel médical, afin de relancer nos interventions en Ile-de-France et dans le Sud.

Au cours des derniers mois de l'année, la section française a pris les distances par rapport à la position portée par la Campagne d'Accès (et relayée

par de nombreux bureaux MSF, dont le Bureau international), demandant la **levée des brevets** sur les outils nécessaires à lutter contre la Covid-19 en tant que levier d'accélération de l'accès aux vaccins dans les pays moins développés. S'il est vrai que la démarche initiée par l'Afrique du Sud et l'Inde auprès de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC), et le soutien qu'elle a reçu par de nombreux pays et organisations, représente une initiative historique, l'importance relative de la propriété intellectuelle en tant qu'obstacle à court terme à l'accès aux vaccins contre la Covid ne fait pas consensus. Nous avons alors cherché à rendre disponible notre analyse, pour nos audiences et nos membres, en insistant sur l'incertitude – biologique, épidémiologique, et politique – qui accompagne cette épidémie, et en appuyant le besoin de flexibilité : fournir aux pays les plus touchés les vaccins les mieux adaptés, par une plus grande agilité du mécanisme Covax, et la multiplication de donations bilatérales. Notre position s'inscrit dans la continuité des orientations en matière de plaidoyer et de communication d'influence : c'est en étant précis et spécifiques, et en ancrant nos prises de parole dans des constats épidémiologiques de terrain, et des démarches de négociation concrètes, que nous pouvons espérer avoir une vraie valeur ajoutée.

Alors que l'épidémie d'**Ebola** dans l'est de la **RDC** a pris fin au mois d'avril, un nouveau foyer épidémique, le 11^{ème} dans l'histoire du pays, a été déclaré en juillet 2020 dans la région de l'Equateur. Cette épidémie, se déroulant dans une région vaste, faiblement peuplée et avec très peu d'infrastructures, a posé de nouvelles questions opérationnelles et encouragé à une décentralisation et simplification de la prise en charge des patients (diagnostic, isolement, mise à disposition d'un traitement). Notre communication a visé à rendre compte de ces efforts, de façon pédagogique – notamment en donnant la parole aux membres des équipes déployées dans la région, afin d'expliquer le travail d'adaptation de la réponse au contexte. L'épidémie a pris fin en novembre, après que 130 cas et 55 cas eurent été déclarés.

Au **Niger**, l'assassinat de 7 membres de l'ONG AC-TED et d'un guide nigérien en août 2020 a provoqué une forte émotion dans le milieu humanitaire, rappelant l'hostilité radicale que vouent certains groupes armés d'appartenance djihadiste aux représentants de l'occident ou des gouvernements

ennemis, qu'ils soient humanitaires ou pas. Reprenant à son compte l'appel des dirigeants d'ACTED dans les jours qui ont suivi cette attaque, Emmanuel Macron a proposé de renforcer la protection des travailleurs humanitaires en introduisant la notion de crime contre l'humanité pour les attaques les ciblant. Dans une tribune publiée dans *Le Monde* en septembre 2020, notre président et notre directrice juridique l'ont alors exhorté à œuvrer pour que l'on cesse de criminaliser les humanitaires dans les contextes où interviennent des groupes armés, et de contraindre l'accès aux populations de la part des humanitaires, au nom de la lutte contre le terrorisme. Dans certains de nos pays d'intervention ou dans les pays d'où proviennent nos volontaires internationaux, dialoguer avec ces groupes, ou tout simplement apporter de l'assistance dans des zones non contrôlées par les autorités, est considéré comme un crime. Nous devons rester vigilants face à ces lois, et nous tenir prêts à en illustrer les effets pour nos actions. Ici aussi, il est fondamental que notre communication soit la plus spécifique et précise possible si elle souhaite obtenir un effet.

En **Centrafrique**, l'un des objectifs de notre communication reste de souligner la situation sanitaire dramatique et le manque d'accès aux soins qui affecte la population même en dehors des périodes d'instabilité et de violence – comme celle qui a accompagné les élections présidentielles en décembre 2020. En cours d'année, nous avons ainsi participé à illustrer le manque de prise en charge pour les personnes atteintes de VIH / Sida dans plusieurs de nos projets – dont Carnot : on estime que moins de la moitié des 110 000 personnes atteintes de la maladie sont sous traitement antirétroviral dans le pays, et que près de 5 000 personnes en étaient mortes en 2019.

Toujours en matière de VIH, les résultats de l'étude NHIPS 2 – menée par Epicentre et MSF dans le comté de Ndhiwa, au **Kenya**, où MSF a mis en place depuis 2014 un ensemble de mesures de prévention et de traitement du VIH –, a montré une diminution importante de la prévalence de 24 à 17 %, et de l'incidence de la maladie de 1,9 à 0,7 % par an, au sein de la population. Ces résultats confirment la possibilité d'atteindre le contrôle de la pandémie de VIH dans des contextes à forte prévalence, par des efforts intégrés et continus dans le temps.

Un autre contexte marqué par la violence et par un manque criant d'accès aux soins est **Haïti**. Dans ce pays, nous avons saisi l'opportunité du 10^{ème} anniversaire du tremblement de terre de 2010 pour rappeler à la fois l'engagement de MSF au fil des années, et nos activités actuelles, focalisées autour de la prise en charge des blessés et des grands brûlés. Ces activités ont fait l'objet de prises de parole dédiées, en septembre, lors de la réouverture du centre pour brûlés de Drouillard (transformé temporairement en centre de prise en charge du Covid) et en novembre, quand le premier anniversaire depuis la réouverture du centre de traumatologie de Tabarre nous a permis d'alerter au sujet de la violence endémique et indiscriminée qui affecte le quotidien des Haïtiens.

A **Gaza**, nous avons poursuivi nos efforts visant à rendre visibles les conséquences de long terme pour les près de 9 000 Palestiniens blessés par balles par l'armée israélienne lors des manifestations de 2018 et 2019. En juin, nous avons relayé des témoignages de patients, dont la prise en charge – qui inclut souvent plusieurs interventions chirurgicales et un lourd processus de réhabilitation – est compliquée par le blocus israélien sur Gaza, ainsi que par les effets de la pandémie de Covid ; au mois d'août, nous avons annoncé l'ouverture par MSF d'une unité de soins dédiée au traitement de ces patients, au sein de l'hôpital Nasser de Khan Younès.

Nous avons également souhaité témoigner de la véritable urgence de santé publique que représentent **les cancers du col de l'utérus** au Malawi. Dans ce pays, où le taux d'incidence de ces cancers est le deuxième le plus élevé au monde (73 cas pour 100 000 personnes et par an), deux tiers des femmes chez qui la maladie est diagnostiquée décèdent – ce qui représente plus de 2 300 femmes chaque année. En juillet, nous avons produit plusieurs outils de Communication multimédia, dont une série de 4 portraits vidéo, « Les femmes de Blantyre », relatant le parcours du combattant de certaines de ces patientes, leur lutte contre la maladie, les contraintes économiques pour avoir accès à des soins efficaces, la perte de certaines de leurs compagnes, mais aussi la joie de celles chez qui la rémission du cancer est atteinte.

La **migration** a continué de représenter un sujet prioritaire pour notre Communication publique. En France, notre prise de parole a continué d'accompagner les efforts de la mission en faveur des mineurs étrangers isolés. Cela s'est entre autres traduit par l'effort de mobilisation de l'été 2020 : un campement éphémère pour plus de 70 mineurs non accompagnés, créé de toute pièce par MSF et d'autres organisations boulevard Jules Ferry, à Paris, et destiné à attirer l'attention sur le manque de protection et le besoin d'un logement adapté pour ces jeunes. Prévu pour durer quelques jours, ce campement aura duré plus d'un mois, jusqu'à ce que le bras de fer avec la Ville de Paris et l'Etat permette de leur trouver un logement provisoire. Cette expérience, qui a permis de donner une ample visibilité médiatique au besoin de protection des mineurs isolés, est également documentée dans l'exposition « 36 jours, 36 nuits ».

Toujours en matière de migration, nous avons continué de communiquer pour faire connaître le sort des migrants et réfugiés enfermés dans un cycle tragique de violences et brutalités en **Libye**. Alors que rares sont les journalistes à pouvoir se rendre dans le pays et documenter la situation dans les centres de détention, notre voix est précieuse pour faire connaître les événements, corroborer les témoignages des victimes, qualifier leur situation ; par exemple lorsque trois rescapés d'un naufrage ont été tués alors qu'ils essayaient d'échapper à l'arrestation par les forces de sécurité libyennes, en juillet 2020 ; lorsque des centaines de migrants ont été regroupés de force et maintenus dans des conditions inhumaines dans un hangar de Sabratah, en octobre 2020 ; ou encore en participant à la production de la vidéo d'animation « Des nouvelles de Yonas », relatant les échanges du collègue Jérôme Toubiana avec Yonas, un réfugié érythréen, tout au long de ses multiples tentatives de traversées de la Méditerranée.

Enfin, le mouvement **#BlackLivesMatter** et les discussions qui l'ont accompagné au sein de notre association n'ont pas épargné nos activités de communication. Un processus a ainsi été lancé avec l'ensemble des départements Communication du mouvement, et un comité dédié formé, afin de définir des façons concrètes de diversifier notre Communication et la rendre plus inclusive. C'est un chantier qui se poursuit en 2021.

9. Les Ressources Humaines

2020 : une année de tensions sans précédent pour les ressources humaines à MSF

Janvier : l'OMS déclare l'état d'urgence sanitaire mondial

Les uns après les autres, les pays ferment leurs frontières, le trafic aérien mondial est réduit à néant, seuls sont maintenus quelques vols de compagnies nationales destinés au rapatriement de leurs ressortissants.

Dans le même temps, l'épidémie se répand sur nos terrains et impacte fortement l'organisation du travail. Les plans de contingence s'organisent autour de 2 priorités stratégiques majeures :

- Assurer la continuité de nos opérations.
- Protéger nos équipes, et en priorité les soignants en première ligne, avec des équipements adaptés mais aussi les personnes les plus vulnérables : partout sur le terrain, comme au siège, on demande à tout le personnel d'évaluer leurs facteurs de risque et si possible de se tenir à distance pour limiter le risque d'exposition.

Les mouvements du personnel mobile international hautement entravés

De mars à l'été 2020, les vols internationaux décollent au compte-goutte. Ce sont principalement des vols affrétés par les Nations Unies et le PAM (Programme Alimentaire Mondial) qui nous permettent d'envoyer des personnels internationaux sur nos terrains. Les contraintes administratives et sanitaires sont massives : à leur arrivée, au terme de voyages de plusieurs jours qui exigent souvent plusieurs escales, le personnel international est soumis à quarantaines et multiples tests PCR.

Dans cette période, nous devons accompagner aussi le retour anticipé de nombreux salariés mobiles internationaux – ils sont 2 à 3 fois plus nombreux que d'ordinaire à devoir rentrer chez eux, parfois rejoindre leur famille frappée par le Covid ou pour raisons médicales.

D'autres font le choix de rester et nombreux sont ceux et celles qui prolongeront leur mission dans des conditions difficiles : aucun moyen de rentrer dans son pays d'origine pour faire un break et rentrer voir les siens.

De nombreux salariés mobiles internationaux expérimentés qui étaient en repos, entre deux missions, et dans l'incapacité de se déployer à l'étranger, ont été invités à se mobiliser dans leur pays de domicile sur des projets de réponse au Covid ou pour remplacer un collègue absent sur un projet dit régulier.

A partir de septembre, les vols internationaux reprennent progressivement mais les frontières de bon nombre de pays restent fermées ou se referment, au gré de la propagation des secondes voire troisièmes vagues. Les contraintes administratives et sanitaires sont toujours aussi nombreuses. L'espace Schengen reste hermétiquement clos.

Les équipes des sièges et du terrain soumises à de multiples contraintes d'organisation du travail

Le siège parisien de MSF ne compte qu'une infime minorité de salariés présents dans ses locaux : le télétravail est généralisé. New York et Tokyo sont dans la même situation. Bien que moins lourdement impactés, les bureaux de Dubaï et de Sydney adoptent également le télétravail comme mesure préventive. Sur le terrain, en capitale dans les coordinations ou dans les projets, des équipes entières sont confinées en application des quarantaines ou de gestion des cas contacts. Partout, les salariés présentant des facteurs de risque sont appelés à rester à distance. L'impact sur la composition des équipes est majeur : il faut en permanence adapter l'organisation du travail aux ressources humaines disponibles et des postes qui sont vacants. La santé des équipes est une préoccupation de tous les instants.

L'équipe Santé du Personnel et l'équipe de Support Psychologique renforcées

Pour accompagner le personnel international mobile autant que le personnel local, et répondre à cette urgence, nous avons doublé les effectifs de la SHU (Staff Health Unit) à Paris et invité les coordinateurs médicaux sur le terrain à désigner une personne chargée d'être point focal pour la santé du personnel.

En outre, l'équipe de la PSU (Psychological Support Unit) a été renforcée. Elle est composée de psychologues cliniciens basés à la fois à Paris, Tokyo, New York et Sydney mais aussi à Abidjan et

Amman, et en lien avec les terrains. Au siège, un support psychologique a été proposé aux salariés via un service externalisé.

Le choc de Dasht-e-Barchi

S'ajoute à cette situation instable un traumatisme majeur pour nos équipes. Le 12 mai 2020 survient l'une des attaques les plus barbares et sanglantes dont nous ayons été la cible. La maternité de Dasht-e-Barchi à Kaboul fut le théâtre d'une attaque terroriste d'une violence inouïe, coûtant la vie à 24 personnes dont 16 patientes en couche et à une de nos sages-femmes, Myriam. Ce drame impactera pour toujours la mémoire de tous les salariés MSF, solidaires de leurs collègues, alors que le projet sera fermé à la fin du mois d'août pour raisons de sécurité.

La transformation de l'offre de formation en format digital

En dépit de l'annulation au fil des mois de toutes les sessions de formations en présentiel, qu'elles aient lieu sur le terrain ou sur nos sites de formations internationales (Abidjan, Dakar, Mérignac, Paris) ou dans des Universités partenaires (Liverpool et Manchester), le service Apprentissage du siège de Paris a travaillé à la transformation progressive de l'offre de formation en format digital. Cette offre est alors diffusée à partir d'une plateforme d'apprentissage développée par le mouvement MSF (TEMBO) et à destination de tous les salariés, pour améliorer l'accès à la formation et au développement.

En quelques chiffres, 2020 ce sont...

- 8017 ETP (Equivalents Temps Plein) employés sur nos terrains.
- 705 ETP de personnels mobiles internationaux.
- 1388 départs de personnels mobiles internationaux (en diminution de 20% par rapport à l'année précédente).
- 319 premiers départs en mission sur l'un de nos programmes opérationnels à l'international et 69 premières missions sur l'un des projets de la mission France.
- 775 salariés ont pu suivre une formation internationale dont 61% sont des salariés sous contrat sur le terrain.

10. Evaluation et Retour d'expérience

Depuis la création du Rider (Réseau Interdisciplinaire Dédié à l'Evaluation et au Retour d'expérience) en 2018, ses membres 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 à un soutien méthodologique.

En 2020, le RIDER a accompagné ou réalisé les projets suivants :

- Un atelier de réflexion sur **les pratiques de profilage des personnels dans les projets opérationnels au Sahel** s'est tenu à Dakar en octobre, conjointement avec les équipes de MSF-OCG.
- **Le bilan de l'épidémie d'Ebola en RDC (2018–2020) par les principaux décideurs** retrace les enjeux de la réponse de MSF OCP à la dixième épidémie d'Ebola dans les régions du Nord Kivu et de l'Ituri à partir du récit et de l'analyse qu'en font quatre de ses principaux maîtres d'œuvre. Chaque récit, chronologique et thématique, donne un éclairage – vu du siège – sur les différentes dimensions de la réponse à l'épidémie : le contexte propre à ces régions, les objectifs médico-opérationnels, le travail avec d'autres organismes impliqués dans la réponse, les relations avec les populations et les autorités congolaises, le fonctionnement entre les sections de MSF, la vaccination, etc.
- **Les enseignements du partenariat avec l'ONG Likhaan dans le bidonville de Tondo à Manille aux Philippines** se présentent sous la forme d'un récit orienté du projet de santé sexuelle et reproductive dans le bidonville de Tondo (2014 – 2020), mené en partenariat avec Likhaan, une ONG activiste locale. Il raconte l'histoire du projet à travers le prisme de la relation entre les deux organisations. Une première partie évoque les différents moments de cette relation, depuis la rencontre avec Likhaan jusqu'au

déploiement d'activités, dont certains volets auront des destins contrastés. Une deuxième partie thématique s'intéresse aux stratégies de collaboration, à la pérennité et aux différentes cultures de travail. Un atelier délibératif s'est tenu en novembre afin de discuter collectivement de notre façon de travailler en collaboration étroite avec des acteurs extérieurs. Ce travail a donné lieu à des discussions en réunion des opérations et en réunion de CA.

- Un **dossier portant sur les interventions de lutte contre le VIH au Kenya** ayant comme ambitieux objectif « d'inverser la courbe épidémique » dans un territoire à haute prévalence a été mis en ligne sur la page MyMSF du Rider. Le dossier inclut notamment le rapport intitulé : **Le narratif de l'histoire des interventions VIH de MSF dans le sous-district de Ndhiwa au Kenya**, ainsi que des articles scientifiques, les rapports « NHIPS » d'Epicentre et une réflexion des responsables opérationnels.

Dans le contexte de la crise Covid-19, la coordinatrice du Rider a été détachée deux mois auprès de la mission France. Le travail d'exploration-action mené en Ile de France pour le projet « Urgence Covid-19 et Populations précaires » a donné lieu à deux rapports, co-écrits avec l'équipe terrain.

- **On avait tout prévu sauf l'humanitaire.** Ce rapport d'OutReach propose des descriptions de situations, des analyses de contextes d'intervention et des propositions de pistes opérationnelles pendant la crise sanitaire induite par la Covid-19 pour les personnes en situation de précarité en Ile-de-France.
- **PréCARES : Précarité et Covid-19 : Évolution de l'accès et du recours à la santé.** L'étude propose notamment un retour d'expérience sur les dispositifs d'urgence de mise à l'abri, une analyse des barrières d'accès aux soins et des conditions de recours, un focus sur les personnes vulnérables au Covid-19 et enfin une proposition d'analyse des facteurs de contamination en s'appuyant sur les réseaux de sociabilité.

Des travaux sont en cours de finalisation et seront mis à disposition en 2021:

- La réalisation d'un **papier de réflexion sur la prise en charge des blessés détenus de Qayarrah en Irak (2017).**

- Un exercice de capitalisation concernant **L'intervention de MSF-OCP (coordination / réponse interne et intersection) en réponse au cyclone Idai au Mozambique (2019)** et la synthèse de l'atelier délibératif réalisé en « cellule élargie ».
- 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.**
- **La capitalisation opérationnelle de l'expérience Covid-19 en Haïti**, réalisée par l'équipe terrain et la cellule. Ce travail s'intéresse aux facteurs contextuels modifiés par la crise sanitaire et aux adaptations entreprises par l'équipe incluant la transformation d'un centre brûlés en centre Covid.

- **Un retour d'expérience de projets majeurs de construction : l'hôpital pédiatrique de Koutiala (Mali) et l'hôpital de Drouillard (Haïti)**, écrit par l'architecte ayant coordonné les ouvrages.
- **La capitalisation d'interventions en psychologie auprès des équipes soignantes en EHPAD en France dans le contexte de la crise Covid-19**, réalisé par l'équipe terrain.

De nouvelles demandes d'évaluation ou de capitalisation se profilent pour 2021 ainsi que des collaborations sur des dossiers transversaux :

- Une participation à la réflexion et l'intégration de demandes d'accompagnement et de capitalisation sur les approches centrées sur les patients.
- Une **analyse rétrospective des interventions pédiatriques et nutritionnelles au Mali.**



Sierra Leone - 2015 - Photographie : Tommy Trenchard

Rapport du trésorier 2020



Soudan - 2004 - Photographie : Juan Carlos Tomasi

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 reflète 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 et leur conformité au nouveau règlement comptable RC 2018-06 applicable au 01 janvier 2020.

Les comptes 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

Conséquences de la pandémie de Covid-19 sur les activités de MSF

Le 11 mars 2020, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) déclare la propagation mondiale d'une nouvelle maladie, la Covid-19. Depuis ce jour et encore à l'heure de la préparation de ce rapport, la pandémie de Covid-19 a des conséquences majeures sur les opérations de Médecins Sans Frontières, acteur humanitaire en première ligne aux côtés des soignants de nombreux pays pour lutter contre la propagation du virus, prendre en charge les malades les plus vulnérables et apporter son soutien aux systèmes de santé les plus démunis.

En réponse à cet événement, MSF France a mobilisé une part très significative de ses ressources humaines et de ses moyens financiers pour adapter ses opérations à la pandémie de COVID. Elle s'est ainsi fixée trois priorités :

- maintenir les activités médicales des projets, sécuriser les soins essentiels et répondre aux urgences « non COVID » malgré le contexte d'urgence pandémique
- protéger les équipes de terrain
- prendre en charge les patients malades de la COVID

Les défis qu'ont dû surmonter MSF France et tous les centres opérationnels de MSF pour répondre à la pandémie sont tout aussi complexes qu'inédits. Parmi ceux-ci, notons les obstacles majeurs liés aux mesures de confinement et aux restrictions de voyages pour envoyer des équipes sur les terrains d'intervention ainsi que les pénuries des articles de protection et le dérèglement

généralisé des moyens de transport qui ont fortement complexifié l'approvisionnement logistique des missions. Malgré ces difficultés, le mouvement MSF réussi à faire partir entre avril et décembre 2020 près de 4 000 personnels internationaux (25% de moins seulement que sur la même période en 2019) et les centrales d'approvisionnement (dont MSF Logistique) ont expédié près de 125 millions d'articles en réponse à la Covid-19, incluant des équipements de protection individuels, des appareils médicaux, des médicaments, du matériel de test, et des équipements de laboratoire spécialisés. Avec 61,3 millions d'articles, les PPE (personal protective equipment) représentent 50% des volumes livrés dans le cadre de la réponse COVID, les médicaments utilisés pour traiter les patients atteints du Covid-19 totalisant avec 58 millions d'articles 46% de ces mêmes expéditions COVID de la période.

A l'échelle du mouvement MSF, cette mobilisation s'est concrétisée par l'initiation de 302 projets avec des activités Covid-19 dans 70 pays, un appui technique et des formations dans 778 structures de santé, ainsi qu'un support à la prise en charge de patients Covid-19 dans 156 établissements de soin. Au global, MSF a dispensé près de 112 000

consultations et hospitalisé près de 15 400 patients pour des cas confirmés ou suspects de Covid-19, traité 6 000 patients présentant des symptômes sévères de la maladie et conduit 93 000 tests de dépistage.

Financièrement, le mouvement MSF a dépensé 117,8 M€ entre avril et décembre 2020 en réponse à la pandémie, dont 70% pour de l'approvisionnement médical (42 M€) et des frais de personnel (40 M€). La section française contribue à hauteur de 23,2 M€ à ce total. Géographiquement, cinq pays mobilisent un peu plus du quart des dépenses totales des interventions Covid-19 de MSF entre avril et décembre 2020 : Yémen (9 M€), République démocratique du Congo (7,6 M€), Bangladesh (6 M€), Soudan du Sud (5,9 M€) et Irak (5,1 M€).

Sur la même période, dans un élan extraordinaire de solidarité et de générosité de ses donateurs, le mouvement MSF a reçu plus de 120 M€ pour financer les opérations lancées en réponse au COVID-19 et pour couvrir les coûts additionnels induits par les conséquences de la pandémie sur les projets en cours. MSF France a ainsi reçu 24,4 M€ pour financer ses activités COVID de terrain, les supports spécifiques mobilisés dans les sièges en appui des missions ainsi que des contributions financières aux opérations COVID d'autres sections MSF.

Vue synthétique des comptes combinés annuels de MSF France

Les emplois et ressources combinés de l'année 2020

En millions d'euros	2020	2019	Variation		dont ressources issues de la générosité publique (GP) en 2020	
					Collectées	Affectées
Ressources privées issues de la recherche de fonds	332,8	305,6	27,2	9%	325,2	
Ressources institutionnelles	4,6	3,9	0,7	17%		
Autres ressources	113,2	104,9	8,2	8%		
Total ressources	450,5	414,4	36,1	9%	325,2	
Reprises de provisions	3,0	2,8	0,2	7%		
TOTAL PRODUITS	453,5	417,2	36,3	9%		
Dépenses de missions sociales	394,5	374,1	20,3	5,4%		276,5
<i>dont dépenses de missions</i>	<i>258,7</i>	<i>257,7</i>	<i>1,0</i>	<i>0%</i>		
Frais de recherche de fonds	15,1	14,5	0,6	4,2%		13,7
Frais du fonctionnement	17,8	20,5	-2,7	-13%		9,4
Total emplois	427,3	409,2	18,2	4%		299,7
Dotations aux provisions	3,2	3,4	-0,3			
TOTAL CHARGES	430,6	412,6	18,0	4%		
Variation des fonds dédiés	-0,6	-0,2				-0,5
Investissements de l'année						4,9
EXCÉDENT / DÉFICIT	22,4	4,4				29,9
Réserves disponibles	152,3	131,4				
<i>dont ressources de générosité publique non utilisées</i>	<i>49,0</i>	<i>36,9</i>				
Réserves disponibles en mois d'activité	4,3	3,9				

Vue synthétique des comptes combinés annuels de MSF France

Les produits combinés augmentent de 9% et s'établissent à 453,5M€. Sur la même période les charges combinées croissent de 4%. Elles s'élèvent à 430,6M€. MSF France enregistre ainsi sur l'année 2020 un **résultat positif de 22,4M€** imputable en quasi-totalité à l'Association qui dégage un excédent de 21,2 M€ quand tous ses satellites sont financièrement à l'équilibre. Le résultat de l'année s'explique principalement par 11 M€ de contributions additionnelles reçues du mouvement MSF, une augmentation de 8,8M€ des dons et libéralités des particuliers en France et des contributions financières d'autres organisations privées pour 8M€. Les emplois combinés progressent de 18 M€ en croissance de 4%. Ils évoluent de manière assez contrastée sur cette année 2020 avec deux éléments notables : les dépenses de missions sociales sont supérieures de 20,3M€ à celles de 2019 mais en leur sein, les dépenses de missions sont stables à 258,7M€. Les dépenses de fonctionnement sont exceptionnellement inférieures de 13% à celles de 2019.

L'excédent de ressources de l'année consolide les réserves combinées mobilisables (trésorerie disponible ou actifs cessibles) de MSF France qui s'élèvent au 31 décembre 2020 à 152,3M€. Elles équivalent à 4,3 mois d'activité (contre 3,9 mois fin 2019), 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.

Les ratios d'emploi de fonds sont stables. Ils témoignent de la capacité de MSF France à encadrer les budgets de fonctionnement et à soutenir la recherche de fonds tout en développant ses activités de missions sociales.

- sur 100 euros de collecte issue de la générosité publique, 91 euros ont financé les missions sociales, 4 euros la recherche de fonds en France, 3 euros le fonctionnement et 2 euros les investissements,
- sur 100 euros dépensés, 92, euros l'ont été pour les missions sociales, 4 euros pour la recherche de fonds en France et 4 euros pour le fonctionnement.

Les activités du groupe MSF France

Les dépenses de missions sociales représentent une part stable de 92% du total des emplois combinés de MSF en France. Leur montant s'établit à 394,5M€ en progression de 20,3M€. 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.

Avec 12,3M€ de dépenses additionnelles liées à son activité externe au groupe MSF France en 2020, MSF Logistique totalise 72% de la croissance des coûts de missions sociales. C'est une conséquence directe de la crise sanitaire de la Covid-19 et du besoin de sécurisation de l'approvisionnement des sections MSF en équipement de protection individuelle et d'oxygène, principalement, dans un contexte de très forte tension du marché international à des coûts d'achat renchérissés (valeur moyenne des commandes en hausse de 3%).

Le coût des opérations du groupe est stable à 258,8 M€ (contre 257,7M€ en 2019) et représente sensiblement la même part des emplois combinés (61% en 2020 contre 63% en 2019). L'Association y contribue pour 85%, MSF Logistique pour 14% et Epicentre pour 1%. Au sein de ces coûts, les emplois d'opérations directes sont stables. Ils totalisent 236,2M€ en 2020 contre 236,9M€ en 2019. En revanche, les dépenses engagées par MSF France pour le compte des autres centres opérationnels de MSF au titre des frais salariaux du personnel expatrié sous contrat français fléchissent de 12%. Elles s'établissent à 16M€ contre 18,3M€ en 2019. Cette baisse est plus que compensée par l'augmentation des contributions financières du groupe à d'autres organisations qui passent de 2,6M€ en 2019 à 6,5M€ en 2020. Les dépenses de missions de l'Association sont détaillées dans un paragraphe spécifique du présent document.

Les frais de recherche de fonds, progressent de 4%. Cela représente un demi-million d'euros supplémentaire investi sur l'année. C'est cependant 10% de moins que l'investissement prévu au budget de l'Association, plus particulièrement pour

acquérir de nouveaux donateurs, consolider et développer les dons réguliers au travers d'opérations de collecte de rue qui n'ont finalement redémarré qu'en fin d'année, lorsque se sont levées les restrictions imposées par le confinement.

Les coûts de fonctionnement sont en recul de 13% avec 2,8M€ de dépenses en moins qu'en 2019 mais représentent une part relativement stable des emplois de l'année (4,2% versus 5% en 2019). 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. Leur diminution en 2020 s'explique essentiellement par des charges de personnel inférieures de 0,8M€ à celles de 2019 en lien avec la suspension ou le report de certains recrutements et l'activité partielle d'une partie des équipes, par une économie de loyer de 0,6M€ et par une moindre contribution de MSF France au fonctionnement du Bureau International du mouvement MSF pour 0,3 M€.

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 activités des satellites** (ventes de MSF Logistique et prestations d'Épicentre à d'autres organisations humanitaires) et les **autres ressources** (produits de refacturations entre sections MSF, les produits financiers des placements, les gains de change et les autres produits exceptionnels).

Les ressources privées issues de la recherche de fonds sont en croissance de 9% sur l'année. Ceci représente 27,2M€ de plus qu'en 2019 dont 8,8M€ de dons et legs supplémentaires collectés directement par l'Association et la Fondation, 7,3 M€ de mécénats d'entreprises et de financements d'organisations partenaires reçus en France et aux Emirats et 11 M€ de dons supplémentaires collectés par les sections de MSF et reversés à MSF France. Ces 11 M€ sont

en fait la somme de 32,3M€ versés en plus par les sections américaines (+27 M€) et japonaise (+5,3 M€) et de 21,3M€ de moins reçus des autres sections du mouvement MSF qui avaient effectué des versements exceptionnels en 2019 au titre d'un rééquilibrage des ressources entre les cinq centres opérationnels du Mouvement MSF.

Ainsi, la collecte directe du groupe MSF France, en France et aux Emirats Arabes Unis, totalise 95,8M€ et les collectes indirectes reversées par les sections du mouvement MSF totalisent 236,9M€ (soit 71% du total).

Les ressources institutionnelles s'établissent à 4,9M€. 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 s'est appliquée en 2020 comme en 2019. Elle explique la part limitée des subventions et autres concours publics dans le total des ressources de MSF France qui sont d'origine privée à 99%.

Les revenus issus d'activités liées aux missions sociales représentent 96,2 M€ contre 88,1M€ en 2019. Ils augmentent de 8,1M€ sur l'année imputables à la croissance des activités de MSF Logistique avec d'autres centres opérationnels de MSF et d'autres organisations humanitaires. Le chiffre d'affaires de MSF Logistique (hors ventes à MSF France) s'élève à 80,5M€ contre 67,6M€ en 2019. Ceci s'explique par la forte mobilisation de MSF Logistique pour les approvisionner en médicaments, en matériel médical, en équipement logistique et de manière prépondérante sur 2020 en équipements de protection (masques, blouses, lunettes de protection...) et en matériels d'oxygénothérapie (concentrateurs, bouteilles...) commandés pour prendre en charge les patients malades de la Covid-19 et protéger les équipes MSF sur toutes les missions. Les produits de facturation d'Épicentre au titre des consultations, projets de recherche et formations épidémiologiques pour des acteurs externes au groupe sont stables, quand les refacturations de MSF France aux autres centres opérationnels diminuent de 23%.

Les autres ressources de l'exercice sont stables. Elles représentent 16,9 M€ et sont principalement constituées de gains de change pour 7,8M€, de produits d'exploitation facturés aux sections MSF

par les satellites de MSF France pour 3,5 M€ et des produits de refacturation des coûts engagés par l'Association MSF au titre du fonctionnement des autres sections MSF pour 2,9 M€.

Focus sur les missions de l'Association

Les dépenses des missions menées par l'Association, exclusion faite des dépenses et financements liés aux opérations engagées par d'autres sections et organisations, totalisent 240,3 M€. Ceci représente un même volume financier opérationnel qu'en 2019 et 98 % de l'objectif budgétaire annuel.

Un objectif tenu au global mais complètement révisé dans ses détails pour adapter les projets et leurs activités aux conséquences de la pandémie de Covid-19. Ainsi il est important de noter que ces 240,3 M€ de dépenses comprennent 23,2 M€ liés à la pandémie de Covid-19 dont 16,6 M€ dédiés à des interventions spécifiques, et 6,6 M€ dédiés à la prise en charge et aux mesures de protection des patients et du personnel sur les différents pays (4,5 M€ sur les projets et 2,1 M€ sur les coordinations et autres supports). Au sein des 16,6 M€ d'interventions Covid-19, les volumes financiers les plus importants concernent le Yémen (3,1 M€), la France (2 M€), Haïti (1,7 M€), l'Afghanistan (1,6 M€), le Burkina Faso (1,1 M€) et les USA avec 1,5 M€ de contribution aux activités COVID-19 déployées exceptionnellement par MSF USA au Texas, à New York et dans le Michigan.

Les dépenses d'opérations menées par l'Association comprennent le coût des missions terrain, des coordinations, des supports régionaux, ainsi que le coût des études d'Epicentre. Les projets et coordinations (urgences et activités planifiées réunies) totalisent 230,7 M€ dont 44,8 M€ dans les coordinations. En 2020, les dépenses des coordinations, bases arrière et autres supports s'établissent à 18,7% du total, soit une diminution d'un peu plus d'un point par rapport à 2019.

La dynamique opérationnelle de 2020 est particulièrement soutenue avec 96 projets (contre 88 en 2019) dans 33 pays. L'Association a déployé 32 nouveaux projets (dont 20 pour la COVID-19) et fermé 30 projets pendant l'année.

Comparé à 2019, le volume des urgences a augmenté de moitié, de 31 M€ à 46 M€, avec 43 interventions ou projets d'urgence déployés en 2020. Les équipes ont surmonté l'obstacle de répondre à des urgences non liées à la COVID pour intervenir au Burkina Faso, dans le Nord de la Syrie qui a fait face à des déplacements massifs de population, prendre en charge des épidémies de rougeole et d'Ebola en République démocratique du Congo. Les dépenses des urgences « non COVID » représentent 29 M€ qui s'ajoutent aux 16,6 M€ d'interventions Covid-19. En 2020, elles sont les plus prépondérantes au Yémen (10,3 M€), au Burkina Faso (5,7 M€), en République démocratique du Congo (4,7 M€), et en Syrie (4,3 M€).

Le volume des activités médicales « non COVID » a fléchi notablement avec 8% d'hospitalisations et 11% de consultations en moins comparé à 2019. Ceci s'est traduit sur 2020 par une diminution de 23 M€ (10%) des coûts opérationnels, en partie compensée par 6 M€ de dépenses additionnelles liées aux équipements et mesures de protection contre la Covid-19.

Au sein des 230,7 M€ de dépenses de projets et coordinations, les projets totalisent 185,9 M€. Plus de la moitié de ces 186 M€ concerne des interventions liées à des situations de conflits armés ou des contextes instables. Les autres projets, avec 74,2 M€ dépensés sur l'année, totalisent 40% des dépenses de projets. Ils sont centrés sur la prise en charge d'épidémies, de maladies spécifiques (telles que le VIH ou la tuberculose etc.) ou de soins materno infantiles.

Les projets déployés en réponse aux conséquences de conflits armés totalisent 2 M€ de moins qu'en 2019. Les évolutions d'un projet à l'autre sont cependant très contrastées. Ainsi les fermetures et les passations à d'autres sections MSF des projets de Mocha & Hodeida au Yémen, de Yida dans le Soudan du Sud, de Qayyarah et Erbil en Irak et de Maine Soroa au Niger ont généré une diminution de 17 M€. Dans le centre de réhabilitation médicale de Bagdad en Irak, dans l'hôpital de chirurgie reconstructrice d'Amman, et dans l'hôpital d'Aden où les équipes prennent en charge les urgences chirurgicales, la moindre activité s'est traduite par une diminution des coûts opérationnels

de 4 M€. Cette baisse d'activité est imputable essentiellement à la pandémie de Covid-19. Les diminutions de dépenses qui en ont découlé ont été partiellement compensées par 18 M€ de coûts additionnels générés par le développement de nouveaux projets ou activités : dans l'hôpital de Tabarre à Haïti dans lequel MSF France a repris l'activité d'urgence traumatologique de la section belge (6 M€), au Burkina Faso et en Syrie (5 M€) et dans d'autres activités concernant de multiples projets pour un total de 4 M€.

Les projets déployés en réponse aux catastrophes médicales ont généré 9 M€ de dépenses de plus qu'en 2019 principalement pour prise en charge des épidémies. Parmi celles-ci, les interventions de Covid-19 mobilisent 17 M€ quand les dépenses des opérations non COVID sont de 8 M€ inférieures à celles de 2019, notamment en République démocratique du Congo avec la fin des projets Ebola et au Tchad.

Enfin les dépenses des projets menés pour répondre aux besoins des populations victimes de violences sociales ou exclues des systèmes de soins sont 2 M€ inférieures à celles de 2019, principalement justifié par le ralentissement et la suspension des activités à Drouillard en Haïti et des projets en Iran.

Géographiquement, les missions des pays d'Afrique totalisent 51% des dépenses d'opérations. Quatre d'entre elles concentrent 26% des dépenses de projets et coordination (5 points de moins qu'en 2019). Il s'agit des missions en République Démocratique du Congo (16,2 M€), en République centrafricaine (19 M€), au Soudan du Sud (13 M€), et au Nigéria (12 M€) pour un budget total de 60,2 M€ (70,8 M€ en 2019).

Les missions de la région MENA « Moyen Orient et Afrique du Nord » - qui regroupe l'Iran, l'Irak, la Jordanie, le Liban, la Libye, la Palestine, la Syrie et le Yémen - représentent 29% (32% en 2019) des dépenses de projets avec un total de 66 M€ (72,4 M€ en 2019).

Il est à noter que les interventions liées à la Covid-19 n'ont pas d'impact significatif sur la distribution géographique des dépenses opérationnelles de l'année.

Les versements à d'autres organisations qui

participent au dispositif opérationnel de MSF s'ajoutent au coût des missions directement mises en œuvre par l'Association. Ils s'élèvent en 2020 à 6 M€ contre 2,6 M€ en 2019. Ces versements comprennent 1,2 M€ de contributions aux projets Covid-19 des centres opérationnels belge, suisse et espagnol de MSF ainsi que la contribution aux activités Covid-19 de MSF USA décrites ci-dessus pour 1,5 M€.

La situation de trésorerie du groupe MSF France

Sur l'année, la trésorerie du groupe MSF France a augmenté de 27,8 M€.

Cette situation s'explique par les niveaux exceptionnels des collectes en France et dans les sections partenaires qui ont généré une hausse de trésorerie de 27,2 M€ sur l'exercice.

A l'effet positif des fonds reçus des donateurs et bailleurs privés, s'ajoute l'effet de moindre investissement immobilier dont le niveau était particulièrement élevé en 2019 lié aux travaux de l'immeuble Jaurès.

Il découle des variations de l'année, un montant de disponibilité de 91,2 M€ au 31 décembre 2020 (63,3 M€ au 31/12/2019). 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 en 2020 quasi nulle. Elle était de 0,4% en 2019. L'absence de performance 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.

Au 31 décembre 2020, 70% des avoirs bancaires (hors soldes de trésorerie locale des missions) sont détenus par une même banque. Ils sont libellés pour près d'un tiers en euro (31%), en USD (35%) et en JPY (27%). Sur les terrains d'intervention, 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 encaissées en devises en 2020 proviennent à 67% des Etats-Unis (148,5 M US\$), à 20% du Japon (avec 5 622 M Yen japonais) et à 12% de l'Australie (avec 24,2 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 ses investissements, l'association MSF met en place des couvertures de change visant à sécuriser le plan de trésorerie annuel.

Les perspectives et enjeux

MSF France est 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. La 4^e édition de cet accord (RSA4) est entrée en vigueur en 2020 pour une période de 4 ans avec un point d'étape qui interviendra à l'automne 2021, pour évaluer et si besoin aménager les modalités de l'accord initial. Ce sera l'occasion notamment de réviser si nécessaire la distribution des moyens d'action

entre les centres opérationnels en charge de déployer les secours. Sauf modification des termes de l'accord initial, les budgets de MSF France seront financés en 2021 comme en 2020 par 21,7% du total des collectes du mouvement MSF. Cela représente, à la date de préparation de ce rapport, des ressources prévisionnelles pour l'Association MSF de 302,7 M€, inférieures de 7,5% aux ressources de 2020. Le résultat attendu cette année serait à l'équilibre sur la base d'une hypothèse de croissance de 2% des dépenses d'opérations (242,5 M€), 14% d'investissements supplémentaires pour la recherche de fonds, et des activités de siège stables une fois levés les obstacles liés à la pandémie de COVID.

S'il est impossible de prévoir toutes les conséquences de la pandémie de Covid-19 toujours en cours, MSF France s'appuie sur son expérience opérationnelle de 2020 pour préparer les terrains à faire face à d'éventuelles troisièmes vagues de COVID tout en préservant les activités médicales et notre personnel de terrain et en sauvegardant une capacité d'intervention pour de nouvelles interventions et missions d'urgence.

Cette année particulièrement compliquée pour toutes les populations et pour les équipes de terrain qui leur ont porté secours, a renforcé la détermination de Médecins Sans Frontières d'intervenir à chaque fois que possible au plus près des malades les plus vulnérables, en toute indépendance et sans délai. Ceci n'est possible que grâce à l'engagement solidaire de millions de donateurs qui financent nos actions à travers le monde. Une fois encore et jamais assez, au nom de toutes les équipes de Médecins Sans Frontières, je remercie très sincèrement toutes celles et ceux qui nous soutiennent et nous encouragent.

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



RDC - 2013 - Photographie : Colin Delfosse

Les Missions de A à Z

AFGHANISTAN

Typologie : Conflit armé.

Personnel 2020

International : 24
National : 405

Nombre de projets 2020 : 2

Dépenses 2020 : 8 590 k€

Financements institutionnels :
aucun.

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

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

La situation sécuritaire en Afghanistan reste volatile après 18 ans de guerre. La prolongation et l'escalade du conflit continuent d'entraver l'accès humanitaire et la viabilité des opérations. L'insécurité, associée à l'instabilité politique, la corruption, les mouvements de population, le délabrement des infrastructures, le Covid et l'aggravation de la situation économique constituent le contexte de travail des humanitaires engagés en Afghanistan. Le conflit continue d'être décrit comme l'un des plus meurtriers au monde pour les civils et se classe au 4^{ème} rang pour les attaques contre les travailleurs humanitaires et au 4^{ème} rang des contextes les plus violents (Aid Worker Security Report, 2020). Travailler en Afghanistan n'est pas sans complexité ni risque.

Le 29 février 2020, une équipe de négociateurs américains dirigée par l'ambassadeur Zalmay Khalizd a signé un accord avec les dirigeants politiques talibans à Doha, définissant les conditions d'un retrait des forces américaines et étrangères d'ici le 1er mai 2021. Les pourparlers intra-afghans de Doha (fortement soutenus par «The Quint» : l'Allemagne, le Qatar, la Norvège, l'Indonésie et l'Ouzbékistan) ont débuté le 12 septembre 2020 après de longs retards et des querelles bureaucratiques sur les questions de libération des prisonniers. Elles n'ont pas abouti à un cessez-le-feu ni à une réduction de la violence et sont actuellement bloquées dans l'attente du retrait des forces étrangères. Les pressions importantes exercées par la communauté internationale et les donateurs ont forcé les parties à dialoguer à contrecœur. Les résultats de la conférence des donateurs du 24 novembre 2020 étaient clairs et sans ambiguïté en ce qui concerne les attentes en matière de gouvernance et de violence. Il semble qu'il sera difficile de parvenir à un compromis politique par le biais d'une conférence de paix parrainée par la Turquie à Istanbul, déjà reportée. Les Talibans ont clairement indiqué qu'ils n'entameraient des discussions que lorsque toutes les forces étrangères se seraient retirées.

De son côté, la nouvelle administration américaine a déclaré que le retrait militaire complet serait accompli le 11 septembre 2021, date du 20^{ème} anniversaire des attaques d'Al-Qaïda contre New York et Washington. Cette déclaration a suscité une rhétorique prévisible de la part des Talibans, qui insistent pour que la date limite du 1er mai soit respectée. Si ce n'est pas le cas, ils considéreront que l'accord de Doha a été violé et, «en principe», les forces étrangères qui resteront au-delà de la date limite de sortie en subiront les conséquences. La

déclaration américaine de retrait définitif a également créé des tensions et des incertitudes parmi les différents secteurs de la population, les militaires et l'élite politique.

L'unité politique afghane reste fragile. Alors que la plupart des Afghans aspirent à un système constitutionnel démocratiquement viable qui garantisse des avancées durablement gagnées en matière de droits de l'homme, ce qui leur est proposé est un système fracturé et divisé, fait de favoritisme, de corruption et de violence. De même, la rhétorique des Talibans ne contribue guère à rassurer les citoyens sur le fait que leur point de vue a sensiblement changé depuis les années 1990. La population afghane se trouve prise entre le marteau et l'enclume.

Le retrait des troupes étrangères, précipité ou non, est susceptible d'entraîner un changement dynamique du paysage politique et sécuritaire.

L'insurrection en cours aggrave une myriade d'autres problèmes qui font de l'Afghanistan l'un des États les plus fragiles au monde. Le Covid-19 a exacerbé les difficultés humanitaires et économiques déjà mises à mal par la grande pauvreté, le manque d'accès aux services, l'insécurité alimentaire et la vulnérabilité climatique. Un règlement politique réussi du conflit, débouchant sur une paix inclusive et durable, semble de plus en plus improbable.

Sécurité

Les attaques des Talibans contre le personnel et les biens étrangers ont diminué de manière significative à la suite de l'accord de retrait conclu entre les États-Unis et les Talibans en février 2020. Toutefois, un pic de violence à l'échelle du pays a commencé à se développer au début du premier semestre de 2020, alors que les négociations sur la libération des prisonniers et les discussions préparatoires aux pourparlers intra-afghans de Doha étaient en cours. Les attaques contre les institutions du gouvernement et des forces de sécurité se poursuivent à ce jour, avec l'utilisation de divers modes opératoires – assassinats ciblés, utilisation d'engins explosifs improvisés, tirs de roquettes indiscriminés, attaques complexes à la bombe, attaques contre des postes de contrôle et des convois militaires et policiers, etc. Nombre de ces incidents touchent la zone urbaine de Kaboul ainsi que les provinces et districts «contestés».

En outre, la province de l'État islamique du Khorasan (IS-KP) continue d'opérer dans les régions orientales et à Kaboul, avec des adhérents potentiels de leur idéologie dans tout

le pays. Et ce, malgré les efforts conjoints du FMI, des États-Unis et du gouvernement afghan pour atténuer la menace militaire au cours des dernières années. Le groupe conserve une forte visibilité opérationnelle et représente un risque permanent. L'IS-KP a l'habitude de prendre pour cible les musulmans chiites, les missions diplomatiques, les populations hazara, les étrangers, les infrastructures de services, les établissements de santé et d'enseignement et les lieux de culte alternatifs. L'IS-KP et d'autres groupes similaires pourraient bien chercher à exercer une plus grande influence et à étendre leurs opérations dans un contexte politique de plus en plus incertain.

Les forces et les missions diplomatiques sur le départ prennent au sérieux la menace immédiate et la probabilité de nouvelles attaques contre leur personnel et leurs biens. Les ambassades de France, d'Allemagne, du Canada et d'Italie ont émis des avis à l'intention de leurs citoyens expatriés afin qu'ils se préparent à partir, ou qu'ils le fassent, avant la date limite du 1er mai. La remise des biens et installations militaires à l'armée afghane et aux forces de sécurité nationales par les forces en partance a déjà commencé. On ignore, à l'heure où nous écrivons ces lignes, comment les politiques nationales et internationales vont évoluer en matière de sécurité en Afghanistan. Le retrait des forces étrangères s'accompagne de risques évidents. En l'absence de compromis politique clair et d'une gouvernance transitoire viable, une escalade de la violence semble probable, le pire scénario étant un retour à un conflit civil armé ouvert.

Contexte sanitaire

Le système de santé afghan est largement dépendant des donateurs (Banque mondiale, USAID et Union européenne). En 2003, USAID a développé 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 System Enhancement for Health Action in Transition (SEHAT) 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 axés sur les performances, dans le cadre desquels des ONG sont engagées par le ministère de la Santé pour gérer des établissements médicaux. La durée du contrat du SEHATMANDI est 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 le BPHS et l'EPHS seront révisés en un seul programme avec priorités absolues. La révision est effectuée par l'University College London, LSHTM, MOPH et l'Université de Washington. Le programme sera aligné sur les priorités de contrôle des maladies, y compris 327 interventions.

Le financement de la santé en Afghanistan est largement assuré par les recettes privées (dépenses personnelles) (72 %), les donateurs représentant 21 %, le ministère afghan de la santé (MoPH) ne représentant que 5 % du total des dépenses de santé et les autres ministères 2 %. En outre, ces dernières années, le Ministère de la santé publique afghan a enregistré un faible taux de réalisation de son budget (environ 60 %). Le système de santé manque de ressources (avec 2,7 médecins et 4,6 autres personnels médicaux par million d'habitants). 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/habitant/an) ; c'est l'un des plus faibles au monde, ce qui le rend très dépendant d'un financement complémentaire de donateurs et d'ONG.

2020

L'année dernière, le contexte de la santé a été durement touché, ce qui a entraîné des pressions et une précarité accrue dans un système déjà mis à rude épreuve. Des décennies de conflits, une probabilité de catastrophes naturelles, l'inaptitude du gouvernement et les impacts de la pandémie de Covid ont conduit à une situation tendue, aggravée par un manque de ressources et un manque de gestion organisationnelle et de hiérarchisation des priorités.

Le gouvernement afghan est fortement tributaire de l'intervention et des activités des ONG, bien que ces interventions semblent avoir peu d'impact sur l'amélioration des indicateurs de santé généraux de la population civile au fil du temps. Il y a de petits progrès. Des avancées ont été réalisées sur le taux de mortalité maternelle (TMM) de l'Afghanistan au cours des deux dernières décennies. En 2002, le TMM de l'Afghanistan était l'un des plus élevés au monde. Aujourd'hui, l'Afghanistan se classe au 11ème rang mondial pour la mortalité maternelle, mais les chiffres réels sont contestés.

Aucune amélioration significative ne peut être observée à l'échelle nationale, les principaux indicateurs de santé restant constants dans le temps (Système d'information sanitaire afghan, Banque mondiale et OMS).

- Espérance de vie moyenne : estimation pour 2021 : 53,25 ans (51,73 pour les hommes / 54,85 pour les femmes).
- Taux de mortalité infantile : estimation pour 2021 : 106,75 décès pour 1 000 naissances vivantes (115,21 pour les garçons / 97,86 pour les filles). C'est le taux de mortalité infantile le plus élevé au monde.
- Taux de mortalité maternelle : 638 décès/100 000 naissances vivantes (estimation 2017). Comme indiqué ci-dessus, d'énormes progrès ont été réalisés en Afghanistan pour faire baisser le taux de mortalité maternelle national. Malgré son classement encore bas, ce taux a considérablement diminué depuis 2002. Cependant, il existe toujours une forte morbidité et mortalité, principalement attribué aux hémorragies, aux accidents du travail, aux infections, à l'hypertension artérielle et aux avortements à risque.
- Principales causes de décès : Les maladies non transmissibles représentent 35 % de tous les décès (Enquête sur la mortalité en Afghanistan de 2010). Dans le détail, les principales causes comprennent les maladies cardiovasculaires (femmes 17,9%, hommes 14%), le cancer (femmes 8,3%, hommes 7,3%), le diabète (femmes 2,7%, hommes 3,7%) et les maladies respiratoires (femmes 2,3%, hommes 1,9%).

Répartition de la population : 74 % de la population de l'Afghanistan vit dans des zones rurales ou éloignées (Banque mondiale : 2020).

Les populations se regroupent aux périphéries de la chaîne de montagnes Hindu Kush et de ses vallées. Des environnements rudes et isolés. Le Sud a tendance à être faiblement peuplé, avec de grandes distances entre les groupes de population et les services.

L'accès aux soins reste difficile pour plusieurs raisons : violence et insécurité, pauvreté, conflits, isolement géographique, insuffisance des services, mauvaise qualité des soins, etc. Les prestataires de soins médicaux sont également confrontés à des contraintes importantes pour accéder aux personnes dans le besoin. Avec des niveaux de violence croissants et une proportion estimée à 54% du pays sous le contrôle des Talibans (et davantage de zones contestées ou sous l'influence des Talibans), la prestation de services en dehors des centres de contrôle gouvernemental reste difficile à réaliser.

Contexte sanitaire

La faible incidence des catastrophes naturelles a été éclipsée par l'impact du Covid-19 qui a entraîné une crise sanitaire, sociale et économique sans précédent. En avril 2021, les cas confirmés seront probablement largement sous-estimés en raison des faibles taux de dépistage, les estimations suggérant que l'Afghanistan est confronté à une troisième vague potentielle impliquant le variant britannique. Les mesures mises en œuvre pour ralentir la propagation du virus, notamment les fermetures des frontières et la suspension des activités de subsistance formelles et informelles, ont à leur tour provoqué une forte contraction de l'économie du pays, un endettement paralysant des ménages, une réduction des envois de fonds, une hausse des prix des denrées alimentaires et une aggravation de l'insécurité alimentaire.

La sécurité alimentaire en Afghanistan n'a cessé de se détériorer, le pourcentage de personnes en situation d'insécurité alimentaire ayant doublé (37% en septembre 2015 à 76% en novembre 2020 - PAM 2021). L'évaluation de la sécurité alimentaire saisonnière (SFSA) de 2020 a montré qu'avec le début de la pandémie de Covid-19, l'ampleur de l'insécurité alimentaire aiguë dans le pays est désormais comparable à la situation de 2018-2019.

Le nombre de personnes en situation de crise ou de niveau d'urgence d'insécurité alimentaire (Classification intégrée de la phase de sécurité alimentaire - IPC 3+) est passé de 13,9 millions en novembre 2019 à 16,9 millions, soit 42 % de la population, en novembre 2020. Les effets de la sécheresse II Nina sont attendus en 2021.

S'il est trop tôt pour prévoir l'issue des pourparlers de paix, certains signes s'annoncent déjà préoccupants. Des pics significatifs de violence ont été observés au cours des huit premiers mois de 2020 précédant les pourparlers, avec un nombre toujours élevé de victimes civiles. Le début des pourparlers de paix à la mi-septembre 2020 s'est également accompagné d'une forte augmentation des hostilités en octobre et novembre 2020. D'autres groupes armés non étatiques ont également été actifs au cours de cette période, ce qui laisse présager la possibilité de nouvelles attaques.

Malgré l'augmentation des besoins et des indications claires de détérioration, il n'y a pas eu d'augmentation proportionnelle des financements. Bien que l'assistance ait atteint 7,6 millions de personnes à la fin du troisième trimestre de 2020, une grande partie de cette assistance a été fournie pour des activités de réponse Covid, moins chères et avec une couverture plus large.

Le plan de réponse humanitaire 2020 dirigé par les Nations unies exigeait un financement de 1,13 milliard de dollars et

n'a obtenu que 514 millions de dollars, soit un écart de 46 %, le plus grand écart de financement jamais enregistré.

Les conclusions de la Conférence des donateurs sur l'Afghanistan, qui s'est tenue à Genève, ont été assorties de réserves et de conditions et n'ont pas non plus répondu aux attentes financières. Certains pays ont choisi d'abandonner le financement quadri-annuel pour des versements annuels. Cette décision est censée garantir une marge de manœuvre en fonction de l'évolution du processus politique et des discussions de paix.

Le report du déploiement de la sécurité sociale par les acteurs du développement en 2020 pourrait également contribuer à l'augmentation des besoins humanitaires en 2021.

PRÉSENCE MSF

MSF est présent en Afghanistan depuis 1981. Le 2 juin 2004, 3 membres du personnel international et 2 membres du personnel national ont été assassinés à Badghis. L'incident a conduit au retrait complet de tous les OC du pays.

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

A ce jour, MSF gère 5 projets : Herat (OCP), Kunduz (OCB), Khost (OCB), Kandahar (OCA), Lashkargah (OCA).

La maternité Dasht-E-Barchi à Kaboul a été attaquée le 12 mai 2020. 24 personnes ont été tuées, dont 15 mères (5 d'entre elles étant enceintes), 2 enfants et une de nos collègues sage-femme. Cette attaque barbare a conduit à la fermeture du projet.

Pour 2021, OCP prévoit un projet de partenariat à Dasht-E-Barchi, Kaboul entre MSF et l'Association des sages-femmes afghanes (AMA).

L'objectif reste la fourniture de services gratuits et de haute qualité en matière de soins d'urgence, de traumatologie, de santé maternelle et infantile, de tuberculose.

PROJET : DASHT-E-BARCHI

Historique du projet

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

Le service fournit des soins intensifs 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, 30 lits de maternité [unité de haute dépendance (4 lits), observation (6 lits), un service d'hospitalisation post-natale (13 lits), un service d'hospitalisation post-chirurgicale (7 lits)], 20 lits dans l'unité de néonatalogie et 5 lits de soins maternels kangourous (KMC), avec des services auxiliaires : laboratoire, banque de sang, blanchisserie, stérilisation et gestion des déchets.

Le concept initial prévoyait qu'OCP se concentre sur les services nécessitant des ressources et une expertise techniques, ainsi que sur le renforcement des normes et de la qualité, dans le but de «réduire le risque de morbidité et de mortalité maternelles et néonatales pour les femmes enceintes vivant à Dasht-e-Barchi».

Le projet a considérablement évolué au cours de ses six années d'existence.

L'année de sa création, OCP a apporté son soutien au service de maternité en se concentrant sur les accouchements compliqués et les services néonataux et obstétriques d'urgence. 10 727 accouchements ont été assistés, 558 césariennes ont été pratiquées et 1 303 bébés ont été admis dans l'unité néonatale pour des complications.

Fin 2015, plus de 300 femmes étaient admises à la maternité chaque semaine et 40 bébés par jour étaient mis au monde. L'année suivante, l'accent a été mis sur la mise en œuvre d'un programme de formation dédié aux sages-femmes et sur le développement des compétences de base des infirmières et des sages-femmes.

La consolidation a été réalisée au cours des années suivantes de l'activité du projet.

La prestation de services et l'amélioration de la qualité des soins ont été significatives, une composante de soutien psychologique a été ajoutée, l'autonomisation du personnel national a progressé avec la nationalisation de nombreux postes de superviseurs, les postes d'expatriés ont été réorientés vers la formation, le coaching et le soutien clinique, les audits ont révélé des faiblesses en matière d'hygiène et de respect des précautions universelles, ce qui a conduit au développement de pratiques d'hygiène plus strictes, de promotion de la santé et d'éducation.

OCP a continué à étudier les moyens d'améliorer l'accès aux services CEmONC (Comprehensive Emergency Obstetric and Newborn Care) 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. La coordination des systèmes de référence en matière d'obstétrique et de néonatalogie a été introduite.

La décision a été prise d'adopter une stratégie de soutien avec un hôpital dit de 50 lits, car le projet commençait à être submergé par des grossesses non compliquées (depuis l'ouverture, le nombre d'admissions n'avait cessé d'augmenter pour atteindre une moyenne de 1400 admissions par mois). Cette stratégie a eu l'effet escompté sur les taux d'admission, puisque jusqu'à 100 patientes ont été orientées chaque mois vers l'établissement de 50 lits.

En 2018, MSF supervisait la maternité, la néonatalogie, le bloc opératoire et le laboratoire, ainsi que les services auxiliaires (laboratoire, banque de sang, blanchisserie, gestion des déchets).

En 2020, le projet Dasht-e-Barchi s'est transformé en une intervention à l'impact et aux résultats médicaux significatifs. L'installation se compose désormais d'une salle d'accouchement avec 5 tables et d'une salle de travail avec 9 lits, le service d'hospitalisation compte 30 lits, 20 pour les post-interventions, 6 lits d'observation et une unité de 4 lits pour patients dépendants.

25 lits ont été attribués à l'unité de néonatalogie et 5 autres places ont été consacrées à la KMC. La chirurgie disposait d'une table d'opération et d'une table d'examen.

Les services de support auxiliaires comprenaient le laboratoire, la stérilisation, la blanchisserie, la promotion de la santé, le conseil psychosocial et la mise à disposition d'une ambulance et d'une équipe spécialisée en gastro-intestinal.

Le soutien à l'hôpital de 50 lits s'est poursuivi.

Des capacités de gestion d'afflux massif de blessés ont été ajoutées pour les deux établissements en 2019.

Evolution de la sécurité

L'analyse des risques a été revue et mise à jour pour le projet Dasht-e-Barchi en mars 2020. L'analyse a identifié les plus grands risques comme étant les tremblements de terre et les attaques contre les communautés Hazara dans notre zone d'opérations. Les installations à risque sont notre entrepôt médical et la structure de l'hôpital (attaques contre la structure, engins explosifs le long de la route, enlèvements). Cette analyse est intervenue à la suite d'une détérioration constante de la situation sécuritaire à Kaboul, avec des attaques de plus en plus fréquentes et violentes contre les adeptes du chiisme et l'ethnie Hazara en particulier.

Le premier incident majeur contre la communauté chiite Hazara locale pour cette période a été une attaque suicide lors d'une manifestation le 23 juillet 2016. C'était la première attaque revendiquée par la branche IS-KP nouvellement formée à Kaboul. Ce qui a suivi a été le début d'une campagne de terreur qui verrait l'ouest de Kaboul devenir de plus en plus ciblé au cours des 5 années suivantes.

Les attaques contre les organes gouvernementaux et les communautés hazara et chiites (mosquées, établissements d'enseignement, centres culturels et biens administratifs) ont continué à grimper.

En 2018, OCP a décidé de renforcer les mesures de sécurité dans la structure de Dasht-e-Barchi (vidéosurveillance, sacs de sable, portes blindées, chambres sécurisées, etc.) 2018 a vu 15 attaques dans les nouveaux districts 13 et 18 de police de Dasht-e-Barchi (ou dans les districts voisins 3, 5 et 6). 10 de ces attaques ont été revendiquées par IS-KP.

Malgré les opérations combinées du FMI, de l'Émirat islamique d'Afghanistan (IEA) et des forces de sécurité nationales afghanes (ANSF) contre eux, les IS-KP ont persisté et ont pu maintenir leur capacité opérationnelle, notamment à Kaboul. La fréquence des incidents a diminué l'année suivante, mais les cibles chiites ont prédominé. Les Talibans, pour leur part, se sont retirés des opérations du centre de Kaboul à cette époque, probablement en raison des mesures gouvernementales plus strictes et du risque de compromettre les pourparlers en cours avec l'administration américaine. IS-KP a continué à cibler les cérémonies religieuses, les mariages chiites, les organisations internationales et les lieux de culte alternatifs. Les attaques à fort impact, faisant de nombreuses victimes et très médiatisées ont été la marque du début de l'année 2020.

Le 12 mai, un attentat suicide a visé les funérailles de Shaik Akram, commandant de la police du district de Kuz Kunar, Nangahar. 32 personnes sont mortes dans l'explosion et 133 autres ont été blessées. IS-KP en a revendiqué la responsabilité. Cette attaque a eu lieu à 11 heures. Au même moment, l'hôpital de 100 lits de Dasht-e-Barchi était également pris pour cible par des hommes armés.

Fermeture du projet

L'attaque du 12 mai a entraîné la fermeture du projet à la mi-juin 2020. La décision a été prise après une réflexion approfondie et un débat au sein d'OCP, qui s'est poursuivi par une réflexion sur la poursuite de la présence d'OCP dans le pays. La réunion du Conseil d'administration d'octobre 2020 a ratifié la poursuite des opérations d'OCP avec des conditions et des réserves relatives à la sécurité et à l'ampleur de la présence dans le pays. Les options de délocalisation d'une base arrière à Douchanbé ont été accélérées et de nouvelles réductions de ressources humaines ont été initiées en janvier 2021.

Des ateliers sur l'administration, les soins médicaux, les donations, le soutien au personnel, la formation et l'emploi ont été organisés. La santé du personnel a fait l'objet d'un suivi et le soutien psychologique et de santé mentale se poursuit à ce jour.

Soutien aux familles

L'opération a commencé dans les jours qui ont suivi l'attaque par la remise des bébés à leurs familles. Le 13 mai, l'équipe médicale de MSF a décidé de participer à la réunification des familles avec le soutien de la direction de l'hôpital Ataturk, des chefs communautaires et des responsables de centres de santé. La coordination médicale et la cellule de gestion de crise ont initié un suivi pour les personnes présentes à l'hôpital et dans l'unité de néonatalogie.

Suivi du personnel de santé

Les contrats du personnel se sont poursuivis jusqu'en août 2020. La couverture comprenait des examens médicaux généraux dans un établissement externe validé pour 343 membres du personnel, des indemnités forfaitaires pour 45 patients chroniques et 20 personnes à charge, une couverture maternité étendue et des congés conformément à la politique nationale, 5 membres du personnel blessés lors de l'attaque ont reçu un support, 2 membres du personnel nécessitant une rééducation à long terme.

Soutien psychologique et évaluation de santé mentale

Mis en œuvre immédiatement après l'attaque, les services sont fournis par l'intermédiaire d'IPSO (avec qui MSF entretenait une relation de longue date en ce qui concerne la santé du personnel) et des visites de soutien et d'intervention effectuées par des référents psychiatriques de MSF en exercice.

Cela impliquait :

- Une première évaluation à 3 mois minimum en raison de la pertinence du diagnostic de PTSD (syndrome de stress post-traumatique).
- Une autre à 9 mois après l'attaque.
- Une évaluation finale du handicap devant avoir lieu 18 mois après l'événement (minimum).

A partir de la première évaluation de la santé mentale ou psychiatrique :

- 32% de la cohorte a reçu un diagnostic de PTSD (8 avec des caractéristiques dépressives).
- 17 % de la cohorte a reçu un diagnostic d'épisode dépressif majeur.
- 16 % de la cohorte a reçu un diagnostic de trouble de l'adaptation (modéré à grave avec des troubles de l'humeur et/ou de l'anxiété).
- Et 10 % de la cohorte présentent des troubles de l'anxiété.

À ce jour, 54 membres du personnel font partie de la cohorte de suivi en matière de santé mentale et continuent de bénéficier du conseil IPSO, d'une orientation psychiatrique, de médicaments et de contrôles médicaux préventifs.

PROJET : HERAT – ACCÈS AUX SOINS

Historique du projet

La (ré)ouverture potentielle d'un projet dans l'ouest de l'Afghanistan, après le meurtre de 5 de nos collègues dans la province de Badghis en 2004, était à l'étude depuis qu'OCP avait décidé de revenir dans le pays. En 2011 / 2012 suite à la décision de revenir en Afghanistan, la partie occidentale du pays a fait l'objet d'une évaluation (Ghor, Farah, Herat). Début 2015 - une nouvelle analyse a été menée pour l'ouverture d'un second projet. Une fois encore, Herat et Farah ont été pris en considération. Les discussions ont ensuite été reportées fin 2016/début 2017, à un moment où le projet Dasht-e-Barchi se consolidait. Elles ont conduit à une évaluation plus approfondie dans l'Ouest.

En mai 2017, une équipe est partie pour les provinces de Herat et de Farah. Farah a été annulée en raison de contraintes et de préoccupations sécuritaires, mais Herat a été accessible. En novembre 2017, une évaluation plus approfondie a été réalisée à l'hôpital régional de Herat, aboutissant à la décision d'ouvrir des activités dans la salle d'urgence de l'hôpital.

En septembre 2018, MSF a commencé son activité dans le service des urgences de l'hôpital régional de Herat (HRH). L'intervention a duré jusqu'à la fin de l'année 2019.

En décembre 2018, nous avons commencé à gérer un service de consultations pour les personnes déplacées fuyant la sécheresse (enfants et femmes enceintes et allaitantes), les services ont été transformés en consultations générales en 2019. Les activités de sensibilisation ont commencé dans 2 camps en décembre 2020.

En 2019, MSF a commencé à soutenir le centre nutritionnel intensif de l'hôpital Shaidayee (qui fait partie de l'hôpital régional d'Herat) après que World Vision International se fut retiré.

En 2020, MSF a ouvert une zone de dépistage et de triage Covid à l'hôpital régional de Herat. MSF a également ouvert un centre de traitement Covid dans une structure semi-temporaire à Gazeh Gar de juillet à septembre 2020 et de décembre 2020 à février 2021.

Dispositif

Kahdestan Clinic

La clinique a ouvert en décembre 2018 pour apporter une réponse d'urgence aux déplacés originaires de Badghis situés dans les sites informels de Kahdestan et Shaidayee (environ 10 000 foyers). Les cliniques de IOM et de World Vision couvrent le site de Shahrak-e Sabz (environ 15 000 foyers).

En août 2019, les activités initialement ciblées sur les moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes ont été étendues à aux consultations générales en raison du retrait d'autres acteurs. La clinique est ouverte 5 jours par semaine et propose actuellement le dépistage du Covid avec tests rapides, des consultations générales, des consultations maladies chroniques, des consultations pré- et post-natales et de planning familial, un centre nutritionnel ambulatoire, pansements, vaccinations, promotion de la santé.

Centre de nutrition intensif au Shaidayee Hospital

MSF a repris le centre nutritionnel intensif de World Vision en décembre 2019 avec un accord initial jusqu'en décembre 2019 prolongeable pour 2020. L'unité a subi deux déménagements « forcés » depuis son ouverture et doit actuellement faire face à un troisième en raison de l'aménagement des installations Covid du ministère en mars 2020. En juin, 20 lits sur 40 ont été fermés pendant 2 semaines en raison du manque de personnel (une grande partie du personnel présentant des symptômes similaires à ceux du Covid).

Covid-19

Initialement, Herat se trouvait à l'épicentre de l'épidémie de Covid-19 avec le premier cas confirmé rapporté le 24 février 2020. Une courbe épidémiologique s'est rapidement développée suite à un afflux de rapatriés d'Iran atteignant un premier pic entre début et mi-juin. La mauvaise coordination des capacités de réponse du Ministère de la Santé ont conduit MSF à soutenir le HRH. MSF est intervenu dans le département de triage du HRH et a mis en place un centre de traitement Covid de 32 lits à Gazeh Gaz.

Bilan 2020

Kahdestan Clinic

Le service de consultations a effectué 70 423 consultations au cours de la dernière année civile.

Les principaux diagnostics sont les infections des voies respiratoires supérieures (19,3 %), les troubles de l'estomac et du duodénum (10,1 %), la diarrhée non sanglante (7,9 %), les infections de la peau (5,5 %) et le parasitisme intestinal (3,6%). De nombreux patients consultent également pour des symptômes non spécifiques, tels que des maux de tête et des douleurs corporelles généralisées.

En janvier 2021, un groupe de cas confirmés de rubéole a été identifié (6 cas). Selon l'OMS, des cas sporadiques de rougeole sont régulièrement identifiés mais une campagne de vaccination de masse a été organisée en 2018.

Centre de nutrition intensif au Shaidayee Hospital

En 2020, le nombre total d'admissions a été de 1667 (>6 mois 59,8%, <6 mois 40,2%), sans tendance saisonnière claire. Les services pédiatriques de l'HRH souffrent de négligence et de dé-priorisation. Initialement situé à l'hôpital Shaidayee (15 à 20 minutes de route du centre-ville), le service pédiatrique a été transféré dans l'enceinte du HRH en mars 2020, suite à la désignation de Shaidayee comme centre de traitement Covid par la Direction de la santé publique. Le service de pédiatrie est désormais réparti entre deux structures distinctes, la qualité des soins est médiocre, tout comme les normes d'hygiène. Les ressources et les services de soutien du ministère de la Santé font défaut.

Une proportion importante des admissions du centre de nutrition intensif est due à une malnutrition secondaire des moins de 6 mois et nécessite des modalités de traitement en soins intensifs. Ceci oriente l'équipe et l'activité du centre nutritionnel vers le traitement des cas sévères et critiques, avec référence des cas complexes au HRH.

Covid-19

Triage

Dès mars 2020, MSF a pris en charge le triage et le dépistage du Covid. Les activités de triage au HRH se sont poursuivies pour faire face à l'arrivée d'une troisième vague liée à au variant britannique.

Centre de traitement Covid

MSF OCP a mis en place un centre de traitement Covid-19 (CTC) de 32 lits à Gazeh Gar qui a ouvert le 28 juin 2020, plusieurs semaines après le pic de la première vague. Le CTC est exploité comme une structure MSF privée sous l'entière gestion et responsabilité de l'équipe MSF. Le CTC a rouvert le 2 décembre en réponse à une deuxième vague de Covid et à une surcharge des lits et de l'approvisionnement en oxygène du ministère de la Santé.

Un total de 571 patients ont été admis (222 lors de la première vague), la plupart des patients étant des femmes de plus de 50 ans (72,3%) et la majorité ayant plus de 51 ans. Le taux de mortalité moyen pour les deux interventions était de 2 %.

A la fin du mois d'avril, 58 346 cas ont été confirmés dans 34 provinces (données du Ministère de la santé publique). 52 307 personnes se sont rétablies et 2 561 personnes sont décédées, dont au moins 91 étaient des professionnels de la santé. Alors que seulement 388 760 personnes sur une population de 40 millions ont été testées, le taux de positivité des tests est de 15%. Le nombre récent de cas recensés par le MoPH, la confirmation de la présence du variant britannique dans le pays et la situation dans les pays voisins laissent anticiper l'émergence d'une troisième vague.

Le premier lot de 468 000 doses de vaccination Covid-19 via la structure COVAX est arrivé en Afghanistan le 8 mars. A ce jour, l'Afghanistan a reçu 968 000 doses et 500 000 doses supplémentaires ont été données directement par le gouvernement indien. Le déploiement de la vaccination pour le personnel de MSF a commencé.

BANGLADESH

Typologie : Populations réfugiées.

Personnel 2020

International : 11

National : 211

Nombre de projets 2020 : 2

Dépenses 2020 : 4 843 k€

Financements institutionnels :
155 k€ (Canada).

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

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Le parti de la Ligue Awami (AL) connaît son troisième mandat consécutif depuis son retour au pouvoir en 2009. Au cours des dernières années, le Premier ministre Sheikh Hasina a réussi à stabiliser son parti, à consolider la base du pouvoir et à neutraliser la plupart des partis d'opposition. La corruption est fortement ancrée à tous les niveaux de l'administration et MSF y est régulièrement confrontée.

Le positionnement du Bangladesh à l'égard des réfugiés Rohingyas s'est renforcé en 2020 avec une pression accrue sur les organisations internationales (restriction des moyens de communication avec les volontaires Rohingyas, pression administrative et fermeture de structures médicales en raison du manque de rapports) et des mesures de contrôle de la communauté internationale.

L'armée installe actuellement des clôtures en fil de fer barbelé autour de tous les camps par mesure de sécurité, et un nombre accru de policiers patrouillent à l'intérieur des camps.

Les conditions de sécurité dans le camp ont été considérablement compromises en avril de cette année à cause d'une forte réduction de la présence de la protection humanitaire due aux mesures de confinement du Covid-19. Cela a créé un «vide de protection» dans la dynamique du camp, qui a été comblé par les forces de sécurité bangladaises (APB) et les groupes armés non étatiques (ARSA, RSO) qui se sont lancés dans des extorsions et du racket de protection. Le camp de réfugiés est devenu un site important pour le trafic d'êtres humains, la prostitution et le trafic de drogue (drogue provenant du Myanmar). Avec la réduction des financements et des emplois dans les camps, l'ARSA et d'autres groupes armés se battent maintenant pour le contrôle des commerces clandestins dans les camps, et nous constatons une augmentation de la violence entre les camps. Le gouvernement poursuit toujours son projet de relocalisation d'une partie des réfugiés Rohingyas sur l'île de Bhasan Char. En avril, plus de 300 Rohingyas sauvés des traversées en bateau dans la baie du Bengale ont été emmenés à Bhasan Char pour y être mis en quarantaine et il n'est pas prévu de les relocaliser dans les camps de Cox's Bazar. En septembre, le gouvernement du Bangladesh a organisé un voyage de trois jours à Bhasan Char, au cours duquel 40 dirigeants Rohingyas ont visité les installations. Au lieu d'apaiser les craintes concernant les conditions de vie sur l'île, les vidéos et les photos partagées

par ces visiteurs de retour au camp ont renforcé les craintes d'emprisonnement sur l'île. Le HCR tente d'organiser une visite et une évaluation générale de l'île, qui a été reportée par le gouvernement du Bangladesh jusqu'à la fin de la mousson.

Le Myanmar qui a un rôle clé dans la résolution de la crise mais continue de proposer des plans irréalistes pour la population Rohingya (proposer un processus de naturalisation alors que la demande de la population Rohingya est l'abolition de la loi sur la citoyenneté de 1982 qui les a privés de la citoyenneté au Myanmar) et de refuser l'accès aux zones de relocalisation au Myanmar aux agences internationales en charge du processus de rapatriement (HCR, OIM). Les deux derniers plans de rapatriement, en 2018 et 2019, se sont soldés par un échec car aucun Rohingya ne s'est porté volontaire pour rentrer au pays dans la mesure où leur statut juridique et leurs conditions de sécurité restent incertains.

La sécurité dans l'État de Rakhine continue de se dégrader alors que d'autres affrontements se poursuivent entre l'armée Arakan (séparatistes bouddhistes de Rakhine) et l'armée du Myanmar, ce qui contribue à accroître les déplacements de population à l'intérieur de l'État.

Début mars, le pays a enregistré ses premiers cas confirmés de Covid-19 et le premier décès lié à cette maladie est survenu 10 jours plus tard, le 18 mars. En conséquence, le gouvernement a annoncé un verrouillage du pays le 26 mars, y compris des restrictions sur les mouvements et les vols. Le gouvernement a empêché de nombreux acteurs des ONG de travailler dans les camps en raison des risques de transmission du Covid-19.

Contexte sanitaire

Avec une population de près de 163 millions d'habitants, le Bangladesh est l'un des pays les plus densément peuplés au monde.

L'État est le principal fournisseur de soins de santé, mais les structures médicales sont souvent surchargées et l'objet d'une corruption importante. Les gens ont donc recours à l'automédication ou à des cliniques privées, mais la qualité des soins est discutable et la prescription excessive ou les frais cachés augmentent le coût du diagnostic ou du traitement.

Il existe de nombreuses ONG qui ont concentré leurs ressources sur les besoins sanitaires des pauvres, souvent

dans le cadre d'un large éventail d'interventions de développement. Elles atteignent souvent la population qui ne peut être atteinte par le gouvernement, qui est exclue ou qui est trop pauvre pour avoir accès aux soins de santé.

Le Bangladesh souffre également d'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 structures dans les zones rurales et reculées sont pour la plupart publiques, hantées par la corruption et le manque criant de main-d'œuvre qualifiée et d'équipement.

Globalement, les principaux indicateurs de santé du Bangladesh sont les suivants :

Indicateur	Données nationales	Sources
Taux de mortalité infantile	24,7 décès pour 1000 naissances	MoH, UNICEF
Taux de mortalité néonatale	17,1 décès pour 1000 naissances	MoH, UNICEF
Mortalité maternelle	173 décès pour 100 000 naissances	MoH, UNICEF
Couverture vaccinale	Plus de 90% de couverture pour la plupart des vaccins sauf rougeole/rubéole (88%).	MoH, OMS
Accouchements assistés	42 % du total des naissances	MoH, OMS
Maladies non transmissibles	67% du total des décès	MoH, OMS
3 premières causes de mortalité	1. Maladies cardiovasculaire : 30% 2. Maladies contagieuses : 26% 3. Cancer : 12%	OMS
3 premières causes de morbidité	1. Diarrhée 2. Tuberculose 3. Infections respiratoires	BSS, MoH

Une partie de la couverture vaccinale a chuté en 2020 en raison du confinement et de la menace de transmission du Covid. Selon les données du MIS (Management Information System), le nombre de sessions de vaccination a chuté de 18 % en avril 2020 et de 22 % en mai 2020. En outre, la couverture vaccinale de routine pour la troisième dose de pentavalent et la première dose de vaccin contre la rougeole et la rubéole (MR) était inférieure de près de 50 % en avril 2020 par rapport à la même période en 2019.

Le Bangladesh connaît de fréquentes calamités naturelles telles que des cyclones, des inondations et des épidémies. Un tremblement de terre de grande ampleur peut survenir 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 plus dévastateurs

Contexte sanitaire de la population réfugiée

Avec très peu de nouveaux arrivants depuis janvier 2020, la population de Cox Bazar est stable : 860 494 réfugiés au total (598 665 dans le Mega Camp). 51% sont des enfants, 4% des personnes âgées et 45% des adultes parmi lesquels 52% sont des femmes.

Le taux de mortalité est resté faible au sein de 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 installations de soins de santé secondaires ont 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.

En 2019, il y a eu des cas de diphtérie, de rougeole et surtout de maladies gastro-intestinales et cutanées, mais aucun cas significatif de mortalité élevée. Les principaux contributeurs de mortalité de la population sont les personnes âgées et les nouveau-nés. Cette situation est exacerbée par la préférence de la population pour l'accouchement à domicile et le poids croissant des maladies chroniques.

Le taux de mortalité maternelle dans la population du camp est passé à 179 décès pour 100 000 naissances vivantes, selon le SCI et l'UNFPA. Cependant, nous craignons que ces chiffres ne soient sous-estimés s'ils ne rapportent que les données relatives aux établissements de santé. Comme nous le savons, la majorité des femmes préfèrent accoucher à la maison plutôt que dans des structures de santé. Les cinq derniers mois de données de la zone couverte par OCP en 2020, compilés par nos équipes, font état de chiffres bien plus élevés. Le taux de mortalité maternelle moyen de 2020 était de 495 décès pour 100 000 naissances vivantes dans notre zone, soit le double du taux national du Bangladesh (173/100 000 naissances vivantes). Nous continuons à constater de faibles proportions d'accouchement dans les centres de santé des camps (15,27 %).

PRÉSENCE MSF

OCP a une longue histoire au Bangladesh, et avec les Rohingyas en particulier, avec une réponse apportée à l'afflux de réfugiés Rohingyas en 1991/92, mais un retrait en 1995. OCA a maintenu sa présence depuis lors.

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

4 centres opérationnels sont présents pour répondre à la crise des Rohingyas :

- OCA a la plus longue présence dans le pays et le plus grand volume d'opérations pour la crise des Rohingyas, basé à Kutupalong, mais a également un projet basé à Dhaka pour la communauté locale. Leur ambition est de rester dans le pays pendant plusieurs années. Leurs programmes servent à la fois les Rohingyas et la population hôte.
- OCBA se concentre sur les soins maternels et néonataux au sud du Mega Camp à Goyalmara, avec des activités de proximité et un centre de traitement Covid-19 de 100 lits dans la zone de Teknaf. Ils prévoient de rester jusqu'en 2021, puis de réévaluer le besoin et l'intérêt institutionnel de rester dans le pays. Ils sont également le centre de référence pour les soins néonataux et de pédiatrie avancée pour OCP.
- OCB a changé ses plans en 2019, la décision de se retirer du Bangladesh a été annulée et maintenant OCB soutient deux cliniques de soins de santé primaires et cherche à lancer un programme d'hépatite C pour la population Rohingya au sud du Mega Camp, puis pour la communauté d'accueil. OCB a soutenu un programme de contrôle et prévention des infections à l'hôpital de Sadar, plus récemment axé sur le

Covid-19 à Cox Bazar, mais ils fermeront ce programme à la fin de 2020 et transféreront le reste de leur personnel de Cox pour soutenir leurs programmes destinés aux réfugiés Rohingyas.

PROJET : PALONG KHALO

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.

OCP couvre le sud et le milieu du Mega-camp avec des soins de santé primaires et secondaires. Cela inclut le maintien d'un système de surveillance sanitaire et la capacité de répondre aux urgences. En outre, OCP a amélioré l'accès à l'eau potable pour la population.

La population cible du projet reste la population de réfugiés Rohingya, ce qui correspond à environ 200 000 personnes réparties dans 8 camps.

Dispositif

MSF opère dans les structures suivantes :

- Hospital on the Hill (HoH) : 46 lits disponibles (dont 10 en unités de soins intensifs de niveau 1) avec des services d'urgence, de pédiatrie y compris le centre nutritionnel thérapeutique intensif, de médecine adulte et des services de santé sexuelle et reproductive ambulatoires (soins anté- et post-nataux, planning familial, violences sexuelles, interruptions de grossesse). L'hôpital dispose également d'un service d'isolement de 10 lits actuellement utilisé pour les patients modérés/sévères atteints de Covid-19.
- Centre de consultations OPD2 : Accent sur les maladies chroniques (NCD) et la santé mentale, capacité pour les références interruptions de grossesse et violences sexuelles vers l'hôpital.
- Centres de consultations OPD3 : soins de santé primaires, santé mentale et maladies chroniques (NCD).

MSF dispose d'une équipe de surveillance composée de volontaires Rohingyas qui surveillent la population, ainsi que d'une équipe de proximité pour répondre aux suspicions d'épidémies et pour soutenir la néonatalogie et les soins post-nataux pour les patientes qui ont accouché à domicile.

Toutes les structures sont à 100% MSF. Un réseau de références dans le camp est en place pour les cas néonataux (vers OCBA), pour les accouchements (vers OCA et l'hôpital Hope) et vers le Turkish Field Hospital pour la chirurgie. L'interaction, le soutien et la complémentarité entre les sections opérationnelles de MSF sont notables.

En 2020, l'équipe de coordination a été intégrée à l'équipe de terrain (chef de missions et coordinateurs RH, finance, logistiques et médicaux).

Avec le plan EPREP Covid-19, certaines activités ont été dépriorisées ou seront suspendues en fonction de la transmission du virus.

Bilan 2020

En raison de l'émergence de Covid-19 et de la transmission au sein des camps, les objectifs pour 2020 ne se sont pas déroulés comme prévu, l'année ayant été marquée par des ajustements des opérations et des équipes.

Les réussites

- Les activités d'OCP ont été adaptées à l'environnement de Covid-19 :
 - L'équipe de surveillance a été formée à la promotion de la santé
 - Les mesures de prévention et contrôle des infections ont été renforcées au bloc opératoire avec un triage spécifique.
 - La salle d'isolement a été modifiée pour accueillir 10 lits.
- Un plan conjoint OCA/OCP a été élaboré pour faire face à l'augmentation des admissions à Covid-19, incluant la réhabilitation du Rubber Garden, et l'achat et l'installation d'une centrale d'oxygène pour une centre Covid de 100 lits.
- Achat d'urgence d'équipements individuels de protection (PPE) partagés entre les sections.
- La distribution de masques en tissu dans les Camps 20 et 20 Extension est terminée. Coordination avec le secteur Livelihoods pour le deuxième tour de distribution.
- La connexion Internet a été installée à l'OPD 2 et au HoH pour l'installation de Bhamni.
- Suite aux démissions massives liées aux recrutements médicaux du gouvernement du Bangladesh et des ONG internationales, les recrutements intersectionnels pour les postes médicaux ont été achevés, mais de nombreux enseignements ont été tirés.

En attente :

- Les plans visant à référer nos patients stables non compliqués atteints de maladies chroniques à d'autres acteurs de la santé au sein du camp ont été mis en attente.
- Les projets visant à faire passer l'unité de soins intensifs du niveau 1 au niveau 2 ont été suspendus. L'équipement a été acheté et installé, seule la formation du personnel reste à faire.
- La recrudescence attendue des cas de Covid-19 ne s'est pas produite.

Des retards

- Les plans pour procurer des traitements contre l'hépatite C ont commencé plus tard dans l'année.
- Les projets de vaccination contre l'hépatite B à la naissance et de contrôle médical des nouveau-nés et des mères à domicile par le biais d'un réseau d'équipes de sensibilisation et de surveillance ont été suspendus et relancés plus tard dans l'année.

Volume d'activités

	2018	2019	2020
Nb de consultations	212 736	87 965	67 870
Services des urgences	12 442	16 777	13 562
Hospitalisations	2 698	3 453	2 105
Admissions malnutrition sévère	251	152	149
Soins intensifs	279	840	788
Taux d'occupation des lits	68%	80%	56%
Soins anté-natals	4 508	4 031	3 751
Interruptions de grossesse	170	278	225
Planning familial	1 526	2 009	2 729
Victimes de violences sexuelles	46	202	65
Santé mentale*	482	4 263	3 952
Maladies chroniques*	879	15 532	18 672
Hépatite C**			180
Hospitalisations Covid			225
Consultations Covid			3 168

* Changement en 2019 : nombre de consultations au lieu de la taille de la cohorte.

** Les activités hépatite C ont commencé le 5 octobre.

INTERVENTION COVID-19**Historique du projet**

Les premiers cas au Bangladesh ont été confirmés le 7 mars à Dakha. Le 24 mars, un cas a été confirmé à Cox's Bazar. A ce jour, le nombre de cas confirmés au Bangladesh est de 556 236.

Dispositif

La priorisation et la dé-priorisation des activités sont devenues nécessaires au fur et à mesure que l'épidémie de Covid progressait et suite aux différents niveaux de confinement à l'intérieur et à l'extérieur des communautés du camp. Les activités de MSF sont revenues à la normale avec une attention particulière aux mesures à la prévention et contrôle des infections et un dépistage spécifique au niveau des consultations pour les patients toussant ou suspects.

Bilan 2020

En raison de la capacité limitée d'avoir du personnel supplémentaire et de la présence d'un grand nombre d'employés déjà dans le pays, la décision a été prise d'élaborer un plan de préparation et de réponse intersectionnel :

- Une équipe a été identifiée pour se concentrer sur la réponse au Covid-19 (soutien d'OCP à Dhaka pour l'approvisionnement).
- Chaque section a développé des capacités d'isolement dans ses projets respectifs. MSF OCP : 10 lits d'isolement disponibles dans l'hôpital HoH.

Réponse MSF

- Mise en commun intersectionnelle des ressources humaines nationales et internationales disponibles dans le pays.
- Mise en commun intersectionnelle des stocks disponibles dans le pays.
- Mise en place du Centre d'Epidémie OCA (Rubber Garden) (60 lits à ce jour, pour une capacité maximale de 160 lits).
 - Il sera ouvert si 80% des lits d'isolement des structures MSF sont occupés.
 - OCP gèrera une unité pour patients hautement dépendants de 10 lits dans le Rubber Garden.
 - OCP a commandé et installé une station d'oxygène pour l'ensemble du complexe Rubber Garden.
- OCBA a également construit une structure temporaire de 100 lits à Teknaf Upazila (Nayapara).

BURKINA FASO

Typologie : Conflit armé.

Personnel 2020

International : 13

National : 127

Nombre de projets 2020 : 1

Dépenses 2020 : 6 747 k€

Financements institutionnels :
aucun.

**Autres centres opérationnels
MSF présents :** OCBA, OCG.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Situation sécuritaire

Au Burkina Faso, les groupes armés présents depuis 2015 ont intensifié leurs activités à partir du deuxième trimestre de l'année 2019 sur fond de tensions communautaires exacerbées principalement par les événements de Janvier 2019 à Yirgou¹ dans le Centre-Nord. Ce contexte de montée de la violence dans les régions situées au Nord et à l'Est du pays a été même dégradé par des affrontements entre les groupes armés eux-mêmes courant mars et avril 2020. 2020, c'est aussi la prise en compte des groupes d'autodéfenses à côté des Forces armées républicaines dans la lutte contre les groupes armés dans le cadre d'une stratégie nationale qui se veut communautaire mais aux relents souvent communautaristes. C'est dans un tel contexte que des élections couplées législatives et présidentielles ont été tenues le 22 novembre 2020. Ces élections, bien qu'à risque, se sont bien déroulées dans l'ensemble avec très peu d'incidents grâce à des accords pour une trêve électorale entre les acteurs armés au niveau local (FDS, JNIM et VDP) ; accords négociés avec l'aval et l'appui discret des autorités centrales. La situation sécuritaire post-électorale continue d'être marquée par l'accalmie dans certaines régions du pays (Boucle Du Mouhoun, Nord et Centre-nord) parce que les négociations se poursuivent avec le JNIM ; mais la situation sécuritaire continue de se dégrader dans les parties du territoire sur lesquelles l'EIGS (Etat Islamique dans le Grand Sahara) est présent (les provinces de l'Oudalan et du Yagha dans la région du sahel et les provinces de la Tapoa et de la Komandjari dans la région de l'Est). Les affrontements entre le JNIM et l'EIGS souvent rapportés auront très probablement un impact sur lesdits accords locaux de non-agression indépendamment du fait que c'est dans le Mali et le Niger voisins que se trouvent les prolongements des commandements de ces groupes.

Situation humanitaire

Les chiffres des personnes déplacées qui étaient déjà élevés ont significativement augmenté à partir du début de l'année 2020 et le Burkina Faso se retrouve en début 2021

dans une situation où 1/20^{ème} de sa population est déplacée interne (soit plus d'un million de personnes concentrées principalement dans les régions du Centre-nord, du Sahel et du Nord). Ces chiffres sont tout de même à prendre avec précaution dans la mesure où il y a des vagues de retours de déplacés dans leurs villages respectifs suite à l'accalmie consécutive aux accords locaux entre acteurs armés dans le nord du pays ; retours qui ne sont pour le moment pas pris en compte dans le décompte des déplacés par les autorités.

En plus des épidémies survenues comme à craindre et incidents sécuritaires, la forte pluviométrie de 2020 a contribué à dégrader encore plus la situation des populations déplacées (inondations ayant causé d'importants dégâts matériels et des pertes en vies humaines (13 morts, 50 blessés, et plus de 71 000 personnes sinistrées au 10 septembre 2020) ; les régions affectées étant plus situées dans la bande sahélienne où se concentrent 75% des déplacés déjà privés d'accès aux soins de santé à cause des incidents sécuritaires.

Contexte sanitaire

La persistance du conflit avec toutes ses conséquences continue en effet à fragiliser le système de santé. Au 10 Août 2020, dernière mise à jour par le Ministère de la santé sur la fonctionnalité des formations sanitaires, 95 Formations Sanitaires (FOSA) étaient fermées soit 8,5% des FOSA des six régions affectées par l'insécurité, et 199 autres FOSA fonctionnaient partiellement privant plus de 1 million de personnes d'accès aux soins. A cela s'ajoute les 183 FOSA qui ont accueilli les déplacés dans leurs aires de santé respectives. Cette situation affecte l'offre des soins de santé à tous les niveaux. Le système de santé reste fortement ébranlé par la dégradation de l'offre de soins dans les zones à sécurité précaire et dans les localités abritant les personnes déplacées.

Cette réduction constante d'accès aux soins de santé, conjuguée à la faiblesse de la surveillance épidémiologique, met toute la population en danger. Au 31 janvier 2021, 1 097 462 personnes étaient déplacées à l'intérieur du pays par la crise, dont la plupart d'entre elles, après avoir perdu tous leurs biens, et bien souvent toujours en proie à l'insécurité, sont sans accès adéquat aux services sociaux de base (soins de santé, eau, installations sanitaires), impactant davantage leur bien-être tant physique que mental.

En 2020, ce sont les épidémies de Covid-19 et de poliomyélite qui ont le plus touché le Burkina Faso.

¹ Dans la nuit du 31 décembre 2018 au 1er janvier 2019, des hommes armés non identifiés tuent six personnes à Yirgou, dont le chef du village mossi et son fils. En réaction, les Koglwego (groupe d'auto-défense) soutenus par les populations, essentiellement mossi, tuent entre cent et deux-cent civils peuls. L'organisation de la société civile dénommée Collectif contre l'Impunité et la Stigmatisation des Communautés (CISC) créée en réaction à ces événements fera état, elle, d'au moins 210 morts.

Le Covid-19 a continué sa progression dans le pays avec des cas rapportés dans onze régions. La capitale, Ouagadougou et Bobo-Dioulasso ont compté à elles seules plus de 90% des cas confirmés du pays. Au 25 février 2021, 12 régions (sur 13) étaient affectées avec encore des cas actifs (total de 425 cas actifs) et il était rapporté un cumul de 11 887 cas confirmés, 11 320 cas guéris, 142 décès soit une létalité de 1,2%, qui reste inférieure au taux mondial de 2,2 % et l'un des plus faibles taux de létalité dans la région de l'Afrique de l'Ouest.

Pour la polio, il s'agit des cas de Polio virus dérivé du vaccin qui ont été confirmés dans la Région du Centre-Est. Le 1er janvier 2020, un cas de poliomyélite (cVDPV2) a été détecté dans le district sanitaire de Ouargaye, Région du Centre Est. Une riposte à 3 rounds a été organisée par le gouvernement durant laquelle 335 430 doses de vaccin ont été administrées.

Hépatite E : elle a été circonscrite à la région du centre nord et dans le district de Barsalogo. 149 cas d'ictère fébrile ont été notifiés au Burkina Faso dont 119 dans la région du centre nord (80% des cas).

Situation épidémiologique de l'année 2020 :

	Cas	Décès	Létalité (%)
Méningite	1 673	114	6,81
Rougeole	2 480	3	0,12
Diarrhée sanglante	148	1	0,68
Choléra	0	0	0
Ictère fébrile	1202	16	1,33
Paludisme grave	500 516	3 385	0,68
Dengue	Suspects	4 678	0,05
	Probables	1 910	

A noter que la gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de 5 ans a été mise en place depuis le 22 juin 2016 dans les 13 régions sanitaires du pays.

PROJET : NORD

Historique du projet

Les trois régions du nord du pays – Sahel, Centre Nord et Nord – subissent toujours plus les activités des groupes armés dont l'influence ne cesse de s'étendre dans la région que ce soit au Mali, au Niger ou au Burkina Faso. Les trois principales factions de la mouvance djihadiste dans le nord du pays sont la katiba du Macina du Groupe de Soutien à l'Islam et aux Musulmans (JNIM), Ansaroul Islam et la branche de l'Etat Islamique dans le Grand Sahara (EIGS).

Ces groupes instrumentalisent les tensions communautaires entre éleveurs et agriculteurs et mènent depuis plusieurs mois une campagne d'assassinat qui cible certaines autorités coutumières, des figures de la société civile, des fonctionnaires civils et des représentants religieux musulmans et chrétiens. Les forces de sécurité burkinabé sont évidemment des cibles prioritaires, ainsi les bases militaires, commissariats, convois, escortes et postes de gendarmerie sont systématiquement attaqués.

La détérioration de la situation sécuritaire et l'insuffisance de réponse des Forces de Défense et Sécurité (FDS) sur l'ensemble du territoire national ont occasionné 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 des volontaires locaux qui seront formés par l'armée. Ils assureront des missions de surveillance et de protection notamment en cas d'attaques. Ces violences, croissantes depuis 2019, ont entraîné d'importants déplacements de populations. En février 2020, le pays comptait déjà près de 765 000 déplacés. Au mois de janvier 2021, le nombre de déplacés dépasse le million de personnes (source CONASUR 31/01), en augmentation fulgurante d'année en année. Les régions du Centre-nord (40%), du Sahel (32,2%) et du Nord (7,7%), sont les zones de

PRÉSENCE DE MSF

1995	OCP	Sahel	Déou	Accès aux soins de santé pour les réfugiés maliens
1997	OCP	Centre	Ouagadougou	Assistance médico-sociale aux enfants des rues
2001	OCP	Cascades + Centre/Ouagadougou		Epidémie méningite + choléra
2007	OCP	Centre Nord + Nord	Titao, Yako	Crise nutritionnelle
2009	OCP	Centre	Ouagadougou	Inondations
2012	OCP	Sahel	Déou	Accès aux soins de santé pour les réfugiés maliens
2014	OCP	Centre	Ouagadougou	Insurrection
2017	OCG	Centre	Ouagadougou	Dengue
	OCG	Centre-Nord + Sahel		Déplacés + Chirurgie
2019	OCBA	Est	Fada	Déplacés
	OCP	Nord	Titao	Déplacés
2020	OCP	Boucle du Mouhoun	Boromo, Dédougou, Toma, Nouna, Solenzo	Formation de médecins en chirurgie d'urgence Support à la vaccination rougeole
	OCG	Centre-Nord + Sahel + Ouagadougou		Déplacés + Chirurgie + Covid
	OCBA	Est + Sahel	Fada, Dori	Déplacés
	OCP	Nord + Centre-Nord + Bobo-Dioulasso		Déplacés + Covid

provenance où l'on note un pourcentage élevé de personnes déplacées. Le nombre de déplacés est composé de 53% de femmes contre 47% d'hommes, et 55% d'individus sont âgés de moins de 15 ans.

Depuis le 7 février 2021, les autorités ont reconduit le couvre-feu instauré dans les 14 provinces du pays, dont la province du Loroum, interdisant les mouvements des personnes et des biens de 19h à 5h du matin. Cela n'est pas sans conséquence sur la fréquentation des structures de santé.

Situation dans le Loroum (Titao)

En octobre 2019, suite à l'attaque de Bouna (commune de Titao), 30 000 personnes s'étaient déplacées. Assez rapidement, à Ouindigui et Titao, les familles, composées essentiellement de femmes et d'enfants, se sont rassemblées sur un site mis à disposition par les autorités. En mars 2020, des communautés ont subi des exactions dans la commune de Barga (province du Yatenga) ayant entraîné la mort d'une quarantaine de personnes et un déplacement massif de près de 5 000 personnes vers la commune de Ouahigouya.

Devant la multiplication des attaques et l'insécurité grandissante auxquelles tout le monde est désormais exposé, seuls les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) de You, Salla, Sillia, Ingané, Rambo et urbain de Titao sont restés ouverts et fonctionnels (29% soit 6 sur 21). Les autres structures de santé (15 sur 21) ont été fermées et le personnel contraint à quitter. En novembre 2019, l'attaque du commissariat central de police jouxtant le CMA (Centre Médical avec Antenne chirurgicale) a entraîné la fermeture du centre et le personnel redéployé sur d'autres structures sanitaires.

Le profil épidémiologique du pays est marqué par une morbidité élevée due aux endémo-épidémies et à l'augmentation progressive des maladies non transmissibles. Selon l'EMDS 2015, le taux de morbidité est de 10% dans la population générale. Les principales maladies d'importance en santé publique demeurent le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition, le VIH/Sida, les infections sexuellement transmissibles, la tuberculose, les maladies non transmissibles ainsi que les maladies tropicales négligées. La prévalence des maladies non transmissibles reste élevée comme l'atteste l'enquête STEPS réalisée en 2013 qui donne une prévalence de 17,6 % pour l'hypertension artérielle et de 4,9 % pour le diabète.

L'insécurité présente dans plusieurs régions du pays a mené à la fermeture d'une partie importante des infrastructures de santé, privant plus d'un million de personnes d'accès aux soins.

Depuis le début de la pandémie de Covid-19, le Burkina Faso a enregistré un total de 2421 personnes contaminées par le virus, dont 65 décès. Le chiffre des cas confirmés en octobre montre une hausse de 21% par rapport à septembre. Les régions les plus affectées sont le Centre et les Haut-Bassins qui comprennent près de 90% des cas. La région Nord a enregistré des cas de Covid-19 dans nos équipes à Titao (3 cas confirmés) mais n'ont pas été notifiés au niveau national.

La hausse des prix, les problèmes d'accès aux marchés après leur réouverture et la perte de revenus des ménages résultent en un accroissement majeur de l'insécurité alimentaire. On estime à 15% la population en situation d'insécurité alimentaire de « phase 3 à 5 ».

Dispositif

CMA Titao : appui soins de santé secondaires (Pédiatrie, nutrition, médecine interne) 50 lits

CSPS Urbain :

- Soins de santé primaires à travers de consultations générales, consultations pré- et post-natales, planning familial et accouchements.
- Système de référence pour les cas graves.
- Suivi intégré des cas chroniques.
- Intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaire.

Cliniques mobiles :

- Titao : 2 sites + les CSPS de Ouindigui et Dougouri
- Ouahigouya : 4 sites de déplacés (Ferme, Youba, Lilgomdè et IRA)

Eau – Hygiène – Assainissement :

- Approvisionnement en eau par camions
- Assainissement

Bilan 2020

	2020
Hospitalisations Médecine Interne Titao	678
Consultations centre de santé Titao + Clinique Mobile Loroum et Yatenga	50 482
Consultations agents de santé communautaires	5 058
Hospitalisations centre nutritionnel de Titao	124
Hospitalisation pédiatriques Titao (65% paludisme)	869

AUTRES ACTIVITÉS 2020

Boucle du Mouhoun

MSF a fait une mission exploratoire du 10 au 20 février 2020 dans la Boucle du Mouhoun et proposition d'un projet de chirurgie froide.

MSF a mené une campagne de vaccination contre la rougeole à Dédougou et Boromo du 21 mars au 3 avril : 110 000 enfants ont été vaccinés.

MSF a financé la formation en chirurgie essentielle d'un médecin par district pour Nouna, Tougan et Solenzo et effectué une donation de kits Afflux blessés au district.

Interventions Covid Hauts Bassins

1. Première intervention Covid du 23 mars au 21 juillet à Bobo Dioulasso :

- Hospitalisation : ouverture d'un Centre de Traitement Covid avec centrale à oxygène à Bobo Dioulasso : 26 patients hospitalisés dont 14 cas compliqués sans besoin d'oxygène, 22 sortis guéris et 4 décès.
- Activités externes : soutien aux districts sanitaires de Do et de Dafra avec :
 - 445 355 passages au triage pour 3 FS, 20 patients isolés
 - 44 prélèvements effectués pour 45 alertes investiguées
 - 55 consultations psychologiques
 - 5036 kits de protection au total distribués soit 21 000 masques
 - 1575 séances de sensibilisation pour 20 392 personnes touchées

2. Une deuxième intervention a débuté en décembre 2020 pour répondre à la seconde vague de Covid.

CAMBODGE

Typologie : Épidémie / Endémie.**Personnel 2020**

International : 5

National sous contrat : 55

Nombre de projets 2020 : 2**Dépenses 2020 :** 2 192 k€**Financements institutionnels :**
aucun.**Autres centres opérationnels
MSF présents :** aucun.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Le paysage politique n'a pas changé en 2020. Le gouvernement actuel bénéficie toujours d'une forte emprise sur toutes les institutions du Royaume. Pour rappel, le parti du Premier ministre cambodgien (Parti populaire cambodgien) détient tous les sièges au Parlement et au Sénat. Les anciens dirigeants de l'opposition et les membres du CNRP dissous ont été libérés et attendent leur procès pour trahison depuis leur résidence surveillée.

Jusqu'en mars 2020, la croissance du PIB était prévue à 6 % pour 2020, mais le Covid-19 a sérieusement remis en question ce chiffre selon les estimations de la Banque mondiale. Bien que les importations et les exportations se poursuivent, la plupart des secteurs de l'économie ont été ralentis (vêtements) ou totalement anéantis (tourisme étranger). La décision du parlement de l'UE de retirer l'équivalent de 25% des exportations de textile de l'accord commercial préférentiel a dégradé davantage les indicateurs économiques et mis la pression sur le gouvernement.

Alors que le Cambodge et la Chine ont finalisé un accord de libre-échange, les ateliers de confection ont déjà réduit ou fermé leurs usines de fabrication et licencié des milliers de travailleurs depuis mars 2020. L'impact du Covid-19 au Cambodge en dit long sur les fondements économiques et les choix effectués dans le passé. Depuis mai 2020, le gouvernement a mis en place des filets de sécurité pour les plus vulnérables, mais des milliers de ménages qui travaillaient auparavant dans l'un ou l'autre des secteurs mentionnés ci-dessus n'ont plus de ressources. L'accent est désormais mis sur la diversification de l'économie, où les productions agricoles, par exemple, pourraient jouer un rôle beaucoup plus important, mais l'industrialisation de ce secteur prendra beaucoup de temps. Le phénomène des travailleurs migrants qui perdent leur emploi en Thaïlande, en Malaisie et au Moyen-Orient et rentrent chez eux au Cambodge a eu un double effet : la perte des fonds envoyés par les migrants et une pression supplémentaire sur les familles d'accueil. Il y a des tentatives de discussions pour ouvrir des bulles avec les pays voisins de l'ASEAN, mais les règles liées au Covid-19 aux points d'entrée font qu'il est peu probable que ce dispositif soit un catalyseur décisif pour relancer l'économie, en l'absence de mesures de relance significatives. Jusqu'à présent, le gouvernement a réussi à contenir le mécontentement de la population.

Contexte sanitaire

Le système de santé cambodgien est financé par le gouvernement, les organismes d'aide et les paiements directs (OOP) de la population. Selon le plan stratégique national de santé (NHSP - 2016-2020), les dépenses totales de santé (THE) devraient passer de 1 365 millions de dollars en 2016 à 2 013 millions de dollars en 2020. Cependant, la proportion des dépenses privées par rapport aux dépenses totales de santé est toujours estimée à 60 % en 2020. Une présentation récente de l'OMS montre que 70 % de ces dépenses vont au secteur privé. Ce comportement est moins déclenché par la qualité des soins puisqu'il y a beaucoup de double pratique par le personnel du ministère de la santé mais plutôt par le manque de continuum de soins avec les pénuries structurelles de fournitures médicales dans les établissements de santé. Il existe plus de 14 000 établissements du secteur privé, contre un peu plus de 1 300 dans le système de santé publique.

Les allocations de la carte IDpoor, le Health Equity Fund et le National Social Security Fund (NSSF) sont trois programmes différents qui encouragent l'utilisation des services de santé publique par les personnes pauvres ou celles qui travaillent dans les secteurs privés et les administrations publiques.

Le ministère de la Santé a lancé le processus de rédaction du prochain plan stratégique de santé pour les dix prochaines années, mais le Covid-19 a retardé ce processus et, selon les informations, il ne sera finalisé qu'en 2021. L'OMS, qui soutient ce processus, a défini trois priorités stratégiques : la réglementation du secteur privé, le personnel de santé (programme de formation, renforcement des associations de travailleurs) et la refonte des centres de santé, avec l'objectif de réaliser le programme de soins de santé universels (Chine).

Le système d'information sur la santé (HIS) du ministère peut fournir des données régulières, mais il ne reflète que les capacités actuelles de diagnostic et de traitement dans les établissements de santé et probablement pas les besoins en matière de soins médicaux. Faute d'enregistrement systématique centralisé des données, il n'y a pas d'information fiable sur les principales maladies qui touchent la population. Néanmoins le tableau ci-dessous donne quelques éclaircissements (agrégation de données provenant de multiples sources telles que la Banque mondiale, l'OMS, les départements du ministère de la santé, les programmes verticaux financés par les donateurs).

10 principales maladies au Cambodge 2019	Premières causes de décès au Cambodge 2017
1. Infection respiratoire aigüe haute	1. AVC
2. Gastrite aigüe	2. Infection respiratoire basse
3. Diarrhée sans déshydratation	3. Cirrhose
4. Infection pulmonaire	4. Cardiopathie ischémique
5. Hypertension primaire	5. Pathologie néonatale
6. Gastrite chronique	6. Accident de la route
7. Infection respiratoire basse	7. Accident du travail
8. Dysenterie	8. Maladie pulmonaire obstructive chronique
9. Bronchite aigüe	9. Tuberculose
10. Fièvre typhoïde	10. Diabète
	11. Anomalie congénitale
	12. Sida

PRÉSENCE MSF

MSF apporte une assistance médicale à la population cambodgienne depuis plus de 40 ans, notamment avec une assistance aux réfugiés à la frontière thaïlandaise/khmère et des programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose dans la population générale ainsi que dans les prisons.

En 2016, MSF a lancé des projets pilotes sur l'hépatite C pour soutenir le ministère de la Santé dans le développement de sa stratégie nationale en mettant en œuvre des soins et des traitements de l'hépatite virale C. La mission a fourni un soutien technique dans la rédaction des premières directives cliniques et des formations liées aux empoisonnements au méthanol avec le soutien de MSF Norvège et de l'expert de l'Université d'Oslo, le Dr Knut Erik Hovda.

MSF OCB a mis fin à ses activités liées au paludisme en avril 2019. Malgré son départ du pays, MSF OCB a soumis une demande d'extension de son protocole d'accord avec le ministère des Affaires étrangères, qui a été accordée jusqu'en 2022.

Partenariats

- Ministère de la Santé : Collaboration sur l'élaboration du plan national sur les hépatites virales.
- Projet STORM-C (dans le cadre du dispositif MSF TIC) : Transformer le traitement et les soins de l'hépatite C dans les pays à faible et moyen revenu.
- Crash et Université de Manchester : Recherche historique sur la présence MSF au Cambodge depuis 1989 et sur les activités hépatite C.
- Epicentre : Etude de cohorte et publications.
- Douleurs Sans Frontières : Financés par MSF pour les activités de soins palliatifs.

PROJET : HÉPATITE C À PHNOM PENH

Historique du projet

La prévalence de l'hépatite C au Cambodge est restée incertaine, avec de fortes marges d'incertitude quant au nombre de patients infectés. En soutien au Ministère de la Santé, MSF a lancé un programme d'étude du nouveau protocole médical.

Des discussions ont été entamées en 2015 avec le Ministère de la Santé sur le développement d'un projet pilote sur l'hépatite C à Phnom Penh (PP) en se concentrant au début sur les patients co-infectés par le VIH. En 2016, le protocole d'accord a été signé et le traitement a été mis à disposition pour le dépistage d'une cohorte de patients co-infectés par le VIH à l'hôpital 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, une grande partie d'entre elles connaissant déjà leur statut mais n'avaient pas les moyens de payer le coût prohibitif du traitement.

Dispositif

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 avec un don de 1500 traitements pour poursuivre l'accès au traitement. Après trois ans de collaboration, MSF abandonne en 2019 le niveau de soins tertiaires pour continuer à travailler sur la meilleure façon de fournir un accès à des soins de qualité pour le virus de l'hépatite C (VHC), 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 (PPMRH) en juillet 2019. Comme envisagé pour 2020, l'équipe a étendu l'accès au dépistage à quatre autres hôpitaux de référence en juillet dernier. Les services de consultations de ces hôpitaux renvoient vers les hôpitaux du centre-ville pour les tests de confirmation et les traitements.

Le Covid-19 a eu un impact sur la mise en place des activités liées à l'hépatite C, qui ont été suspendues de mars à fin mai 2020.

Bilan 2019

La baisse des activités de dépistage et de traitement en 2020 est due au rappel de lots de SOF / DCV pour les deux projets ainsi qu'au Covid-19 qui a conduit l'équipe à interrompre ses opérations à partir du 19 mars pour aider le Ministère de la Santé/CDC (Control disease center) à répondre à la première vague de l'épidémie de Covid jusqu'à fin mai. Les deux projets ont redémarré en juin. Il y a 49 patients qui reçoivent le traitement de 2ème ligne (28 à Phnom Penh et 20 à Battambang). En décembre 2020, 39 ont été guéris, 4 ont échoué, 1 est décédé et les autres sont en attente de résultats. Les résultats sont déjà très encourageants.

En raison de facteurs similaires, l'hôpital Preah Kossamak dispose encore de 700 traitements anti-VHC sur les 1500 que nous avons donnés en juillet 2019. La direction de l'hôpital a créé un obstacle à l'accès au traitement en facturant les tests de diagnostic de 100 à 150 USD par patient en fonction de leurs conditions d'hépatite virale.

Les activités en direction de 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 de seringues dans un centre d'accueil (DIC) et MoPoTsyo, deux ONG locales). Le dépistage et le traitement dans les points chauds ont été ajoutés dans les activités à Phnom Penh en 2019 également.

La mission a réussi à publier deux articles dont les résultats de la cohorte de Phnom Penh entre 2016 et 2019 ainsi qu'une analyse coût-efficacité du modèle de soins simplifié en collaboration avec l'Université de Bristol. Il y a deux autres manuscrits en attente d'examen par des revues médicales qui sont l'enquête de séroprévalence du VHC de Maung Russey en 2018 avec la revue BMC et stratégie d'efficacité du dépistage soumise au Bulletin de l'OMS.

Un autre manuscrit est en cours de rédaction sur le modèle simplifié de soins impliquant des infirmiers dans les centres de santé avec un médecin généraliste dans l'hôpital de district semi-urbain. Ce modèle pourrait être utile à l'avenir dans les pays qui n'autorisent pas le transfert de tâches aux infirmières.

La seule recherche en cours concernant la résistance aux antiviraux à action directe (DAA) de première ligne est menée par l'Institut Pasteur et a également connu quelques retards.

	2016	2017	2018	2019	2020
Dépistages	6 296	7 804	14 251	10 783	12 662
Mises sous traitement	307	2 919	6 986	2 929	1 566
Délais d'initiation (jours)	130	30	10	3	2
Guéris	97%	96%	98%	95%	95%*
Echecs	2,7%	2,7%	1,3%	1,8%	2,0%
Décès	1	27	39	18	1

* 2 premiers trimestres

PROJET : HÉPATITE C DANS LA PROVINCE DE BATTAMBANG

Historique du projet

Ce projet s'inscrit dans la continuité du développement d'un modèle de soins simplifié qui sera reproductible à l'échelle nationale et dans un cadre plus rural. Cette phase critique du programme VHC permettra d'atteindre une population rurale qui n'a pratiquement aucune connaissance de la maladie du VHC, aucun accès aux laboratoires de diagnostic et aux traitements avancés. Le programme vise à trouver un modèle de soins efficace adapté aux contraintes des établissements de santé ruraux.

L'équipe prépare le transfert de toutes les activités liées au VHC pour un transfert complet d'ici décembre 2021.

Dispositif

MSF est présent dans 3 des 5 districts opérationnels (OD) de la province de Battambang, en s'appuyant sur les connaissances acquises à Preah Kossamak Phnom Penh. Toutes les activités se déroulent dans les centres de santé avec le soutien de MSF pour la fourniture de tests rapides, le diagnostic (grâce au GeneXpert), l'initiation et le suivi du traitement.

Bilan 2020

Le projet a été interrompu en raison du rappel de lots et des activités Covid19 que MSF a mises en œuvre entre mars et mai. L'équipe du projet a participé à la recherche des cas contacts en soutenant l'équipe provinciale et en formant quatre provinces frontalières de la Thaïlande aux mesures de prévention et contrôle de l'infection, à la mise en place d'un triage physique et à la formation aux soins cliniques.

Comme mentionné l'année dernière, l'équipe considère toujours qu'il sera difficile d'atteindre l'ensemble de la population ciblée (ou 80% d'entre eux dans le cadre d'une approche de santé publique) car les tests ne sont pas proposés de manière proactive aux personnes qui se rendent dans les structures médicales.

En dehors de la nécessité de renforcer la sensibilisation à l'éducation sanitaire autour de l'hépatite virale, la Covid19 a éloigné encore plus les gens des établissements de santé par peur de la transmission.

	2018	2019	2020
Dépistages	29 632	32 351	21 682
Mises sous traitement	1 307	1 788	1 077
Délais d'initiation (jours)	10	5	5
Guéris	96,5%	95%	97%*
Echecs	1,9%	1,1%	2,0%
Décès	10	16	1

* 2 premiers trimestres

ETATS UNIS

Typologie : Épidémie / Endémie.

Nombre de projets 2020 : 1
(5 sites d'intervention)

Dépenses 2020 : 1 464 k€

Financements institutionnels :
aucun.

**Autres centres opérationnels
MSF présents :** OCB.

PRÉSENCE MSF

MSF OCP est intervenu sur 5 sites à travers le pays en réponse directe au syndrome respiratoire aigu sévère du Coronavirus 2 (Covid-19), qui a été déclaré le 11 mars 2020. Les projets ont été mis en œuvre à New York, à Porto Rico, dans les Pueblos et la nation Navajo, en Floride, au Michigan et au Texas. L'intervention globale s'est déroulée de mars à octobre 2020, avec des calendriers spécifiques pour chacun des projets.

Les populations cibles comprenaient des personnes sans abri et en logement précaire, du personnel d'établissements de soins de longue durée (LTCF), des travailleurs agricoles migrants, des peuples autochtones, des communautés isolées et marginalisées, des travailleurs du sexe et des toxicomanes.

La décision d'intervenir sur chacun des cinq sites de MSF OCP aux États-Unis a été prise en fonction de la faisabilité et des données épidémiologiques concernant les populations négligées dans chaque endroit. Les besoins pris en charge par chaque intervention étaient adaptés au contexte de chaque site, en fonction de la capacité d'intervention de MSF. Les besoins ont été identifiés et sélectionnés sur la base de 3 critères : les données épidémiologiques nationales sur les groupes ciblés, les opportunités d'intervention de MSF et les évaluations sur le terrain dans chacun des sites identifiés.

MSF OCB a pris part à la réponse Covid-19 aux États-Unis également à partir d'avril 2020, apportant au Michigan et au Texas le modèle qu'ils ont utilisé en Europe pour soutenir les établissements de soins de longue durée.

INTERVENTION : FLORIDE

Contexte politique

En Floride, 42 % des adultes sont considérés comme risquant de développer une forme grave s'ils sont infectés par le Covid-19. La Floride compte également une population importante de travailleurs agricoles migrants, qui sont considérés comme une population vulnérable en raison de leurs mauvaises conditions de vie et de travail, de l'absence de prise en charge de leurs soins de santé professionnels (congé maladie par exemple) et d'un accès limité aux soins de santé. Le travail avec cette population peut être compliqué par les barrières culturelles et linguistiques, ainsi que par la nature saisonnière de leur travail.

MSF a été contacté par CIW (Coalition of Immokalee Workers), une organisation de défense des droits de l'homme dans le monde du travail reconnue internationalement, qui regroupe des ouvriers agricoles d'Immokalee, en Floride, dans le county de Collier. Au moment de l'intervention de MSF, le county de Collier était 8^{ème} sur 67 counties pour le nombre de cas. MSF a effectué une évaluation initiale des besoins et a constaté des vulnérabilités parmi les travailleurs agricoles migrants, notamment l'absence d'arrêts de travail en réponse au Covid-19, un accès restreint aux tests et un faible accès aux établissements de santé.

Dispositif

L'intervention de MSF en Floride s'est déroulée du 2 mai au 22 juin 2020 avec pour objectif d'assister médicalement la communauté vulnérable des travailleurs agricoles migrants, majoritairement originaires du Mexique, du Guatemala et d'Haïti, dans le contexte de la pandémie de Covid-19.

MSF a mis en place 3 activités : promotion de la santé en espagnol et en créole haïtien en collaboration avec CIW, des cliniques mobiles offrant des services de téléconsultation avec test de Covid-19 sur place, et la recherche des cas contacts avec isolement des patients positifs au Covid-19. Les activités étaient également ouvertes aux résidents à l'année d'Immokalee (15 000 personnes).

16 personnes ont été employées sur ce projet.

Bilan 2020

Promotion de la santé

Des masques ainsi que des consignes sur le lavage des mains ont été donnés à toutes les personnes venues consulter dans les structures MSF ou rencontrées dans les structures visitées par MSF. 7 centres de travail et 3 communautés ont fait l'objet de visites.

Cliniques mobiles

12 cliniques mobiles ont été effectuées sur 6 semaines avec télémédecine et tests Covid.

Nb télé-consultations	20
Nb tests Covid	465
Taux de positivité des tests	36%
Nb de cas référés	13 (Migrant clinicians network) 1 (aux Urgences)
Nb kits hygiène distribués	625
Nb de masques distribués	4584

INTERVENTION : PUEBLOS ET NATION NAVAJO

Historique du projet

Aux États-Unis, les Amérindiens et les autochtones de l'Alaska (AI/AN) sont touchés de manière disproportionnée par le Covid-19.

D'une manière générale, les AI/AN souffrent des conséquences d'une histoire douloureuse et de discrimination raciale, qui ce qui crée des disparités dans les conditions de santé de cette population.

Dispositif

Le projet MSF dans le Sud-Ouest a consisté en deux interventions, l'une dans les Pueblos (Nouveau-Mexique) et l'autre dans la Nation Navajo (Arizona). L'objectif principal était de réduire la morbidité et la mortalité dues au Covid-19 parmi les populations vulnérables. Au Nouveau-Mexique, la population cible était les communautés Pueblos, mais MSF a ajouté les personnes sans domicile fixe à Albuquerque lorsqu'il est devenu évident qu'il y avait des besoins spécifiques pour cette population vulnérable.

MSF a travaillé à Zia et San Felipe Pueblos, dans la nation Navajo et à Albuquerque au cours du projet, qui s'est déroulé du 14 avril au 30 juin 2020.

Les activités du projet comprenaient la formation et la sensibilisation à la prévention des infections, des évaluations et des recommandations, la promotion de la santé communautaire et l'augmentation de la capacité des cliniques de l'Indian Health Service (IHS). 4 personnes ont travaillé sur ce projet.

INTERVENTION : NEW YORK

Historique du projet

Les sans-abri ont été touchés de manière disproportionnée par le Covid-19, à cause des taux élevés d'infections dans les centres d'hébergement à travers le pays, et les personnes sans abri sont deux fois plus susceptibles d'être hospitalisées. Il existe également des vulnérabilités croisées, car les personnes de couleur sont plus nombreuses à être sans abri.

Dispositif

L'intervention de MSF à New York a ciblé les personnes sans domicile fixe et en logement précaire et s'est déroulée de mars à juin 2020.

Le projet avait les objectifs suivants :

- Permettre l'accès à des services médicaux, sociaux et d'urgence.
- Faciliter l'accès au lavage des mains et à l'hygiène de base.
- Distribuer des équipements de protection individuelle (en particulier des masques) et des thermomètres aux organisations soutenant la population cible.
- Sensibiliser la population cible aux risques posés par le Covid-19 et aux mesures de protection.

- S'assurer que la population cible a accès aux tests, qu'elle est incluse dans les recherches de contacts et qu'elle a accès aux ressources nécessaires pour un isolement et une quarantaine appropriés.

Bilan 2020

1109 téléphones ont été distribués pour contacter les services d'urgence.

191 kits de lavage de main ont été donnés à des organisations partenaires dans différents quartiers de New York.

Environ 18 000 masques ont été distribués.

80 acteurs ont bénéficié d'un support contrôle et prévention des infections.

119 sessions de promotion de la santé ont été dispensées.

INTERVENTION : PORTO RICO

Historique du projet

La décision de MSF de développer un projet de réponse au Covid-19 à Porto Rico était basée sur une évaluation des besoins qui a révélé que dans le contexte du Covid-19, les résidents de ce territoire américain présentaient des vulnérabilités accrues du fait d'un système de santé fragile et d'une forte proportion de personnes âgées et de personnes souffrant de maladies chroniques. En outre, la population portoricaine est plus vulnérable que la population américaine en général, notamment en raison d'un taux de chômage plus élevé et d'une forte insécurité alimentaire. La population cible de l'intervention comprenait des groupes à risque (personnes sans domicile fixe, personnes consommant des drogues (PWUD), travailleurs du sexe, communautés isolées et à risque y compris les personnes âgées), ainsi que des travailleurs médicaux, paramédicaux et sociaux à risque (personnel d'établissements de santé publics et à but non lucratif de Porto Rico, étudiants et résidents en médecine, personnel des banques de sang, écoles pour enfants malentendants).

Dispositif

L'objectif de l'intervention de MSF était d'aider les Portoricains, les organisations communautaires (CBO) et les prestataires de soins de santé à répondre à la pandémie de Covid-19 sur de nombreux sites à travers Porto Rico. Plus précisément, les objectifs étaient les suivants :

- Améliorer la capacité immédiate et durable à assurer des pratiques de contrôle et prévention des infections appropriées.
- Atténuer les risques de vulnérabilité.
- Comblent les lacunes identifiées en matière de soins médicaux.
- Répondre aux besoins et aux traumatismes causés ou exacerbés par la pandémie de Covid-19.

Les activités ont couvert :

- Promotion de la santé.
- Formation à la prévention des infections.

- Installation de douches mobiles et dons d'équipements individuels aux établissements de santé et aux organisations communautaires.
- Consultations médicales pour les patients atteints ou non de la pandémie de Covid-19 dans les zones isolées, par le biais de cliniques pop-up et de visites à domicile.
- Suivi et soutien des patients atteints de la pandémie de Covid-19 et isolés chez eux.

Le programme a été lancé le 23 mars et s'est terminé le 30 septembre 2020.

22 personnes ont travaillé sur ce projet.

Bilan 2020

MSF a collaboré avec 13 organisations communautaires et 25 structures de santé.

79 200 masques ont été distribués.

Des opérations de promotion de la santé ont été effectuées avec distribution de 5 500 kits hygiène.

106 personnes ont reçu une formation au contrôle et à la prévention des infections.

1 120 personnes ont bénéficié d'au moins une consultation médicale. 19% ont été suivies. 81 patients ont été inclus dans le programme de surveillance Covid.

FRANCE

Typologie : Populations réfugiées.**Personnel 2020 :** 45**Nombre de projets 2020 :** 2**Dépenses 2020 :** 5 645 k€**Financements institutionnels :**
30 k€ (Agence régionale de Santé).**Autres centres opérationnels MSF présents :** aucun.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

D'après le suivi des flux migratoires vers l'Europe réalisé par l'OIM en 2020, 55 997 personnes sont arrivées en Europe au 29 septembre 2020 comparées à 126 536 arrivées en 2019. Il faut par contre noter cette année une augmentation des arrivées en Italie par la Libye et la Tunisie (23 726 au 29 septembre 2020 vs 11 471 en 2019). Les arrivées par l'Espagne, la Grèce et les Balkans ont quant à elles globalement diminué certainement du fait de l'épidémie de COVID. L'Union Européenne est en train de revoir les accords de Dublin et de proposer un pacte sur la migration qui apparaît être un recul plus qu'une avancée quant au droit à l'asile : organisation des expulsions coûte que coûte en incitant les états ne voulant pas accueillir à prendre en charge les retours, renforcement des contrôles aux frontières et de la politique d'externalisation des frontières.

En France, en 2019 : 177 822 demandes d'asile ont été adressées, en hausse de 9,3 % par rapport à 2018. Au total, le nombre de décisions d'accord d'un statut de protection (réfugié et protection subsidiaire, hors mineurs accompagnants) prises par l'Ofpra et la CNDA s'établit en 2019 à 36 275 sur 95 400, (+ 8,8 % par rapport à 2018) alors que 31 304 éloignements du territoire ont été actés.

Le premier trimestre 2020 a été marqué par une succession d'événements externes, ayant un impact direct sur les populations ciblées par le projet de MSF et la bonne conduite des activités : la grève interprofessionnelle liée aux réformes sur les régimes de retraite et la grève du barreau des avocats de Paris. Enfin, le confinement déclenché le 16 mars a stoppé immédiatement tous les flux migratoires en Europe.

Contexte sanitaire

La pandémie de Covid-19 a totalement déstabilisé le système de santé : des lits hospitaliers saturés, du personnel soignant épuisé et en sous-effectif, et des choix politiques qui ont sacrifié les personnes âgées des Ehpad.

Entre mars et juin, les personnes précaires ont été hébergées mais placées dans des dispositifs inappropriés en période de pandémie, quand d'autres ont dû subir le confinement dans leurs logements inadaptés au respect de la distanciation et autres gestes barrières du fait de la promiscuité. Ces hébergements sont devenus des clusters importants. De nombreux services gouvernementaux ou associatifs à destina-

tion des populations en grande précarité se sont trouvés à l'arrêt pendant la première période de confinement.

L'approche de l'hiver, la deuxième vague de Covid en cours, mélangés à la posture sécuritaire du gouvernement suite à des assassinats en lien avec les mouvances islamistes par des personnes migrantes nouvellement arrivées en France, compliquent la situation dans laquelle se trouvent des milliers de personnes sur le territoire et de ceux qui veulent les aider.

PRÉSENCE MSF

MSF a ouvert un programme opérationnel en décembre 2017 avec un centre d'accueil de jour pour les mineurs non accompagnés (MNA) à Pantin, suivi par l'ouverture de l'hébergement Passerelle à Neuilly-Plaisance et le développement de réseaux de familles solidaires en août 2018.

En 2019-2020, la mission France a déclenché des hébergements d'urgence à Marseille, Montpellier, Bordeaux et Paris pour les MNA en période hivernale.

Avec la pandémie de Covid-19, MSF a renforcé ses activités en France avec une assistance dans deux centres Covid pour populations sans domicile et dans des Ehpad, ainsi qu'un soutien de certains hôpitaux.

PROJET : ON THE MOVE

Historique du projet

Suite aux démantèlements des camps de Calais et Grande-Synthe en 2016, MSF a ouvert un programme d'assistance à une population identifiée comme particulièrement vulnérable, les MNA, avec comme objectifs de faire reconnaître la présomption de minorité et de permettre un accès inconditionnel aux soins de qualité. Après l'ouverture du centre de jour à Pantin en décembre 2017, de l'hébergement Passerelle en août 2018, MSF étend ses projets à Marseille et adapte son plaidoyer sur un plan national.

Un premier rapport a été publié en 2019 décrivant, au travers de notre expérience parisienne, les lacunes et incohérences du système et émettant une série de recommandations afin d'améliorer la prise en charge des MNA. Un rapport de plaidoyer en santé mentale sera publié en 2021 et un second rapport sur la situation des MNA en France en 2022.

Dispositif

- **Accueil de jour au centre de Pantin** pour MNA déboutés et/ou en transit comprenant : un pôle santé somatique, un pôle santé mentale, un pôle social et un pôle juridique.
- **Accueil de jour à Marseille** pour MNA déboutés comprenant : un pôle infirmier et un pôle social. Le juridique étant assuré par les avocats du barreau de Marseille en coordination avec le responsable juridique coordination.
- **Dispositifs d'hébergement** : hébergement Passerelle (Neuilly Plaisance : 32 lits) et transition vers un nouveau lieu (Sevran : 10 lits) en octobre 2020 pour les cas médicaux les plus sévères (psychologiques et médicaux), hébergement à Epinay (10 lits) pour les MNA sans pathologie spécifique et hébergement à Marseille (15 lits) dans un foyer.
- **Hébergement d'urgence de janvier à juin** : 4 villes de France, Paris, Marseille, Montpellier et Bordeaux.
- **Dispositif Familles d'Hébergement Solidaire (FHS)**, avec Accueillons, permettant de loger les jeunes pendant toute la période de recours (Occitanie, Bretagne, Paris Ile de France).
- **Activités externes** :
 - Cliniques et équipes mobiles campements, foyers de travailleurs migrants et Ehpad jusqu'à décembre sous projet Urgence Covid.
 - Analyses contextuelles et exploration Bordeaux, Montpellier, Marseille, Calais.
 - Observations aux frontières intérieures avec la CAFI (coordination d'ONG) à Hendaye, Menton/Vintimille, Briançon.
 - Participation à l'enquête nationale sur l'impact de la mise en place du fichier biométrique (ministère de l'Intérieur).

Bilan 2020

1668 jeunes admis depuis l'ouverture du programme, 4373 consultations médicales effectuées, 4629 interventions en santé mentale, 344 MNA hébergés à Passerelle et en FHS et 227 en hébergement d'urgence en 2020. 38 MNA ont été placés à l'ASE (Aide Sociale à l'enfance) et 115 suite à des décisions du tribunal administratif. 44% des jeunes pour 984 saisines ont été placés à l'ASE depuis le début de la mission. Et pourtant, la grève des transports, la grève des avocats et l'arrivée du virus Covid-19 ont eu des conséquences notables sur l'organisation des programmes de la mission France.

Pantin : Très peu d'admissions jusqu'en août en raison de la fermeture des frontières et de la Covid-19 : 354 admissions en 2020 (-51% par rapport à 2019), Le confinement a amené à la création d'une équipe mobile pour aller au devant des MNA hébergés en hotel et confinés (Infirmier, psychologue et assistant social) et à une augmentation importante des consultations psy : 1949 consultations en santé mentale dont 686 sur le deuxième trimestre correspondant à la période de confinement.

Passerelle et Epinay : Très peu de départs en FHS (20 MNA en familles solidaires) compte tenu de la situation sanitaire et impossibilité de réduire le nombre de lits de 32 à 20 lits comme prévu en juillet. Déménagement en octobre à Sevran avec une nouvelle maison (12 lits) en collaboration avec Accueillons, dédiée aux plus vulnérables, cas médicaux et psychologiques.

Hébergement d'urgence : De décembre à juin (fin de la trêve hivernale), nous avons hébergé 90 MNA à Paris, 86 à Marseille, 45 à Bordeaux et 6 à Montpellier. Soit un total de 227 MNA (20 059 nuitées), dans des conditions difficiles pendant le confinement. Fin juin, avec les associations UTOPIA, Midi du Mie, Timmy et Comede, ouverture d'un camp au parc Jules Ferry dans le 11^{ème} pour rendre les MNA visibles : 100 MNA. Ce camp a perduré pendant 5 semaines et a été démantelé après l'obtention d'un accord avec la ville de Paris de l'ouverture d'un dispositif pour MNA en recours.

PROJET : URGENGE COVID

- En Ile-de-France, constitution d'une équipe urgence Covid (cliniques mobiles, équipes mobiles dédiées aux personnes précaires à partir du 23 mars jusqu'à fin juin : interventions dans des hôtels, gymnases, foyers de travailleurs migrants et autres lieux d'hébergement collectif pour une assistance médicale avec une attention particulière à la détection des cas de Covid-19.
- Intervention dans deux centres de desserement à Chatenay-Malabry (92) et un à Aulnay-sous-Bois (93) avec des équipes médicales 7 jours sur 7 en avril et mai.
- Soutien logistique et médical de 2 centres de santé dans les quartiers Nord de Marseille.
- Déploiement dans 2 hôpitaux à Reims et Henri Mondor à Créteil (94) d'un soutien logistique et médical.
- Déploiement d'une équipe dédiée aux Ehpad (94, 92, 93) afin d'aider à renforcer les mesures de prévention et de contrôle des infections, et d'apporter une assistance médicale et psychologique. 29 Ehpad ont bénéficié d'un suivi en santé mentale.
- 2 enquêtes ont été menées en juin 2020 afin d'évaluer le niveau d'exposition à la Covid-19 des populations auprès desquelles MSF est intervenu et de documenter les effets du dispositif sanitaire.

Résultats obtenus

Malgré cette période complexe, nous avons continué nos efforts de plaidoyer et obtenu des victoires importantes :

- Obtention de la mise à l'abri en urgence des jeunes du campement Jules Ferry jusqu'à la fin de leur recours judiciaire en attendant la mise à disposition d'un bâtiment dédié cofinancé Mairie/Etat. Ce dispositif, premier en France, a ouvert le 16 décembre avec 40 lits dans le 15^{ème} arrondissement de Paris.
- Nette amélioration de la collaboration avec les avocats du barreau de Paris, Bordeaux et Marseille.
- Participation à des recours administratifs pour placement ASE (pendant le Covid) de 78 jeunes et dont une décision unique à Bordeaux de placer les MNA à l'ASE jusqu'à la décision finale du juge pour enfants.
- Collaboration renforcée avec l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France pendant l'urgence Covid qui a permis l'obtention d'une prise en charge médicale des MNA suspects sans restriction ou questionnement de leur âge.

Indicateurs

	2018	2019	2020
Pantin : Nb passages	7363	7345	2844
Pantin : Nb MNA inclus	789	734	354
Pantin : Nb consultations paramédicales	1481	2877	3095
Pantin : Nb interventions en santé mentale	1406	1822	1949
Pantin : Nb saisines	456	400	151
Pantin et Passerelle: % placement à l'ASE	56%	48%	48%*
Pantin : Nb AME (aide médicale d'état) abouties	25	117	132
Clinique mobiles : Nb consultations (médicales et paramédicales)	633	1428	2470
Passerelle/Pierrefitte/Epinay : Nb nouvelles admissions MNA	64	136	32
Passerelle : durée moyenne de séjour en jours	90	84	180
Hébergement solidaire : Nb familles	93	90	96
Hébergement solidaire : Nb MNA hébergés	16	53	43
Marseille : Nb de MNA inclus et hébergés			26
Marseille : Nb de saisines			16
Marseille : Nb MNA hébergés en hébergement solidaire :			3

* A cela s'ajoute 16 décisions de placement par le Tribunal Administratif de 115 jeunes, pendant la période d'hébergement d'urgence entre janvier et juin 2020.

HAÏTI

Typologie : Accès aux soins.**Personnel 2020**International : 33
National : 618**Nombre de projets 2020 :** 3**Dépenses 2020 :** 11 977 k€**Financements institutionnels :**
aucun.**Autres centres opérationnels
MSF présents :** OCA, OCB.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

La république d'Haïti connaît une instabilité politique et subit des violences urbaines (gangs, forte criminalité) depuis des dizaines d'années. Un temps circonscrit à la zone métropolitaine de Port-au-Prince et aux quartiers défavorisés, la gangstérisation et la violence se sont généralisées à tout le pays. En juin 2020, une alliance appelée le G9 s'est créée à Port-au-Prince regroupant beaucoup des groupes majeurs qui contrôlent la zone métropolitaine. Il s'agit certainement d'une alliance opportuniste et les rumeurs l'associent au pouvoir en place. A Cité Soleil, des affrontements intenses entre les groupes armés ayant rejoint le G9 et le groupe armé de Brooklyn ont fait plus d'une centaine de morts en juin-juillet et mené à la création du G-Pep là, une alliance concurrente mais bien plus limitée d'un point de vue territorial. Les difficultés économiques, les gangs se finançant en grande partie sur le prélèvement de taxes sur leur territoire, et l'approche d'échéances électorales qui permettent aux gangs de se vendre au plus offrant pour le contrôle des votes pourraient cependant faire éclater ces alliances. Face à la crise institutionnelle qui a commencé en mars 2019 avec la mise en place d'un gouvernement non-approuvé par le Parlement pour aboutir en 2020, à une concentration des pouvoirs sur l'exécutif (plus de Parlement et un tiers du Sénat qui fonctionne encore depuis janvier 2020, un pouvoir judiciaire marginalisé, des cartels municipaux prolongés ou nommés par décret en août 2020) et à l'incapacité de faire voter un budget, les bailleurs ont suspendu l'aide budgétaire à Haïti. La paralysie politique a eu également un impact négatif sur l'aide au développement et l'aide humanitaire en l'absence d'interlocuteurs crédibles et de contrepartie gouvernementale fiable pour lancer les activités. Depuis des mois, les Etats-Unis suivis par l'Union Européenne et les autres membres actifs de la communauté internationale continuent à appeler à la restauration de l'Etat de droit et à l'organisation rapide d'élections législatives. En septembre 2020, le Président a donc installé un nouveau Comité Electoral Provisoire (CEP) – en remplacement de celui qui avait démissionné en bloc fin juillet 2020 – alors que la Cour de Cassation avait suspendu la cérémonie de prestation de serment, pour forcer la main de l'opposition à consentir à l'organisation d'élections législatives. Plus Haïti s'approche de février 2021, date de fin de mandat présidentiel pour Jovenel Moïse donc date où ses détracteurs veulent le voir partir, plus les risques de tensions et de manifestations violentes se multiplient.

Dans l'urgence liée au Covid-19, d'importants financements ont été débloqués notamment par le FMI, la Banque Mondiale, et les bailleurs traditionnels d'Haïti (les Etats-Unis en tête, l'Union Européenne ou encore le Canada) sans contreparties et très peu d'exigence de transparence. Si cela aura sans doute permis d'éviter un effondrement encore plus important du pays, ces financements vont se tarir avec l'amélioration de la situation liée au Covid-19 et la détérioration continue de la situation. Haïti a obtenu des facilités de crédit dans cette même période malgré un endettement déjà considérable sans compter la fameuse affaire PétroCaribe (une forme de prêt en pétrole) de détournement de milliards de dollars censés être investis dans le pays pour relancer l'économie (grands projets d'infrastructures, investissements de modernisation de l'économie, etc).

Cette affaire PétroCaribe précédée de peu par la tentative d'augmentation du prix des carburants le 7 juillet 2018 qui avait déjà généré une vague de manifestations dégageant en émeutes et pillages, avait donné naissance à une plateforme d'opposition issue de la société civile appelée les « *petro challenger* ». Liant la hausse du prix du carburant et la crise économique à ce scandale de corruption, les « *petro challenger* » ont tenté de maintenir la pression pour obtenir la démission du Président et du gouvernement entraînant le pays dans une période de *Peyi Lock* (pays bloqué). Depuis 2018, la Cour Supérieure des Comptes a publié trois rapports accablants pour de nombreux acteurs économiques et politiques dans cette affaire y compris l'ancien et l'actuel président de la République issus du PHTK. Etranglé, le pays a progressivement repris ses activités fin 2019 avec une pause décrétée dans le mouvement « *Peyi Lock* » avant d'être frappé par la pandémie de Covid-19 en mars 2020 mettant de nouveau le pays à l'arrêt. L'état d'urgence sanitaire a été levé le 19 juillet 2020 et heureusement, les prévisions catastrophiques liées au Covid-19 ne se sont pas réalisées en Haïti où l'épidémie est restée relativement contenue.

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 à l'aide extérieure avec une importante partie de la population tentée par la migration. Pour contrecarrer la chute de la gourde face au dollar et casser la spéculation, la Banque de la République d'Haïti a injecté 47 millions de dollars dans le marché des changes fin août avec le plan d'aller jusqu'à 150 millions de dollars ce qui a eu pour effet de faire passer la

gourde de 120HTG pour 1USD en août à 65HTG pour 1USD début octobre. Une stratégie déjà tentée par le passé et qui avait eu un impact très limité dans le temps avant une nouvelle dépréciation de la monnaie. La rapidité de cette appréciation de la gourde n'a pas permis dans un premier temps au marché de s'adapter. Cette nouvelle situation pourrait avoir un impact négatif sur des pans entiers de l'économie comme l'industrie textile qui s'inquiètent d'avoir à licencier si le taux reste aussi haut (en 2004-2005, la même situation d'appréciation du peso avait entraîné une crise long terme de l'industrie textile en République Dominicaine).

Les manifestations ont continué en 2020 à échéances régulières. Les appels à la mobilisation de l'opposition et des PétroChallengers cependant, ne mobilisent plus. La population est exsangue et il est à craindre que ce soit plutôt la faim et l'absence de perspectives futures meilleures qui provoquent les prochaines émeutes et un nouveau déchaînement de violence. A ce stade, les revendications politiques des uns rencontreront la détresse et le désespoir des autres. Les violations des droits de l'Homme, les intimidations voire les assassinats ciblés de magistrats ou avocats, journalistes, artistes, activistes sont courants. L'assassinat fin août du bâtonnier de Port-au-Prince a suscité beaucoup d'émoi au sein de différentes couches notamment chez les étudiants qui pourraient prendre un rôle central dans la reprise de la mobilisation contre le Président. Il reste encore beaucoup de questionnements autour des commanditaires et des motivations derrière ce crime mais beaucoup y voit là un crime d'Etat. Jovenel Moïse démontre tous les symptômes du syndrome d'hubris. Si le consensus a l'air d'exister sur le besoin de réformer la Constitution, les forces d'opposition y voit l'opportunité de diminuer le pouvoir central et notamment celui du Président au profit des autorités territoriales et des contre-pouvoirs. Jovenel Moïse est dans une démarche opposée et certains se demandent s'il ne va pas aussi permettre au Président de faire deux mandats consécutifs, aujourd'hui interdit par la Constitution haïtienne. Face à la montée de cette folie du pouvoir, les défections au sein du camp Moïse se multiplient. Récemment c'est le Président du PHTK qui a critiqué le passage en force de Jovenel Moïse sur le CEP et tendu la main aux partis d'opposition en vue d'organiser un dialogue.

Cette montée de tensions au sein de la population s'accompagne de rumeurs de réarmement important au niveau des gangs armés. Régulièrement des cargaisons d'armes sont saisies aux ports ou à la frontière mais ce n'est que la partie émergée de l'iceberg. Liés à des acteurs politiques (gouvernement ou opposition), les gangs armés sont un instrument essentiel au moment des élections pour « remporter » des voix dans les quartiers sous leur contrôle. Derrière ces partis politiques et ces gangs, on ne peut que deviner la main invisible des grands acteurs économiques du pays dans l'objectif de faire perdurer leurs situations au travers de leurs participations actives à ces luttes de pouvoirs.

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 collecte des données est

déficient et même des indicateurs de base sont difficiles à obtenir (comme la couverture vaccinale) ce qui rend difficile le travail des acteurs humanitaires ou de développement.

Le système de santé souffre de la crise socio-économique que connaît le pays. Le système étant majoritairement privé, l'accès aux soins est devenu également plus onéreux, affichant une inflation en glissement annuel de plus de 44%. 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 d'intrants (médicaments et carburant) pour fonctionner correctement. Les salaires sont trop faibles ne permettant pas d'assurer la présence de médecins et spécialistes – les structures de santé publiques fonctionnent grâce aux résidents et ce sont souvent les résidents seniors qui forment les résidents juniors aujourd'hui. Des systèmes de contrebandes d'intrants sont monnaies courantes dans les hôpitaux publics et les patients sont obligés de fournir eux-mêmes les intrants 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 (Hôpitaux plusieurs fois caillassés à Port au Prince, notamment en août 2020).

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. Pour la période allant d'août 2020 à février 2021, la classification IPC considère que 4 millions de personnes seront dans une situation d'insécurité alimentaire (près de 1 million en situation d'urgence et 3 millions en phase de crise) et s'attend à ce que ce chiffre augmente sur le reste de 2021.

En ce qui concerne l'épidémie de Covid-19, deux premiers cas ont été confirmés le 19 mars. Un pic a été observé en mai avec une quasi-saturation des structures de traitements mises en place, affectant également l'offre de soins avec la fermeture de certains services ou structures de soins. La mise en place progressive de nouvelles structures a permis de faire face à cette situation. Fin juin, le nombre de cas sévères recensés à commencer à baisser entraînant une normalisation progressive de la situation à partir de cette date (réouverture de la frontière avec la République Dominicaine, de l'aéroport etc.). En date du 14 novembre, un total de 9168 cas et 232 décès ont été recensés.

PRÉSENCE MSF

En 2004, MSFP OCP a développé son premier centre de traumatologie à Port-au-Prince et depuis, a maintenu une capacité chirurgicale en se focalisant sur la prise en charge des grands brûlés à compter de 2015. En novembre 2019 avec l'augmentation de la violence, OCP a rouvert l'hôpital de Tabarre anciennement OCB pour la prise en charge des cas graves de traumatologie.

Depuis 2006, MSF OCB est présent dans le quartier de Martissant avec un centre d'urgences de stabilisation qui réfère ses patients sur les hôpitaux étatiques ou privés de Port-au-Prince dont Tabarre. OCB soutient l'hôpital communautaire de Port à Piment (sud du pays) pour la prise en charge des soins de santé maternelle (niveau SONUB). Depuis 2015, OCA apporte des soins aux personnes victimes

violences sexuelles à Port-au-Prince, l'extension de ce projet dans l'Artibonite a pu débuter après sa mise en attente en septembre 2019.

PROJET : DROUILLARD

Historique du projet

En 2011, MSF OCP installe à Drouillard un centre de traumatologie accueillant des patients victimes de violences, 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, décision est prise de se spécialiser sur la prise en charge des brûlures, une spécialisation qui s'opérera en 2015 avec la dénomination de notre hôpital comme : le Centre des Brûlés d'Haïti (CBH).

Fin 2016, un plan de 5 ans est validé pour le projet de prise en charge des brûlés d'Haïti (2017 – 2022). 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 patients à infections multi-résistantes (BMR), etc.), la formation de structures haïtiennes ou de praticiens (résidents chirurgiens) à la prise en charge de la brûlure ainsi que la décentralisation de soins.

Cette décentralisation des soins dans les structures de santé publiques et privées – du fait de faiblesses structurelles – n'a pas permis d'obtenir des résultats convaincants.

De mars à août 2020, OCP a répondu à la pandémie de Covid-19, les premiers cas ayant été rapportés à partir de mars 2020. Le centre de Drouillard a été transformé en centre de prise en charge des patients suspects ou confirmés de la maladie. Une équipe mobile a été mise sur pied pour pallier la fermeture temporaire du CBH et reprendre, sous une forme un peu différente, l'idée d'un transfert de compétences vers d'autres structures de prise en charge qui pourraient dans le futur, admettre des patients victimes de brûlures légères à modérées selon le niveau de soins disponibles.

Dispositif

Le CBH est passé, à sa réouverture en août 2020, de 40 à 20 lits d'hospitalisation (6 lits de soins intensifs au lieu de 10, 5 en isolement au lieu de 6 et 9 en hospitalisation au lieu des 24 lits précédemment ouverts). Le CBH offre toujours une prise en charge globale (chirurgie, physiothérapie, santé mentale et suivi ambulatoire).

La réduction du nombre de lits s'accompagne de plusieurs initiatives avec comme objectif central d'élever la qualité des soins en optimisant les processus décisionnels relatifs à la prise en charge, renforçant l'approche pluridisciplinaire et en proposant des plans de soins individualisés et surtout discutés avec les patients.

Le modèle de l'équipe mobile a été maintenu après la fin du projet Covid-19 dans le but d'assurer un suivi des patients brûlés qui ne rentrent pas dans les critères d'admission du CBH (moins de 10% de surfaces brûlées chez les enfants et moins de 15% chez les adultes), et de contribuer à la diversification de l'offre de soins de qualité à Port-au-Prince pour les personnes brûlées.

Bilan 2020

Les chiffres réalisés en 2020 sont discordants par rapport aux prévisions et aux années antérieures du fait de l'interruption des admissions entre fin mars et fin août 2020 (Covid-19). De plus, la réduction du nombre de lits et le resserrement des critères ont entraîné une baisse du nombre d'admissions pour les mois de septembre à décembre 2020.

Description indicateurs	2016	2017	2018	2019	2020 (jan - avril et sept-déc)
Nb d'admissions	801	694	590	583	260
Nb d'actes chirurgicaux	4 711	4 842	4 568	4 683	2 209
Nb de pansements en ambulatoire	5 244	6 027	7 022	6 005	2 228
Durée moyenne du séjour (jours)	16	17	16	20	17
Taux d'occupation des lits	86,2%	80,8%	81%	77,5%	64%
Mortalité hospitalière (%)	7,25%	7,2%	9%	6%	12,4%
Nombre de patients vus par équipe mobile	N/A	N/A	N/A	N/A	108

Covid-19

Concernant la prise en charge des patients souffrant de Covid-19, MSF OCP a donc transformé Drouillard en centre de traitement Covid et a reçu son premier patient le 16 mai 2020. Le centre a fermé le 7 août 2020.

Près de 350 personnes sont passées par le centre Covid. 334 personnes ont passé le premier screening et ont été vues à la salle de triage, 43% (144) se sont présentées avec des formes légères ou modérées de la maladie et ont bénéficié de consultations en ambulatoire avant de rentrer chez elles avec des consignes pour l'isolement à domicile. 12 patients sont décédés au triage, au screening ou dans des ambulances avant d'être admis ou référés. 190 patients se sont présentés avec des formes sévères de la maladie et ont été admis. Les patients se présentaient généralement tard avec une grande dépendance à l'oxygène (moyenne de saturation à l'admission à 87,8%). 33% des patients admis sont morts.

PROJET : TABARRE

Historique du projet

En 2019, au regard de la dégradation sécuritaire à Port-au-Prince associée aux défaillances du système de santé pour assurer la prise en charge des urgences traumatologiques, MSF OCP décide de rouvrir l'hôpital de traumatologie de Tabarre fermé par MSF OCB fin 2018.

L'objectif de ce projet est d'offrir une prise en charge d'urgence (24/7) pour les victimes de traumatismes (violences ou accidents) dont le pronostic vital est engagé.

Ouvert sous la pression de la détérioration continue de la situation socio-politique depuis juillet 2018 et accentuée avec la situation de Peyi Lock, les activités ont commencé dans un mode urgence puis le projet a été inscrit dans une logique plus 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. partenariats de formation avec MSPP, PIH). Ce centre de traumatologie d'urgence a ouvert le 25 novembre 2019 initialement avec 25 lits et est rapidement monté à sa capacité actuelle de 50 lits.

Dispositif

L'hôpital de Tabarre est une structure en Containex qui fournit des services de soins 24h/7. L'hôpital dispose d'une salle d'urgence (3 postes de déchoquage et 4 lits d'observation), d'un bloc opératoire (3 salles dont 1 salle de pansements, 4 postes de réveil), une unité de soins intensifs (6 lits), un service d'hospitalisation (24 lits orthopédiques, 12 lits viscéraux, 6 lits bactéries multi-résistantes, 2 lits en chambre individuelle).

A leur sortie d'hospitalisation, les patients qui le nécessitent sont suivis en ambulatoire tant pour le volet chirurgical que rééducation fonctionnelle. Ce service fonctionne 5 jours sur 7 et comprend 2 salles de consultations, une salle de pansements, un dispensaire de médicaments, et une salle de physiothérapie.

Cet hôpital est doté d'un laboratoire avec la possibilité d'y stocker du sang, d'un service de radiologie, d'un service psycho-social et de kinésithérapie.

Afin de maintenir une capacité d'hospitalisation de 50 lits, les critères d'admission sont extrêmement restreints.

Durant l'épidémie de Covid-19, 10 personnels internationaux (dont 8 de Tabarre) sont partis du jour au lendemain saisissant l'une des seules opportunités de sortir du pays permise via l'organisation d'un avion vers l'Europe. Parallèlement nous avons eu un cluster de 20 membres du personnel contaminés par le Covid. Malgré cette situation les équipes ont su maintenir sans rupture le fonctionnement du centre de traumatologie de Tabarre en réajustant l'organisation de l'hôpital.

Bilan 2020

Avec l'épidémie Covid-19 qui a commencé en mars 2020 en Haïti, la stabilisation des activités telle que prévue dans les objectifs 2020 n'a pas pu être réalisée complètement.

Les difficultés de déplacement engendrées par cette épidémie ont créé de nombreux gaps à des postes clefs et à des postes initialement prévus pour accompagner le renforcement des compétences et l'amélioration de la prise en charge des patients. En conséquence, la phase de stabilisation qui devait amener la mise en place d'un plateau de formation – qu'il soit pour les personnels médicaux internationaux intégrant les pools de MSF ou les résidents haïtiens – n'a pas encore pu être réalisée. Cet objectif est donc reporté à 2021.

	2019	2020
Nb triage (passages aux urgences)	192	1 762
Nb d'admissions	139	1 419
Nb d'interventions chirurgicales	292	4 058
Nb de pansements en ambulatoire	NA (début en 2020)	13 414
Durée moyenne du séjour (jours)	6,4	7,3
Taux d'occupation des lits	76%	85%
Mortalité hospitalière	2,1%	2,1%

PROJET : COVID-19

Historique du projet

Le 19 mars, l'épidémie de Covid-19 est déclarée à Haïti qui enregistre ses deux premiers cas. L'épidémie sévit fortement en République Dominicaine, pays voisin bénéficiant d'une meilleure situation socio-économique et d'un meilleur système de santé. La forte densité de population en Haïti, en particulier à Port-au-Prince, les conditions de précarité et d'insalubrité de centaines de milliers de personnes peuplant les bidonvilles et la faiblesse du système de santé sont autant d'éléments qui font présager une potentielle situation catastrophique en suspens avec l'arrivée de cette épidémie.

Si PIH – Lezanmi de la Santé se mobilisent très rapidement pour couvrir l'Est du pays en installant le premier centre de traitement du pays à Mirebalais, la zone de Port-au-Prince est faiblement couverte et impose, à la vue des éléments disponibles (projection d'une épidémie d'ampleur, forte population, faible disponibilité de soins) une réaction d'urgence.

La situation de fermeture des frontières permettant difficilement l'envoi d'équipe en renfort et la pénurie de matériel de protection individuelle imposant une priorisation de l'utilisation du matériel disponible dans le pays pour faire face à l'épidémie de Covid-19, décision est prise de réorienter notre activité hospitalière de Drouillard.

Le personnel et les équipements du projet, en sus de la structure hospitalière, sont mobilisés à cette fin, de manière à ouvrir rapidement un centre de prise en charge Covid-19 et la structure hospitalière du Centre des Brûlés est réorientée comme telle.

Les admissions de brûlés sont arrêtées la dernière semaine de mars, une communication est faite aux leaders communautaires.

Début avril, les équipes initient des activités de promotion de la santé axées sur le Covid-19 dans les communautés environnantes (Cité Soleil). Mi-avril, les derniers patients brûlés nécessitant des soins hospitaliers sont transférés à l'hôpital de Tabarre et l'organisation de l'hôpital de Drouillard en centre de traitement Covid et la formation du personnel sont initiés.

Le 18 avril, l'hôpital ouvre ses portes admettant ses premiers patients.

Dispositif

Le Centre de traitement a ouvert avec 20 lits et au bout de 3 semaines sa capacité a été montée à un total de 43 lits avec 6 lits de soins intensifs, 10 lits de surveillance continue et 27 lits d'hospitalisation.

Le personnel est majoritairement celui de Drouillard (remplacement de 31 personnes à risque) renforcé avec une équipe de promotion de la santé (5 mobilisateurs communautaires).

Un plan de transport du personnel de leur domicile vers le centre a été mis en place ainsi que des aménagements pour le personnel (hébergement pour repos lors de leur tour, mise en place de repas pour les nourrir).

Bilan 2020

L'ouverture d'un centre de traitement Covid à temps pour pouvoir répondre à l'épidémie (le centre a ouvert au moment où les autres structures étaient en saturation) en le faisant au travers des ressources locales (réorientation des équipes, de la structure, du matériel) et dans des conditions compliquées (peur de la maladie, difficile changement d'activité pour le personnel national, etc.) a constitué un véritable défi opérationnel.

La communication des équipes dans le voisinage et les activités de promotion de la santé mises en œuvre ont permis d'avoir le support de la communauté dans un environnement où de nombreux incidents liés au Covid, à la peur, à la stigmatisation étaient recensés (attaque de structures, de patients, de personnels sanitaires). Il n'y a pas eu d'incident recensé à Drouillard.

Le projet était bien positionné et articulé de manière intégrée avec une composante promotion de la santé, une activité de détection et suivi des cas non sévères (téléphone, équipe communautaire) et des soins d'hospitalisations avec la disposition de 43 lits.

Total Passages Screening	310
Suivis par tél/ autre suivi ambulatoire	39 / 105
Admis en hospitalisation	190
Admis en surveillance continue / oxygène	158
Références	6
Décharges contre avis	8
Décès	62

Le pic de l'épidémie a duré deux mois et la situation s'est stabilisée rapidement (baisse du nombre de cas).

MSF a suivi 310 patients suspects, en a admis 190 autres en hospitalisation dont 158 en soins continus avec oxygène. Le taux de mortalité a été assez important, un grand nombre de patients arrivant tardivement dans notre structure.

La référence des cas compliqués vers une structure de soins disposant d'un plateau technique plus important (intubation, ventilation mécanique) était compliquée car l'hôpital de Mirebalais est situé à environ 2 heures de route et la stabilisation de ce type de patient en ambulance est compliquée.

IRAK

Typologie : Conflit armé.**Personnel 2020**

International : 17

National : 169

Nombre de projets 2020 : 3**Dépenses 2020 :** 7 984 k€**Financements institutionnels :** aucun.**Autres centres opérationnels****MSF présents :** OCA, OCB, OCG.

CONTEXTE

Contexte politique

En octobre 2019, les jeunes Irakiens sont descendus dans la rue pour protester contre la corruption, le manque de services essentiels et les taux de chômage élevés. Les manifestants ont exigé des réformes politiques et la fin de longues pratiques de mauvaise gestion économique. Après une répression brutale des forces gouvernementales et des groupes armés, au cours de laquelle des centaines de manifestants ont été tués et des milliers ont été gravement blessés (dont beaucoup avec des séquelles irréversibles), les manifestants ont réussi à pousser le Premier ministre (PM) à démissionner et à forcer les dirigeants politiques à accepter des élections anticipées.

Une structure politique fragmentée, la préférence des Popular Mobilization Forces (PMF) pour le maintien du Premier ministre démissionnaire et les différends politiques concernant les postes clés du gouvernement ont retardé la formation du nouveau gouvernement d'environ six mois. Après sa formation, le nouveau gouvernement a défini ses objectifs spécifiques : la préparation d'élections anticipées - prévues pour juin 2021 - et la résolution des problèmes économiques urgents.

Les tensions entre l'Iran et les États-Unis ont atteint un niveau sans précédent après l'assassinat du général iranien Soleimani à Bagdad en janvier. Les responsables chiites ont lourdement condamné cet assassinat et fait pression pour que le Parlement décide d'expulser les troupes américaines du pays. De même, les combattants du PMF ont été mis en état d'alerte. Des vagues d'attaques de représailles visant les bases militaires américaines ont suivi l'assassinat. Les confrontations militaires américano-iraniennes en Irak ont entraîné une pause dans les opérations de la Coalition internationale (CI) contre le groupe État islamique (EI), justifiée par la volonté d'assurer la sécurité des troupes de la CI, créant ainsi un espace libre pour l'EI pour manœuvrer et reprendre ses activités.

Les activités de l'EI avaient été fortement réduites, 2019 enregistrant le plus faible nombre d'attaques terroristes depuis 2003, mais elles ont fortement augmenté au cours des mois d'avril et mai 2020, car plusieurs facteurs ont offert à l'EI un espace pour renforcer leurs capacités et augmenter le nombre d'attaques. L'impact du confinement du Covid-19, les troubles politiques non résolus, la désunion du PMF et la suspension de la participation de la CI aux opérations anti-EI y ont tous contribué.

L'année 2020 a été marquée par une forte augmentation des enlèvements d'étrangers : deux journalistes français, trois membres français d'organisations caritatives chrétiennes et un professeur d'art allemand ont été kidnappés à Bagdad au cours des six premiers mois de l'année, ajoutant une nouvelle menace de haut niveau à celle déjà imposée par l'EI aux acteurs humanitaires.

Les assassinats politiques et les enlèvements ont également augmenté depuis le début des manifestations antigouvernementales. La Commission irakienne des droits de l'homme a révélé que des dizaines de cas d'assassinat et d'enlèvement ont été recensés contre des manifestants, des militants et des blogueurs. L'assassinat le plus notable a été celui qui a visé le chercheur très en vue Hisham al Hashimi. Le Premier ministre s'est engagé à traduire en justice les assassins et les ravisseurs des manifestants.

Des groupes prétendent liés aux groupes pro-iraniens du PMF ont été accusés des incidents d'enlèvement et d'assassinat visant des activistes. Ces incidents ont été considérés comme des pressions utilisées pour saper le pouvoir et l'influence du Premier ministre, qui tente de limiter l'espace dont jouissent actuellement les milices. Les mesures prises par le Premier ministre à l'encontre des groupes pro-iraniens à Bassora et à Bagdad ont suscité de vives réactions de la part des unités du PMF. Les divisions entre les factions du PMF (loyales à Khamineï contre Sistani) se sont encore accentuées et ont conduit au départ de 4 groupes loyaux à Sistani du PMF pour rejoindre le ministère de la Défense, une décision qui pourrait conduire au démantèlement du PMF à long terme.

Malgré ses réserves pétrolières massives, le risque économique de l'Irak reste élevé. Le pays s'est retrouvé dans une crise financière sans précédent créée par l'effondrement du prix du pétrole - qui est la principale source de revenus du pays - et l'impact du confinement du Covid-19. Les employés et les retraités ont craint que le gouvernement ne soit pas en mesure de payer leurs salaires. Le nouveau gouvernement a entamé une révision des dépenses publiques et a adopté des mesures fermes et fortes reposant principalement sur l'utilisation du soutien militaire. Le PM prévoit de remanier l'administration en commençant par une série de nominations de dirigeants stratégiques dans l'armée et l'appareil de sécurité. L'armée et l'appareil de sécurité sont les outils du nouveau PM pour superviser l'économie, les frontières et les efforts de lutte contre la corruption. Les dirigeants des banques, des autorités douanières, des aéroports, des ports maritimes, des points de passage terrestres, des organismes

municipaux, des comités d'enquête, etc. ont été remplacés ou sont susceptibles de changer.

Contexte sanitaire

Des années de conflit, d'embargo économique et de déplacements ont lourdement endommagé les infrastructures de santé dans tout l'Irak et, plus récemment, dans les zones libérées : Anbar, Ninewah, Salah al-Din, Kirkuk et Diyala. Malgré la construction et la reconstruction d'établissements de santé dans tout le pays, l'infrastructure sanitaire n'est toujours pas entièrement restaurée. Cette augmentation des structures n'a pas été associée à une augmentation proportionnelle du nombre de personnel médical qualifié et des ressources adéquates. De nombreux travailleurs de la santé qualifiés ont quitté le pays.

Alors que les zones «libérées» ont subi les plus grands dommages récemment, y compris ceux affectant leur système de santé, et que la majeure partie de l'aide humanitaire y a été acheminée, d'autres villes d'Irak continuent de lutter, en particulier dans les zones où les ressources humaines sont rares. A Anbar, Diyala, Missan et Wasit en 2013 (c'est-à-dire avant la guerre contre l'EI) le ratio médecin/population était inférieur à 6 pour 10 000, alors que le ratio à Bagdad est de 8 pour 10 000 et dans certaines régions de 16 pour 10 000.

Bien qu'un large éventail de services soit disponible, beaucoup de services spécialisés ne sont guère développés, entre autres le traitement des brûlures, la réadaptation physique, la santé mentale et les soins intensifs. En outre, certains services parallèles sont également sous-développés, notamment l'organisation du flux des patients et le triage, la prévention et le contrôle des infections, la gestion des antibiotiques et les systèmes d'information de santé.

Bien que l'Irak soit considéré comme un pays à revenu intermédiaire élevé, le budget alloué par le gouvernement à la santé est faible (Irak : 154 USD/par habitant contre 257 et 366 pour la Jordanie et l'Iran respectivement, Rapport sur la situation sanitaire du ministère de la santé-2019). Les services de santé sont fréquemment en situation de pénurie, que ce soit en termes de fournitures, de structures, de gestion de la santé ou de ressources humaines. Seuls 12 % des médicaments essentiels sont toujours disponibles et 50 % ne le sont jamais dans le secteur public (Rapport sur la situation sanitaire du ministère de la santé-2019). En conséquence, l'espérance de vie moyenne est de 68/72 ans (H/F), et la probabilité de mourir avant 5 ans est de 27 pour 1000 (cf. 6,8 aux États-Unis), pour ne citer que quelques indicateurs inférieurs à la norme.

Les plans de développement nationaux appellent à un réalignement du système de santé sur la base des soins de santé primaires. Pourtant, le système de soins de santé reste centralisé et centré sur les hôpitaux. L'accès aux soins de santé secondaires est limité, 70 % du coût des soins n'étant pas couvert par l'assurance maladie gouvernementale.

Le nombre de personnes déplacées (IDP) à la fin du mois de septembre 2020 était estimé à 1 299 987 dans 18 gouvernorats, 104 districts et 2 974 sites. 30 % des IDP vivent dans des camps et des installations critiques. Des millions de personnes déplacées sont retournées dans des endroits où les services de base et les opportunités économiques font défaut, ce qui en fait un groupe vulnérable.

Le principal problème de santé de ces derniers mois est évidemment l'épidémie de Covid qui s'est propagée rapidement à partir de mai 2020 et a entraîné un quasi effondrement du système de santé. Les mesures de confinement n'ont pas été respectées et une grande partie de la population s'est méfiée d'un système de santé débordé, ce qui a ajouté à la stigmatisation sociale liée au fait d'être diagnostiqué positif.

Le nombre de lits et la capacité de dépistage ont augmenté avec le temps, mais c'est encore loin d'être suffisant pour couvrir les besoins, et les données communiquées ne donnent pas une image claire de la situation réelle.

PRÉSENCE MSF

Quatre centres opérationnels MSF étaient présents en 2020 (OCP, OCB, OCG, OCA), et prévoient d'être présents pour les prochaines années. OCBA est parti à la fin de l'année 2019. OCB est présent à Mossoul avec une activité de chirurgie reconstructive (CPoC) et un soutien aux soins de santé primaires. Ils ont également un programme de lutte contre la tuberculose multi-résistante à Bagdad. Ils prévoient de faire des évaluations dans le sud du pays dans les mois à venir.

OCG est présent dans la province de Ninive uniquement, à Mossoul avec un hôpital axé sur les activités liées à la mère et à l'enfant et les activités de soins de santé primaires, et à Sinuni avec un projet de soins de santé primaires et secondaires.

OCA a quitté le gouvernorat de Diyala à l'automne 2020, reste dans le gouvernorat de Kirkouk et prévoit de procéder à de nouvelles évaluations pour ouvrir un projet à Salah-al-Din en 2021.

PROJET : INTERVENTION COVID-19 À BAGDAD

Historique du projet

Le projet est un projet intersectionnel avec OCB, avec une coordination mixte (OCP prenant la direction opérationnelle, OCB la direction médicale, et le reste des départements divisés entre OCP et OCB). La stratégie opérationnelle consiste à soutenir le district de Rusafa dans le traitement des patients Covid sévères/critiques (soins intensifs et patients sévères).

Le district de santé (DOH) de Rusafa a été choisi car Bagdad était l'épicentre de l'épidémie (et continue de l'être), et Rusafa était le district qui comptait le plus grand nombre de cas au début de l'épidémie, avec une population importante et des zones densément peuplées qui sont mal desservies. Le DOH de Rusafa compte également moins d'hôpitaux de moins bonne qualité que le district de Karkh à Bagdad.

Le projet a débuté en avril 2020 avec les ressources locales disponibles pour une intervention Covid, OCB en prenant la gestion. L'objectif principal était de travailler sur les mesures de prévention et contrôle des infections, la formation en santé mentale et le triage à l'hôpital Ibn Al Khatib.

En mai, la première partie de l'équipe Covid est arrivée avec l'objectif de se concentrer sur l'amélioration des soins aux patients critiques. L'Irak manquant d'expertise médicale nécessaire pour les soins intensifs, le projet s'est concentré sur les soins intensifs dans le district de Rusafa à Bagdad.

Le projet devait initialement être un projet de soutien à l'unité de soins intensifs (ICU), avec appui technique et supervision. En raison d'un manque d'acceptation, la supervision de l'ICU n'a jamais été réalisée. Le projet a proposé à la fin du mois de juillet de prendre en charge un service de 30 lits pour les patients sévères. L'objectif était de réduire la charge de l'ICU en traitant les patients avant que leur état ne se détériore et en assurant un suivi adéquat des patients sortant de l'ICU afin d'y libérer des lits.

Fin août, le projet n'a pas pu se poursuivre dans l'unité de soins intensifs car la coopération avec la direction de l'hôpital était de plus en plus limitée. Fin septembre, le projet a pris en charge 24 lits de patients sévères dans l'hôpital en tant que service autonome de MSF à Al Kindi.

Fin octobre, une extension de l'hôpital d'Al Kindi a été achevée pour 36 lits (12 pour soins intensifs et 24 pour hospitalisation de patients sévères nécessitant de l'oxygène à haut débit).

Le nombre officiel de cas en Irak semble avoir atteint un plateau, mais la capacité de dépistage n'a pas augmenté et a même parfois diminué. De nombreux patients restent chez eux, même avec de l'oxygène, et refusent de se rendre dans les hôpitaux. De nombreux cas suspects ne sont pas testés ; de nombreux cas positifs et décès ne sont pas signalés. On pense que la propagation du Covid se poursuit à un rythme bien plus élevé que les chiffres rapportés. Les autorités, à tous les niveaux, sont réticentes à communiquer leurs données à MSF.

Dispositif

Le projet est basé dans un établissement public, l'hôpital Al Kindi. Le projet a fonctionné avec 24 lits et fournit des soins infirmiers et médicaux aux patients sévères (machines CPAP), ainsi que de la physiothérapie, jusqu'à ce qu'il soit étendu à 36 lits dans un nouveau bâtiment à Al Kindi. Ces 36 lits seront composés de 12 lits pour les soins intensifs et de 24 lits pour l'oxygène à haut débit. L'objectif principal est de traiter les patients jusqu'à leur sortie de l'hôpital plutôt que de les orienter vers d'autres services. Les services auxiliaires sont fournis par Al Kindi (radiologie, laboratoire). Les patients qui doivent être référés pour un traitement non disponible dans l'hôpital seront envoyés par les ambulances d'Al Kindi vers un autre hôpital.

Bilan 2020

Initialement prévue comme un soutien technique pour une unité de soins intensifs de 24 lits en juin, l'équipe a vu sa capacité passer à 33 lits en juillet.

Nombre d'admissions en soins intensifs pour juillet

et août : 146

Sorties : 56

Décès : 90

En septembre, MSF s'est retiré de l'unité de soins intensifs et a commencé à gérer de manière indépendante une unité de 24 lits pour les patients sévères avec de l'oxygène à haut débit (CPAP).

		sept	oct	nov	déc	TOTAL
Nb de lits	24	24	24	24	36	
Nb de cas sévères (avec oxygène)	65	22	30	39	19	175
Nb de décès	33	7	19	27	8	94
% Mortalité	50,8%	31,8%	59,4%	69,2%	42,1%	53,7%

Outre le travail sur la prévention des infections, les formations médicales, infirmières et de stérilisation avec les équipes MSF, des sessions sur la maladie et les mesures de prévention des infections ont été organisées pour les familles. Un effort important est fait pour communiquer avec les proches des patients.

PROJET : QAYYARAH

Historique du projet

Qayyarah est une ville située à 60 km au sud de Mossoul (gouvernorat de Ninive) qui compte 25 000 habitants en ville et 150 000 dans le district. Après que les forces de sécurité irakiennes ont repris le contrôle de Qayyarah au groupe État islamique (EI) en 2016, l'intervention de MSF a commencé par un projet chirurgical et s'est étendue au cours des trois années suivantes avec des services de soins intensifs, de pédiatrie, de néonatalogie, des services de médecine et une unité de brûlés, afin de répondre aux besoins de soins de santé dans la région qui se sont effondrées pendant la bataille contre l'EI. S'y ajoutent physiothérapie, santé mentale et référence vers d'autres hôpitaux. Le système de santé du gouvernorat a commencé à se rétablir progressivement, et la réhabilitation de l'hôpital public général de Qayyarah (QGH) a été achevée fin 2019. Pendant ce temps, un hôpital spécialisé dans les brûlures était en cours de réhabilitation à Mossoul. Le plan opérationnel pour 2020 consistait donc à se désengager de toutes les activités hospitalières au cours de l'année.

MSF a soutenu l'ouverture de l'hôpital avec le service de maternité fin 2019, puis s'est désengagé du service des nouveau-nés et de la pédiatrie en janvier 2020. En septembre 2020, la transition s'est achevée avec le transfert des activités de brûlés à l'hôpital Al Jumhuri de Mossoul et des autres activités au QGH. Le support a consisté, pour chaque activité, en des dons d'équipements médicaux et de médicaments, en la mise à disposition de personnel médical formé et en des formations complémentaires.

Près de Qayyarah se trouvaient les camps de Jedaah pour les populations déplacées (IDP) par la guerre. Avec jusqu'à 150 000 déplacés internes, plusieurs acteurs de santé étaient présents dans ces camps. En septembre 2019, OCP a repris le centre de soins de santé primaires (PHCC) d'OCBA, où MSF fournissait un service de maternité, des soins ante et postnataux, un planning familial, une prise en charge des victimes de violences sexuelles, des consultations de santé mentale, un service de consultations incluant le suivi des maladies chroniques, une salle d'urgence ouverte 24h/24 et 7j/7, et des services de promoteurs de santé.

Le nombre de déplacés internes a drastiquement diminué depuis l'été 2019. Avec moins de 17 000 individus restant dans les camps en mai 2020, et d'autres acteurs de santé toujours présents, MSF a décidé de remettre le PHCC à IMC en septembre 2020.

Les patients de santé mentale de l'hôpital ont été orientés vers ACF et IMC en fonction de la gravité du cas.

Parallèlement au mouvement de retour en cours, l'un des objectifs pour 2020 était d'évaluer les besoins dans certaines localités de rapatriés dans le gouvernorat de Ninive. Deux évaluations rapides ont été réalisées fin 2019, mais sans

résultats convaincants en termes de besoins, notamment par rapport à un environnement hautement insécurisé (présence de l'EI à proximité). Suite à des informations reçues à propos de menaces de kidnapping sur le personnel international de MSF à Qayyarah, l'équipe a d'abord été réduite, puis totalement évacuée vers Erbil (Kurdistan) en mars. La crise de Covid-19 a entraîné un confinement du pays pendant plusieurs mois, et il était impossible de se déplacer entre Kurdistan et Ninive. Elle a empêché les équipes internationales de MSF de retourner à Qayyarah, rendant extrêmement difficile l'évaluation de la sécurité autour de la ville. Il a donc été impossible d'effectuer davantage d'évaluations.

Alors qu'une équipe internationale de base gérait le projet depuis Erbil, elle a également collaboré avec OCG pour former le personnel médical au Kurdistan (Erbil et Dohuk) et à Mossoul où MSF a couvert 5 structures et formé 318 employés du district de santé à la prévention des infections. De plus, OCP a fait une évaluation des besoins de formation en santé mentale pour les travailleurs de santé de première ligne du Covid-19, mais les activités n'ont pas été mises en œuvre en raison du manque d'intérêt du district de santé.

Dispositif

Avec le désengagement complet de MSF de toutes les activités à l'hôpital et au PHCC et l'impossibilité d'évaluer la situation des rapatriés, MSF a décidé de quitter complètement Qayyarah. Le projet a été entièrement clôturé début octobre 2020.

Bilan 2019

Hôpital

Les présentations aux Urgences sont restées plutôt stables alors que c'était le seul service d'urgence à Qayyarah, mais les admissions sont restées stables en raison de la disponibilité d'autres installations de référence, du changement des critères d'admission et d'un meilleur système de triage. La gestion à distance a été un grand défi, notamment en ce qui concerne le processus de transfert de toutes les activités et la fermeture du projet, car l'équipe internationale n'a pas été en mesure d'effectuer un suivi direct sur le terrain.

Les urgences, l'unité de soins intensifs et le service d'hospitalisation ont été transférés à l'hôpital général de Qayyarah à la fin du mois d'août, les données du tableau sont valables jusqu'à la fin du mois d'août 2020.

Le taux d'occupation des lits est faible en raison des critères d'admission restreints depuis le début de l'année 2020. L'hôpital n'a admis que des patients rouges ; le reste des patients ont été stabilisés si nécessaire et envoyés à l'hôpital de Mossoul.

PHCC

Les soins de santé primaires dans les camps ont été fermés en juillet 2020, en raison de la propagation de l'infection à Covid et ont été confiés un peu plus tard à IMC. Les données du tableau reflètent les activités jusqu'en juillet.

	2019	2020 jusqu'à la fermeture
Consultations aux Urgences	825	1 767
Accouchements	112	166
Consultations anténatales	328	841
Consultations postnatales	123	122
Consultations planning familial	229	530
Interruptions de grossesse	15	7
Consultations violences sexuelles	40	11
Consultations OPD	3 625	13 452
File active maladies chroniques	229	3 263
Consultations de suivi des maladies chroniques	1 615	1 559

	2017	2018	2019	2020 jusqu'à la fermeture en août
Service d'urgences – Nb de consultations	14 311	18 451	21 374	11 572
% admis	17%	17%	19%	4,6%
% déplacés	28%	23%	17,8%	3,7%
Nb de déplacés admis dans le service général	1 421	1 769	2 007	196
Nb de déplacés admis dans le service pédiatrique	1 071	1 022	1 177	0
Admissions dans le centre nutritionnel	705	329	208	0
Admissions en soins intensifs	269	496	564	269
Interventions au bloc chirurgical	2 854	2 419	2 441	2 238
Taux d'occupation des lits	78%	61%	55,4%	58%
Sorties d'hospitalisation (tous services)	2 954	3 342	3 878	673
Taux de mortalité en hospitalisation (tous services)	5,0%	5,1%	4,1%	18,9%
Taux de mortalité en soins intensifs	21,4%	19,6%	10,6%	6,2%
Taux de mortalité en pédiatrie	3,8%	2,2%	0,65%	Transfert en nov 2019

Santé mentale

	2019	2020 jusqu'à la fermeture en août
Inclusions de nouveaux patients	771	351
Patients sortis	837	507
Abandons	313	169
Nombre moyen de consultations à la sortie	2,8	6,3
File active	1 172	2 736
Nb de consultations	5 341	3 919
Patients sous prescription	587 (50%)	1 597 (40,7%)

PROJET : CENTRE DE RÉHABILITATION MÉDICALE DE BAGDAD (BMRC)

Historique du projet

En août 2017, l'OCF a ouvert le Centre de réhabilitation médicale de Bagdad (BMRC) en réponse au nombre élevé de victimes de la violence/guerre à Bagdad, malgré l'amélioration de la situation sécuritaire après la défaite militaire du groupe État islamique (EI).

Les blessures subies en temps de guerre entraînent souvent des troubles mentaux, des déficiences durables et des handicaps. Les services de réadaptation post-chirurgicale en Irak ne couvrent pas les besoins de haut niveau. 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.

Au départ, le BMRC avait pour objectif de fournir des soins complets comprenant des services médicaux, une physiothérapie précoce et intensive, des soins infirmiers, le traitement de la douleur et un soutien psychologique aux victimes civiles de la violence. Aujourd'hui, MSF propose une offre plus complète : nos critères se sont élargis pour inclure les victimes d'accidents de la route, et grâce à un bon contrôle des infections, nous pouvons admettre des patients atteints d'infections. Avec le même objectif pour les deux années à venir, le BMRC vise à développer une collaboration avec le ministère de la Santé pour obtenir que la «réhabilitation complète postopératoire précoce» devienne une norme dans au moins trois hôpitaux du réseau du BMRC ; et en contribuant au développement des capacités de «réhabilitation complète postopératoire précoce», le BMRC peut devenir un centre de formation de référence pour la physiothérapie postopératoire précoce, ainsi qu'un centre de recherche pour documenter les connaissances fondées sur des preuves en médecine de réhabilitation pour MSF et le ministère de la Santé.

En raison du confinement lié à la pandémie de Covid-19, de la pénurie d'équipements de protection individuelle (PPE)

appropriés, de la fermeture de nombreux services chirurgicaux pour faire face au nombre de patients atteints de Covid-19, et de la nécessité de prioriser les ressources pour la réponse d'urgence, les activités de consultations et les nouvelles hospitalisations ont été arrêtées. Cependant, les équipes de physiothérapie et de santé mentale ont maintenu les téléconsultations avec les patients de la cohorte ambulatoire du BMRC. A partir de juillet et de la fin du confinement, le service ambulatoire a partiellement rouvert ses portes pour mieux suivre certains des patients. En novembre, tous les services fonctionnent à nouveau.

D'octobre 2019 à avril 2020, le BMRC a participé à la réponse d'urgence après que la violente répression des manifestations anti-gouvernementales, avec des centaines de personnes tuées et des milliers de blessés. Avec le soutien de la coordination, des dons de matériel médical d'urgence ont été fournis aux principaux hôpitaux recevant des blessés. Une équipe médicale MSF a été positionnée dans l'un des hôpitaux pour soutenir le triage et la salle d'urgence pendant une courte période, tandis qu'une formation sur la réponse aux urgences (mass casualty plan) a été réalisée dans deux autres hôpitaux. La capacité du BMRC a été augmentée pour faire face à l'augmentation du nombre de victimes de violence référées par les hôpitaux publics.

En mai, le BMRC a commencé à fournir un soutien en ressources humaines au projet d'urgence Covid-19.

Dispositif

Le BMRC comprend une hospitalisation de 20 lits pour les premières semaines de traitement et un service ambulatoire pour le suivi des patients après leur sortie de service d'hospitalisation de MSF ou directement des hôpitaux du Ministère de la Santé. La capacité d'accueil a été portée à 30 lits pendant environ 6 semaines (entre fin 2019 et début 2020) en réponse à un pic de blessures violentes lors des manifestations anti-gouvernementales.

Le BMRC travaille avec 13 hôpitaux du ministère de la Santé et un réseau de plus de 70 chirurgiens.

Seuls le responsable de la physiothérapie et l'infirmière en chef sont restés entre mars et juin. Le projet fonctionne sans aucun responsable expatrié à l'heure actuelle.

Bilan 2020

Augmentation des admissions : Janvier-mi-mars

En raison de l'augmentation des blessures liées à la violence, le BMRC a accepté davantage de cas au cours de cette période. La diminution de la durée de séjour par rapport à 2019 a également encouragé plus d'admissions dans l'unité d'hospitalisation. Jusqu'à la date de suspension des admissions (début avril), une moyenne mensuelle de 22 patients a été admise, contre 15 en 2019.

Le nombre de consultations au cours de la même période de 2020 était supérieur à la moyenne annuelle de 2019. Lorsque l'activité de consultation a été suspendue, 166 patients étaient présents dans la cohorte au lieu des 120 prévus.

De plus, la proportion de victimes de violence a augmenté de 26% en 2019 (mais avec un nombre plus élevé de victimes admises par rapport à 2018) à 41% en 2020.

	2018	2019	2020
Hospitalisations (IPD)	112	209	79
Admissions en ambulatoire (OPD) (y compris les patients d'Amman)	203	436	282
Sessions de physiothérapie (OPD)	7 518	13 452	7 527
Dossiers actifs en santé mentale	94	135	148
Durée moyenne de séjour en ambulatoire (OPD) en jours	138	81	115
Nb de patients évalués	270	558	261
Validation BMRC %	68%	78%	87%
Proportion de victimes de violence	42%	39%	35%
Taux d'occupation des lits	49%	94%	83%

A cause de la suspension d'activité, les données ne reflètent que les 3 premiers mois de l'année.

Pic de violence

Au plus fort de la violence, le BMRC a soutenu le service des urgences de l'hôpital neurochirurgical avec une équipe d'infirmières et de médecins pendant 24 heures sur 24 pendant 11 jours. Le BMRC a également fait don de fournitures médicales pour les unités d'urgence des hôpitaux publics de Bagdad afin de garantir une capacité de réponse suffisante à l'afflux massif de blessés.

Le BMRC a maintenu son soutien au laboratoire de microbiologie de Medical City par le biais de dons, car de nombreuses blessures subies pendant les manifestations étaient des fractures ouvertes avec des lésions des tissus mous qui ont développé des infections. Le soutien s'est poursuivi pendant la suspension des activités du BMRC. Des échantillons osseux ont été prélevés d'avril à octobre 2020 pour une moyenne de 4 patients par mois.

Télé-Rééducation

D'avril à juin 2020, alors que les activités étaient suspendues, une petite équipe a continué à suivre les patients du BMRC à distance par vidéo et téléphone, pour leur montrer les exercices qu'ils pouvaient faire chez eux.

Reprise des activités

La première phase a été la réouverture des consultations ('OPD) - sans nouvelles admissions - en juillet pour terminer le traitement des patients de la cohorte. La deuxième phase a consisté à accepter de nouvelles admissions en consultation en octobre. La troisième phase sera la réouverture de l'hospitalisation (IPD) en novembre. Entre-temps, la mise en œuvre de la politique de prévention des infections est renforcée. Heureusement, nous n'avons pas eu d'infections croisées confirmées par le Covid-19 jusqu'à la fin du mois d'octobre.

Pandémie de Covid-19

Depuis le début de la pandémie, OCP a répondu en apportant différents supports du BMRC au projet d'urgence Covid-19 : formations Prévention et contrôle des infections, équipe de santé mentale, pool de personnel du BMRC.

IRAN

Typologie : Accès aux soins,
Populations réfugiées.

Personnel 2020
International : 9
National sous contrat : 82
Nombre de projets 2020 : 2
Dépenses 2020 : 2 443 k€

Financements institutionnels :
aucun.

**Autres centres opérationnels
MSF présents :** aucun.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Après s'être retirés de l'accord sur le nucléaire iranien en mai 2018, les États-Unis ont réimposé en novembre 2018 un ensemble de sanctions économiques réduisant les exportations de pétrole iranien et limitant l'accès du pays au système financier international, ce qui a eu un impact important sur la situation économique. Le taux d'inflation annuel a atteint près de 28 % en 2019. Une augmentation des prix du carburant a déclenché une protestation en novembre 2019 qui s'est transformée en manifestations politiques généralisées réprimées par le gouvernement.

Le retour de sanctions américaines élargies sur différents domaines, personnes et organisations dont le commerce, l'énergie, la banque centrale iranienne, le terrorisme, les entreprises étrangères qui aident l'armée iranienne, la capacité en 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 affectée de longue date.

De nombreux Iraniens de la classe moyenne ont basculé dans la pauvreté, l'inflation étant estimée cette année à près de 40%. Des grèves régulières, des manifestations éparses ont lieu partout dans le pays. L'augmentation soudaine des prix de l'essence sans aucun préavis à la mi-novembre 2019 avait soulevé de nombreuses tensions au sein de la population et déclenché des manifestations. Le mouvement de protestation a également pris une tournure politique. La population a exprimé sa colère en voyant les autorités utiliser l'argent public pour leurs projets en Irak et en Palestine, en Syrie et au Yémen, alors que les Iraniens « ordinaires » ne pouvaient plus supporter l'inflation.

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. Un second assassinat, le 27 novembre 2020, du chef présumé du programme d'armement nucléaire iranien, le Dr Mohsen Fakhrizadeh, acte attribué à Israël par les autorités iraniennes, a également accru les tensions à la fin de l'année 2020.

D'un point de vue politique, l'année 2020 a vu la tentative des États-Unis de prolonger l'embargo sur le commerce des

armes par l'Iran, sans succès puisqu'il a pris fin en octobre 2020. Plusieurs séries de sanctions supplémentaires ont été mises en place par les États-Unis sur des banques et des personnes au cours du dernier trimestre de 2020. La normalisation des relations entre Israël et les Émirats arabes unis, le Bahreïn et le Soudan, négociée par les États-Unis, a contribué à renforcer l'idée d'un Iran isolé. L'Europe est plus désireuse de maintenir l'Iran dans l'arène diplomatique sur des dossiers tels que l'accord nucléaire et l'équilibre militaro-politique au Moyen-Orient. La Russie et la Chine poursuivent ouvertement leurs relations avec l'Iran, notamment en raison de la fin de l'embargo sur le commerce des armes. L'élection d'un nouveau président aux États-Unis a suscité de nombreuses spéculations sur l'avenir de la question nucléaire en Iran. La position des autorités iraniennes est que les États-Unis, qui sont sortis de l'accord nucléaire de 2015, doivent faire le premier pas, tandis que la nouvelle administration américaine demande au gouvernement iranien de respecter l'accord en arrêtant toute recherche qui pourrait orientée vers le nucléaire à vocation militaire. Il est très probable que les discussions entre les deux pays ne reprendront pas avant l'élection du nouveau président iranien en juin 2021.

Situation des réfugiés

Selon le HCR (données 2014), 951 142 réfugiés afghans et 28 268 réfugiés irakiens sont enregistrés et résident en Iran. En plus de ceux-ci, 2,5 millions d'Afghans résident en Iran, qu'ils soient détenteurs de passeport ou sans papiers. 97% des Afghans vivent dans des zones urbaines et semi-urbaines et 3% dans 20 sites gérées par le HCR et le BAFIA (Bureau for Aliens and Foreign Immigrants Affairs).

Après le renouvellement de l'Amayesh XIV (mai 2019 à janvier 2020), 450 000 détenteurs de passeports afghans qui étaient auparavant sans papiers ou détenteurs de cartes Amayesh ont reçu des visas iraniens qui leur permettent de vivre, de travailler ou d'étudier dans le pays (les cartes Amayesh donnent aux réfugiés une liberté de mouvement conditionnelle, un accès aux services de base et l'éligibilité à des permis de travail temporaires).

Sur le plan économique, l'Iran continue d'être sévèrement touché par les sanctions économiques : on estime que le PIB du pays va se réduire au cours de l'année fiscale 2020/21. Les exportations de pétrole continuent de chuter et représentent 10% des exportations de 2017 (280 000 barils/jour contre 2 millions de barils/jour auparavant). L'Iran disposait d'environ 100 milliards de dollars de revenus pétroliers par an alors qu'en 2020, le pays n'a exporté que 8 milliards de dollars de pétrole.

Contexte sanitaire

Malgré les différentes politiques concernant les réfugiés, l'Iran accueille toujours officiellement 950 000 Afghans et 29000 Irakiens ayant un statut officiel. Cependant, les réfugiés sans papiers doubleraient ces chiffres. Récemment, l'Iran a mis en place une couverture médicale universelle pour intégrer cette population dans le système grâce à l'assurance Salamat. Quelques ONG internationales et nationales ainsi que des 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 un problème pour nombre 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 œuvre de l'assurance maladie universelle largement utilisée par la population. Dans ce contexte, les préoccupations relatives à l'accès aux équipements et aux services ont augmenté alors que le système public est déjà surchargé. Tant dans la population iranienne que chez 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 du travail sexuel a été caché 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 parmi les UDI (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 certains médicaments (oncologie et autres) et de réduction de la date d'expiration de certains médicaments (VIH). Les sociétés pharmaceutiques ont produit la plupart des médicaments, mais avec les sanctions internationales, le pays est confronté à des pénuries. De plus, l'inflation engendre de forts désaccords entre les entreprises productrices et les distributeurs : difficultés à s'accorder sur des prix de marché (récemment, la Corée du Sud, fournisseur du matériel de base 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 (MNT), les maladies transmissibles comme la tuberculose, le VIH et les hépatites virales. Malgré la faible prévalence du VIH dans la population générale (<1%), une prévalence spécifique a été observée dans 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 consommateurs de drogues injectables et 96 % sont des 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 sont le principal moteur de la transmission du VHC en Iran, la prévalence du VHC a atteint 50-75% dans cette population.

Covid-19

En 2020, l'Iran a malheureusement été le pays du Moyen-Orient le plus touché par la pandémie de Covid-19. Le schéma était le suivant : un pic initial au tournant de mars-avril 2020 de 3500 patients en soins intensifs, 180-200 décès/jour, puis après une période de baisse en mai-juin, la vague a repris pour atteindre 5000 patients en soins intensifs et environ 390-400 décès/jour fin octobre. L'Iran a connu une vague en octobre-novembre 2020, mais le nombre de décès rapporté par l'OMS a considérablement diminué au début de 2021.

PRÉSENCE 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 ciblant exclusivement les réfugiés afghans a été fermé en 2011 (Zahedan, dans le Sistan-Baloutchistan). Seules quatre ONG internationales travaillent en Iran malgré l'arrivée continue de réfugiés afghans qui fuient une situation en constante détérioration depuis 15 ans. L'année 2020 a vu environ 859 000 Afghans sans papiers revenir d'Iran (en moyenne 70 000/mois), les principales causes invoquées sont la dégradation de la situation du Covid en Iran et l'inflation élevée dans le pays en 2020 en raison des sanctions accrues. Les ONG internationales sont actives principalement 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 ONG internationale à fournir des services de santé directs à ses bénéficiaires, qu'il s'agisse de réfugiés ou de personnes en situation de grande vulnérabilité, ayant toutes des difficultés d'accès aux soins (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 touchées par l'exclusion des soins de santé.

En 2018, nous avons ouvert le projet de Mashhad qui cible la population à haut risque de maladies infectieuses.

En 2019, MSF a participé à la réponse à l'urgence des inondations qui ont touché plusieurs provinces en Iran. Une réponse aux catastrophes naturelles telles que les inondations pourrait être possible et négociable avec les autorités iraniennes.

OCP est actuellement le seul centre opérationnel MSF présent en Iran.

Réponse aux urgences en 2020

En raison de la pandémie de Covid, une opération d'urgence a été préparée en mars pour installer un hôpital de campagne de 40 lits à Ispahan afin de soutenir un hôpital local. Quelques jours après l'arrivée du matériel et de l'équipe, MSF a finalement obtenu le refus d'Ispahan et les autorités lui ont demandé d'installer l'hôpital à Mashhad. Là, en raison de l'absence d'accord entre MSF et le ministère de la santé local sur le projet de localisation et la nature de l'activité, l'opération a finalement été annulée par MSF et l'équipement a été exporté vers le projet MSF Herat en Afghanistan.

PROJET : SUD TÉHÉRAN

Historique du projet

La clinique de Téhéran Sud (STC) a été ouverte en 2012 pour cibler les populations vulnérables à haut risque de maladies infectieuses ayant un accès très limité aux services de santé. La stigmatisation et la marginalisation conduisant de facto à une exclusion des soins pour les populations ayant des comportements à haut risque est une réalité observée pour ces groupes. Les usagers de drogues, les travailleurs du sexe, les enfants des rues, les Ghorbat (gitans), les personnes transgenres ont été identifiés comme des populations ayant un risque plus élevé de contracter l'hépatite, le VIH-SIDA, la tuberculose ou des maladies sexuellement transmissibles, des grossesses non désirées et sont beaucoup plus exposés à la violence et à la stigmatisation.

MSF a décidé d'assurer un accès à des soins complets à ces populations exclues des soins de santé adéquats. Le projet propose des consultations médicales et des soins infirmiers, des soins de santé mentale (psychologues + psychiatre), des sages-femmes (soins ante et post-natals, planning familial et traitement des infections sexuellement transmissibles), des conseils et des tests volontaires pour les maladies transmissibles (notamment VIH-tuberculose-hépatite C), le traitement de l'hépatite C et des références vers le niveau secondaire.

En 2014, la sensibilisation de la communauté, le travail psychosocial et le soutien des pairs ont été intégrés à l'équipe et constituent un élément clé de la stratégie de suivi.

En 2017, le projet a renforcé l'approche interdisciplinaire et horizontale en incluant des composantes médicales, sociales et de santé mentale. Les traitements des patients atteints d'hépatite C active, sous DAAs (direct active antiviral drugs) ont changé d'échelle grâce à l'introduction d'un nouveau protocole adapté au défi que représente le suivi d'une population sans abri. Notre clinique mobile, dans le cadre d'un partenariat avec 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 attitude en matière de soins.

Les principaux défis pour le projet de la clinique du Sud-Téhéran sont : l'offre de soins et le suivi de notre population cible ; les arrestations par la police dans le district et autour de la clinique MSF en particulier ; l'obligation de référer les cas sévères et complexes pour des soins spécialisés dans un système national surchargé et non convivial pour les personnes marginalisées ; la difficulté de commencer le traitement lorsque nous n'avons pas de DAA ; le besoin d'un accès rapide 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 dans le choix du traitement et de sa durée.

De manière générale, l'approvisionnement en produits pharmaceutiques est un défi constant.

Dispositif

Activités au sein de la clinique MSF :

- Consultation médicale incluant le dépistage du Covid
- 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
- 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 2020

- En 2020, l'activité générale a malheureusement chuté de 31,5% par rapport à la même période en 2019, principalement en raison de l'épidémie de Covid et des arrestations plus agressives de la police cette année.
- Le pourcentage de nouveaux patients a fluctué au cours des quatre premiers mois de l'année 2020 : il a atteint un pic de 17% en avril, puis a diminué progressivement pour atteindre 12% en juillet, avec de nombreuses arrestations par la police.
- Iraniens 80% des patients ; Ghorbati 15% ; un très petit nombre d'Afghans en moyenne 5%.
- Nouveaux critères d'admission (patients à risque de maladies infectieuses, toxicomanes, travailleurs du sexe, enfants travailleurs).
- 70% d'hommes, 30% de femmes. Depuis le changement des critères d'admission en juillet 2018, l'équilibre des genres a changé : plus d'hommes que de femmes viennent à la clinique et cela a continué jusqu'à présent.
- Les travailleurs du sexe et les transgenres ont toujours des difficultés à accéder à nos activités et il est difficile de les sensibiliser.
- Environ 754 utilisateurs de drogues actifs, 937 en rémission, 563 sans-abri.

Clinique Téhéran Sud	2017	2018	2019	2020
Consultations à la clinique (nouvelles et suivi)	19 575	19 599	24 230	16 173
Consultations cliniques mobiles (nouvelles et suivi)	2 350	3 102	1 914	1 082
Patients sous traitement hépatite C	44	79	119	92
Références vers centre de consultations externe	1 784	1 534	2 359	1 417
Références vers centre d'hospitalisation externe		156	127	98

Les chiffres sont pour l'ensemble de l'année 2020, ils sont inférieurs à ceux de 2019 en raison de l'impact du Covid qui nous a contraint à réduire certaines de nos activités.

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 Golshahr, 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.

Dans des études nationales récentes, la prévalence de l'hépatite C parmi les usagers de drogues dans la province de Razavi Khorasan a été annoncée à 30%. Le ministère de la Santé parle en 2020 de 40 à 50 % parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse en général et de 15 à 20 % dans les 11 camps obligatoires (lieux de détention officiels où les toxicomanes et les sans-abri sont détenus avec un verdict officiel du pouvoir judiciaire).

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...) 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

En 2019, nous avons travaillé à définir l'orientation du projet vers les maladies infectieuses, le modèle de soins de l'hépatite C et décider de l'articulation potentielle avec le besoin de soins des réfugiés afghans présents à Mashhad.

Le principal développement en 2020 est que MSF a pu collaborer avec le Ministère de la Santé pour que les patients de 11 camps obligatoires soient référés à la clinique MSF pour leur dépistage et leur traitement de l'hépatite C. L'équipe a également développé ce projet à un stade où il semble possible de travailler avec le personnel national de MSF (personnel médical et social) dans ces 11 camps obligatoires.

Dispositif

La première année d'activité s'est concentrée sur l'ancrage nécessaire de nos activités dans la communauté locale. En 2020, les activités se sont stabilisées avec les parties suivantes :

- Activité mobile dans la localité d'Esmail Abad : Clinique mobile en milieu ouvert
- Clinique mobile dans le camp de Sana / un camp bénévole pour les toxicomanes en rémission.
- Clinique mobile dans le refuge pour femmes / / un refuge pour femmes volontaires géré par SRS.
- Clinique MSF dans le quartier de Golshahr pour les populations vulnérables, y compris les Afghans (car Golshahr est principalement peuplé d'Afghans).

Les principaux piliers du programme à Mashhad demeurent :

- Soins de santé primaires.
- Dépistage et suivi de l'hépatite C.
- Référence vers les soins de santé secondaires.
- Vaccination contre l'hépatite B et le tétanos.
- Santé mentale.
- Soutien social / Promotion de la santé / Education à la santé.

Toutes les activités sont liées à la population cible par les 5 agents de santé communautaire du projet.

Bilan 2020

Mashhad	2018	2019	2020
Consultations cliniques mobiles (nouvelles et suivi)	2 745	4 464	2 379
Consultations santé mentale et hépatite C au centre (nouvelles et suivi)	178	3 988	4 527
Patients sous traitement hépatite C	0	61	210
Références vers centre de consultations externe	245	724	1 192
Références vers centre d'hospitalisation externe	45	53	21

Comme dit précédemment, les activités à Mashhad ont commencé en 2018 lorsque nous avons commencé à construire un réseau et à consolider les activités. En 2019, nous avons développé les cliniques mobiles dans de nouvelles zones, atteignant plus de patients et commençant le traitement de l'hépatite.

Comme décrit ci-dessus, au cours du troisième trimestre de 2020, l'accès a été négocié avec le ministère de la Santé pour 11 camps obligatoires pour les toxicomanes afin de détecter et de traiter l'hépatite C.

Sur l'insistance du BAFIA, nous réfléchissons à l'aide que nous pouvons apporter aux réfugiés afghans. Une évaluation sera menée dans le cadre du camp de réfugiés de Torbet-e-Jam (à 3 heures de route de Mashhad). Le BAFIA a déjà accepté que MSF fasse une évaluation mais aussi qu'elle travaille potentiellement sur place et qu'elle articule les activités potentielles parmi les réfugiés afghans avec nos activités centrées sur les maladies infectieuses.

JORDANIE

Typologie : Accès aux soins.

Personnel 2020

International : 14

National sous contrat : 255

Nombre de projets 2020: 1

Dépenses 2020 : 111 493 k

Financements institutionnels :
aucun.

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

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Après la Première Guerre mondiale et la chute de l'Empire ottoman, la Société des Nations (avant l'ONU) a confié à la Grande-Bretagne le mandat de gouverner une grande partie du Moyen-Orient. Au début des années 1920, la Grande-Bretagne a délimité à partir de la Palestine une région semi-autonome, la Transjordanie. Cette région a obtenu son indépendance en 1946 et est devenue par la suite le Royaume hachémite de Jordanie. Le roi Hussein, qui a longtemps régné sur le pays, a réussi à faire face aux pressions concurrentes des grandes puissances (États-Unis, URSS et Royaume-Uni), de divers États arabes, d'Israël et d'une importante population palestinienne interne. La Jordanie a perdu la Cisjordanie au profit d'Israël lors de la guerre des Six Jours en 1967. En 1988, le roi Hussein a renoncé définitivement aux revendications jordaniennes sur la Cisjordanie ; en 1994, il a signé un traité de paix avec Israël. Le roi Abdallah II, fils aîné du roi Hussein, est monté sur le trône à la mort de son père en 1999. Il a mis en œuvre des réformes politiques modestes, notamment l'adoption d'une nouvelle loi électorale au début de 2016 et un effort pour transférer une partie de l'autorité aux conseils des gouvernorats et des municipalités après les élections de 2017. En 2016, le Front d'action islamique, qui est la branche politique des Frères musulmans jordaniens, est revenu à l'Assemblée nationale avec 15 sièges après avoir boycotté les deux élections précédentes, en 2010 et 2013.

Frères musulmans / gouvernement

Il existe 2 sous-groupes des Frères musulmans en Jordanie, la Société des Frères musulmans (MBS) et le Groupe des Frères musulmans (MBG). Le groupe des Frères musulmans dispose d'une branche politique dans le Front d'action islamique qui a remporté des sièges parlementaires en 2016. L'avenir de la confrérie en Jordanie reste incertain, car le MBG et le MBS se disputent la primauté. Le MBS a appelé le gouvernement jordanien à dissoudre purement et simplement le MBG, tandis que le MBG a accusé le MBS d'être une marionnette du gouvernement. Les deux factions de la confrérie restant en conflit, la viabilité de la Confrérie en Jordanie est remise en question, de même que la question de savoir si la division pourrait pousser les islamistes jordaniens conservateurs vers des groupes islamistes violents comme ISIS et d'autres.

Trans-jordaniens (d'origine Jordanienne) / Cis-jordaniens (d'origine palestinienne)

Plus de la moitié des 6,3 millions d'habitants de la Jordanie sont d'origine palestinienne, c'est-à-dire qu'ils viennent de régions situées à l'ouest du Jourdain, y compris la Cisjordanie, l'actuel Israël, et Gaza. La plupart sont arrivés en Jordanie pendant les guerres de 1948 et 1967. À l'exception des personnes originaires de Gaza, la grande majorité de ces personnes d'origine palestinienne ont la citoyenneté jordanienne. Les tensions entre les deux communautés ne sont pas directement visibles, mais elles sont là. En général, on peut dire que ceux que l'on appelle les «vrais Jordaniens» détiennent le pouvoir politique et sécuritaire, tandis que les Jordaniens d'origine palestinienne détiennent le pouvoir économique.

Réfugiés syriens / population hôte

À la suite du printemps arabe en Syrie en 2011, on estime qu'un million de Syriens ont cherché refuge en Jordanie. La crise des réfugiés syriens a aggravé la situation politique et économique de la Jordanie et s'est accompagnée de tensions entre les réfugiés et les populations hôtes. Au cours des neuf années qui ont suivi le début de l'afflux de réfugiés, la Jordanie a limité sa réponse humanitaire. Pourtant, les défis du royaume ont de causes plus profondes que la crise des réfugiés et, si ces causes ne sont pas traitées, elles seront sources d'instabilité. Si la Jordanie veut faire face à ses défis nationaux et continuer à offrir un refuge sûr aux réfugiés syriens, elle devra compter sur un soutien international accru.

Événements et facteurs qui peuvent potentiellement avoir un impact sur nos projets

- Participation de la Jordanie à la guerre menée par les États-Unis contre l'ISIS en Syrie.
- Participation de la Jordanie à la guerre menée par l'Arabie saoudite contre les Houthis au Yémen.
- Elections législatives en novembre 2020
- Arrivée de la pandémie de Covid-19 fin 2020
- Retour timide des réfugiés syriens vers la Syrie, malgré l'ouverture de la frontière en 2018.
- Mécontentement de la population face à la baisse des revenus (par exemple, manifestations des enseignants) et à la hausse du chômage.
- Arrêt des réformes politiques suite à la crise du Covid-19

- Diminution du soutien financier international, augmentation des niveaux de corruption.
- Impact économique négatif de la pandémie sanitaire, lenteur de la reprise du tourisme/des affaires.
- Montée en puissance des Frères musulmans
- Accords de paix entre Israël et les EAU/Bahreïn/Soudan et peut-être d'autres à l'avenir.
- Poursuite du développement du plan de paix israélo-palestinien dirigé par les États-Unis.

Les conditions économiques structurelles constituaient une menace pour la stabilité sociale avant même l'apparition du virus, en raison d'un déclin à long terme du PIB par habitant. En outre, la Jordanie est entrée dans une période de profonde récession en 2020, avec une augmentation du chômage et une réduction du revenu par habitant. Un déficit budgétaire important et croissant obligera le gouvernement à augmenter les impôts et à rationaliser les dépenses à moyen terme, une fois le virus maîtrisé.

Par ailleurs, les récessions dans les économies voisines du Golfe pèseront sur les recettes en provenance de l'étranger, avec le retour au pays des travailleurs licenciés et une baisse des envois d'argent aux familles. Comme ces facteurs diminuent le niveau de vie et qu'une grande partie de la population a de plus en plus de mal à satisfaire ses besoins élémentaires en matière de nourriture, d'électricité et de soins médicaux, on peut s'attendre à ce que la colère populaire se traduise par des protestations.

Le maintien des liens du gouvernement avec Israël et ses relations étroites avec les États-Unis pourraient continuer à alimenter le mécontentement de l'opinion publique au sein de l'importante diaspora palestinienne en Jordanie. Cette situation pourrait être exacerbée par le lancement, en janvier, de l'initiative américaine «Peace to Prosperity» visant à résoudre le conflit israélo-palestinien. Les Palestiniens considèrent ce plan comme inacceptable, en partie parce qu'il a encouragé le gouvernement israélien à évoquer des plans controversés d'annexion de grandes parties de la Cisjordanie, bien que ces plans aient été mis en attente pour le moment. Les Jordaniens d'origine palestinienne représentent deux tiers de la population du royaume, et beaucoup restent profondément opposés aux liens de la Jordanie avec Israël.

Si la menace d'annexion réapparaît plus tard, le roi sera probablement confronté à la pression de l'importante population palestinienne de Jordanie, la combinaison de leur colère et de la détérioration des conditions économiques déclenchant des protestations et des violences.

Le roi devrait réussir à relever ces défis en faisant de modestes concessions économiques et politiques pour apaiser les opposants parlementaires, tout en s'appuyant sur des forces armées loyales et efficaces pour maintenir le contrôle pendant les manifestations occasionnelles.

Contexte sanitaire

Le système de santé jordanien comprend les secteurs public et privé. Le secteur public met à disposition la majorité des plus de 12 000 lits d'hôpitaux de Jordanie. Le secteur privé contribue principalement par des hôpitaux privés et des soins à domicile.

Il existe un peu plus de 100 hôpitaux, publics et privés, en Jordanie. Les services médicaux royaux de l'armée gèrent 11 hôpitaux dans le pays, ainsi que 3 centres Covid-19 récemment construits dans le nord de la Jordanie. En raison de l'évolution récente du climat politique au Moyen-Orient, la Jordanie a accepté un nombre élevé de réfugiés. L'augmentation du nombre de réfugiés, associée à une augmentation de la population locale, a considérablement accru la demande d'hôpitaux.

Les centres de soins de santé primaires permettent un accès rapide aux soins médicaux, notamment à la vaccination, aux soins maternels et infantiles et au traitement rapide des maladies chroniques.

Ces dernières années, la Jordanie a fait d'énormes progrès dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile, ainsi que dans le développement et l'amélioration des infrastructures de santé, s'imposant comme un leader régional en matière de santé. Cependant, avec une population nationale croissante et l'afflux de réfugiés, la Jordanie a du mal à garantir l'accès de tous à des soins de santé de qualité. Les hôpitaux sont surpeuplés, le pays a du mal à retenir et à déployer de manière appropriée un personnel de santé qualifié, et les finances limitées rendent difficile la mise en place d'une couverture santé universelle. Le Royaume est confronté à un double défi : étendre ses services de santé surchargés pour répondre à cette demande accrue tout en continuant à renforcer la résilience et la qualité de ces services.

La Jordanie étant une plaque tournante de l'aide internationale pour la région du Moyen-Orient, une grande partie de la communauté internationale y est présente, notamment de nombreuses ONG internationales, des agences des Nations Unies, des agences de donateurs et des missions diplomatiques. En dehors de la famille MSF, les agences les plus importantes travaillant dans le domaine de la santé sont IRC, IMC, MdM, SCI, TdH, mais beaucoup d'autres sont présentes, répondant pour la plupart à des projets de secours au nom de la crise des réfugiés syriens dans les camps et les communautés d'accueil. Le HCR soutient les soins de santé secondaires et tertiaires.

Situation et initiatives relatives au Covid

Dès que des rapports sur le coronavirus en Chine ont été publiés au début de 2020, le Comité national des épidémies et le ministère de la Santé de Jordanie ont désigné certains hôpitaux pour traiter les infections et ont établi plusieurs protocoles pour faire face à l'arrivée du coronavirus dans le pays, cinq semaines avant que le pays n'enregistre son premier cas en mars. Malgré ce seul cas, le gouvernement a suspendu les écoles, interdit les rassemblements publics et fermé les frontières et les aéroports en réponse à la propagation rapide du virus dans les pays entourant la Jordanie et dans le monde entier. Dès le début de la pandémie, le gouvernement a mis en œuvre un plan de mise en quarantaine des personnes arrivant dans le pays avant la fermeture complète des frontières et de l'aéroport.

Toujours en mars, un couvre-feu strictement appliqué a été mis en place, décrit comme l'une des mesures les plus strictes au monde. Mais le couvre-feu, qui a duré quatre jours, a été assoupli par la suite, car les plans du gouvernement pour livrer de la nourriture dans les quartiers avaient échoué, et les gens ont été autorisés à marcher pour acheter des produits alimentaires dans les magasins locaux de 10 heures à 18 heures. Pendant six semaines, au cours desquelles les infections ont atteint environ 400 cas, le confinement comprenait une interdiction d'utiliser les voitures, sauf pour les prestataires de services de santé et les travailleurs du secteur essentiel. Les quartiers où des cas

ont été confirmés ont été isolés et les déplacements entre les gouvernorats ont été interdits.

En avril, le gouvernement jordanien a décidé de lever le confinement et de rouvrir l'économie après avoir confirmé la présence de seulement 451 cas, dont 350 guéris et 8 décédés. La décision du gouvernement n'a pas seulement été influencée par ces chiffres jugés encourageants, mais aussi par crainte pour l'économie en difficulté, durement touchée par la crise qui a paralysé son secteur touristique florissant.

En mai, la plupart des secteurs ont pu reprendre progressivement le travail, mais les écoles, les universités, les gymnases, les rassemblements publics, les sermons des églises et des mosquées restent interdits. Par la suite, le gouvernement a émis un ordre de défense sanctionnant quiconque ne respecte pas les règles de sécurité et le port de masques dans les transports publics et dans les entreprises et institutions gouvernementales.

Dès le début de cette crise sanitaire, OCP a anticipé une réponse avec les activités suivantes :

- Commandes médicales d'urgence pour les dons et pour utilisation en cas de nécessité de réponse d'urgence au Covid-19.
- Dons au ministère de la Santé et à la Jordan Medical Association (ventilateurs, ventilation en pression positive continue (CPAP), masques à oxygène et tubes).
- Plan d'urgence pour la mise en place d'un centre de traitement Covid-19 au sein de l'hôpital,
- Répartition des tâches et des responsabilités entre les différents membres de l'équipe.
- Mise en place d'une bibliothèque virtuelle pour stocker les documents Covid-19 pertinents mis à jour depuis le siège.
- Formations organisées pour la Jordan Medical Association sur les principes de contrôle et préventions du Covid. A Covid-19 response was proposed to the Ministry of Health.
- Un soutien psychologique a été proposé au personnel national et international, notamment à ceux atteints du Covid-19.

En septembre, la situation du Covid-19 a commencé à changer radicalement, avec le début d'une première véritable vague. Le nombre de cas, d'hospitalisations, de décès et de tests a augmenté de manière exponentielle. Pendant la majeure partie de la crise, seuls quelques cas ont été enregistrés, et le nombre de décès est resté stable pendant de nombreux mois, à 11. Dès le début du mois d'octobre, le nombre d'infections est passé à 96 000, le nombre de décès à plus de 1 000 et le nombre d'hospitalisations à 1 600. Suite à cette recrudescence, OCP est adapté l'hôpital chirurgical en un centre de traitement Covid-19 pour les cas modérés avec, dans une première phase, une capacité de 40 lits et, si nécessaire, dans une seconde phase, de 60 à 80 lits. La pandémie de Covid a affecté les activités chirurgicales normales de telle sorte qu'au début de la réponse d'urgence, il a été décidé de fournir les soins essentiels et le suivi des patients déjà présents, mais d'arrêter temporairement les nouvelles admissions. L'équipe d'admission de l'hôpital a été réorientée pour soutenir la réponse d'urgence à la Covid-19.

PRÉSENCE MSF

Projet de chirurgie reconstructive

2006 : Ouverture du projet de chirurgie reconstructive (RSP) pour les patients irakiens, suite à la deuxième guerre du

Golfe et aux insurrections qui ont suivi. Le système de santé s'étant effondré après la guerre du Golfe, de nombreuses personnes blessées par la guerre avaient besoin de chirurgie reconstructive. Les services hospitaliers ont été établis en collaboration avec le Croissant-Rouge jordanien à Achrafieh et ont été transférés à l'hôpital Mowasat à Marka en 2016.

De 2011 à aujourd'hui : Développement du programme de chirurgie reconstructive incluant, outre les patients blessés de guerre irakiens, des patients du Yémen et de la Syrie à la suite du printemps arabe et des guerres dans les pays respectifs, résultant du fait que de nombreux blessés de guerre n'ont pas accès à des soins chirurgicaux orthopédiques de qualité dans leur pays d'origine.

2006-2011 : Divers projets menés en Irak et, à partir de 2011, pour la Syrie, à distance depuis la Jordanie.

2015 : Transfert des opérations irakiennes à la mission Irak.

2019 : Meilleure inclusion des patients palestiniens (de Gaza) dans le RSP, suite à plusieurs conflits avec Israël au cours de la dernière décennie.

Autres initiatives médicales en faveur des réfugiés syriens et des Jordaniens vulnérables

2013 : Services de maternité et de néonatalogie fournis à Irbid.

2014 : Des services de santé mentale et des services psychosociaux ont été ajoutés.

2017 et 2018 : La réponse en santé mentale a été étendue géographiquement à Mafraq.

2018 et 2019 : Passation des services de maternité et de néonatalogie à IMC.

2020 : Fermeture de la composante santé mentale et passation.

Autres OC présents dans le pays :

OCA en Jordanie 2020 :

- Programme maladies non transmissibles d'Irbid : Stratégie de sortie avec fermeture du projet prévue pour la fin 2021. La cohorte des patients sera progressivement réduite. Au cours de l'été 2020, les patients jordaniens ont été transférés au ministère de la santé. En décembre 2020, il restera environ 3700 patients dans la cohorte.
- Un centre Covid d'une capacité de 30 lits dans le camp de Zaatari, à la demande du HCR, pour le traitement des cas modérés. Les cas graves et critiques sont dirigés vers un hôpital du Ministère de la Santé.
- Sud de la Syrie : Dons transfrontaliers de matériel médical et de médicaments à divers hôpitaux et suivi de la situation à Dara'a.

OCG en Jordanie gère un bureau de support pour le Moyen-Orient.

OCBA en Jordanie 2020 :

Amman accueille la cellule Moyen-Orient d'OCBA, ainsi qu'une unité de support aux opérations. En juin 2019, la mission Syrie du Nord d'OCBA a déménagé à Amman, suite à la répression des autorités turques à Gaziantep. OCBA opère toujours depuis la Jordanie jusqu'à ce jour.

Après la signature d'un accord de siège avec la Jordanie, un accord a été mis en place entre les différentes sections. Il définit le mécanisme de gouvernance à travers un comité composé d'un représentant de chaque section opérationnelle.

PROJET : HÔPITAL DE CHIRURGIE RECONSTRUCTIVE À AMMAN

Historique du projet

La région du Moyen-Orient a connu de multiples guerres et conflits au cours des dernières décennies, laissant derrière elle de nombreuses personnes blessées ou handicapées. Les conflits en Syrie, au Yémen et en Irak ont provoqué un grand nombre de morts et de blessés, y compris des civils. Les conflits, la guerre et la violence dans cette région sont devenus l'une des principales causes de décès. La deuxième guerre du Golfe en Irak a commencé en 2003. Plus de 207 000 Irakiens ont été tués et les violences indirectes liées à la guerre se sont poursuivies de janvier 2003 à aujourd'hui. Actuellement, 3 millions de personnes sont toujours déplacées en raison de la violence dans le pays. De 2011 à aujourd'hui, la guerre en Syrie a fait plus de 510 000 morts ou disparus et 12 millions de personnes ont fui le pays ou sont déplacées à l'intérieur de la Syrie. La moitié de la population que comptait le pays avant la guerre a été tuée ou déplacée de chez elle. La guerre au Yémen qui a commencé en 2015 continue de provoquer un nombre énorme de blessés, 2019 ayant vu d'importants combats dans tout le pays.

MSF-OCF 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 6000 patients et réalisé plus de 14 400 interventions chirurgicales.

Évolution du projet

- 2006 : Lancement du programme de chirurgie reconstructive (RSP - Reconstructive Surgery Program) à l'hôpital Red Crescent, en Jordanie. Le RSP prend uniquement en charge les blessés de guerre irakiens.
- 2007 : Nombre de patients multiplié par quatre.
- 2008 : Accueil des premiers patients palestiniens en raison de la guerre à Gaza.
- 2010 : Expansion des conflits au Moyen-Orient. Les blessés de guerre au Yémen sont également admis dans le cadre du RSP.
- 2011 : Admissions de patients du Yémen.
- 2012 : En réaction à l'escalade du conflit syrien, l'hôpital a admis 162 Syriens sur l'ensemble de l'année.
- 2014 : Lancement du programme Antibio-Stewardship pour la gestion et le bon usage des antibiotiques, l'objectif étant de lutter contre le taux élevé d'infections et de résistance aux antibiotiques chez les blessés de guerre.
- 2015 : Transfert des activités RSP vers l'hôpital Al-Mowasah d'Amman (gestion exclusive par MSF). Ouverture du laboratoire de microbiologie.
- 2016 : Activités stables dans le cadre du RSP.

- 2017 : Lancement de projets d'innovation et de partenariats avec des universités : dossier médical informatisé (EMR), 3D,...
- 2018 : Mise en œuvre d'un plan stratégique sur trois ans, développement de nouvelles techniques (AD, traitement des blessures par pression négative, prothèses de hanche), redéfinition des objectifs psychosociaux et renouvellement de l'équipe, finalisation du développement de l'EMR, mise en place de la nouvelle approche du centre de formation, finalisation des études (étude sur dix ans, étude anthropologique, études fonds d'innovation).
- 2019 : Approche centrée sur le patient, centre de formation de physiothérapie, adaptation des critères d'admission pour faciliter l'accès aux patients de Gaza.
- 2020 : Démarrage du projet de décentralisation de soins et de collaboration avec les projets des missions voisines. Le Covid-19 a contraint le projet à stopper toutes les nouvelles admissions pour plusieurs mois, En novembre, environ 30 lits de l'hôpital ont été dédiés au traitement de cas de Covid et un circuit spécial a été mis en place au sein de l'hôpital.

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

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

Bilan 2020

L'année 2020 a mis le monde à genoux en raison de la pandémie de Covid-19, et la Jordanie n'a pas fait exception. Malgré les défis posés par la fermeture et le confinement du pays, la mission a pu poursuivre ses soins chirurgicaux essentiels, tout en explorant les possibilités d'une réponse d'urgence au Covid-19. Dans un premier temps, le gouvernement n'a pas exprimé de besoin envers MSF dans sa gestion du Covid-19.

Mais après l'été, lorsque les taux d'infection ont commencé à monter en flèche, MSF a été invité à soutenir le ministère de la Santé avec l'ouverture d'un centre de traitement du Covid-19 en novembre.

Le maintien du réseau régional, l'établissement de partenariats et les activités de renforcement des capacités ont été plus difficiles en raison des restrictions de voyage.

Principales réalisations :

La pandémie de Covid et ses conséquences ont fortement impacté l'activité de l'hôpital et l'ensemble du programme a dû s'adapter. L'année 2020 a été marquée par le plus bas niveau d'activité jamais enregistré, avec 278 admissions et 704 procédures chirurgicales réalisées.

- La liste d'attente, dont la tendance était déjà à la hausse avant la pandémie, a été contrôlée, sans augmentation supplémentaire et avec une communication active avec les bénéficiaires de la liste.
- Atténuation de l'impact de la Covid-19 sur les activités chirurgicales régulières : Aucun patient n'a pu se rendre en Jordanie depuis son pays d'origine ; par conséquent, en juin, l'hôpital a admis un nombre limité de patients, dont des ressortissants jordaniens vulnérables et des réfugiés syriens.
- Admission de 18 patients irakiens en septembre, conformément aux protocoles stricts établis par le ministère de la santé. Malheureusement, la deuxième vague de covid a frappé le pays en octobre et l'activité a dû s'arrêter pour la deuxième fois de l'année.
- Amélioration des relations avec les autorités nationales, notamment le Ministère de la Santé, mais aussi avec les différentes représentations diplomatiques des pays d'origine de nos bénéficiaires (Ambassades du Yémen, d'Irak, et de Palestine).

- Dans certains cas, capacité à fournir une réponse pour des cas compliqués dans le pays d'origine et collaboration avec des chirurgiens irakiens pour des interventions urgentes (retrait de la fixation externe, débridement, excision, drainage et prélèvement) en coordination avec le Coordinateur chirurgical.
- Ouverture d'une communication et de collaboration avec la mission MSF à Gaza.
- En 2020, la mission a continué à mettre le patient au centre des soins avec des ressources dédiées pour mener des enquêtes de satisfaction des bénéficiaires, la formation d'un comité de patients et la mise en place d'un mécanisme de plainte.
- La qualité des soins a été davantage contrôlée par la prise en charge de la douleur, le suivi des besoins nutritionnels, le contrôle et la prévention des infections, les protocoles spécifiques pour les enfants, l'amélioration des outils d'évaluation et de notation de la santé mentale et l'accent mis sur l'ergothérapie.

Indicateurs	2017	2018	2019	2020
Evaluations initiales de santé mentale		300	512	277
Infections 30 jours après chirurgie	2,8%	1%	1%	3%
Infections nosocomiales (nb patients/mois)	2,7	3,8	2	2
Physiothérapie (réseau)		143	283	295
Conformité du personnel à la politique de contrôle des infections (lavage des mains)	77%	86%	99%	99%
Internes formés en physiothérapie		4	9	44
Internes formés en santé mentale		5	6	22

Activités	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nb de nouveaux dossiers présentés pour validation	692	644	1 203	1 413	1 566	972
Nb de dossiers présentés pour suivi	894	1 050	1 296	1 475	1 551	1 347
Nb moyen de patients suivis	418	437	444	532	638	583
Nb d'admissions à l'hôpital d'Amman	348	536	580	543	542	278
Nb moyen de patients à l'hôpital	154	180	190	199	176	135
Taux d'occupation des lits d'hospitalisation	54%	60%	81%	94%	85%	56%
Durée moyenne de séjour à Amman	154 jours	138 jours	128 jours	128 jours	138 jours	166 jours
Nb d'interventions chirurgicales (y compris mineures)	951	1 089	1 150	1 162	1 075	704
Nb moyen de séances de kinésithérapie /kinésithérapeute/jour	9,4	11,8	10,8	11	11	11
% moyen de patients sous suivi psychiatrique	-	16%	15%	20%	15%	11%
Résistance aux antibiotiques						
Nb de patients BLSE+	23	38	72	69	68	24
Nb de patients SARM+	31	41	79	125	101	36
Nb de patients porteurs d'EPC (entérobactéries résistantes aux carbapénèmes)	1	8	14	16	18	7
Nb et % d'admissions de patients avec antibiorésistance	55 (16%)	87 (16%)	165 (28%)	210 (38%)	187 (57%)	67 (24%)

KENYA

Typologie : Épidémie / Endémie**Personnel 2020**International : 18
National sous contrat : 213**Nombre de projets 2020:** 2**Dépenses 2020:** 7 251 k€**Financements institutionnels :**
aucun.**Autres centres opérationnels
MSF présents :** OCB, OCG.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Le recensement de la population au Kenya en 2019 a estimé la population à 47,6 millions, soit bien moins que les projections qui estimaient la population totale à 55 millions 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 à l'accélération du rythme de l'urbanisation. Comme la plupart des pays africains, le Kenya se caractérise par une urbanisation rapide. On estime que 27 % de la population kenyane vit dans des centres urbains, avec plusieurs métropoles dominantes (Nairobi, Nakuru, Kisumu et Mombasa).

Depuis son indépendance en 1963, le Kenya a été gouverné par une présidence exécutive très forte. Les présidents Jomo Kenyatta (1964 à 1978), le premier président du Kenya, et Daniel Arap Moi (1978 à 2002) ont tous deux été caractérisés par la division de la population et la consolidation de la politique ethnique. Le multipartisme a été introduit au Kenya en 1991. Les élections générales de 1992 et 1997 ont été des élections démocratiques multipartites compétitives au Kenya et le président Arap Moi en est sorti vainqueur malgré des allégations de fraude. Le président Arap Moi a été destitué à la fin de son second mandat et après la victoire de Mwai Kibaki. Chaque scrutin depuis l'introduction des élections multipartites - en 1992, 1997 et 2002 - a été accompagné de faibles flambées de violence. L'élection présidentielle de 2007 a été la pire crise politique de l'histoire postcoloniale du Kenya. La réélection du président Kibaki a entraîné des affrontements communautaires qui ont fait plus de 1 000 morts et plus de 600 000 personnes déplacées à l'intérieur du pays. Lors des élections de 2017, le Kenya s'est à nouveau vu confronté à des manifestations violentes.

Le Kenya a connu des changements politiques massifs depuis l'adoption de sa nouvelle constitution en 2010. Cependant, le rythme, l'intensité et l'ampleur des changements politiques se sont considérablement accrus à la suite des secondes élections sous le 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 entraîné une accélération des 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 les

programmes de développement ont été hiérarchisés en fonction des besoins locaux.

Conformément à la transformation constitutionnelle, la transition juridique se poursuit pour aligner les lois, les politiques, les structures administratives et politiques du pays sur la constitution de 2010. Ce nouveau cadre juridique transforme également la manière dont le gouvernement traite avec ses partenaires, notamment les ONG (protocole d'accord, accords de sièges, enregistrement, exemptions, etc.) et la présence étrangère au Kenya (visas, permis de travail, «kényanisation» des emplois, etc.)

Mi-mars 2020, le Kenya a enregistré son premier cas de Covid19. Cela a conduit à la mise en place de mesures de restrictions : couvre-feu, confinement, fermeture des écoles, des églises, des mosquées, des bars, des restaurants et des frontières. Les violences policières ont augmenté et les restrictions liées à la pandémie ont fortement impacté le statut socio-économique de nombreux Kenyans. Fin septembre 2020, le pays était sur la voie de la «normalisation» et désireux de relancer ses activités économiques, les écoles avaient également repris. L'impact sur le marché du travail est encore énorme, de nombreux Kenyans sans emploi ayant du mal à joindre les deux bouts.

Alors que les prochaines élections sont prévues pour août 2022, la campagne a déjà commencé. Les débats sont alimentés par le dernier scandale de corruption impliquant des politiciens de haut rang, lié à l'achat d'équipements de protection individuelle par les autorités kényanes chargées des fournitures médicales (KEMSA), et par l'attente de la publication du rapport de la Building Bridge Initiative (BBI). Les campagnes électorales sont traditionnellement marquées par de fortes grèves des travailleurs de la santé. Ces grèves pèsent déjà sur le système de soins de santé, et plus encore sur les patients.

La reclassification du Kenya dans la catégorie des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure a entraîné une diminution du financement bilatéral du pays, ce qui affecte l'allocation des fonds du gouvernement aux programmes et aux counties. Elle a également accru les attentes à l'égard des ONG, qui sont désormais censées participer «directement» au financement du renforcement du système de santé.

Contexte sanitaire

La décentralisation a entraîné des disparités croissantes dans les services de santé par county, certains counties

progressant plus vite que d'autres. Ces disparités reflètent des capacités variables en matière de leadership et de gouvernance. 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 ministère de la santé, accompagnée d'un remaniement massif des agents nationaux du ministère de la santé (toujours en cours pour diverses raisons).

La couverture santé universelle (Universal Health Coverage - UHC) est l'un des piliers du «Big 4 Agenda» de l'administration du président Uhuru. Cette initiative vise à améliorer la qualité des services de santé dans tous les établissements de santé publics et privés, tout en veillant à ce que les services soient accessibles, abordables et efficaces pour tous les Kenyans.

Principales causes de mortalités

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

- VIH/Sida
- Infections respiratoires basses
- Maladies diarrhéiques
- Pathologies néonatales
- Accidents vasculaires cérébraux
- Tuberculose
- Cardiopathies ischémiques
- Cirrhoses
- Paludisme
- Diabète
- Méningite

VIH/Sida

Le VIH/sida reste la principale cause de décès au Kenya, où l'on estime à 1,45 million le nombre de personnes vivant avec le VIH. L'épidémie de VIH au Kenya touche une grande partie de la population générale, mais des groupes comme les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les femmes, les travailleurs du sexe et les personnes qui s'injectent des drogues restent plus vulnérables à l'infection que les autres. Selon les résultats de l'évaluation de l'impact de la prévalence du VIH au Kenya (KENPHIA 2018), le taux national de prévalence du VIH chez les adultes a été estimé à 4,9 %, avec une prévalence plus élevée chez les femmes (6,6 %) que chez les hommes (3,1 %). La couverture nationale de la thérapie antirétrovirale (ART) chez les adultes était estimée à 68 % (64 % pour les enfants). En ce qui concerne la réalisation de l'objectif 90-90-90 d'ONUSIDA, les résultats de l'étude KENPHIA ont montré que 71,4 % des personnes testées connaissaient leur statut sérologique, que 95,1 % d'entre elles étaient sous traitement et que 91,2 % avaient réussi à supprimer leur charge virale.

Violence impactant la santé des populations

Une enquête de population menée en 2016 par l'unité médicale brésilienne de MSF (BRAMU) a révélé que le poids de la violence sur la santé et la santé mentale dans le bidonville d'Eastlands à Nairobi est comparable à celui de l'Amérique centrale et de la Colombie.

Pandémie de Covid19

À la mi-avril 2021, le Kenya a signalé 144 000 cas confirmés de Covid19 et 2400 décès (taux de létalité ~17%). Nairobi comptait le plus grand nombre de cas (66 200). Il y avait 450 cas confirmés et quelques décès (dont une infirmière) dans le

comté de Homa Bay.

Dans les deux projets de l'OCP, nombre de nos ambitions ont été limitées par la pandémie de Covid19 :

- Les problèmes d'approvisionnement et de qualité des équipements de protection individuelle (PPE) ont nécessité de nombreuses adaptations pour éviter la pénurie et ont limité notre capacité opérationnelle et notre aptitude à soutenir le ministère de la Santé au début de l'épidémie pour la gestion des cas. Au début, nous avons surtout réussi à apporter un soutien technique (formation) et logistique à la réponse au Covid19. Dépistage et triage, et en novembre 2020, une unité de 10 lits a été mise en place à l'hôpital de Homa Bay.
- Les mesures de distanciation sociale ont nécessité de ne travailler qu'avec le personnel essentiel pour réduire le risque.
- Les activités de promotion de la santé ont été largement paralysées par l'interdiction des rassemblements et des mesures visant à réduire la contagion.
- Suivi réduit des sites décentralisés, tant à Ndhiwa qu'à Eastlands.
- Gestion complexe de la santé du personnel avec de fréquentes évaluations des risques, des mises en quarantaine, des tests et la gestion des lacunes en matière de RH qui en résultent. En outre, des défis logistiques liés au transport de l'ensemble du personnel vers et depuis le lieu de travail.
- Mouvements internationaux affectés par les difficultés de déplacement liées au Covid19, entraînant la prolongation de certaines missions, l'annulation ou le report d'autres et le report des vacances pour la plupart du personnel.
- Difficultés à rencontrer les autorités pour discuter et éventuellement progresser sur les objectifs convenus.

PRÉSENCE MSF

MSF a maintenu une présence significative au Kenya depuis 1987, lorsque MSF avait mis en place une base arrière pour gérer ses opérations au Soudan pendant la guerre civile.

En 1991, MSF a ouvert son premier projet au Kenya pour venir en aide aux réfugiés venant du Soudan du Sud et de Somalie.

Le Centre opérationnel de Paris (OCP) a commencé à travailler à Nairobi/Kenya en 1996 en assurant des soins médicaux pour la population des bidonvilles de Mathare. 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/TB à Nairobi/Mathare et un autre dans le county de Homa Bay. La prise en charge des victimes de violences sexuelles et les activités d'urgence à Mathare ont été ajoutées en 2008 et 2012 respectivement, suite aux violences électorales de 2007 et à l'évaluation réalisée par MSF dans le bidonville d'Eastlands en 2012.

En plus de MSF OCP, deux autres sections mènent des opérations au Kenya :

- MSF OCB est présente dans le county d'Embu avec un projet sur les maladies non transmissibles (NCD) et dans le county de Kiambu en collaboration avec LVCT Health

(ONG kényane de lutte contre le VIH) avec un projet pour les consommateurs de drogues (PWUD). Le projet d'Embu sera transféré d'ici la fin de l'année 2021.

- MSF OCG travaille dans le camp de réfugiés de Daadab (county de Garissa) pour soutenir les réfugiés somaliens et à Likoni (county de Mombasa) en obstétrique et santé reproductive. Le projet de Likoni sera transféré à la mi-2021.

Les trois sections de MSF ont un accord qui détermine les zones géographiques que chaque section couvre en termes d'exploration des opportunités de réponse de santé publique et de réponse aux urgences.

MSF travaille en partenariat avec le ministère de la Santé au niveau du county et au niveau national pour garantir des services médicaux efficaces et à long terme aux personnes les plus vulnérables. Plusieurs autres entités MSF sont basées à Nairobi (mais ne sont pas opérationnelles au Kenya) : Section d'Afrique de l'Est, cellule opérationnelle d'OCBA, équipes de coordination pour la Somalie, équipe de communication intersectorielle et unité d'approvisionnement au Kenya. L'accord de siège avec le ministère des Affaires étrangères est en vigueur.

PROJET : MATHARE – RÉPONSE À LA VIOLENCE URBAINE

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.

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 infantine 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 (à l'exception des ambulances médicalisées et du centre d'appel/Lavender House) ont été mises en œuvre en collaboration avec le ministère de la santé du comté de Nairobi.

La composante VIH (Blue House) a été remise à la Fondation AIDS Health Care fin 2013.

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. La co-conception des soins, en collaboration avec des groupes de patients et de communautés, et l'utilisation d'une approche normative et participative sont des éléments clés de ce projet.

2017-2018 : MSF transfère les activités tuberculoses simple et résistante au ministère de la santé.

Dispositif

Violences sexuelles

Cette activité est dispensée dans une clinique privée de MSF (Lavender House - LH) et dans 4 structures de soins de santé primaires du ministère de la Santé. Les services fournis comprennent un numéro d'appel gratuit, une prise en charge médicale et psychosociale complète, et l'orientation vers des hôpitaux secondaires ou tertiaires du ministère de la Santé ou des hôpitaux privés pour les personnes nécessitant des soins plus poussés. MSF apporte un soutien juridique aux victimes en collectant des échantillons médico-légaux, en remplissant des formulaires et en apportant des témoignages d'experts devant les tribunaux. Des services de protection et d'hébergement sont fournis en lien avec d'autres acteurs, mais cela est devenu plus difficile dans le contexte de la pandémie de Covid19. 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 lutte contre les violences sexuelles se fait soit sans rendez-vous, soit par le biais des ambulances MSF. En outre, et conformément à l'ambition opérationnelle de MSF d'améliorer l'accès sans risque à l'avortement (Safe abortion care - SAC), la clinique de soins de santé sexuelle et reproductive de Lavender House a été ouverte fin 2019, pour proposer des interruptions de grossesse et des services de planification familiale.

Programme médical d'urgence

Ce volet comprend des soins pré-hospitaliers (centre d'appel et service ambulancier), la salle de traumatologie à Lavender House et le soutien au service des urgences de l'hôpital Mama Lucy Kibaki (MLKH). Au service des urgences du MLKH, MSF travaille en collaboration avec le Ministère de la Santé tandis que les autres activités sont gérées comme des activités verticales de MSF au sein de la clinique privée Lavender House de MSF.

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.

En 2020, l'activité a été adaptée pour la prévention et la prise en charge du Covid-19.

Clinique pour jeunes (Youth Friendly Clinic)

Début 2021, MSF a développé une offre de soins dans sa Youth Friendly Clinic (YC), située au centre de santé de Dandora II. Les activités de la clinique sont conçues en collaboration avec les jeunes de Dandora, les principales parties prenantes des communautés et le ministère de la Santé, et seront gérées avec la participation active des bénéficiaires. Pour faire face aux conséquences de la violence, la clinique propose des activités médicales (conseils en matière de santé sexuelle et reproductive, gestion des infections sexuellement transmissibles, planification familiale, tests de grossesse, conseils, tests et soins VIH, soins pré et post avortement, soins pour les victimes de violences sexuelles, et santé mentale - soins psychosociaux et références) et des services sociaux.

Bilan 2020

Activités à Eastlands (Projet Mathare)	2017	2018	2019	2020
Nb d'appels traités au centre d'appels	6 751	7 613	8 644	8 592
Nb d'interventions d'ambulance	5 474	6 228	6 792	5 860
Service des urgences : % d'appels nécessitant une intervention d'ambulance	81%	82%	79%	68%
Consultations au service des urgences de MLKH	13 358	31 697	35 282	26 730
% de cas graves à MLKH	70%	88%	87%	96%
Consultations traumatologie à Lavender House	8 689	9 250	9 099	9 408
Nb de cas de violences sexuelles (Lavender House et sites décentralisés)	2 742	3 229	3 200	3 267
Dont consultations pour viol	2 139 (78%)	2 551 (79%)	2 514 (79%)	2 450 (75%)
Interruptions volontaires de grossesse	23	70	233	272

Activités liées au Covid à Eastlands (projet Mathare)	1 ^{er} trim. 2020	2 ^{ème} trim. 2020	3 ^{ème} trim. 2020	4 ^{ème} trim. 2020	Total 2020
Nb de patients sélectionnés dans la zone de triage de Lavender House	5 703	5 022	5 395	5 117	21 237
Nb de patients suspectés de Covid-19	1	40	40	21	102
Nb de patients suspectés de Covid-19 et référés aux structures d'isolement du ministère	1	34	36	21	92
Nb et % de patients suspects testés positifs	0%	14 (37%)	9 (29%)	1 (8%)	24 (30%)
Nb de masques distribués au personnel	2 630	5 465	4 960	5 803	18 858
Nb de masques en tissu distribués à la population	0	10 080	3 375	0	13 455
Nb de points de lavage de mains en place	0	60	0	0	60

PROJET : HOMA BAY – SOINS DE SANTÉ POUR MALADIES CHRONIQUES

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 Ndhwa (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 Ndhwa. 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 Ndhwa 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 Ndhwa. 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 Ndhwa. 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 Ndhwa (NHIPS II) a été menée en octobre 2018 et les résultats ont révélé des résultats significatifs dans toute la cascade de soins qui dépassent les attentes initiales. La prévalence globale du VIH a diminué, passant de 24,1 % en 2012 à 16,9 % en 2018. La connaissance globale de la séropositivité par les patients (de 59,4 % en 2012 à 93,4 % en 2018), la couverture par les traitements antirétroviraux (de 68 % à 97 %), la suppression de la charge virale (de 39,7 % à 88,3 %) et l'incidence (nouvelles infections : de 1,9 % à 0,7 %) se sont considérablement améliorées entre 2012 et 2018, tant chez les femmes que chez les hommes. En outre, la proportion de personnes séropositives dont la charge virale n'est pas supprimée a considérablement diminué au fil du temps.

La stratégie choisie par MSF est de travailler en étroite collaboration avec le ministère de la santé, afin d'assurer la continuité et l'impact à long terme.

Dispositif

Hôpital de Homa Bay (HBCTRH) : 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 (Discharge Clinic) a été ajoutée à ce volet en juillet 2018 afin d'améliorer le suivi des patients après leur sortie.

En mars 2020, MSF a étendu son soutien à l'hôpital en mettant en place un système de triage des patients et une zone de stabilisation dans l'hôpital, ainsi qu'un lit pour l'unité de haute dépendance (HDU) dans les salles d'hospitalisation.

Une équipe multidisciplinaire composée de médecins, d'agents cliniques, d'infirmières, de travailleurs sociaux, de conseillers et d'un nutritionniste assure le suivi médical quotidien des patients.

Décentralisation VIH

Depuis 2019, l'activité de décentralisation se concentre sur l'identification et la prise en charge du VIH avancé, la prise en charge du VIH chez les enfants et les adolescents, et la

prise en charge des patients en échec de deuxième ligne ou en troisième ligne de traitement.

Bilan 2020

Notre objectif en 2020 pour la « décentralisation du VIH » était de maintenir les progrès accomplis (résultat du NHIPS II) par le projet en simplifiant davantage et en comblant les lacunes par l'amélioration de la prise en charge des patients en échec de traitement de deuxième ligne, des enfants et des adolescents séropositifs et un support au traitement de troisième ligne. Pour les services médicaux, notre objectif était d'améliorer la qualité des soins pour les patients hospitalisés dans les services adultes, ainsi que d'améliorer l'accessibilité et le continuum de soins pour les patients gravement malades (liés ou non au Sida).

Homa Bay	2017	2018	2019	2020
Services de médecine interne à l'hôpital de Homa Bay (HBCTRH)				
Admissions	2 850	3 373	3 056	2 329
Mortalité	17%	15%	14,6%	15%
% VIH+		49%	38%	37%
Discharge Clinic				
Nb patients à suivre		207	189	453
% suivis		87%	90%	91%
% mortalité après la sortie		12%	10%	6%
% ré-admission		12%	20%	23%
Sarcome de Kaposi : nb chimiothérapies initiées	71	93	119	91

Décentralisation VIH dans le sous-county de Ndhiwa	2017	2018	2019	2020
Cohorte ARV	16 005	16 618	17 395	18 118
Couverture charge virale		107%	97%	93%
% charge virale <1000	85%	90%	93%	94%
Poursuite du traitement ARV à 12 mois	82%	77%	75%	79%
Délai entre la première charge virale élevée et le changement de traitement (en jours)	333	228	159	
Taux de suppression enfants/adolescents (0-19 ans)				
<5 ans	50%	63%	75%	77%
5-9 ans	65%	83%	88%	89%
10-15 ans	66%	75%	85%	85%

Activités liées au Covid à Homa Bay	1 ^{er} trim. 2020	2 ^{ème} trim. 2020	3 ^{ème} trim. 2020	4 ^{ème} trim. 2020	Total 2020
Nb de patients sélectionnés dans la zone de triage	0	92 660	102 743	102 584	297 987
Nb de patients suspectés de Covid-19	0	8	25	134	167
Nb de patients testés Covid-19	0	8	23	117	148
Nb de tests positifs	0	0	2 (9%)	40 (34%)	42 (28%)
Quarantaines dans la tente d'attente	0	1	20	121	142
Références vers la structure d'isolement du ministère	0	0	2	4	6
Références vers d'autres structures	0	0	1	0	1
Quarantaines à domicile ou dans une structure identifiée	0	7	2	13	22
Nb de patients Covid traités dans la tente Covid	0	0	1	24	25
Nb de patients Covid traités dans l'unité de haute dépendance	0	0	0	5	5
Nb de masques distribués au personnel	2 315	2 570	2 484	8 412	15 781

LIBAN

Typologie : Accès aux soins.

Personnel 2020

International : 10

National : 77

Nombre de projets 2020 : 1

Dépenses 2020 : 4 945 k€

Financements institutionnels :

50 k€ (collectivités territoriales France).

Autres centres opérationnels

MSF présents : OCB, OCG.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

La crise économique et financière qui a commencé à se faire sentir en 2019, provoquant la « révolution » (manifestations à partir d'octobre 2019) et la crise politique qui en a résulté, n'a fait que s'amplifier tout au long de 2020. Le confinement du Covid mis en place au début de 2020, ainsi que l'augmentation des sanctions du « Caesar Act » (affectant l'économie libanaise) ont ajouté de la complexité au pays qui a vu le taux de change du marché noir LBP-USD s'envoler de ~ 3 000 LBP/1USD en avril à ~ 9 800 LBP/1USD en juillet (désormais retombé à environ 8 500 LBP/1USD). Le 4 août, l'explosion du port, en plus des pertes humaines et financières directes, a été un dur revers pour le Liban avec différentes conséquences politiques et sociales. L'année 2020 s'est achevée avec un taux d'inflation de +120%, une absence de gouvernement exécutif, des taux de chômage élevés, une récession économique aggravée avec un fort impact sur les réfugiés et les populations libanaises à revenus moyens et faibles déjà vulnérables.

L'année 2021 commence un effondrement de l'économie, une impasse politique, des préoccupations accrues en matière de sécurité (tensions intercommunautaires, sentiment anti-ONG, réapparition possible de groupes affiliés à des terroristes) et un profond sentiment d'impuissance de la part de la société civile. En l'absence de solutions à venir ou d'amélioration de la situation pour cette année, nous nous attendons à des difficultés accrues pour la population réfugiée et pour la population libanaise dans son ensemble, notamment en ce qui concerne l'accès à la santé et le chômage.

Au niveau régional - et suite au processus de normalisation des relations diplomatiques entre différents pays arabes et Israël - les relations entre Israël et le Liban (en particulier le Hezbollah) pourraient également être mises à l'épreuve cette année et, bien que la probabilité d'une reprise du conflit ne soit pas très élevée, il convient d'en assurer un suivi permanent.

Contexte sanitaire

Le système de santé au Liban est un mélange public-privé avec de multiples sources de financement et de réseaux de prestations. Les secteurs dominants sont le privé et les ONG (environ 68% des centres de soins de santé primaires du réseau national (208) sont gérés par des ONG tandis que 80% des hôpitaux appartiennent au secteur privé), et un secteur public qui a progressivement repris le leadership en termes d'élaboration de politiques, de réglementation du secteur et

d'intermédiation entre les multiples parties prenantes, mais qui n'a pas réussi à gagner la confiance de la population.

La population libanaise est couverte financièrement par le NSSF et d'autres régimes gouvernementaux (45%) ou par des assurances privées. Tous ces régimes offrent une couverture financière avec des contributions variables des patients. Les non-adhérents ont droit à la couverture du ministère de la santé publique (MoPH) pour les soins secondaires et tertiaires dans les établissements publics et privés. Les services sont proposés moyennant un tarif symbolique.

L'UNRWA, avec des baisses importantes de financement, couvre les réfugiés palestiniens dans des proportions de 50% des soins de santé secondaires (SSS) et un manque de confiance dans le système. Des soins de santé primaires (SSP) subventionnés (par le biais du programme Madad de l'UE et des ONG) sont dispensés aux réfugiés syriens et à la communauté d'accueil. L'accès aux SSS pour les réfugiés syriens est assuré par le réseau affilié au HCR de 50 hôpitaux à travers le Liban (privés et publics), par Nextcare, une assurance qui couvre les besoins d'urgence en obstétrique, les patients souffrant de brûlures aiguës et les nourrissons nécessitant des soins intensifs néonataux et pédiatriques. Parallèlement, il existe des fonds parallèles qui soutiennent des cas spécifiques, comme le fonds syrien, Heartbeat, et la chirurgie est couverte par la Chaine de l'Espoir dans certains hôpitaux de Beyrouth. Depuis le début de la crise, les structures de santé libanaises ont été mis à rude épreuve par une augmentation de leur fréquentation, 30% des bénéficiaires des services des centres de soins de santé primaires du ministère de la Santé étant des Syriens déplacés. Cela dit, cette situation a été fortement influencée par le début de Covid-19 au Liban, où les taux de fréquentation ont chuté : 50 à 60 % dans les SSS pédiatriques de la Bekaa ; 20 à 30 % dans l'ensemble des hospitalisations au niveau national ; 20% de diminution de 2019 à 2020 dans les consultations SSP, en notant que le pourcentage de Libanais bénéficiant de consultations subventionnées a augmenté pour atteindre 38 % par rapport à 31 % en 2019 et à 17 % en 2018.

Situation sanitaire générale

Le Liban, comme de nombreux pays du Moyen-Orient, connaît une transition épidémiologique avec une population de plus en plus vieillissante souffrant de maladies chroniques et non transmissibles (MNT), les maladies cardiovasculaires étant la principale cause de décès. Le poids global des maladies non transmissibles est représenté par l'hypertension à 47%, suivie du diabète à 15% et les ulcères à 10%. On estime que

les MNT sont à l'origine de 91 % de tous les décès. Cela peut être attribué à plusieurs facteurs de risque parmi la population libanaise. En outre, les MNT représentent la principale cause de morbidité et de mortalité parmi les populations déplacées syriennes.

Les patients souffrant de maladies rénales et nécessitant une dialyse ont été particulièrement touchés par le Covid-19, des ruptures de médicaments ayant été signalées. Des lacunes dans la prise en charge de la dialyse et des maladies du sang sont hautement probables en 2021 et un appel au financement a été lancé. URDA a transmis toute sa cohorte pédiatrique de la Bekaa atteinte de thalassémie à MSF et la question reste posée pour les cohortes du nord et du sud du Liban, y compris pour les patients adultes.

La couverture vaccinale pour les principaux antigènes (DTC, rougeole, polio et hépatite B) a chuté à 38% en 2020. Des cas de coqueluche ont été signalés dans notre unité de soins intensifs pédiatriques à Zahlé et une campagne active contre la rougeole et la polio était prévue pour novembre/décembre 2020. La rougeole au Liban a un profil épidémique où une épidémie se produit environ tous les cinq ans.

Les différents cycles cumulés de crises, de guerres, d'attaques terroristes et d'autres catastrophes rendent la population libanaise sujette aux troubles mentaux, notamment au suicide, avec une absence de politiques claires. La santé mentale a été particulièrement renforcée en tant que programme au sein du ministère de la Santé. Une stratégie de santé mentale (NMHP) visant à garantir la qualité et l'accès universel aux services de santé mentale curatifs et préventifs dans tout le pays a été mise en place avec le soutien de l'OMS, de l'UNICEF et de l'IMC. Une augmentation de 7% des consultations en santé mentale a été signalée en 2020 par rapport à 2019.

L'insécurité alimentaire devient également un risque et un point d'intérêt pour la communauté internationale en termes de prévention et de surveillance. Des projets de subsistance agricole, des programmes d'assistance en argent liquide, le dépistage systématique au MUAC et la gestion de la malnutrition aiguë modérée, font partie des offres de soins de santé primaires proposés par le PAM, ACF et les partenaires.

Situation Covid-19

Début 2020, la crainte du Covid-19 a eu un impact sur la fréquentation des structures de santé, ce qui a conduit au départ d'un grand nombre de travailleurs de la santé, entraînant l'immigration de travailleurs de santé spécialisés et une augmentation du chômage qui a par conséquent affecté la réponse Covid.

293 157 cas de Covid cumulés avec un taux de positivité de 22% en fin d'année, un total de 1889 lits réguliers assignés au Covid-19 avec un taux d'occupation de 85,07 % et 1014 lits de soins intensifs avec un taux d'occupation de 92,5%. 2621 décès avec un taux de mortalité de 0,89. Parmi tous les pays du monde, le Liban a le 20ème taux de mortalité par Covid-19 le plus élevé (109,8 par million). 85 hôpitaux répondent au Covid-19 (16 publics et 69 privés). Les Nations Unies et les ONG ont soutenu le Ministère de la Santé Publique (MSP) pour augmenter la capacité des lits, en fournissant des lits supplémentaires pour les soins intensifs, des équipements et un soutien en ressources humaines. L'augmentation de l'incidence fluctue chaque semaine entre les gouvernorats.

En 2020, les taux de positivité parmi les réfugiés sont restés relativement faibles par rapport aux chiffres nationaux. La majorité des cas de réfugiés ont été détectés en milieu urbain, tandis qu'aucune épidémie majeure n'a été signalée dans les établissements informels, malgré la crainte de taux de positivité plus élevés dans ces milieux au début de la pandémie.

La réponse du HCR à l'épidémie de Covid-19 comprenait un plan visant à ajouter 800 lits d'hôpital et 100 lits de soins intensifs dans les hôpitaux libanais, dans le cadre d'une approche progressive avec une activation à partir d'un certain seuil du nombre de cas positifs.

PRÉSENCE MSF

MSF est présente au Liban depuis 1976 et sa présence actuelle est constante depuis 2008. OCG s'est établi dans le pays, suivi par OCB et OCP en 2017. Ces dernières années, la présence de MSF est principalement due à la crise syrienne et s'est concentrée sur la vallée de la Bekaa, le nord du pays, Tripoli et le sud de Beyrouth (zones où les réfugiés se sont également installés). OCB était également présent à Sidon mais le projet a été fermé en 2020.

Après 2020 et pour 2021, les sections MSF continuent de se concentrer sur les réfugiés syriens mais, en raison du contexte actuel, un repositionnement sur les communautés vulnérables (non-réfugiées) est nécessaire. OCB a décidé d'ouvrir un programme de soutien aux travailleurs migrants tandis qu'OCP s'est concentré sur le soutien d'une cohorte de patients dont l'accès aux soins s'est dégradé (dans les quartiers vulnérables qui ont également été touchés par l'explosion). OCG a pris une direction différente en fermant son programme à Tripoli qui soutenait principalement les populations libanaises et était actif depuis 5 ans.

Vallée de la Bekaa

- Nord Bekaa – OCG : Soins de santé primaires (santé mentale, maladies non transmissibles (MNT), pédiatrie et santé sexuelle et reproductive (SSR)) au nord de la vallée à Hermel et Arsal. L'équipe de la Bekaa assure également le suivi d'une petite cohorte restante d'enfants et d'adolescents vivant avec le diabète à Tripoli, après la clôture du projet dans cette zone fin 2020.
- Nar Elias – OCB : L'hôpital Bar Elias a ouvert en octobre 2018 et propose des chirurgies électives et des soins des plaies. En septembre 2020, l'hôpital Bar Elias s'est temporairement transformé en un établissement Covid-19. Les chirurgies électives ont donc été mises en attente tandis que les services de soins des plaies continuent de fonctionner dans un site externe à proximité de l'hôpital. Suivant l'évolution de la pandémie, MSF vise à reprendre ses activités normales à Bar Elias en avril 2021.
- Zahle – OCP : Soins pédiatriques secondaires et tertiaires dans l'hôpital public Elias Haraoui pour les enfants de 1 mois à 15 ans, y compris les consultations d'urgence, une unité de soins intensifs et une unité de soins de jour de thalassémie.

Akkar

- OCG : Services de santé mentale et de vaccination de routine à Wadi Khaled. Il est prévu de soutenir les services de santé sexuelle et reproductive et de maternité dans les centres de santé publique de Wadi Khaled.

Beyrouth

- Sud Beyrouth – OCB : Dans le camp de Shatila, soins de santé primaires (santé mentale, maladies non transmissibles, vaccination). Dans le camp de Burj El Barajneh, soins de santé sexuelle et reproductive avec le centre de naissance de l'hôpital universitaire Rafik Hariri (RHUH) fournissant des services de maternité, reposant sur la naissance naturelle et un modèle dirigé par des sages-femmes. A partir de fin 2020, le projet a également mis en place un groupe de travail pour traiter le Covid-19.
- Travailleurs migrants – OCB : Soins et assistance multidisciplinaires (sociaux, médicaux et psychologiques) pour répondre aux besoins spécifiques des travailleurs migrants à Beyrouth. Les services de MSF comprennent des consultations en face à face, une ligne d'assistance téléphonique, des activités de proximité à domicile et la promotion de la santé.
- Intervention post-explosion – OCP : Soins à domicile aux patients (principalement des personnes âgées ou handicapées) atteints de maladies non transmissibles (MNT) et vivant dans une situation précaire dans les quartiers les plus touchés de Beyrouth.

Réponse Covid

- OCB : Centre d'isolement à Siblinge avec l'UNRWA ; soutien à la stratégie de dépistage du MoPH ; formations sur la prévention des infections et sur la promotion de la santé pour les travailleurs de première ligne. Petite intervention sur la promotion de la santé dans le camp d'Ain El Hilweh, ainsi que sur l'eau et l'hygiène (43 réservoirs d'eau, 900 kits d'hygiène et 15 000 masques).
- OCG : Étude de la possibilité de soutenir le centre d'isolement d'Assal.
- OCP : Installation d'une zone de triage et de pré-triage Covid à Zahle.

PROJET : ZAHLE

Historique du projet

Depuis mars 2017, MSF OCP a commencé dispenser des soins pédiatriques complets (en hospitalisation) aux populations vulnérables à l'hôpital gouvernemental Elias Haraoui de Zahlé, dans la Bekaa. MSF gère le service pédiatrique (hospitalisations et soins intensifs) de manière indépendante. MSF fournit également un ensemble de soins complets et de transfusions sanguines pour les patients atteints de thalassémie (principalement des réfugiés qui ne pourraient pas accéder à ce traitement autrement).

Dispositif

Au niveau hospitalier, les activités font partie intégrante de l'hôpital gouvernemental Elias Haraoui, un grand hôpital doté de services de support étendus et immédiatement disponibles.

Des soins médicaux spécialisés sont dispensés aux enfants, gravement malades ou non, qui ont besoin d'être hospitalisés dans deux domaines différents : le service pédiatrique général et les soins intensifs. En plus de l'unité de soins de jour pour la thalassémie qui fournit un ensemble complet de soins pour une cohorte de 91 patients et dont l'approvisionnement en sang est assuré par un accord avec la Croix Rouge libanaise.

Le service MSF a une capacité de 28 lits répartis comme suit :

- Soins généraux pédiatriques : 18 lits (dont 12 fonctionnent utilisés actuellement pour le Covid).
- Soins intensifs pédiatriques : 3 lits (4-5 en haute saison)
- Unité de soins de jour pour la thalassémie : 6 lits

Au niveau communautaire, des activités de proximité sont mises en œuvre pour faciliter l'accès aux soins des populations vulnérables et pour assurer un suivi adéquat des patients, principalement ceux atteints de maladies chroniques. En collaboration avec la Croix Rouge Libanaise, nos équipes de proximité sont activement impliquées dans la collecte de sang. Avant le début de l'épidémie de Covid, quatre campagnes mensuelles de collecte de sang mobiles étaient organisées par notre équipe et la Croix Rouge. L'équipe MSF organisait des sessions de sensibilisation au projet de thalassémie et encourageait les gens à donner leur sang.

Bilan 2020

	2018	2019	2020
Présentations aux urgences	3 801	4 987	4 239
Hospitalisations (18 lits en 2019 ; 12/16 lits à partir de juin 2020)	1381	1185	795
Admissions en soins intensifs (4 lits en 2019 ; 3 lits en 2020)	99	120	109
Taux d'occupations des lits	102,7%	72,7%	58,1%
Cohorte Thalassémie	44	82	99

LIBERIA

Typologie : Accès aux soins.**Personnel 2020**

International : 22

National : 309

Nombre de projets 2020 : 3**Dépenses 2020 :** 6 188 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 marqué le début d'une décennie de régime autoritaire et d'une période d'instabilité. Doe a été renversé en 1990. Le Liberia a ensuite connu deux guerres civiles 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, principalement des civils. D'autres violences ont entraîné le déplacement d'un million de personnes dans les pays voisins et l'effondrement complet de l'ordre public. En 2003, la force de maintien de la paix des Nations unies (MINUL), forte de 15 000 hommes, a été déployée aux côtés d'un gouvernement de transition pendant deux ans. Cette période a été suivie par l'organisation d'une élection démocratique remportée par Ellen Johnson Sirleaf en 2005 et 2011.

En 2014-2015, une vaste épidémie d'Ebola a secoué le pays et déstabilisé un État et une économie déjà fragiles, entraînant une intervention internationale massive.

En janvier 2018, l'ancien footballeur George Weah a prêté serment en tant que nouveau président avec une nette victoire électorale, remportant le vote populaire dans 14 counties sur 15 et marquant la première transition constitutionnelle du pouvoir depuis plus de 70 ans. Le président Weah a été porté par une coalition complexe, et la première année au pouvoir a été caractérisée par des disputes sur les postes et l'emploi plutôt que par des discussions politiques. En mars 2018, la MINUL a quitté le pays.

Alors que la situation sécuritaire est stable, la situation économique est désastreuse avec 50 % de la population vivant sous les seuils de pauvreté nationaux en 2016 (Source : Banque mondiale) dans un pays classé 176 sur 189 dans le monde pour son indice de développement humain en 2018 (Source : Rapport sur le développement humain 2019, PNUD). L'inflation reste une préoccupation permanente pour la population.

En décembre 2020, les élections sénatoriales de mi-mandat ont été organisées pour renouveler les 15 sénateurs des 15 counties. En outre, le président a proposé un référendum pour réduire les mandats présidentiels de six à cinq ans et les mandats parlementaires de neuf à sept ans. L'opposition a remporté 15 des 30 sièges de sénateurs, dont celui du county de Montserrado, le plus peuplé du pays, qui comprend la

capitale Monrovia. Aucune violence électorale majeure n'a été signalée. À noter que des modifications constitutionnelles pourraient permettre au président Weah de briguer un troisième mandat.

En 2020, le Liberia a été touché par la pandémie de Covid-19 et ses conséquences indirectes, notamment l'état d'urgence, avec des restrictions de déplacements qui affectent largement la mobilité des personnes et, dans une moindre mesure, des biens. Cette situation a eu des répercussions sur la plupart des personnes et a affecté la vulnérabilité des femmes aux violences sexuelles. Au total, 900 cas de violences sexuelles ont été signalés entre janvier et août 2020 et sont liés à l'épidémie (3 semaines de confinement, 3 mois de couvre-feu enfermant les gens chez eux) ; un chiffre proche des niveaux annuels, qui a suscité un appel national à l'action.

Contexte sanitaire

Pour 100 000 naissances vivantes, 725 femmes meurent de causes liées à la grossesse : le système de santé libérien est l'un des plus faibles du monde. Il y a un manque de financement résultant d'un retrait du Health Pool Fund (HPF) en 2018 et une pénurie d'agents de santé liée à l'épidémie d'Ebola et / ou une mise à la retraite sans remplacements (900 en 2020).

En théorie, les services médicaux sont gratuits, mais les dispensaires dépendent principalement des dons de programmes de lutte contre des maladies spécifiques (par exemple, le Fonds mondial) pour leur approvisionnement, et ne fournissent qu'une liste limitée de médicaments ou de diagnostics, tandis que l'accès aux soins spécialisés est généralement inexistant. Le système de référence fonctionne grâce à un système de recouvrement des coûts du carburant payé par le patient, ce qui conduit à des décès potentiels à domicile ou avant l'arrivée à l'hôpital de référence.

Depuis le 16 mars 2020, le Liberia est touché par le Covid-19. A fin 2020, un total de 1 779 cas et 83 décès ont été signalés au Liberia. La capacité de surveillance et de diagnostic liée aux épidémies s'est améliorée avec la création de l'Institut national de santé publique du Liberia/Laboratoire national de référence (NPHIL/NRL). Néanmoins, le Covid-19 a souligné les faiblesses du système de santé libérien en termes de capacité de diagnostic, de surveillance et d'isolement. L'épidémie du Covid-19 a mis aussi en évidence la volonté du ministère de la santé de centraliser et de coordonner les réponses d'urgence.

En 2021, le ministère de la santé entend mettre en place un système de recouvrement des coûts de santé afin de renforcer l'approvisionnement en médicaments et l'entretien des bâtiments.

PRÉSENCE DE MSF

En raison de la guerre civile, MSF a fourni des services médicaux au Liberia de 1990 à 2012.

En 2014 - 2015, la réponse Ebola :

- OCG a ouvert un centre de traitement du virus Ebola (CTE) dans le county de Lofa.
- OCB a géré des CTE à Monrovia.
- OCP a soutenu les soins non liés à Ebola, notamment l'ouverture d'un hôpital pédiatrique : le Bardnersville Junction Hospital (BJH, 70 lits), qui est resté opérationnel depuis.

En 2017, la réorientation des activités d'OCP :

- L'inclusion de services de chirurgie pédiatrique au BJH (20 lits)
- L'intensification des activités de formation au BJH
- L'ouverture d'un programme de santé mentale basé sur un modèle communautaire de soins.
- La signature d'un accord de siège (HCA) avec le gouvernement du Liberia.
- MSF reste disponible pour répondre aux urgences

En 2020, l'épidémie de Covid et ses conséquences :

- MSF a fourni un soutien technique au ministère de la Santé afin d'ouvrir un centre de traitement Covid à Monrovia.
- MSF a organisé une distribution de savon ciblant 100 000 foyers, accompagnée d'une campagne de sensibilisation sur le Covid-19.
- En raison de la restriction des vols, MSF a dû suspendre ses activités chirurgicales au BJH.
- En raison du confinement au Liberia, MSF a dû adapter le projet de santé mentale : distribution de médicaments et consultations par téléphone mobile au lieu de consultations en face à face.

Même si MSF est bien reconnue et appréciée au Liberia, la collaboration avec les autorités pourrait être plus efficace.

PROJET : BARDNESVILLE JUNCTION HOSPITAL

Historique du projet

MSF a ouvert son hôpital à Monrovia en 2015, pendant l'épidémie d'Ebola, afin de renforcer l'accès à des soins pédiatriques sûrs.

En 2016, l'évaluation de l'accès aux soins pédiatriques à Monrovia par les structures existantes a conduit à un remaniement des activités de l'hôpital de MSF. La décision a été de réorienter les activités vers les soins pédiatriques spécialisés, notamment la chirurgie pédiatrique (ouverte en 2018).

MSF a continué à fournir également des soins pédiatriques de niveau secondaire. Le BJH accueille également un volet formation pour les libériens. En 2016, le BJH est devenu un établissement d'enseignement certifié recevant des infirmières effectuant leur stage en pédiatrie, activité qui s'est depuis développée pour d'autres personnels médicaux et paramédicaux (médecins internes, infirmières anesthésistes, techniciens de laboratoire).

Le projet est initialement prévu pour durer jusqu'à fin 2021, date à laquelle les activités seront transférées vers la structure en cours de construction au New Redemption Hospital. Bien que la construction de ce nouvel hôpital ait commencé, il y a eu beaucoup de retards. Par conséquent, il est peu probable que le transfert des activités du BJH vers le New Redemption Hospital ait lieu en 2021.

Dispositif

Le BJH est un établissement de santé privé géré par MSF et destiné aux enfants âgés de 1 mois à 15 ans. Il s'agit d'un hôpital de 92 lits : triage, salle d'urgence, salle d'observation, unité de soins intensifs (15 lits), pédiatrie / hospitalisation (31 lits), centre de nutrition thérapeutique pour patients hospitalisés (26 lits), service de chirurgie (16 lits), unité de soins intensifs (4 lits), bloc opératoire (2 salles), radiologie, laboratoire, banque de sang et microbiologie.

246 membres du personnel MSF travaillent dans cet hôpital, dont 161 agents de santé.

En raison de l'épidémie de Covid-19, l'activité chirurgicale a été suspendue, entraînant la fermeture du bloc opératoire et de l'unité de chirurgie. La capacité d'accueil a donc été réduite à 72 lits de mars à décembre 2020. Certaines campagnes chirurgicales ont été reportées à 2021. En plus de cette suspension d'activité, à partir de mai 2020, 26 membres du personnel ont été temporairement suspendus comme « confinés à la maison » ou « à risque de Covid-19 » ou faisant partie de « l'équipe de bloc en attente ».

Bilan 2020

Un des objectifs de 2020 était d'analyser l'activité chirurgicale et de déterminer sa valeur ajoutée étant donné le faible nombre d'urgences et notre incapacité à mettre en place des formations pour les chirurgiens résidents. De plus, le cycle de formation pour les stages en 2020 a été suspendu pour réduire l'exposition du personnel et des étudiants au Covid-19. Néanmoins, 16 infirmiers, 1 infirmier anesthésiste et 3 médecins ont été formés de janvier à mars 2020. Une évaluation sera faite pour déterminer comment MSF pourrait redémarrer progressivement ces formations.

Pour faire face au taux de mortalité élevé, en particulier dans l'unité de soins intensifs, des mesures d'amélioration de la qualité ont été mises en place : clarifier les lignes de communication entre les services, tenir des réunions d'amélioration de la qualité, organiser des revues de mortalité. Ces mesures ont permis de maintenir un taux de mortalité inférieur à 10 % (à l'exception de l'unité de soins intensifs, où le taux de mortalité a atteint 21 % en août, dont 32 % pour des décès survenus après 24 heures). L'équipe de promotion de la santé s'est engagée activement auprès de la communauté et des centres de santé afin de réduire le délai de présentation à l'hôpital BJH.

	2017	2018	2019	2020
Nb de consultations aux urgences	7 041	6 347	5 791	4 387
Admissions service pédiatrique	3 355	3 009	2 693	2 338
Admissions centre de nutrition intensif (ITFC)	1 656	1 433	1 453	1 469
Admissions soins intensifs	1 867	1 833	1 396	1 415
Nb d'actes chirurgicaux	N/A	735	1 102	204
Nb de nouveaux patients chirurgie	N/A	605	976	195
Taux d'occupation des lits		71,3%	83%	79,9%
Mortalité hospitalière	9,2%	9,3%	8,7%	9,9%
Nb de décès à l'arrivée		199	124	151

PROJET : SANTÉ MENTALE - MONROVIA

Historique du projet

Les troubles de la santé mentale et l'épilepsie sont des maladies négligées, les patients étant stigmatisés dans un pays où les soins psychiatriques et neurologiques sont quasiment inexistantes. Il existe un hôpital psychiatrique national de 80 lits (E.S. Grant Hospital) à Monrovia qui fonctionne avec beaucoup de difficultés et le soutien d'un psychiatre libérien à temps partiel.

En 2016, MSF a pris la décision de fermer la clinique Ebola, une activité qui a révélé les besoins non satisfaits en santé mentale à Monrovia. Cela nous a conduit à lancer un programme de soins psychiatriques en 2017, basé sur un modèle innovant inspiré de la directive d'intervention du programme d'action contre les lacunes en santé mentale de l'OMS (mh-GAP ig). Ce modèle de soins offre la possibilité d'impliquer les communautés ou les soignants en tant qu'acteurs actifs pour le traitement ou le suivi des patients et de les relier aux cliniques de soins de santé primaires (PHCC) où des consultations sont dispensées.

Dispositif

Le projet vise à améliorer l'accès aux services de santé mentale et d'épilepsie. Les améliorations passent par le diagnostic, le traitement et les références dans cinq

établissements de santé du comté de Montserrado. Ce projet travaille en coopération avec le ministère de la Santé, le personnel du ministère de la Santé recevant des incitations financières de MSF pour prodiguer des soins directs aux patients. Les consultations de santé mentale se déroulent dans le cadre d'un service de consultations, 5 jours par semaine. La communauté des patients (famille, proches) joue un rôle actif dans ce modèle.

Le mhGAP vise à développer les services pour les troubles mentaux, neurologiques et de consommation de substances. Dans notre programme, les patients souffrant de troubles liés à la consommation de substances psychoactives ne sont pris en compte que lorsqu'il s'agit d'une comorbidité. OCP cherche à fournir tous les niveaux de soins de santé mentale au niveau de la communauté, ce qui implique (1) la détection du patient, (2) la référence, (3) le suivi et (4) le traitement avec un travailleur psychosocial (PSW) de MSF et des volontaires de santé communautaire (sur incitation financière de MSF) soutenant ces activités. Les activités en direction de la communauté sont également axées sur la sensibilisation et la lutte contre la stigmatisation.

MSF réfère les patients adultes de santé mentale à l'E.S. Grant Psychiatric Hospital en cas de risque aigu d'automutilation ou d'atteinte à autrui. MSF fournit alors les médicaments des patients si nécessaire.

Les enfants épileptiques sont référés au BJH et les adultes à l'hôpital Elwa (privé).

Bilan 2020

En 2020, une pénurie de carburant dans tout le pays a affecté les déplacements des patients en raison de l'augmentation du prix du transport et MSF a adapté son approche en assurant la distribution de médicaments.

En mars, en raison du Covid-19, MSF a dû ajuster son mode de fonctionnement : distribution massive de médicaments aux patients (renouvellement de 2 mois), suivi téléphonique, élaboration d'une liste complète des patients, interruption des consultations en face à face et gel de l'inscription de nouveaux patients. En août, MSF a repris ses consultations en face à face au PHCC et en octobre ses soins à domicile (en tenant compte des mesures de contrôle et prévention des infections).

La période du Covid-19 a été l'occasion de faire un tri des dossiers des patients (plus de 400 sortis), après quoi la perdus de vue ont chuté à 6% (contre 45% en mai 2018).

Activités	2017	2018	2019	2020	
Niveau centres de soins primaires	Nb consultations santé mentale	2 446	5 532	4 505	3 501*
	Nb consultations épilepsie		5 459	10 163	8 885*
Cohorte centres de soins primaires	Suivi patients santé mentale	424	389	998	961
	Nb patients épilepsie	363	625	1 221	1 407
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	8 364 téléphone 2 282 domicile	4 889 téléphone 1 258 domicile
	Nb de consultations à domicile	N/A	13	18	29**

* En raison de Covid-19, il est difficile de comparer les données de 2020 avec celles de l'année dernière. Il y a eu 10 631 contacts supplémentaires pour des distributions de médicaments, des suivis à domicile ou des conseils, qui n'ont pas été effectués dans les cliniques en raison du Covid. Il n'y a pas eu de recrutement de nouveaux patients de mars à août.

** Chiffre approximatif.

PROJET : INTERVENTION COVID-19

Historique du projet

Le 16 mars 2020, le Liberia a enregistré son premier cas de Covid-19 lorsque le chef de l'Agence libérienne de protection de l'environnement a été testé positif au retour d'un voyage en Suisse. Les autorités ont rapidement resserré les critères d'entrée au Liberia, imposant une quarantaine à tous les passagers en provenance de pays considérés à risque pour contenir l'épidémie.

Avec des capacités limitées en équipements de protection individuels et en matériel spécifique pour la gestion du Covid, MSF s'est positionné pour soutenir le ministère de la Santé par le biais de conseils et de formations (contrôle et prévention des infections, organisation ou mise en place d'un centre Covid) et de la prévention par la promotion de la santé, qui a ensuite été associée à la distribution de savons et d'articles de première nécessité pour prévenir la transmission.

Dispositif

Avec l'épidémie et l'impossibilité d'envoyer un soutien supplémentaire, l'équipe s'est restructurée pour maintenir l'activité à l'hôpital pédiatrique BJH (en suspendant l'activité chirurgicale en raison de l'impossibilité d'envoyer une équipe chirurgicale) et la santé mentale (en arrêtant le recrutement actif de patients et les consultations en face à face).

Le projet Covid a été réalisé en utilisant les ressources humaines existantes de la mission et en désignant une personne comme responsable de la coordination de toutes les activités avec le soutien de la coordination (logistique, médical) et de l'équipe existante (équipe de promotion de la santé de BJH) ainsi que de travailleurs journaliers employés pour la distribution.

Composition des équipes pour la distribution : 18 équipes composées chacune d'un chef d'équipe, d'un agent de santé communautaire ou d'un médical, de 2 à 4 distributeurs et de 2 à 4 volontaires communautaires. L'équipe totale comprend 18 chefs d'équipe logistiques, 18 membres du personnel médical (CHW ou personnel médical), 60 distributeurs et 60 volontaires communautaires.

Les dons du secteur privé ont été recueillis en nature (savon, articles de première nécessité) et les achats locaux ont été effectués avec la location de véhicules locaux.

Bilan 2020

L'équipe a rencontré des difficultés de coopération avec le ministère de la Santé. Le NPHIL, son organe de réponse aux urgences et aux épidémies, a initialement accueilli MSF dans son comité de surveillance et de réponse et MSF lui a apporté son soutien au sein du comité de promotion de la santé et du comité logistique. Il a ensuite été demandé à MSF de soutenir le centre de traitement situé à l'hôpital militaire, mais suite à notre réticence à prendre la responsabilité du centre de traitement, notre soutien a été moins sollicité et MSF s'est éloigné du comité de surveillance et de réponse qui recherchait un soutien financier et matériel direct plutôt que des conseils ou un soutien technique.

La promotion de la santé et la distribution de MSF sont intervenues au bon moment, en avril, alors que l'épidémie était encore faible. La distribution a été effectuée de manière efficace en mettant en œuvre une stratégie basée sur l'administration massive de médicaments antipaludiques pour Ebola afin d'intégrer des mesures de prévention des infections et de ne pas faire de la distribution un événement potentiel de propagation du Covid-19.

La rapidité de la distribution a été un succès et a permis de sensibiliser la communauté au Covid-19, tout en assurant la disponibilité du savon pour la pratique régulière du lavage des mains pour la population cible.

La précipitation dans la réalisation de cette action a créé des problèmes d'organisation et d'approvisionnement (achats, stocks) qui auraient pu être résolus en prenant deux semaines supplémentaires de préparation.

Bien que la disponibilité des données soit limitée en raison de l'accès limité aux tests, les rapports existants décrivent, après un certain confinement de l'épidémie, une augmentation du nombre de cas à partir de mai et un pic en juin et juillet, puis une diminution constante du nombre de cas depuis août.

À la fin du mois de décembre 2020, un total de 1 779 cas et 83 décès (4,6 %) ont été signalés au Liberia (Source : NPHIL). Le comté de Montserrado, dans lequel se trouve la capitale Monrovia, est le plus touché avec 80% des cas et 52% des décès signalés.

A Claratown, une distribution de seaux a également été effectuée.

Site de distribution	Nb de foyers	Barres de savons distribuées (3 par foyer)	Population estimée (5 par foyer)
Westpoint	10 740	32 220	53 700
Claratown	24 730	74 190	123 650
New Kruw town	26 869	80 607	134 345
Logan Town/Bushrod Island	15 867	47 601	79 335
Total	78 206	234 618	391 030

LIBYE

Typologie : Conflit armé.**Personnel 2020**

International : 21

National : 60

Nombre de projets 2020 : 2**Dépenses 2020 :** 3 859 k€**Financements institutionnels :**
aucun.**Autres centres opérationnels
MSF présents :** OCA.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Depuis la chute du régime de Kadhafi, la Libye reste hyper fragmentée et marquée par une forme de système féodal, avec les villes comme principales institutions s'appuyant sur de nombreuses petites milices. Il est à noter que malgré l'embargo sur les armes, les bailleurs de fonds étrangers jouent un rôle essentiel puisque les armes sont largement fournies par la Turquie pour le gouvernement d'entente nationale (Government of National Accord - GNA) et par les Émirats arabes unis (EAU) pour l'Armée nationale libyenne (Libyan National Army - LNA), mais pas exclusivement.

En 2020, la situation sécuritaire a continué à se détériorer et le renforcement de la présence turque a permis au GNA de repousser les forces d'Haftar hors de la région de Tripoli, déplaçant la ligne de front vers Syrte / Juffra. Un cessez-le-feu fragile a été adopté au cours de l'été 2020, mais le soutien militaire a continué à affluer dans le pays, tant pour le GNA que pour la LNA, avec un renforcement continu des forces de chaque côté de la ligne de front principale.

Contexte sanitaire et humanitaire

Dans l'ensemble, les services de santé publique en Libye ont été lourdement 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 étrangers spécialisés 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 (MNT), notamment les traumatismes, la santé mentale et d'autres maladies comme le diabète et l'hypertension. La pandémie de CoViD a touché la Libye avec 84 054 cas enregistrés et 1 812 décès à la fin de l'année 2020.

La Libye est un pays à faible prévalence de tuberculose bien que l'OMS, dans son dernier rapport mondial 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, dans la mesure où la détection et le traitement de la tuberculose ont considérablement diminué au cours des dix dernières années.

Migrants et réfugiés

Malgré sa situation instable, la Libye reste un pays attractif pour l'immigration principalement pour les opportunités de travail économique mais aussi pour le transit des migrants et des réfugiés qui tentent de rejoindre l'Europe. Selon les chiffres de l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), en septembre 2020, au moins 584 509 migrants étaient présents en Libye. En octobre 2020, le nombre de migrants en détention n'était pas clair et la plupart des centres de la Direction de la lutte contre la migration illégale (DCIM) étaient vides. D'autre part, des preuves de l'existence d'autres dispositifs contrôlés par l'État pour mettre en détention et racketter des personnes ont été établies.

En détention et hors détention, ces populations vulnérables sont confrontées à des besoins de protection aigus avec un accès limité aux services de santé et aux abris. Les migrants et les réfugiés sont exposés, quel que soit leur statut juridique, à la détention arbitraire, à la torture, notamment aux violences sexuelles, aux enlèvements contre rançon, à l'extorsion et au travail forcé. Leurs besoins de protection sont traités par deux voies différentes : Le HCR pour ceux qui peuvent prétendre au statut de réfugié ou l'OIM pour tous les autres. La première voie, celle du HCR, est saturée par le manque de places pour les réinstallations et les évacuations humanitaires dans des pays tiers. L'épidémie de Covid a aggravé la situation puisque les évacuations humanitaires ont été arrêtées pendant plusieurs mois. Dans l'ensemble, tout est fait pour bloquer les personnes en Libye ; il n'y a pas d'accès à la protection dans le pays et pour les quelques options de mise à l'abri qui existent, soit les tentatives des acteurs ont échoué à cause des dynamiques locales, soit les critères pour y accéder étaient trop restrictifs.

La tendance à la diminution des traversées de la Méditerranée centrale et des arrivées en Europe se poursuit depuis le début de la collaboration de l'UE avec les garde-côtes libyens (LCG) en 2017. Selon l'OIM, parmi les 21 000 migrants arrivés en Italie et à Malte entre janvier et octobre 2020, 10 000 sont arrivés de Libye. Les LCG ont intercepté et renvoyé en Libye 11 000 migrants contre 6 000 en 2019 durant la même période. Toujours selon l'OIM, 400 migrants sont morts ou disparus en Méditerranée centrale depuis début 2020.

PRÉSENCE MSF

MSF France est intervenue 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 rencontrée par les populations migrantes, se retirant de l'Est du pays en 2018. MSF OCA intervient à Tripoli en complément des opérations de recherche et de sauvetage en Méditerranée menées par le bateau Sea Watch 4.

PROJET : MIGRANTS DANS LA RÉGION CENTRALE

Historique

Le projet visait à l'origine à répondre aux besoins de la population déplacée arrivée à Misrata en provenance de Benghazi, Syrte, Ubwari, Zlitan, et à améliorer la capacité du service d'urgence de l'hôpital central (MCH). En raison d'un conflit hautement politisé, aucun blessé de guerre n'est arrivé de la ligne de 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 conservé 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 :

Une équipe basée à Misrata intervenait dans les centres de détention de Misrata (fermé fin 2019), Khoms 1 (fermé en 2018), Khoms 2 et Zlitan (fermé en 2020) et maintient une présence à la demande au point de débarquement de Khoms. L'équipe fournit un soutien à la clinique ambulatoire et au laboratoire de tuberculose du NCDC (National center for disease control), et gère une unité d'hospitalisation pour la tuberculose.

L'équipe couvre également Bani Walid avec des consultations médicales, la prise en charge des cas vitaux et un soutien logistique dans une maison sécurisée deux fois par semaine, à destination des migrants libérés des trafiquants d'êtres humains perpétrant des violences et des tortures intentionnelles. Le centre de soins d'Al Medina propose également des services de consultation externe et des soins prénatals et postnatals, principalement pour la population libyenne. Des cliniques mobiles sont déployées pour atteindre les migrants et les populations déplacées dans les zones urbaines.

Bilan 2020

De janvier à décembre 2020, MSF-OCP a réalisé un total de 14 392 consultations médicales.

Débarquement

Il y a eu 150 consultations aux points de débarquement. Le nombre de débarquements varie fortement en fonction de la saison mais MSF a répondu à un total de 928 personnes débarquées au cours de l'année 2020.

Centres de détention (DC)

Il y a eu 2153 consultations dans les DCs. Bien que l'équipe MSF décompte le nombre approximatif de personnes dans les deux centres de détention, il n'est pas possible de fournir le nombre de personnes qui sont passées par les centres de détention.

Prisons

A la demande des prisons elles-mêmes et du NCDC, nous avons reçu l'autorisation formelle d'effectuer des visites médicales dans les prisons de Misrata et Beni Walid à la fin du mois d'octobre. Des visites hebdomadaires dans trois prisons sont effectuées avec un accès complet pour les consultations médicales et le suivi de la tuberculose avec 480 consultations effectuées à la fin de l'année.

Tuberculose

Une nouvelle unité de tuberculose de 17 lits a été achevée et ouverte dans le nouveau complexe du centre médical de Misrata en mars. 71 cas ont été admis dans l'unité au cours de l'année 2020. Le taux d'occupation des lits moyen est de 57% et la durée de séjour est de 48 jours.

Au cours de l'année, 1 353 consultations ont été effectuées dans le service de tuberculose du NCDC de Misrata.

Santé mentale

Les activités de santé mentale (MH) sont principalement axées sur les activités de soutien psychologique. Ce service ne peut être proposé qu'aux personnes souffrant de graves problèmes de santé mentale. En raison de la limitation de l'intimité, du temps et de l'espace de sécurité, 19 patients ont été inclus. Actuellement, nous avons les activités suivantes :

- Centres de détention : Counselling, activité de soutien psychologique et référence psychiatrique
- Unité tuberculose et hôpital de référence Misrata : Counselling et soutien psychologique.
- Prisons (Alsiket et Thomina) à Misrata : Évaluation de santé mentale commencée en décembre, activités soutien psychologique, psychoéducation, distribution de matériel récréatif.
- Points de débarquements : premier secours psychologique, distributions de nourriture et de kits d'hygiène, références.
- Bani Walid : références psychiatriques et distributions de matériel récréatif.

Au total, 1341 sessions de soutien psychologique de groupe et 1673 sessions de soutien psychologiques individuelles ont été menés.

Plaque tournante de la traite des êtres humains et réponse en milieu urbain

- 953 consultations ont été effectuées sur des rescapés de mauvais traitements et de torture dans le refuge de Bani Walid.
- Les cliniques mobiles du camp d'Al Souk à Bani Walid et de Tininaï ont effectué 856 consultations.
- La clinique de soins prénatals d'Al Medina à Bani Walid a assuré un total de 4 860 consultations, et le dispensaire 2 443 consultations.

Références médicales

Un total de 235 patients ont été référés, dont 39% ont été admis dans des hôpitaux pour des soins spécifiques.

Protection et plaidoyer

- 231 personnes orientées vers l'OIM pour un retour humanitaire volontaire.
- 354 personnes orientées vers le HCR pour enregistrement et/ou support en ville.
- 66 cas identifiés et orientés vers l'unité de réunification familiale du HCR.
- 232 personnes ont bénéficié d'un soutien pour être libérées de leur détention et transférées vers des options communautaires par l'intermédiaire d'autres partenaires (CESVI, OIM, HCR).
- 6 mineurs non-accompagnés ont obtenu un visa humanitaire pour la Suisse.
- 7 personnes ont reçu une aide pour être évacuées de Libye vers le Niger (mécanisme d'évacuation et de transit du HCR).
- 14 personnes ont été aidées à retourner dans leur pays d'origine (rapatriement humanitaire volontaire de l'OIM).

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 dans les montagnes de Nafusa du 23 au 26 avril 2019.

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 étant Zintan, où environ 900 personnes étaient détenues tandis que les malades et les chrétiens étaient transférés à Gharyan en raison de la disponibilité d'un cimetière chrétien dans cette ville.

Les taux élevés de mortalité et de morbidité rencontrés (7 décès sur 45 détenus à Gharyan en 3 mois ; 23 au total sur 945 personnes en 6 mois) - notamment liés à la prévalence élevée de la tuberculose - ainsi que l'absence de réponse adaptée de la part des autres acteurs ont conduit MSF à intervenir dans les deux centres de détention concernés. 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 détention de Gharyan et à l'évacuation des femmes et des enfants de Zintan vers le centre de rassemblement et de départ de Tripoli, laissant derrière eux plus de 500 hommes dont 120 mineurs non accompagnés et 6 maris de femmes évacuées vers Tripoli. Cette opération avait été initialement planifiée de juin à septembre 2019, en se concentrant sur les deux centres de détention, avec l'idée d'un éventuel développement

ultérieur d'une équipe de réponse rapide et mobile capable de se déployer dans les zones environnantes où des besoins sanitaires majeurs pourraient être identifiés.

Bilan 2020

MSF a poursuivi ses interventions dans les centres de détention et un soutien au district de Zuwara a été initié en janvier 2020. Une mission exploratoire a été menée dans toute la région en avril 2020, ce qui a conduit à la décision de rester dans l'ouest de Tripoli. L'exploration a en effet permis d'identifier les faits suivants : les routes des passeurs à l'ouest sont particulièrement actives avec une majorité de départs vers l'Europe et les centres de détention avec la plus grande population se trouvent de ce côté de Tripoli (DJ et Al Nasr à Zawiyah). Cela donne des perspectives de travail sur la côte (principaux centres de détention, débarquement à Zuwara) et en milieu urbain dans des endroits comme Zuwara, Tripoli, Mizdah ou autre.

En raison du Covid-19, les procédures de recrutement ont été mises en attente et doivent être reprises dès que possible. Avant la fin de l'année, nous ajouterons un psychologue et/ou un conseiller en protection pour améliorer le soutien en santé mentale et les activités liées à la protection à Zintan, Zawiyah et Zuwara (centre de détention et point de débarquement).

Nous avons commencé à intervenir dans le centre de détention d'Al Nasr à Zawiyah suite au transfert de migrants débarqués à Sabratha en juillet. Fin septembre, nous sommes à nouveau intervenus dans une base militaire à Sabratha après avoir été appelés par le centre de détention suite au raid de 350 personnes d'Al Jilat à quelques kilomètres de là. Les activités de MSF ont été interrompues en raison des problèmes de sécurité et du conflit qui a eu lieu le long des zones côtières en mai.

Centres de détention

Dans les centres de détention de Daher al jabel, Zuwara et Zawiyah : un total de 4523 consultations ont été effectuées durant l'année avec 78 références dans les hôpitaux.

Tuberculose

626 consultations ont été effectuées dans le service dédié à la tuberculose du NCDC de Yefren, dont 61 nouveaux cas de tuberculose pulmonaire.

Protection et plaidoyer

- 34 cas identifiés et orientés vers l'unité de réunification familiale du HCR.
- 147 personnes ont bénéficié d'un soutien pour être libérées de leur détention et transférées vers des options communautaires par l'intermédiaire d'autres partenaires (CESVI, OIM, HCR).
- 2 mineurs non-accompagnés ont été aidés à obtenir un visa humanitaire pour la Suisse.

MALAWI

Typologie : Épidémie / Endémie.**Personnel 2020**International : 43
National : 282**Nombre de projets 2020 :** 2**Dépenses 2020 :** 5 239 k€**Financements institutionnels :**
aucun.**Autres centres opérationnels
MSF présents :** aucun.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

La république du Malawi est un pays enclavé du sud-est de l'Afrique qui s'étend sur 118 484 km² et dont la population est estimée à 17 563 749 habitants. La population du Malawi est jeune, avec 44% de personnes âgées de moins de 15 ans, 51% de personnes âgées de 15 à 59 ans et 5% de personnes âgées de 60 ans ou plus.

Après son indépendance en 1965, le Malawi a été pendant près de trois décennies un État à parti unique. Depuis 1993, le Malawi est une démocratie multipartite avec un parlement et des élections présidentielles tous les cinq ans. Le président dispose d'un pouvoir discrétionnaire important et a tendance à favoriser un groupe de multi-ethnique de confiance. Jusqu'en 2020, les présidents étaient élus selon un système majoritaire à un tour qui a été remplacé par un système à deux tours après les élections de mai 2019 au cours desquelles Peter Mutharika, de la coalition du Parti démocratique progressiste et du Front démocratique uni, n'a été réélu qu'avec 39 % des voix. Ces élections ont été annulées dix mois plus tard par la Cour constitutionnelle en raison de preuves d'irrégularités.

Lazarus Chakwera (Malawi Congress Party) et Saulos Chilima (United Transformation Movement Party) ont été élus président et vice-président en juin 2020 avec 59% des voix. Il est tout à fait remarquable que dans tout le pays, pendant plusieurs mois, des manifestations réclamant l'annulation des élections de mai 2019 et la reprise des élections en juin 2020 se soient déroulées sans tomber dans la violence généralisée. La stabilité sous-jacente du Malawi ne semble pas menacée, même si les sentiments anti-establishment restent présents en raison des allégations récurrentes de corruption de haut niveau et du manque persistant d'emplois dans un pays qui compte parmi les plus pauvres du monde. L'économie du Malawi repose en grande partie sur l'agriculture (qui emploie près de 80 % de la population), la pêche et la sylviculture. 51,5% de la population vit sous le seuil de pauvreté. Le taux de chômage est très élevé (26,9%), et 85,7% des personnes employées sont des travailleurs pauvres avec un pouvoir d'achat de 3,10 dollars par jour. Selon le dernier rapport «Cost of a Plate of Food 2020» du PAM, les prix des denrées alimentaires au Malawi sont parmi les plus élevés au monde (après le Soudan du Sud et le Burundi) : selon ce rapport, si les habitants de l'État de New York devaient consacrer le même pourcentage de leur revenu moyen à une assiette de nourriture qu'une personne au Malawi, ce repas leur coûterait 74 USD.

Contexte sanitaire

Le Malawi continue de progresser dans la lutte contre le VIH/Sida, avec un taux d'incidence annuel réduit à 0,2 pour 100 personnes par an (-54% par rapport à 2010) et une mise sous traitement de 79% des personnes séropositives, mais toujours l'un des taux de prévalence du VIH les plus élevés au monde (9,6% en 2018). Le Malawi progresse vers les objectifs 90-90-90. En 2019, 90 % des personnes séropositives âgées de 15 à 49 ans connaissent leur statut, 79 % sont sous traitement antirétroviral, tandis que parmi celles qui sont sous traitement antirétroviral, 72 % ont une charge virale indétectable. On observe une baisse progressive des décès dus au sida, estimés à 13 000 en 2019 (-59% par rapport à 2010), grâce à l'augmentation progressive du nombre de patients sous traitement antirétroviral.

Le Malawi est confronté au double impact des maladies transmissibles et non transmissibles. Le Malawi a le deuxième taux d'incidence du cancer du col de l'utérus au monde (72,9/100 000/an). Le sarcome de Kaposi (KS) et le cancer du col de l'utérus (CC) sont les deux cancers les plus fréquents au Malawi avec une incidence similaire de 4163 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus et 4054 nouveaux cas de sarcome de Kaposi diagnostiqués en 2018. Le taux de survie à 5 ans est également comparable (estimée à 7770 cas pour le cancer du col de l'utérus, et 7384 pour le sarcome de Kaposi) ainsi que la mortalité qui est d'environ 50% pour les deux (Observatoire mondial du cancer de l'ONU). Les deux cancers sont étroitement liés au VIH. Le cancer du col de l'utérus est souvent déclenché par le papillomavirus (HPV) chez les femmes. Dans différentes études, la prévalence du HPV a été estimée entre 20 et 23% au Malawi.

Dans la ville de Blantyre et le district de Chiradzulu, où nous travaillons, la prévalence du VIH est plus élevée : 17,7% (femmes 21,8%) pour Blantyre et 17,0% (femmes 19,7%) pour Chiradzulu, par rapport à la prévalence nationale (8,8% pour les hommes et 10% pour les femmes). La durée de survie médiane est de 10 mois et les taux de survie à 5 ans est de 2,9%, à partir du moment où le cancer du col de l'utérus. La prévalence élevée du HPV (33,6 %), la coinfection avec le VIH et l'organisation inadéquate des services de dépistage et de traitement, ont été identifiés comme les principaux facteurs de risque de l'incidence élevée du cancer du col de l'utérus et de la mortalité dans les deux districts. En 2019, le ministère de la Santé du Malawi a adopté un nouveau protocole de chimiothérapie pour traiter le sarcome de Kaposi reposant sur la perfusion intraveineuse de paclitaxel, et a formé des médecins dans tous les districts du pays. Le problème est que

seuls deux hôpitaux disposent d'installations permettant la préparation sécurisée de cette chimiothérapie et l'accès au traitement pour les personnes touchées par le sarcome de Kaposi a diminué avec le changement de protocole.

Il est à noter que 81 % des dépenses totales de santé du pays et 99 % des dépenses liées au VIH proviennent des donateurs. Dans la pratique, cela se traduit par une myriade de projets privés liés à la santé, dont celui de MSF.

Par ailleurs, le choléra est endémique au Malawi, avec des épidémies saisonnières pendant la saison des pluies.

Situation Covid-19

Jusqu'à fin décembre 2020, le Malawi n'avait globalement pas été gravement touché par la pandémie de Covid-19. Le Covid-19 a été déclaré catastrophe nationale au Malawi le 20 mars 2020. Le Malawi a enregistré les premiers cas le 2 avril 2020 et un groupe de travail sur le Covid-19 a été nommé le 6 mai 2020. Le gouvernement du Malawi a tenté d'imposer des mesures de confinement dans tout le pays. Il convient de noter que la Haute Cour de justice a déclaré inconstitutionnel un confinement national en l'absence d'une protection sociale suffisante. Cependant, la fermeture des frontières et des écoles à différentes périodes et le ralentissement économique dû aux mesures de prévention prises (comme la fermeture des aéroports) ont eu des conséquences sociales majeures : augmentation de 57% du nombre de suicides, et augmentation spectaculaire du nombre de mariages et de grossesses d'enfants par rapport aux années précédentes.

A la mi-avril 2021, 34 000 cas confirmés, dont 1132 décès (~3%) ont été signalés. 33% des cas sont signalés à Blantyre ; 23% dans la capitale Lilongwe. La deuxième vague de Covid a atteint son apogée fin janvier 2021.

PRÉSENCE MSF

MSF France a commencé à travailler au Malawi en 1986 avec les réfugiés mozambicains dans le district de Mwanza. En 1994, MSF a lancé un projet de 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 orienté le projet de lutte contre le sida vers la population de Mwanza et l'a étendu en 1997 au district de Chiradzulu où les traitements ARV ont été introduits en 2001. MSF est connue pour être la première organisation à avoir fourni des ARV aux patients au Malawi. Ce projet ancien a évolué d'une couverture étendue des traitements ARV (cohorte complète de patients séropositifs), vers une décentralisation de la prise en charge, puis une approche plus ciblée sur les patients séropositifs les plus compliqués (patients cliniquement instables, stades avancés, enfants et adolescents vivant avec le VIH).

En 2017, MSF France 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 rencontrés 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.

En 2020, MSF a développé un plan d'urgence lorsque le premier cas de Covid19 a été déclaré. La plupart des activités du projet cancer ont été mises en veille d'avril à juin. Pour éviter la propagation du Covid-19, les patients VIH du projet Chiradzulu ont reçu un traitement pour une période de 3 mois en une seule fois, et l'activité s'est limitée au suivi des patients sous psychotropes et à la mesure des charges virales des patients instables.

PROJET : CHIRADZULU – VIH ET TUBERCULOSE

Historique du projet

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

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

Au cours de l'année 2013, MSF a mis en place des appareils de numération des CD4 et de la charge virale sur le lieu de soins (point of care - PoC) (financement UNITAID).

Le PoC est un diagnostic réalisé au sein ou à proximité de la structure de soins des patients. Le PoC a permis une action plus rapide qui a conduit à de meilleurs résultats. Cette expérience nous a permis d'identifier les lacunes dans la cascade de la charge virale, comme le long délai de confirmation et le changement de traitement des patients confirmés en échec.

En 2016, une étude quantitative et qualitative menée par Epicentre a révélé que 31 % de la cohorte d'adolescents séropositifs étaient en échec de traitement. Donc, au lieu de confier la totalité du projet au ministère de la santé, MSF a conservé la cohorte d'adolescents séropositifs (y

compris des enfants). En juillet 2017, la cohorte VIH stable (environ 81,4%) de 35 000 patients sous ARV a été remise à la direction sanitaire du district de Chiradzulu du ministère de la santé. MSF est resté dans le district pour gérer des groupes spécifiques de patients (18,6 %) qui avaient besoin d'une surveillance renforcée et de soins avancés.

Les groupes de patients qui ont besoin d'un suivi renforcé et de soins avancés sont les enfants et les adolescents, les adultes avec une charge virale élevée ou en échec thérapeutique présumé, les adultes en 2^{ème} et 3^{ème} ligne ainsi que les patients avec un stade avancé du VIH (patients instables).

En septembre 2020, il y avait environ 2700 enfants et adolescents dans la cohorte MSF, et environ 3100 adultes cliniquement instables. En 2020, seuls 8,5% des patients âgés de 10 à 19 ans ont une charge virale détectable.

Dispositif

Pour améliorer les résultats sur les enfants et les adolescents, deux modèles de soins différents ont été mis en œuvre : clubs pour adolescents (comprehensive teen clubs - CTC) et journées cliniques intensives (intensive clinic days - ICD) dans les onze structures de santé soutenues par MSF, y compris la clinique ARV de l'hôpital du district de Chiradzulu à Boma. En outre, pour assurer la continuité des soins aux patients les plus malades, nous soutenons le service d'hospitalisation de l'hôpital, afin de garantir des soins médicaux secondaires aux patients très malades. L'équipe s'efforce également d'améliorer la santé mentale et le soutien psychosocial, ainsi que les services de santé sexuelle et reproductive (SRH), qui font partie intégrante de la prise en charge des patients vivant avec le VIH/sida et ses maladies opportunistes.

Comprehensive Teen Clubs (CTC)

Le samedi, au centre de santé, les adolescents vivant avec le VIH, divisés en deux groupes (10-13 ans et 14-19 ans), se voient offrir un ensemble complet de soins tous les trois mois. Cet ensemble de soins comprend des activités récréatives, des consultations cliniques, des conseils individuels (santé), l'éducation, des services de santé sexuelle et reproductive, des séances de soutien en groupe, des services de santé mentale, des activités sociales et des diagnostics de laboratoire sur le lieu de soins.

Intensive Clinic Days (ICD)

Les patients instables avec une charge virale élevée, avec des infections opportunistes (OI) suspectées ou confirmées, y compris la tuberculose, les patients souffrant de malnutrition, les patients qui ont été hospitalisés au cours des 3 derniers mois et les patients avec des problèmes de santé mentale suspectés ou confirmés, tous les adultes sous ARV de 2^{ème} et 3^{ème} ligne et les enfants de moins de 10 ans sont suivis un jour spécifique dans les 11 structures et les patients qui ont besoin d'être hospitalisés sont référés à l'hôpital de Boma (ou parfois à l'hôpital privé Saint Joseph).

Hospitalisation

Les patients VIH les plus compliqués, les plus gravement malades ou à un stade avancé sont suivis par MSF pendant leur hospitalisation. MSF encadre le personnel de l'hôpital de Boma et assure le suivi après la sortie de l'hôpital.

Services de laboratoire

MSF assure sur le lieu de soins la mesure de la charge virale et des CD4, des tests de diagnostic TB-LAM et CRAG, dans 3 centres de laboratoires décentralisés à Milepa, à Namitambo et à l'hôpital de Boma.

Bilan 2020

	2017	2018	2019	2020
Cohorte 0-19 ans	2 788	2 661	2 554	2 151
Couverture charge virale 0-19 ans	N/A	92,8%	92%	71%*
Nb patients 2 ^{ème} ligne	N/A	3 359	3 507	2 567**
Nb 0-19 ans 2 ^{ème} ligne	908	1 067	1 126	1 069
Nb patients 3 ^{ème} ligne	42	112	142	161
Nb 0-19 ans 3 ^{ème} ligne	16	52	57	63
Adulte charge virale <1000 copies/ml				
1 ^{ère} ligne	96%	98,2%	99,3%	94,8%
2 ^{ème} ligne	87%	89,1%	93,7%	82,7%
3 ^{ème} ligne	100%**	86,7%	84,3%	87,1%
Enfants charge virale <1000 copies/ml				
1 ^{ère} ligne	83,6%	94,1%	97,6%	97,0%
2 ^{ème} ligne	74,7%	77,6%	82,1%	81,6%
3 ^{ème} ligne	88,2%	90,2%	81,2%	85,1%
Admissions à l'hôpital	N/A	292	329	304

* Cette réduction de la couverture charge virale peut s'expliquer par une suspension d'activité liée à la pandémie de Covid-19.

** En septembre 2019, un total de 3700 patients stables sous traitement de 2^{ème} ligne ont été évalués et désignés pour être transférés vers des cohortes du ministère de la santé. En mars 2020, un total de 1 600 patients séropositifs (43 %) ont été officiellement transférés au ministère de la Santé.

Impact du Covid-19 sur les activités

La pandémie de Covid-19 et principalement les restrictions et mesures qui en découlent, ont eu un impact sur la poursuite de la plupart de nos activités. Lorsque la pandémie a commencé en mars, nous avons préparé un plan d'urgence qui devait être déclenché avec le premier cas de transmission locale de Covid-19 dans le pays. Les premiers cas ont été confirmés au début du mois d'avril 2020, et nous avons immédiatement dû réduire nos activités pour nous concentrer sur le renouvellement des traitements ARV pour trois mois, les mesures de charges virales ciblées et le conseil par téléphone. Dans le même temps, nous avons intensifié les activités non médicales en raison du manque d'équipements de protection individuelle et parce qu'il y avait très peu de patients Covid-19, directement pris en charge par les structures du ministère de la santé.

Activités MSF de support au Covid-19 pour les structures du ministère de la santé dans le district de Chiradzulu :

Oxygène : cylindres et régulateurs	10
Tentes pour triage	4
Matériel d'hygiène	11 structures
Sensibilisation de la communauté	15 zones de santé
Formation du personnel du ministère à la prévention et au contrôle des infections	357
Rénovation d'unité d'isolement Covid-19	1

PROJET : CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Historique du projet

Suite à l'évaluation réalisée par MSF en 2016 ainsi qu'au cours de la phase initiale du projet, de nombreuses lacunes ont été identifiées dans la prévention et la prise en charge du cancer du col de l'utérus au Malawi, même si des protocoles et des stratégies existent :

- **Vaccination papillomavirus (HPV) :** Le déploiement national, financé par GAVI, est sans cesse reporté et les dernières campagnes ont été partiellement réalisées en 2019 et 2020 pour les filles de 9 ans uniquement (et non les 9-15 ans recommandés), en raison d'une pénurie générale de vaccins et de leur prix élevé. En 2020, la deuxième dose a également été administrée aux filles qui avaient été vaccinées l'année précédente. La vaccination de plusieurs groupes d'âge (9 à 15 ans) dépendra de la disponibilité du vaccin HPV, mais ne se fera très probablement pas avant 2022. L'introduction de ce vaccin dans le programme régulier du PEV est prévue en 2021.
- **Dépistage :** le dépistage des femmes malawites pour le cancer du col de l'utérus a augmenté de 9% en 2011 à 27% en 2015, mais c'est encore bien inférieur à l'objectif du programme national de 80%. En outre, le programme national n'a pas de composante de contrôle de qualité, et très peu de femmes dépistées positives peuvent accéder à un traitement par cryothérapie ou thermocoagulation. Le dépistage est soutenu par divers donateurs importants comme UNITAID, le Fonds mondial et PEPFAR et le nombre d'acteurs de mise en œuvre est donc en augmentation.
- **Diagnostic et traitement du cancer :** l'accès au diagnostic et au traitement est limité avec seulement 2 structures publiques d'oncologie médicale existant dans le pays (Lilongwe et Blantyre). Il n'y a qu'un seul laboratoire d'histopathologie fonctionnel (Lilongwe, soutenu par l'Université de Caroline, entre autres), pas de radiothérapie au Malawi et peu de ressources pour les soins palliatifs et de soutien.

Le projet de Blantyre a ouvert en 2017, conformément à l'ambition stratégique de MSF-OCP de répondre à l'émergence du cancer dans les contextes à faibles ressources et de permettre l'accès à des services non disponibles. Le programme vise à fournir des services complets de prise en charge du cancer du col de l'utérus en étroite collaboration avec le ministère de la Santé, et à jouer un rôle de catalyseur du changement (à l'intérieur et à l'extérieur de MSF) en démontrant et en documentant l'approche globale de continuité des soins, grâce à des activités de lutte contre le cancer du col de l'utérus centrées sur le patient dans le domaine de la prévention et du traitement primaire, secondaire et tertiaire en collaboration avec le ministère de la santé du Malawi. Le programme cible tous les stades du cancer du col de l'utérus, depuis l'infection par le HPV, le développement de lésions précancéreuses et de lésions de haut grade, jusqu'à la progression vers un cancer invasif et métastatique. Le programme couvre les activités de vaccination contre le HPV, promotion de la santé, dépistage et traitement des lésions précancéreuses à l'aide de l'inspection visuelle à l'acide acétique (VIA), la coagulation à froid, le support histopathologique, traitement (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie et soins palliatifs).

Le projet a commencé par le dépistage, la mise à disposition de traitements pré-cancéreux, la référence des cas suspects de cancer vers le Queen Elisabeth Central Hospital (QECH) et une étude de faisabilité pour la construction d'installations au QECH afin d'améliorer la capacité à faire face aux demandes à venir. La construction au QECH a commencé en 2018 avec un bloc opératoire (OT) dédié, une blanchisserie et une stérilisation, un service d'onco-gynécologie de 20 lits et un service de consultations d'onco-gynécologie (OPD) regroupant tous les services externes pour les cancers gynécologiques (consultations, chimiothérapie, consultation palliative, procédure d'excision électrochirurgicale à l'anse/LEEP, et pharmacie). Presque toutes les constructions et le mobilier ont été achevés en 2019 et permettent une intégration complète des services (à l'exception de la salle de préparation de la chimiothérapie qui n'est pas encore prête fin 2020 et de la radiothérapie : initialement à sous-traiter hors du Malawi). La chirurgie a commencé fin 2019 mais a été interrompue pendant 3 mois entre mai et juillet 2020 en raison des mesures préventives et des restrictions liées au Covid-19. Les examens d'histopathologie sont actuellement sous-traités au laboratoire de Lilongwe soutenu par l'Université de Caroline du Nord. L'opérationnalisation du laboratoire d'histopathologie au QECH était prévue en 2020, mais tout comme la chimiothérapie et la radiothérapie, ces composantes ont été reportées et sont maintenant prévues pour 2021.

Dispositif

En 2020, le dépistage et le traitement précancéreux se sont partiellement poursuivis dans 8 Centres de Santé (4 à Blantyre et 4 à Chiradzulu) à l'exception de 5 mois de fermeture. Les patientes identifiées comme suspectes de cancer ont été référées à service de consultations du QECH (géré conjointement par le Ministère de la Santé et MSF). Les soins palliatifs et de soutien ont commencé en 2019 avec une équipe qui fournit des soins à l'hôpital et à domicile. La structure de consultations avait été agrandie en octobre 2019 et étendue à tous les cancers gynécologiques. MSF dispose également d'une équipe de suivi et d'évaluation pour la mise en place du dossier médical électronique des patients : les dossiers et les parcours des patients ont été définis. Le déploiement du dossier médical électronique a malheureusement été l'une des activités mises en attente en raison des restrictions liées au Covid-19 (entre mars et décembre 2020).

L'un des piliers du projet, en cours de renforcement, est la collaboration et l'intégration dans les services oncogynécologiques déjà existants du QECH.

Bilan 2020

En 2019, le processus de formation et d'encadrement du dépistage a été achevé pour l'ensemble du personnel, les infirmières spécialisées en VIA travaillant dans les 8 structures de santé. MSF/Epicentre avait effectué une étude de la couverture du dépistage, qui estime la couverture combinée pour Blantyre City et Chiradzulu à 38% pour les cas vérifiés par le passeport santé et autodéclarés et 24% pour les cas vérifiés par le passeport santé uniquement.

Avec l'achèvement progressif de la construction du QECH, les activités médicales ambulatoires ont été relancées au cours du 4^{ème} trimestre 2019, ajoutant à notre programme la prévention secondaire avec des consultations d'histopathologie et la réalisation de LEEP. Une équipe multidisciplinaire a également été mise en place pour

discuter des cas afin d'optimiser les traitements. Avec l'achèvement du nouveau bloc opératoire du QECH, la chirurgie du cancer du col de l'utérus a commencé en décembre 2019 avec des chirurgiens de MSF.

Une équipe de techniciens et de spécialistes en radiothérapie a voyagé au Malawi et dans les environs pour évaluer les centres de référence potentiels pour les traitements de radiothérapie au Kenya, en Tanzanie et en Zambie. La capitale de la Zambie voisine (Lusaka) a été retenue pour la radiothérapie jusqu'à ce que ce service puisse être fonctionnel au Malawi.

Un partenariat de collaboration avec la Société européenne d'oncologie gynécologique (ESGO) a facilité l'identification d'onco-gynécologues et d'onco-chirurgiens étrangers qui sont venus travailler sur le projet au Malawi, sur la base de rotations, dans le but de former des gynécologues malawites pré-identifiés désireux de se spécialiser en onco-chirurgie. Ce projet pourrait être développé dans le cadre d'un partenariat avec la faculté de médecine en tant que programme de sous-spécialité pour les médecins malawites.

	2018	2019	2020
Dépistage VIA	10 922	20 323	8 022
VIA+	235	249	106
Thermo coagulation	172	383	80
Suspicion de cancer	74	175	78
Consultations dans la nouvelle structure	0	259	690
Consultations	0	554	5 173
LEEP	0	9	13
Chirurgie	0	11	130
Soins palliatifs	0	100	189
Vaccination	0	0	9 035
Radiothérapie	0	0	0
Chimiothérapie (NACT)	0	0	0

Impact du Covid-19

Après la déclaration de catastrophe nationale Covid-19, MSF a mis en place des mesures et des restrictions strictes, suspendant toutes les activités de dépistage, de chirurgie et avec les communautés (suivi des soins palliatifs) en avril 2020. Seules les consultations externes d'urgence et les hospitalisations avec soutien psychologique téléphonique aux patients externes en soins palliatifs, ont été maintenues pendant cette période. Toutes les activités ont repris en août 2020.

MSF a apporté un soutien logistique et technique au QECH : prêt de 4 tentes, don de mobilier et de matériel consommable d'hygiène pour le triage et le dépistage, installation d'électricité et d'eau pour les zones de triage et de dépistage, don de 6 bouteilles d'oxygène et de 6 régulateurs d'oxygène, don de 2 thermomètres infrarouges.

MALI

Typologie : Conflit armé,
Épidémie / Endémie.

Personnel 2020
International : 47
National : 555
Nombre de projets 2020 : 3
Dépenses 2020 : 10 920 k€

Financements institutionnels :
aucun.

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

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Depuis 2018, les conflits intercommunautaires entre Peuls et 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. Plusieurs centaines des milliers de personnes ont fui leurs villages pour trouver refuge dans les régions voisines. Ces conflits ont repris dès début 2020 et le clivage entre les deux peuples devient de plus en plus important. Plusieurs accords de non-agression ont été signés mais sans grands effets concrets. Des attaques ciblées, des assassinats et des blocus empêchent la population d'avoir accès aux biens de première nécessité et aux soins. Le nombre des déplacés internes au centre du pays a atteint le niveau de 2012 (année de l'occupation du Nord Mali). Le conflit entre les groupes armés d'opposition issus des différentes congrégations (principalement l'Etat Islamique et le JNIM) pendant la première moitié de l'année 2020 a grandement participé à la hausse du nombre de déplacés.

Le conflit s'étend toujours plus au sud du pays ainsi qu'au Burkina Faso voisin et ce malgré le renforcement des forces militaires : FAMA, MINUSMA, multiplication des opérations de Barkhane, mise en place de la Force Conjointe G5 Sahel (renforcée récemment par la CEDEAO). L'instabilité sécuritaire continue de créer d'importants déplacements de population.

En mars 2020, un mouvement populaire résultat des frustrations du peuple malien a organisé plusieurs manifestations dans les rues de Bamako sur un climat de tension (entre 10 à 20 morts et une cinquantaine de blessés). Les manifestants demandaient la démission du président Ibrahim Boubacar Keita (IBK), la dissolution de l'assemblée Nationale et du gouvernement de Boubou Cissé.

Le 18 août 2020 un coup d'Etat est perpétré contre IBK qui démissionne de son poste de président de la république du Mali. Il dissout l'assemblée Nationale et le gouvernement.

Contexte sanitaire

Les conséquences de l'insécurité sont principalement les importants déplacements de populations ainsi qu'un accès aux soins et biens de première nécessité très restreints, principalement au nord et centre du pays.

Le Mali a enregistré son premier cas de Covid 19 le 25 mars 2020. Cette pandémie vient déstabiliser le système de santé déjà affaibli. Mi 2020, les cas ont baissé drastiquement mais une seconde vague a repris au mois de novembre déclenchant la réouverture des activités de MSF OCP.

Les pluies diluviennes de cette année laissent présager une forte incidence du paludisme plus importante que les années précédentes.

Le gouvernement malien a annoncé une urgence alimentaire et nutritionnelle en avril 2020. Suite à l'enquête smart nationale de 2019, la prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) est de 9,4% dont 2,0% de forme sévère. D'après les seuils définis par l'OMS, la situation nutritionnelle de la population malienne à l'état actuel est au bord du seuil d'urgence (plus de 10% de MAG et plus de 2% de malnutrition aiguë sévère (MAS)). Au niveau régional, sur les dix régions, cinq régions (Tombouctou, Gao, Kidal, Ménaka et Taoudénit) présentent des taux de MAG supérieurs à 10% ; parmi lesquelles une a dépassé le seuil d'urgence : Ménaka avec 15,3% de MAG.

PRÉSENCE MSF

MSF OCP

Présent au Mali depuis 1985, MSF France intervient aujourd'hui dans 3 zones :

- Le district sanitaire de Koutiala, depuis 2009, avec un programme de prise en charge médico-nutritionnelle, préventive et curative des enfants de 0 à 5 ans.
- Le district sanitaire de Tenenkou (centre du pays) depuis décembre 2016, avec un projet de soins de santé primaires et secondaires, 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, avec un projet d'oncologie, en faveur des femmes atteintes de cancers du col de l'utérus et cancer du sein.

Autres centres opérationnels

MSF OCBA

- Ansongo (depuis 2012) : soins de santé primaires et secondaires, avec un volet communautaire important (33 sites)

- A Kidal (depuis 2015) : soutien à 2 centres de santé communautaires en ville et 4 en périphérie, 30 sites.
- Douentza (depuis 2017) : Soins de santé primaires et secondaires.
- Koro (depuis 2019) : projet temporaire de soins de santé primaires 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 les soins de santé primaires.
- Ouverture en cours d'un projet à Tombouctou, avec d'ores et déjà une intervention en support à la pandémie covid-19 dans la même région.

PROJET : KOUTIALA

Historique du projet

Le projet médico-nutritionnel pour les moins de 5 ans de Koutiala a été ouvert en 2009, à la suite de de 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). Depuis, la situation de malnutrition sur le terrain s'est beaucoup améliorée.

- 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 Intégrée (RONI) avec Epicentre et des agents paludisme.
- Pour donner suite aux conclusions du projet RONI (2010 à 2014), le soutien de MSF est étendu dans 5 CSCOM.
- 2012-2016 : Organisation/réalisation 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. 2014 : Création du laboratoire de bactériologie.
- 2016 : Démarrage de la construction de l'Unité de soins pédiatrique de 185 lits.
- 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. 36 CSCOM du district sur 42 sont appuyés en 2019.
- 2018 : Déclaration de la 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 ateliers mise en œuvre. Mais jusqu'à présent, cette politique n'est toujours pas mise en place.
- 2019 : Finalisation de la construction et ouverture d'une unité de soins pédiatriques de 185 lits à l'intérieur du CSREF de Koutiala.
- 2020 : Mise à l'échelle de l'activité agent paludisme à la suite du désengagement de Save the Children.

Dispositif

Activités hospitalières au CSREF dans le nouveau bâtiment de 185 lits pour la prise en charge médico-nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans, à travers la nutrition à l'URENI, la pédiatrie générale, les soins intensifs, la néonatalogie, les brûlés et l'isolement (bactéries multi-résistantes). S'ajoutent le support au laboratoire de bactériologie pour notre population cible et la banque de sang pour tout l'hôpital.

L'activité externe en support au Ministère de la Santé dans 38 CSCOM sur 46 pour une population cible de 192 872 personnes est centré sur :

- Un support technique avec les supervisions formatives (consultations curatives, URENAS, SPE-PEV).
- Approvisionnement en médicaments essentiels pour la prise en charge gratuite et continuité des soins, appui financier.
- Activité communautaire : déploiement des agents paludisme pour 6 mois dans 38 CSCOM et appui à la CPS (sur le plan logistique, supervision et mobilisation) en période de haute transmission du paludisme qui fait varier le nombre de lits en URENI-pédiatrie de 185 lits en période basse à 300 lits en période de haute transmission.

Bilan 2020

Activité		2019	2020
Nutrition (IPD)	Admissions hospitalisation nutrition inclus cas spéciaux (URENI CSREF)	3 163	3 024
Général (IPD)	Admissions pédiatriques moins de 5 ans sauf néonatalogie (CSREF)	8 687	6 956
Général (IPD)	Admissions néonatalogie (CSREF)	455	409
Nutrition (OPD)	Admissions nutritionnelles en ambulatoire (URENAS)	3 606	3 024
Général (OPD)	Consultation dans les CSCOM	159 601	134 457
Général (OPD)	Nb Patients traités par les agents paludisme	9 173	27 561
Autre act. médicale	Nouvelles inclusions Santé Prévention Enfant (SPE)	16 101	15 238

PROJET : TENENKOU

Historique du projet

La situation sécuritaire reste très volatile au nord et continue de se dégrader au centre mais aussi au sud du pays. La situation du cercle de Tenenkou reste très fragile avec une augmentation du nombre d'incidents au premier semestre et un accès limité aux populations.

Dans le cadre de la résolution des conflits inter-communautaires, des initiatives de pactes locaux de non-agression et de cohabitation pacifique entre différentes communautés ont contribué à instaurer un climat de quiétude dans la zone courant 2020. Celles-ci ont facilité les opérations dans les sites d'intervention et favorisé la pratique des activités économiques ou la fréquentation des structures sanitaires.

Sur le plan socio-économique, les populations locales ont eu un soulagement avec la levée des mesures d'interdictions de circulation des motos et pick-up du 1er février 2018. Cette levée a amélioré l'accessibilité aux structures sanitaires et la situation économique du cercle de Tenenkou et la région de Mopti. Cependant, une augmentation des incidents a conduit à de nouvelles restrictions de circulation des motos et pick-up du 28 mars au 28 avril 2020 avec interdiction de vente et de transport de carburants dans les fûts et bidons. Ces mesures risquent d'être répétées.

Coté MSF, le suivi de la situation sécuritaire lors des différents mouvements se complique avec les mutations/déplacements de nos contacts au sein des groupes armés.

Les éleveurs peuls et les agriculteurs bambaras sont contraints au confinement dans leurs villages. On ne peut plus chercher du bois de chauffe, ni mener paître les troupeaux dans les zones du cercle de Tenenkou. Les exactions continuent dans les 2 camps sans percevoir de solutions.

Ouvert en 2016, le projet avait pour population cible initiale les femmes en âge de procréer (11 à 45 ans) avec l'objectif de contribuer à réduire la morbidité et la mortalité en renforçant les soins de santé primaires et secondaires. En plus de l'activité au centre de santé de référence (CSREF), MSF apporte un appui à la prise en charge communautaire du paludisme dans toutes les aires de santé du district sanitaire en 2018. Le support prévu aux matrones est réalisé par IRC.

De 2016 à 2019, le projet a élargi son champ d'actions au niveau communautaire par le déploiement des agents paludisme durant les 7 mois de haute transmission du paludisme et la mise en œuvre des activités de soins dans l'aire de santé de Kita.

En 2019 après la réhabilitation du nouveau CSREF, le déménagement prévu n'a pu être réalisé car il est conditionné par la construction d'une digue. Aux dernières nouvelles, les travaux devraient démarrer sur le terrain grâce à un financement de la banque mondiale. Avec la saison des pluies et la situation politique dans le pays, les travaux ne seront sans doute pas réalisés cette année.

Avec le déménagement impossible, MSF a décidé de réaliser quelques travaux dans la structure actuelle et d'ouvrir les services d'urgence et de médecine interne, un village des mamans (grossesses à risque), l'unité de consultations, et d'effectuer l'élargissement du bloc opératoire et la réhabilitation de la zone à déchets.

En 2020, en plus de cette situation sanitaire déjà fragile, trois événements majeurs vont se produire :

- En février 2020, la fièvre hémorragique virale - Crimée Congo (FHV-CC) dans le district de Mopti est apparue, district contigu à Tenenkou. Un total de 16 cas confirmés et 7 décès ont été enregistrés et 3 cas confirmés au laboratoire.
- Le 25 mars 2020 le Mali a enregistré son premier cas de Covid-19. En juin 2020, le district de Tenenkou a eu son seul cas.
- En août 2020 (semaine 34 et 35), des cas de rougeole ont été enregistrés dans 7 villages du district de Tenenkou. 5 des 11 cas sont revenus positifs après un examen de vérification au niveau de Mopti.

Dispositif

Activités au CSREF actuel

- Service de consultations générales et spécialisées des femmes en âge de procréer (11- 45 ans).
- Service de néonatalogie avec 5 lits.
- Service de maternité avec 10 lits.
- Bloc opératoire gynécologique pour les césariennes.
- Laboratoire et banque de sang.
- Service des urgences avec 4 lits de stabilisation.
- Service de médecine interne (général) et pédiatrie pour les enfants de moins de 15 ans.
- Village des mamans pour les femmes enceintes (avec grossesses à haut risque) qui habitent à une distance plus éloigné du CSREF.

Activités externes

- 21 aires de santé composent le district sanitaire de Tenenkou. Ces activités sont menées par deux équipes de cliniques mobiles dans 37 villages prévus sur les 286 villages et 79 agents paludisme qui couvrent la zone B des CSCCOM c'est-à-dire la zone au-delà de 5 km du CSCOM).
- L'aire de santé de Kita a été désertée par le Ministère de la Santé suite à l'insécurité. MSF appuie l'aire de santé en assurant les soins de santé primaire de base (paludisme, diarrhées et infections respiratoires).
- Depuis juin 2020, un début de couverture des aires de santé de Toguere-Combe et de Toguere -Kothia/ Khadjal a été possible après les contacts, visites et négociations effectués. Ces opérations ont permis d'accroître la visibilité de MSF dans ces zones et de délivrer des soins à une frange importante des populations de ces localités.

Bilan 2020

	2019	2020
Admissions néonatalogie	261	342
Admission maternité (Gynéco-Obs)	1 164	1 426
Accouchements maternité (voie basse + césariennes)	574	1 050
Nb de patients traités par agents paludisme	16 116	25 575
Nb de patients consultés aux cliniques mobiles	15 021	23 974
Consultations générales et spécialisées femmes en âge de procréer au CSREF	5 230	7 926
Consultations Obstétriques (pré- et post-natales, planning familial)	1 014	7 937

PROJET : ONCOLOGIE BAMAKO

Historique du projet

Les cancers les plus fréquents au Mali, tous sexes confondus, sont les cancers du col de l'utérus et du sein. Le registre de cancers de Bamako rapporte une moyenne annuelle de 360 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus et 240 cas de cancers du sein sur la période de 2010-2014. En 2018, un total de 2206 cancers du col de l'utérus a été enregistré 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 reste diagnostiquée à des stades tardifs. Le délai moyen entre les premiers symptômes et la première consultation spécialisée est estimé à un an. La survie à 5 ans du cancer du sein n'excède pas 15% contre plus de 85% dans les pays à ressources élevées.

L'accès aux soins est limité par des barrières financières pour tous et géographiques pour les patients habitant à distance de Bamako. Cela conduit les médecins à adapter les protocoles de traitement en fonction des ressources du patient et les patients à des refus de traitement, des abandons ou des délais trop importants entre deux cures de chimiothérapie.

Explication des raisons d'ouverture

En 2017, MSF OCP a inscrit le cancer dans les orientations prioritaires du plan stratégique 2017-2019. Suite au rapport « Analyse des cancers dans les pays d'interventions de MSF », des missions d'évaluations sont réalisées sur la situation de la prise en charge et des soins de support dans différentes structures de références au niveau du district de Bamako. En découlent une proposition opérationnelle concernant la prise en charge des cancers du col de l'utérus et du sein au Mali.

Les raisons mises en avant pour justifier l'ouverture du projet ont été :

- Une volonté institutionnelle de développer l'oncologie.
- 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 inexistantes.
- Une absence de coordination des parcours de soins des patientes.
- Le manque d'accès à des médicaments de qualité et la barrière financière pour tous les patients.
- Une opportunité pour MSF, d'apprentissage et d'innovation.

Evolution du projet

- Avril 2017 : 1ère évaluation MSF pour faire un état des lieux et évaluer la situation du cancer au Mali, suivie d'une 2ème visite en mars 2018 ayant permis de dégager les gaps existants en matière de prise en charge du cancer et rencontrer les différents acteurs intervenant dans le domaine.
- Juin 2018 : Appui MSF à la radiothérapie, par l'envoi d'un physicien médical MSF pour assurer la continuité des activités de radiothérapie à l'hôpital du Mali pendant 7 semaines, en remplacement du seul physicien chinois durant son congé annuel.
- Août 2020 : Appui MSF à la prise en charge de la douleur, par la donation de morphine comprimée au profit des patients du

CHU du Point G et de l'hôpital Mère Enfant du Luxembourg ainsi qu'une donation en médicaments au profit d'un cas social hospitalisé dans le service d'oncologie de l'hôpital Mère Enfant du Luxembourg.

- Septembre-octobre 2018 : partage et présentation de la proposition de projet aux autorités nationales et obtention de l'accord de tous.
- Octobre 2018 : arrivée de la première équipe MSF composée du chef de projet, d'un médecin spécialisé en soins de support et palliatifs et de 2 infirmières ; puis démarrage du projet par le volet soins de support et palliatifs au CHU du point G et des visites à domicile (VAD) des patients. Prise en charge du 1^{er} patient en soins de support et palliatifs le 22 novembre 2018.
- Janvier 2020 : début de la chimiothérapie au CHU Point G.
- Mars 2020 : début des activités de dépistage.

Objectif général du projet

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

Activités dans les CSREF et CSCOM

MSF appuie les activités de dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein dans les 6 CSREF, dans deux hôpitaux de 3^{ème} référence (Point G et Gabriel Touré) et dans 28 CSCOM.

Activités dans les hôpitaux de 3^{ème} référence

- Au CHU du Point G :
 - via des activités de soins de santé primaires dans les unités de consultations et d'hospitalisation du service hématologie-oncologie.
 - support aux activités de prises en charge spécifiques au service hématologie-oncologie (traitements chimiothérapies)
 - via la réhabilitation du laboratoire d'anatomopathologie.
 - via la réalisation de visites à domicile des patients pour des soins supports
 - via l'aménagement et la gestion de la zone à déchets liée aux activités du service hématologie-oncologie (traitements chimiothérapie)
- Au CHU Gabriel Touré
 - En finançant les opérations chirurgicales des patientes atteintes de cancer du col utérin ou du sein

Il est prévu d'étudier la possibilité de démarrer :

- des activités de chimiothérapie à l'hôpital du Mali.
- des activités de soins supports (pansements) dans certains CSREF (au minimum 2).

Bilan 2020

	2019	2020
Traitement : Nb de cancers du sein et du col traités (Radiothérapie Chirurgie Chimiothérapie)	25	124
Soins palliatifs : Nb de nouvelles admissions/nouveaux cas	439	379
Soins palliatifs : Nb de consultations	2 544	2 828
Dépistage : Nb de femmes dépistées pour le cancer du sein et du col	75	49 023

NIGER

Typologie : Épidémie / Endémie .

Personnel 2020

International : 19

National : 322

Nombre de projets 2020 : 3

Dépenses 2020 : 6 318 k€

Financements institutionnels :
aucun.

**Autres centres opérationnels
MSF présents :** OCBA, OCG.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Le contexte sécuritaire au Sahel et au Nigéria ne cesse de se dégrader. Le Niger est sous la menace constante de groupes armés basés dans les pays voisins.

A l'ouest dans la zone des 3 frontières (Mali, Burkina-Faso, Niger) où les groupes djihadistes EIGS (Etat Islamique au Grand Sahara) et JNIM (Groupe de soutien à l'islam et aux musulmans, branche d'Al Qaïda) sévissent. Les forces de sécurités et les représentants de l'état sont principalement pris pour cible. En début d'année, des attaques d'envergure contre des bases militaires ont fait de nombreuses victimes au sein de l'armée Nigérienne. Les kidnappings et vols de véhicules sont courants. Les organisations d'aide ne sont pas épargnées, 13 membres de l'ONG nationale APIS ont été enlevés dans la région de Tillabéri en juin au cours d'une distribution de vivres. Ils ont été libérés après 3 mois de détention. L'incident le plus marquant et le plus dramatique pour la communauté internationale a été l'assassinat en août, de 7 membres d'Acted et d'un guide à Kouré (réserve à girafes) à 60 km de Niamey proche de l'axe routier Dosso - Niamey.

A l'est dans la région de Diffa/Lac Tchad, frontière avec le Nigéria (états de Borno et Yobé) et le Tchad, des groupes djihadistes ISWAP (Islamic State in West African Province) et JAS (Boko Haram) mènent des attaques régulières contre les forces de sécurité et les populations (enlèvements, assassinats).

La frontière sud avec le Nigéria, n'est pas épargnée, particulièrement la région de Maradi. Des bandes criminelles présentes côté Nigeria se déplaçant en moto sévissent le long de frontières. Les victimes sont les éleveurs, les agriculteurs et les commerçants. Des informations récentes révèlent que des discussions/négociations sont en cours (juillet 2020) entre les groupes armés criminels basés dans les états de Sokoto, Zafara et Katsina au Nigéria et JAS (Shékau).

La situation politique reste fragile. Les élections municipales et régionales ont eu lieu le 13 décembre 2020. Les élections présidentielles et législatives ont été repoussées en mars 2022.

Contexte sanitaire

Dernier au classement de l'indice de développement humain (IDH), le Niger est confronté aux crises sanitaires et nutritionnelles récurrentes. Les épidémies de choléra, de rougeole et de méningite sont fréquentes. La pandémie de Covid-19 bien que limitée a accentué la fragilité du système de santé et la vulnérabilité des populations. Le paludisme est la première cause de mortalité/morbidité pour les enfants de moins de 5 ans.

L'insécurité alimentaire chronique et la malnutrition sont des problèmes majeurs au Niger. Les prévalences de malnutrition aiguë et chronique stagnent à des niveaux au-delà des seuils critiques depuis plus de 10 ans. 45,7% des enfants de moins de cinq ans souffrent du retard de croissance. La prévalence de malnutrition aiguë globale est de 10,7%, dont 2,7% sous la forme sévère (Enquête Nationale SMART Niger 2019).

Les stratégies de prise en charge de la nutrition aiguë au Niger sont en train d'évoluer. ECHO, dès début 2021 diminuera certains financements. Les acteurs de la nutrition, bailleurs, agence UN, ONG, Ministère de la Santé Publique, ont entamé un cycle de consultations / réunions afin mettre en œuvre de nouvelles approches pour les prochaines années. La transition s'annonce complexe et risquée.

Le pays affiche de surcroît un taux de fécondité de près de 7 enfants par femme, ce qui représente le taux de croissance démographique le plus élevé au monde (3,8 %). L'âge légal du mariage est 13 ans, 70 % des adolescentes sont mariées avant 18 ans. 25 % de la mortalité maternelle concerne les adolescentes.

PRÉSENCE MSF

AMSF est intervenu pour la première fois au Niger en 1985 et est présent de façon permanentement depuis 2001.

En 2005, suite à une très grave crise alimentaire, MSF a développé une nouvelle approche de prise en charge de la malnutrition aiguë : utilisation d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi permettant entre autres une prise en charge en ambulatoire plus large des cas non compliqués.

D'autres centres opérationnels sont présents :

- MSF OCBA : projets dans les régions d'Agadez, de Tillabéri et de Diffa
- MSF OCG : projet dans la région de Zinder
- Epicentre : centre de recherche à Maradi

PROJET : MADAROUNFA – NUTRITION/ PÉDIATRIE

Historique du projet

Le projet de Nutrition-Pédiatrie de l'hôpital de District de Madarounfa a été ouvert le 1^{er} avril 2014. Les passations ont été faites avec FORSANI, ONG Nigérienne créée et soutenue par MSF suite à l'expulsion de MSF OCP du Niger en 2008.

En 2017, afin de réduire les hospitalisations, les activités externes ont été renforcées, notamment pour les périodes de pic paludisme et de pic de malnutrition avec l'ouverture de l'Unité Paludisme au Centre de Santé Intégré de Dan-Issa et la mise en place de relais communautaires.

Dispositif

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

- La malnutrition aigüe sévère avec ou sans complications chez les enfants de moins de 5 ans.
- Les soins néonataux et pédiatriques en hospitalisation.
- La prise en charge de pathologies chroniques (VIH, tuberculose et drépanocytose).
- Les consultations externes des enfants de 0 à 5 ans dans les 5 aires de santé du district de Madarounfa où nous sommes présents et des enfants se présentant dans ses mêmes aires de santé provenant des états frontaliers du Nigéria qui représentent en 2020 16% en consultation externe et 37,6 % aux CRENA (centres de récupération nutritionnelle ambulatoire pour la malnutrition sévère).
- L'appui au Programme Elargi de Vaccination (PEV) de routine.
- La prise en charge des cas de paludisme et de diarrhée au niveau communautaire /dépistage nutritionnel.
- La sensibilisation communautaire.

Hôpital de district de Madarounfa - région de Maradi

L'hôpital de Madarounfa est un établissement du Ministère de la Santé Publique (MSP) d'une capacité d'accueil de 162 lits dont 112 lits pédiatriques (hors pic nutrition/paludisme) gérés par MSF. Pendant le pic 2020, le nombre de lits est monté à 288 dans nos services et nous avons eu jusqu'à 350 enfants hospitalisés.

5 Centres de Santé Intégrés (CSI)

Appui aux CSI de Dan-Issa, Madarounfa, Safo, Gabi et N'Yelwa :

- Activité CRENA et consultations externes pédiatriques.
- Unité paludisme de stabilisation de 33 lits pendant le pic au CSI de Dan Issa.
- Appui au programme Elargi de Vaccination (PEV) de routine.
- 52 agents communautaire/paludisme. Sensibilisation et promotion de la santé.
- 1 agent recherche des abandons pour les enfants du Nigéria.
- 5 sensibilisateurs mobiles.

Hôpital de District de Madarounfa

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

Bilan 2020

	2019	2020
Hospitalisations CRENI	5 769	7 418
Hospitalisations pédiatrie	5 856	7 134
Admissions soins intensifs	3 943	4 461
Admissions CRENA y compris réadmissions	16 050	20 606
Consultations générales	51 149	79 518
Soins intensifs		3 843

Impact Covid-19 dans le projet

- Réorganisation spatiale dans l'hôpital et les CSI. Réorganisation des circuits, extension des aires d'attentes, prise de température à l'entrée de l'hôpital, placement de point de lavage des mains. Distance entre les lits (dans un premier temps), tentes en plus.
- Formations prévention et contrôle des infections (PCI). Distribution de masques et de savon aux personnels et aux accompagnants des patients hospitalisés et en consultation.
- Limitation du nombre de patients référés dans les ambulances (dans un premier temps).

PROJET : RÉPONSE COVID-19

Historique du projet

Le premier cas a été enregistré le 19 mars (personne en provenance de la sous-région). La première vague a eu lieu en avril-mai 2020, avec 958 cas cumulés, 64 décès enregistrés jusqu'au 31 mai. La réponse du Ministère de la Santé a été très centralisée autour de l'équipe riposte, avec seulement 2 hôpitaux identifiés pour la prise en charge, à Niamey : l'Hôpital Général de Référence et l'hôpital de Lamorde. Le CERMES seul réalisait les PCR.

La deuxième vague a débuté en novembre 2020 et est beaucoup plus marquée. Principaux foyers à Niamey, Tahoua et Agadez. Nous avons remarqué une volonté de décentralisation de la prise en charge, avec la mise à disposition d'appareil Genexpert dans toutes les régions et les hôpitaux de Niamey, et la consigne donnée à toutes les structures de santé publiques ou privées d'assurer la prise en charge des cas selon leur niveau de soin.

Données cumulatives au 21 février 2021 : 4736 cas et 172 décès, avec une létalité de 3,59%.

Dispositif

L'intervention MSF lors de la première vague a débuté fin avril et s'est terminée fin juillet. Les opérations se sont déroulées dans les districts de Maradi et Madarounfa, Dosso. Plusieurs volets d'activités ont été mis en place :

- Volet hospitalier : ouverture d'un centre de prise en charge au centre régional hospitalier de Maradi.
- Volet activités externes : évaluation et renforcement de la PCI dans les 35 CSI du district de Madarounfa + 10 CSI à Maradi (formations, donations de matériel).
- Volet communautaire : formation de 245 agents communautaires puis sensibilisation de près de 500 000 personnes sur les districts de Maradi et Madarounfa (sensibilisation, mise en place de kits lavage des mains dans les quartiers, donations savon / chlore, ...).
- Renforcement de l'équipe du ministère avec du personnel MSF pour la gestion des cas suspects et/ou confirmés.
- Support au laboratoire CERMES (donations, formation, stockage des échantillons).

OCG a installé un centre de prise en charge à l'hôpital de Lamorde ; OCBA a appuyé le centre 15 et SAMU ; Epicentre a soutenu la riposte du ministère avec l'installation d'une plateforme électronique de gestion des alertes (connectée au centre 15).

Lors de la seconde vague, MSF a apporté son appui au centre hospitalier de référence de Maradi de décembre 2020 à février 2021 (RH pour le centre de prise en charge) et à l'hôpital de district de Madarounfa (RH pour triage, RH et matériel pour unité de prise en charge, distribution de masques et de savons aux accompagnants).

Des équipements de prévention et contrôle des infections ont été donnés à la Direction régionale de la santé publique de Dosso.

RÉPONSE AUX INONDATIONS

De fortes pluies se sont abattues entre fin août et fin septembre sur tout le Niger. 11 898 ménages ont été sinistrés sur Niamey soit 61 009 individus. L'intervention de MSF a débuté la semaine 37 et se termine mi-novembre 2020 et a permis de répondre aux besoins médicaux et de première nécessité des populations sinistrées et déplacées dans la commune de Niamey 5 via des consultations externes avec références paludisme sévère, dépistage nutritionnel et distribution d'eau potable et de produits de première nécessité (NFI).

Consultations externes (43 sites couverts par 10 équipes)

	Semaine 37	Semaine 38	Semaine 39	Semaine 40	Semaine 41	Semaine 42
Consultations	1 402	2 931	1 815	1 613	1 455	487
% consultations <5 ans	33,5	31,1	56,5	64,4	75	53,4
% paludisme (test rapide)	56,5	60,5	68,8	63,6	64,1	70,7

Dépistage nutritionnel

	Semaine 37	Semaine 38	Semaine 39	Semaine 40	Semaine 41	Semaine 42
Enfants dépistés	180	767	915	1 003	1 039	230
Cas de malnutrition modérée (10,1% sur la période)	19	87	78	105	96	33
Cas de malnutrition sévère (3,4% sur la période)	15	44	25	33	16	7

Distribution eau et produits de première nécessité : 12 sites couverts sur 43 ; 4000 ménages soit 30 000 personnes.

Produits distribués

Nattes x 3	9 274
Jerrycans x 2	4 831
Moustiquaires x 3	11 247
Gobelets x 2	7 618
Bouilloires x 2	8 229
Savons x 5	19 045
Sacs x 1	3 809

Eau

	Semaine 37	Semaine 38	Semaine 39	Semaine 40	Semaine 41	Semaine 42
Latrines vidées	12			27		
Distribution d'eau chlorée (litres)	106 975	525 075	764 475	1 019 875	825 000	95 000

NIGERIA

Typologie : Conflit armé, Épidémie/ Endémie, Accès aux soins / Violences sociales.

Personnel 2020
International : 39
National : 607

Nombre de projets 2020 : 3
Dépenses 2020 : 11 739 k€

Financements Institutionnels : aucun.

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

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Tout en ayant gardé les mêmes leadership et modus operandi, le JAS (faction Shekau) a renoué des alliances avec Bakura (Boko Haram) qui ont conduit à une expansion de son territoire vers le nord du lac à partir de Dikwa, avec une sorte de frontière, non contestée, avec ISWAP (Etat islamique en Afrique de l'ouest).

ISWAP a traversé une année difficile, tant pour ses dirigeants que pour le territoire qu'ils contrôlent. Le changement de direction au début de l'année 2020 a entraîné, étape par étape, une perte de confiance totale des troupes des différentes factions sur le terrain. Les factions cherchent à obtenir plus d'indépendance et de liberté d'action de la part de la direction sans prendre trop de distance avec ISWAP.

L'année a été marquée par un niveau très élevé de meurtres de travailleurs humanitaires dans le Nord-Est par ISWAP qui a déclaré en août que les ONG sont considérées officiellement comme des ennemis et seront traitées comme telles, à savoir l'exécution tout membre d'entre elles qui serait capturé.

ISWAP est également passé progressivement du ciblage des militaires et des autres forces sur le terrain au pillage et à la prise d'otages, puis à l'intrusion dans certaines villes du nord de Borno comme Monguno, Ngala, Kukawa avec des attaques contre les militaires, des pillages, mais aussi comme le JAS avec des massacres comme à Gubio par exemple.

Actuellement, le contexte sécuritaire s'est sérieusement détérioré, et l'avenir est une réelle source d'inquiétude en cas d'urgence dans les zones non-gouvernementales et même dans les zones gouvernementales mais extrêmement fragiles comme celles de Monguno, Dikwa, Magumeri.

Cette année est marquée par des pluies plus abondantes qui ont entraîné la destruction d'infrastructures et des dégâts agricoles alors que la récolte commençait.

Bien que Jigawa reste une sorte de refuge dans le Nord, l'État reste situé au milieu des 2 zones où nous devons être vigilants en termes de sécurité et des différents besoins humanitaires qui pourraient survenir. Le niveau d'insécurité de Jigawa a augmenté au cours de l'année en raison de la proximité possible d'Ansaru dans les États de Katsina/Niger.

Contexte sanitaire

Le dernier sujet, mais non le moindre, est la pandémie de Covid qui a perturbé un système de santé fragile avec plusieurs problèmes survenus rapidement après la déclaration des premiers cas au Nigeria. Le système de santé publique a été confronté à de nombreux défis, notamment en ce qui concerne la réponse donnée par le gouvernement et ses agences.

La mortalité maternelle est très élevée, avec un taux estimé à 917 décès pour 100 000 naissances vivantes (OMS 2019). Avec une incidence annuelle de 12 000 cas et un retard de 150 000 cas, la fistule obstétricale (OF) est un problème de santé publique important au Nigeria.

En outre, il y a des catastrophes naturelles récurrentes telles que les inondations, une prévalence importante du paludisme pendant la saison des pluies, et de l'insécurité alimentaire/malnutrition dans diverses régions.

Si la région de Borno bénéficie de la présence la plus massive d'acteurs humanitaires au Nigeria, cela ne se traduit malheureusement pas par une réponse de haute qualité à des besoins considérables. Il reste des lacunes essentielles non couvertes, avec des duplications de l'aide dans divers endroits, une mauvaise coordination et un manque de personnel expérimenté sur le terrain.

Les réglementations et les contrôles NAFDAC sur la nourriture et les médicaments pèsent lourdement sur la disponibilité des médicaments dans nos projets. Cette réalité permanente, combinée à la pandémie de Covid-19, entrave considérablement nos opérations et notre budget.

PRÉSENCE MSF

MSF OCP est présente en permanence dans le pays depuis 1996. En 2021, OCP mènera 2 projets contre 4 en 2020 :

- Jahun/Jigawa State : projet de santé maternelle et néonatale et de chirurgie de la fistule, ouvert en 2008
- Port Harcourt/Rivers State : Fermé en décembre 2020
- Équipe E-prep sous financement et gestion de l'équipe d'urgence régionale (RETWA)
- Maiduguri/Born State : hôpital pédiatrique avec une grande unité de soins intensifs, ouvert sur son site actuel en 2017 (les premières opérations d'OCP à Borno ont commencé en 2014).

Les 4 autres centres opérationnels sont présents au Nigeria :

- MSF OCBA principalement à Borno, Zamfara avec une équipe d'urgence itinérante.
- MSF OCB à Maiduguri (nutrition et préparation au choléra et projet de soins obstétricaux et néonataux) et à Ebonyi (fièvre de Lassa).
- MSF OCG n'opère que dans le Borno (Rann et Ngala, activités actuellement très réduites soutenues depuis le Cameroun et Maiduguri).
- MSF OCA à Sokoto, Noma, Zamfara (saturnisme) et Benue.

PROJET : JAHUN

Historique du projet

L'intervention de MSF dans l'État de Jigawa a commencé en 2008 avec la mise en place d'un projet Fistules, avant tout avec un support à la maternité de l'hôpital. Au fil des ans, le projet a évolué vers des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets au sein de l'hôpital général de Jahun, la réparation des fistules obstétriques n'en étant plus qu'une partie (avec le soutien du ministère de la Santé de l'État de Jigawa). La population desservie par le projet est d'environ 959 612 habitants et couvre les zones administratives de Jahun (341 845 habitants), Miga (434 272 habitants) et Taura (183 495 habitants, ouvert en novembre 2019).

Le projet attire également de nombreuses femmes venant de beaucoup plus loin en raison du manque de soins gratuits et compétents dans les environs.

Dispositif

Hôpital

L'hôpital général de Jahun dépend du ministère de la Santé de l'État de Jigawa et fonctionne comme un établissement de soins secondaires. OCP travaille en partenariat avec le ministère de la Santé.

Les patients proviennent de la zone couverte par l'hôpital mais aussi d'autres zones (pour 45%).

Nous avons deux centres de référence pour les cas critiques, à savoir l'Aminu Kano Teaching Hospital (AKTH), à Kano, et le Rashid Shekoni Specialist Hospital (RSSH), à Dutse. Ces établissements font office d'institutions de santé tertiaires.

À l'hôpital général de Jahun, notre capacité d'accueil est de 151 lits :

- Urgences gynéco-obstétriques : 56 lits post-accouchement (18 ajoutés en 2018), 15 lits en soins intensifs, 25 lits en soins intensifs néonataux, 10 lits pré-accouchement, 4 lits d'accouchement, 3 lits d'observation.
- Service des fistules : 55 lits.

Activités de proximité

4 BEmONC ont été soutenus dans la zone de couverture à Jahun, Aujara, Miga et un nouveau BEmONC ouvert à Taura.

Les services fournis comprennent les soins prénatals, les accouchements, les soins postnatals, la vaccination et la promotion de la santé.

Avec l'arrivée du Covid-19 dans le pays, le dispositif a été revu avec la fermeture des opérations fistules et l'extension de l'annexe1 du service fistules à 15 lits.

Bilan 2020

	2018	2019	2020
Nouvelles admissions fistules	381	389	233
Nb admissions en maternité	12 407	17 684	11 508
Nb d'accouchements par voie basse	5 754	8 644	5 421
Nb de césariennes	1 680	2 251	2 175
Nb de procédures chirurgicales au bloc	3 530	3 768	2 969
Nb d'admissions en unité de néonatalogie	1 900	2 017	2 143
Total consultations anténatales BEmONCs	21 298	11 125	15 997
Total accouchements BEmONCs	3 010	4 324	9 664

Cette année, pendant la période du Covid-19, on a demandé à certains membres du personnel ayant des comorbidités de rester chez eux pour éviter l'exposition au Covid-19 pendant trois mois sans les remplacer. D'autres hôpitaux de l'État ont été fermés lorsque certains membres du personnel médical ont été testés positifs au Covid-19. Cela a conduit à l'impossibilité de référer les cas critiques et à l'augmentation du nombre d'auto-référés dans notre structure avec 1312 admissions en avril 2020, le plus haut de l'année.

PROJET : MAIDUGURI

Historique du projet

Avec la présence croissante des acteurs humanitaires depuis 2016, notamment avec les projets des autres centres opérationnels MSF, 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 en 2016. Ces projets ont été soit fermés, soit transmis à d'autres partenaires.

Depuis début 2018, le projet de Maiduguri est uniquement composé de l'hôpital pédiatrique de Gwange dans le service 3. L'hôpital pédiatrique de Gwange a été lancé pour répondre au manque de soins pédiatriques secondaires dans une ville où la population avait doublé en raison des déplacements de population.

Mi-août 2020, nous avons commencé les activités décentralisées dans 4 sites : le camp de Musari, situé dans la partie est de la ville, à 17 km du bureau MSF et à moins d'un kilomètre du camp de déplacés de Muna ; camp Ahmed Grema situé dans le vieux quartier de Maiduguri ; le village de Dusuman, dans la zone de Jere ; et Kandamari, géré à distance avec un agent de santé communautaire.

Dispositif

L'hôpital de Gwange est situé dans l'enceinte d'une clinique de soins de santé primaires du ministère de la Santé. L'hospitalisation est entièrement gérée par MSF et les consultations par le Ministère de la Santé. L'hôpital reçoit également des patients référés par des ONG partenaires ayant des activités dans différents camps de déplacés. Bien

qu'il accueille principalement des patients de sa zone, l'unité de Gwange III est accessible à tous les patients qui cherchent à se faire soigner.

L'hôpital de Gwange comprend les services suivants :

- Urgences : 4 lits, 1 table de réanimation (en dehors des pics d'activité) ; 6 lits et 1 table de réanimation (pendant les pics).
- Unité d'observation : 6 lits en dehors des pics d'activité et 8 lits pendant les pics pour les patients qui ont besoin d'un maximum de 6 heures d'observation avant leur sortie ou pour déterminer s'ils doivent être admis.
- Unité de soins intensifs : 15 lits en dehors des pics et 25 lits pendant.
- Zone orange : 15 lits en dehors des pics et 40 lits pendant.
- Zone jaune : 40 lits en dehors des pics et 100 lits pendant.
- Zone d'isolement : 10 lits

Bilan 2020

La pandémie de Covid-19 et le confinement ont affecté le nombre de consultations et, par conséquent, le nombre d'admissions que nous avons eues jusqu'à présent cette année. La chimio-prévention saisonnière du paludisme a également été déployée cette année et trois cycles ont déjà été effectués. On espère qu'elle aura un impact sur les moins de 5 ans.

	2019	2020
Admissions en nutrition pour stabilisation ou références vers OCB ou Alima	205	350
Admissions en pédiatrie	14 353	10 943
Admissions aux urgences	22 959	22 648

Pour le Covid-19, MSF a fourni un support technique à la mise en place du centre de traitement dans l'état de Borno. Nous avons également mené une formation de prévention et contrôle des infections pour le personnel chargé de l'hygiène et de la gestion des déchets dans ce centre. La buanderie du centre de traitement a été construite par nos soins et nous avons également fait don de concentrateurs d'oxygène.

PROJET : VIOLENCES SEXUELLES – PORT HARCOURT

Historique du projet

Port Harcourt est la capitale du Rivers State. Cette ville et le reste de l'État sont connus pour être parmi les zones les plus dangereuses du Nigeria, avec des niveaux importants de violence urbaine. Les groupes sectaires bien connus et actifs à Port Harcourt sont les Icelanders, les Deywell, les Greenlanders et les Deybam. Et il y en a beaucoup d'autres dans la région qui sont potentiellement tous dangereux dans le Rivers State. Le pic de violence a été atteint entre 2005 et 2012. Mais actuellement Port Harcourt est assez calme et très peu d'incidents ont été signalés ces derniers temps. Le gouvernement fédéral et le Rivers State auraient joué un rôle important pour apaiser la situation en utilisant diverses stratégies. De nombreux compromis ont été conclus entre le gouvernement fédéral et les militants, comme par exemple, l'amnistie des anciens militants et le versement d'allocations, l'utilisation des enfants des rues dans les travaux publics

(construction), le renforcement des capacités de la police, l'élimination physique des plus récalcitrants. Mais on peut se demander si ces compromis vont rester pérennes.

MSF a ouvert un premier projet à Port Harcourt en 2005 (l'hôpital Teme) où les patients victimes de traumatisme étaient pris en charge, et a continué à fournir ces soins jusqu'en 2013. Au cours du projet Teme, MSF a reçu un nombre important de victimes de violences sexuelles. Environ 2400 victimes de viols et d'abus sexuels ont été vues au cours des 4 dernières années du projet Teme. Après la fermeture du projet, MSF a décidé de rester à Port-Harcourt et d'ouvrir un projet spécifique dédié au viol et à la violence sexuelle.

Le projet MSF sur les violences sexuelles a été mis en place en 2015, en commençant par une clinique au centre de santé primaire d'Orogbum qui était ouverte de 8h à 17h, puis a commencé à fonctionner 12 heures par jour (de 7h à 19h) .

En 2017, avec l'augmentation de l'activité, une autre clinique a été ouverte au centre de santé primaire d'Eliozu.

Orogbum a commencé à offrir des services 24 heures sur 24 en 2018 et Eliozu a continué sur une base de 12 heures. Les deux cliniques ont fonctionné sur la base de consultations externes ; certaines victimes ont toutefois été autorisées à passer la nuit ou quelques jours pour une protection temporaire ou une observation médicale.

Les objectifs du projet sur la violence sexuelle à Port Harcourt étaient les suivants :

- Fournir une prise en charge médico-psycho-sociale gratuite et confidentielle aux victimes de violences sexuelles.
- Sensibiliser aux conséquences, à la prévention et à l'impact de la violence sexuelle sur les victimes et la société dans les zones cibles de Port Harcourt.
- Faire connaître les services de MSF en matière de violences sexuelles dans les zones cibles de Port Harcourt.

En 2020, il a été décidé de mettre fin au projet pour les raisons suivantes : un certain manque de suivi du projet par la coordination ; la question médicale pas directement liée au contexte de la région ; le budget élevé par rapport au volume de patients (malgré une investigation sur le VIH et l'accès aux soins dans des contextes violents, nous n'avons pas réussi à étendre les soins que nous avons fournis) ; la possibilité de transférer la gestion du projet au ministère de la santé ou à une autre ONG locale.

A partir d'octobre 2020, l'équipe a travaillé à l'organisation du transfert de l'activité de MSF OCP au Conseil de gestion des soins de santé primaires (Ministère de la Santé), en cohérence avec les autorités administratives (gouvernement local et de l'État), les partenaires commerciaux (fournisseurs) et avec nos employés. Finalement, le projet a été remis à WACA, l'entité MSF d'Afrique de l'Ouest.

Bilan 2020

La prise en charge médicale des victimes comprenait : examen médical et traitement des blessures physiques, dépistage et prophylaxie du VIH, prophylaxie des infections sexuellement transmissibles, contraceptifs d'urgence, vaccination contre l'hépatite B et le tétanos, conseils et soins psychologiques, interruptions de grossesse.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nouveaux cas de violences sexuelles	189	644	876	1 424	1 441	1 227
Proportion de mineurs de moins de 18 ans	60%	63%	59%	61%	60%	64%
Nb cas vus la nuit	N/A	N/A	N/A	115	131	91
Nb d'hommes victimes	N/A	N/A	27	51	54	47
Proportion de cas prise en charge en moins de 72 heures	57%	53%	59%	54%	55%	52%
Parmi les cas < 72h, proportion ayant initié un traitement post exposition	N/A	N/A	87%	91%	90%	89%
Proportion de victimes ayant déjà subi une agression sexuelle auparavant	25%	27%	41%	41%	44%	43%
Proportion d'agresseurs identifiés	N/A	N/A	N/A	N/A	67%	74%
Proportion de cas où l'agresseur est le partenaire habituel	N/A	N/A	N/A	N/A	2%	3%
Nb consultations psy	N/A	N/A	1 140	2 707	2 667	2 143
Nb cas nécessitant une prise en charge sociale (victime enceinte, ou nécessitant un support juridique ou une protection)	N/A	N/A	N/A	234	257	288
Nb de cas ayant reçu un support social (transport, nourriture)	N/A	N/A	N/A	511	461	318
Nb d'avortements demandés à la 1 ^{ère} consultation	N/A	N/A	N/A	N/A	43	39
Nb d'interruptions de grossesse	1	4	28	65	61	50

UGANDA

Typologie : Épidémie/Endémie,
Populations réfugiées

Personnel 2020
International : 17
National : 184

Nombre de projets 2020 : 2

Dépenses 2020 : 3 609 k€

Financements institutionnels :
aucun.

**Autres centres opérationnels
MSF présents :** aucun.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

L'Ouganda a une superficie totale de 241 555 kilomètres carrés et une population estimée en 2020 d'environ 44,1 millions d'habitants avec 53% de la population âgée de moins de 18 ans et 4% âgée de 60 ans ou plus.

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 se présenter aux élections de 2021, qu'il a également remportées, dans un contexte étonnamment calme, sans aucune manifestation violente.

L'opposition est représentée principalement par le Forum for Democratic Change (FDC), le groupe d'opposition parlementaire officiel. Cependant, une autre menace potentielle pour le gouvernement Museveni est la popularité rapide de Robert Kyagulanyi Ssentamu, connu sous son nom de scène Bobi Wine (une popstar ougandaise) qui s'est reconverti en politicien avant les élections générales de 2016, et son mouvement associé «People Power». Depuis sa dernière arrestation et sa libération, Bobi continue d'être une voix puissante de l'opposition. En juillet 2020, une nouvelle plateforme politique, la National Unity Platform (NUP), a été créée. Plusieurs députés du National Resistance Movement (NRM), parti au pouvoir, et d'autres partis d'opposition ont depuis rejoint la NUP.

La pandémie de Covid-19 a influencé les élections présidentielles de 2021. Le Comité électoral ougandais (UEC) avait déjà annoncé l'interdiction des réunions politiques. Cette interdiction a été violée par Bobi Wine et d'autres personnes ; Bobi a été arrêté (et relâché) une nouvelle fois lors d'une réunion politique fin novembre 2020, déclenchant instantanément un énorme tollé, des manifestations et des violences dans les rues de plusieurs villes d'Ouganda. Environ 50 morts ont été signalés.

Au niveau régional, l'Ouganda reste une force politique et militaire majeure. L'engagement des Forces de défense du peuple ougandais (Uganda Peoples' Defense Force - UPDF) se poursuit dans le cadre de la mission de l'Union africaine en Somalie (AMISOM) soutenue par les Nations unies. Le rôle majeur de l'Ouganda dans la lutte contre l'insurrection Al-Shabaab le rend vulnérable aux opérations nationales de ce groupe, bien qu'il n'y ait eu aucune attaque sur le territoire ougandais depuis l'attentat à la bombe de juillet 2010 pendant la Coupe du monde de football, à Kampala.

L'Ouganda est entouré de pays instables : Le Soudan du Sud, qui connaît des combats réguliers entre les forces gouvernementales (SPLA-IG) et les forces d'opposition (SPLA-IO), obligeant les Sud-Soudanais à fuir vers l'Ouganda. Le deuxième pays voisin instable est la République démocratique du Congo ; malgré l'élection de Félix Tshisekedi comme nouveau président et la passation pacifique du pouvoir pour la première fois, la violence n'a pas cessé dans la partie orientale du pays, où l'on estime que plus de 150 groupes armés opèrent et où des opérations militaires sont menées en permanence pour combattre ces groupes armés.

Ces deux dernières années, les relations entre le Rwanda et l'Ouganda se sont envenimées, suite à des accusations et

contre-accusations d'espionnage et d'ingérence politique. Le président rwandais Paul Kagame et son homologue ougandais Museveni ont signé un protocole d'accord en 2019, visant à mettre fin aux tensions entre les deux pays et à reprendre les activités transfrontalières.

Contexte sanitaire

VIH/Sida

L'Ouganda continue de progresser dans la lutte contre le VIH et le sida, avec un taux d'incidence annuel réduit à 1,4 pour 1000 individus par an (-59% par rapport à 2010) et un taux de prévalence du VIH estimé en 2019 à 5,8%, l'un des plus élevés au monde. L'Ouganda est en bonne voie pour atteindre ses objectifs 90-90-90. En 2019, 89 % des personnes vivant avec le VIH et le sida âgées de 15 à 49 ans connaissent leur statut, 84 % sont sous traitement antirétroviral et 75 % d'entre elles sont sous suppression virale. On observe une diminution progressive des décès dus au sida, estimés à 21 000 en 2019 (-60 % par rapport à 2010), liée à une augmentation progressive du nombre de patients sous traitement antirétroviral. Le VIH n'est plus la première cause de mortalité en Ouganda.

Santé sexuelle et reproductive et santé des jeunes

L'Ouganda a une population jeune ; 52,7% de la population a moins de 15 ans. Un Ougandais sur quatre (23,3%) est un adolescent et un sur trois (37,4%) est une jeune personne. Les adolescents sont confrontés à de nombreux problèmes de santé, en particulier dans le domaine de la santé reproductive, avec les grossesses précoces ou non désirées, les avortements à risque, les infections sexuellement transmissibles (IST/VIH/SIDA), les mutilations génitales féminines, les problèmes psychosociaux tels que la toxicomanie, la délinquance, l'absentéisme à l'école et les abus sexuels. En outre, les adolescents sont moins susceptibles d'utiliser les services de santé sexuelle et reproductive et les services qui leur sont offerts restent fragmentés et incomplets.

Epidémies

L'Ouganda est régulièrement confronté à diverses épidémies : fièvres hémorragiques (Marburg et Ebola), choléra et paludisme, entre autres. Au cours des 15 dernières années, l'Ouganda a géré 6 épidémies de maladie à virus Ebola et 5 épidémies de maladie à virus Marburg, principalement dans la région occidentale.

Covid-19

En Ouganda, le premier cas de Covid-19 a été identifié à la mi-mars 2020. Des mesures de restriction ont été imposées par le gouvernement, notamment des confinements et des couvre-feux, la fermeture des frontières, des écoles et de tous les autres établissements d'enseignement, la suppression des rassemblements religieux et autres, ainsi que des interdictions de voyager à l'intérieur du pays et à l'étranger. En avril 2021, ces restrictions ont été considérablement assouplies. Depuis le début de l'épidémie, l'Ouganda a enregistré 41 174 cas et 337 décès (mi-avril 2021). La plupart des cas sont détectés à Kampala. Aucune pression majeure sur le système de santé ougandais n'a été constatée à ce jour.

PRÉSENCE 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-F a ouvert un projet VIH/Tuberculose à Arua.

2010-2011, MSF a répondu à l'afflux de réfugiés congolais dans le district de Bundibudyo, en fournissant des soins médicaux et un accès à l'eau.

2013-2015 : MSF a répondu à l'afflux de réfugiés sud-soudanais dans le district d'Adjumani, en fournissant des soins médicaux et un accès à l'eau.

En 2015, suite à une évaluation réalisée dans l'ouest du pays, MSF a ouvert un projet dans le district de Kasese en ciblant les communautés de pêcheurs sur les rives des lacs George et Edouard (VIH/TB) et les adolescents de la municipalité de Kasese (soins de santé sexuelle et reproductive).

Depuis 2016 : MSF travaille dans les camps de réfugiés sud-soudanais de Yumbe ; actuellement dans les districts d'Arua et de Terego.

En 2017, MSF a également répondu à un afflux de réfugiés congolais dans le district de Hoima, suivi d'une épidémie de choléra.

De plus, au fil des années, MSF a répondu à diverses épidémies récurrentes dans le pays (choléra, Marburg, Ebola, méningite, paludisme...).

OCP reste la seule section opérationnelle en Ouganda. MSF OCG a une unité d'approvisionnement (SUKA) qui soutient ses projets au Soudan et en RDC. MSF/Epicentre est 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 démarré en 2015 pour répondre à deux défis majeurs identifiés dans le district :

Vulnérabilités et défis rencontrés par les adolescents

En Ouganda, les adolescents sont confrontés à des risques sanitaires vitaux, en lien avec des grossesses non désirées, au VIH/SIDA et aux infections sexuellement transmissibles (IST). Le district de Kasese est l'un des trois districts de l'Ouganda qui compte la plus forte proportion d'adolescents (10 à 17 ans), de veufs, de divorcés ou séparés (20,7 %) et de mères adolescentes (17,9 %).

Le projet propose un service de santé adapté aux adolescents au niveau du centre de santé III avec une sensibilisation aux comportements à risque :

- La clinique pour adolescents de Kasese (KAC) a ouvert en 2015, dans la municipalité de Kasese, en tant qu'extension du centre de santé III du conseil municipal de Kasese, avec des consultations générales, des soins de santé sexuelle et reproductive (infections sexuellement transmissibles, victimes de violences sexuelles, avortements sécurisés, soins prénatals et postnatals et kits de support pour les accouchements) et des activités éducatives.
- En 2016, l'accès aux soins liés aux violences sexuelles et à l'avortement sécurisé a été ouvert à tous les âges.

- En 2017, nous avons commencé à proposer des soins d'avortement sans risque à domicile. Nous avons également étendu nos activités (sensibilisation) pour atteindre les adolescents isolés (adolescents des rues et adolescents des zones reculées).
- En 2020, les activités de la KAC ont été transférées dans l'enceinte du centre de santé III grâce à l'achèvement d'un nouveau bâtiment pour les soins aux adolescents.

Communautés de pêcheurs

Malgré les progrès significatifs réalisés par l'Ouganda pour réduire le poids du VIH, les communautés de pêcheurs ont été identifiées comme l'un des groupes les plus à risque d'infection par le VIH dans le pays, avec des taux globaux élevés de prévalence du VIH/SIDA (de 22% à 29%, avec une différence entre les sexes). La vulnérabilité de ces communautés au VIH/SIDA est liée aux déplacements des pêcheurs et des négociants de poisson, à leur accès à des revenus en espèces, à la prostitution dans les ports de pêche et à une culture du risque. Le district de Kasese abrite un grand nombre de personnes les plus à risque, principalement les pêcheurs, les prostituées et les conducteurs de boda-boda, ce qui explique la forte prévalence du VIH dans le district. Les personnes à risque sont regroupées géographiquement en «points chauds», situés dans différents sites de débarquement le long des lacs George et Edward.

En 2015, en collaboration avec le ministère de la Santé, MSF a ouvert le projet à destination des populations à risque par la mise en œuvre d'interventions de santé publique visant à renforcer la cascade de soins du VIH dans les communautés de pêcheurs autour du lac George et du lac Edward (13 sites de débarquement dans 3 districts- Kasese, Kamwenge et Rubirizi). L'intervention comprenait de grandes campagnes de dépistage du VIH et le renforcement des unités de prise en charge du VIH dans les établissements de santé existants du Ministère. En 2016, MSF/Epicentre a mené une enquête VIH dans la zone cible afin d'estimer la séroprévalence du VIH. La prévalence du VIH était de 17,5% (20% chez les femmes). Parmi les séropositifs, 86,0% ont déclaré connaître leur statut sérologique et 78,0% étaient sous traitement. Parmi les personnes séropositives sous traitement ARV, 67,6% présentaient une charge virale indétectable (<1000 cp/ml). L'étude anthropologique (Paul Grohma, 2016) menée la même année a suggéré que la grande mobilité de ces populations et l'accès limité aux sites de distribution d'ARV sont deux obstacles majeurs pour atteindre la suppression virale. Suite à ces résultats, la portée et l'objectif de l'activité ont été réorientés en 2017 pour donner la priorité aux sites de débarquement les plus vulnérables avec la mise en œuvre du modèle de prestation de services différencié (DSDM) basé sur les besoins et le choix du patient (approches centrées sur le patient) plus des stratégies de dépistage ciblées utilisant par exemple l'autodiagnostic.

Dispositif

La clinique pour adolescents de Kasese propose gratuitement aux adolescents des consultations générales, des consultations et des traitements contre les infections sexuellement transmissibles, des services de contraception et de planning familial, des soins prénataux et postnataux, des soins contre les violences sexuelles, des avortements sécurisés, des tests de laboratoire et des activités récréatives.

Dans les sites de débarquement, MSF a mis en œuvre, en collaboration avec Baylor (PEPFAR) et les prestataires de santé

locaux, divers modèles de prestation de services différenciés (DSDM) : délivrance de traitements antirétroviraux dans la communauté (CCLAD), gestion individuelle des patients dans les structures, modèle Fast Track et modèle de groupes au niveau des structures. MSF a également soutenu la gestion des cas compliqués. L'autodiagnostic du VIH (HIVST) a été piloté dans trois des sites de débarquement, où les éducateurs de la communauté gèrent les points d'information sur le VIH (février 2019 à mars 2020).

Nous avons adapté notre dispositif suite aux restrictions de la pandémie de Covid19 en mettant en place une zone de triage à l'entrée du centre de santé III et avons adapté notre zone d'attente dans la clinique pour adolescents afin de respecter les mesures de distanciation. Les déplacements vers les sites de débarquement ont été suspendus de mars à août. Les patients séropositifs ont bénéficié d'un renouvellement des médicaments tous les trois mois et d'un suivi téléphonique a été organisé.

Bilan 2020

Clinique pour adolescents

	2017	2018	2019	2020
Consultations (nouvelles et suivi)	24 379	23 400	17 803	17 524
Cas de violences sexuelles	19	43	99	38
% de cas de violences sexuelles pris en charge en moins de 72h	57,9%	60,5%	33,4%	53%
Avortements sécurisés	147	354	386	424
Soins anté-natals	806	929	1 032	991
Femmes sous contraception	262	416	935	893

Sites de débarquement

	2017	2018	2019	2020
Nb de séropositifs sous traitement	2 214	1 332	1 797	1 909
Patients sous ARV 1 ^{ère} ligne		1 306	1 737	1 761
Patients sous ARV 2 nd e ligne		26	60	77
Couverture charge virale	60%	78%	95%	117%
Taux de suppression de la charge virale	90%	90%	93%	84.4%
Nb de groupes CCLAD*	0	76	100	155
Nb de personnes enrôlées dans un groupe CCLAD*		394	553	803
Nb de personnes actives dans un groupe CCLAD*		361	533	644

* CCLAD : Community client-led ART delivery

Les activités générales du projet ont été quelque peu affectées par la pandémie de Covid19 et les mesures restrictives prises par le pays et par MSF. Une procédure de dépistage du Covid-19 (contrôle de la température et tente d'isolement) a été mise en place à l'entrée du centre de de santé III de Kasese. Un support a été apporté au centre d'isolement

Covid-19 avec 12 lits à l'hôpital Saint Paul. Des masques en tissu et d'autres matériels de protection ont été distribués.

Lors des inondations à Kilembe, une clinique mobile a été mise en place dans le centre de santé II de Kilembe et des articles de première nécessité ont été distribués.

PROJET : PRISE EN CHARGE DU VIH ET ASSISTANCE AUX RÉFUGIÉS À ARUA

Historique du projet

Arua VIH

MSF a commencé à travailler à l'hôpital régional de référence d'Arua (ARRH) en 2001, en réponse à la forte prévalence du VIH en Ouganda, avec pour objectif de démontrer la faisabilité de l'accès au diagnostic précoce, au traitement du VIH et de la tuberculose (simple et résistante) et à la réduction de la transmission de la mère à l'enfant (PMTCT). De 2005 à 2010, MSF a promu la décentralisation de la prise en charge du VIH dans quatre sites (Koboko, Adjumani, Nebbi et Yumbe).

L'accès aux ARV s'étant amélioré avec de nouveaux acteurs (Baylor), MSF a décidé en 2012 de transférer ses activités VIH au Ministère de la santé sur une période de transition de deux ans.

Au cours de l'année 2013, MSF a mis en place des outils de mesure de la charge virale sur le lieu de soins (avec un financement UNITAID). Il s'agit d'un diagnostic réalisé dans, ou à proximité de la structure de santé de prise en charge du patient qui a permis une action plus rapide et a conduit à de meilleurs résultats. Cette expérience nous a permis d'identifier les lacunes dans la cascade de la charge virale, comme la longueur du délai de confirmation et le changement de traitement pour les patients en échec. Au cours du processus de transfert, une forte suspicion d'échec de traitement chez les adolescents est apparue. En conséquence, au lieu de transférer l'ensemble des responsabilités au ministère de la santé, nous avons priorisé et réduit les activités en nous concentrant davantage sur l'amélioration de la situation des adolescents et des enfants séropositifs, des adultes ayant une charge virale élevée ou une suspicion d'échec thérapeutique, des adultes sous traitement de deuxième et troisième ligne ainsi que des personnes atteintes du VIH à un stade avancé. Tous les patients VIH stables sous traitement antirétroviral ont été remis au Ministère de la Santé.

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 dans le camp de réfugiés de Bidi-Bidi. MSF a commencé ses activités à Bidi Bidi en septembre 2016 avec la fourniture de soins médicaux (consultations, hospitalisations et maternité, y compris violences sexuelles et santé mentale), l'assainissement de l'eau et la mise en place d'un système de surveillance. Après un transfert progressif d'activités à d'autres partenaires tout au long de 2017 et 2018, MSF a réorienté ses activités vers les soins des violences sexuelles, les services de santé mentale et l'accès à des avortements sans risque dans les camps de Bidi-Bidi, Omugo et Imvepi.

La population de réfugiés en Ouganda a presque triplé depuis juillet 2016 et est actuellement estimée à 1,4 million, ce qui fait de l'Ouganda le plus grand pays d'accueil de réfugiés en Afrique, et le troisième au monde.

Dispositif

Arua Regional Referral Hospital

Les activités situées à l'hôpital régional de référence d'Arua (ARRH), comprennent :

- Adolescents (10-19 ans) : consultations cliniques et suivi sur le VIH, groupe de soutien et accompagnement par les pairs, conseils et transition planifiée vers la cohorte des adultes.
- Enfants (0-12 ans) : groupes de soutien familial, consultations cliniques sur le VIH, conseils, processus de déclaration.
- Laboratoire : fourniture de tests de charge virale (VL), de diagnostic précoce du nourrisson (EID), de tests de résistance aux médicaments (DST), de tests LAM et Crag.
- Soutien au triage et à la pharmacie pour le renouvellement rapide des médicaments pour les patients adultes stables atteints du VIH.
- Identification et suivi des patients à charge virale élevée.
- Gestion des patients VIH sous traitement de 3ème ligne
- Soutien aux patients VIH de stade avancé, en hospitalisation.

Impact du Covid-19 sur les activités :

- Les restrictions liées au Covid-19 ont interrompu l'interaction directe avec les clients séropositifs.
- Des modèles alternatifs d'administration du traitement antirétroviral (renouvellement des médicaments pour 3 mois) et un suivi par téléphone ont été mis en place pendant le confinement Covid-19.
- Moins de tests de charge virale ont été effectués : 1652 tests de charge virale effectués en 2020 (janvier-août) contre 2684 pour la même période en 2019.

Sites de réfugiés d'Omugo et Imvepi

- Prise en charge des violences sexuelles, avortements sécurisés, contraception, planning familial, soins de santé mentale, sensibilisation de la communauté, aide au transport des patients pour leur permettre d'accéder aux soins.

Impact du Covid-19 sur les activités :

- Le Covid-19 a eu un impact sur les activités de sensibilisation et la fréquentation. Il a été nécessaire de faire plus de visites à domicile, de changer les modalités de renouvellement des médicaments et de suivre par téléphone les patients de la cohorte de santé mentale.
- L'ouverture de la clinique Imvepi (violences sexuelles et santé mentale) au sein de l'hôpital du ministère de la Santé a été reportée à décembre 2020.

Activités de soutien à la prise en charge du Covid-19

Le soutien de MSF a été principalement logistique :

- Mise en place d'une unité de prise en charge (CTU) dans l'hôpital régional d'Arua avec une capacité de 20 lits. Cette capacité a été étendue par le Ministère de la Santé à 42 lits. MSF n'est pas impliqué dans la gestion des cas au CTU. La majorité des cas sont stables et seulement 2 cas ont été référés à l'hôpital Mulago de Kampala.

- Mise en place d'un système de dépistage (contrôle de la température et tente d'isolement) à l'entrée de l'hôpital régional d'Arua.
- Mise en place d'une unité de traitement Covid-19 (CTU) de 12 lits à Oli Centre de santé III.
- Formation et matériel de prévention et contrôle des infections.
- Distribution de masques en tissu.
- Promotion de la santé par des agents de santé communautaires à l'hôpital régional d'Arua et dans les camps de réfugiés.

Bilan 2020

Activités VIH à Arua (ARRH)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Cohorte VIH sous 1 ^{ère} ligne (rapports MoH)	5 801	6 240	5 594	5 824	5 869	5 359	5 696
Patients sous 2 ^{ème} ligne (Rapport MoH)	471	529	634	739	895	1 261	1 121
Patients sous 3 ^{ème} ligne (MSF)	NA	8	21	32	49	67	74
Couverture charge virale	NA	NA	NA	NA	80,2%	NA	75,0%
Taux de suppression 0 – 19 ans	NA	NA	NA	65,7%	68,4%	NA	78,5%

Sites de réfugiés (violences sexuelles et santé mentale)

	2017	2018 4 sites : Bolomoni, Imvepi, Yoyo, Omugo	2019 2 sites : Omugo, Yoyo	2020 1 site : Omugo
Nouveaux cas de violences sexuelles	785	1 257	1 217 Omugo 843 Yoyo 371	637
% de cas de violences sexuelles pris en charge en moins de 72 h	17%	13%	36% Omugo 28,8% Yoyo 44,5%	57%
Avortements médicalisés		245	231 Omugo 88 Yoyo 143	129
Nouveaux cas de santé mentale	3 089*	5 482*	1 053	458

* En 2017 et 2018 les nouveaux cas de santé mentale incluent tous les cas dépistés. En 2020, il s'agit seulement des nouveaux cas.

PAKISTAN

Typologie : Accès aux soins,
Épidémie / Endémie

Personnel 2020
International : 12
National : 276
Nombre de projets 2020 : 3
Dépenses 2020 : 3 672 k€

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

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

La situation politique est assez stable deux ans après l'élection du Premier ministre Imran Khan du PTI. Selon l'Institut pour la paix des États-Unis, le Pakistan continue de faire face à de multiples sources de conflits internes et externes. Alors que les incidences du terrorisme intérieur ont diminué, en partie grâce aux mesures prises par l'État pakistanais, l'extrémisme et l'intolérance à la diversité ont augmenté.

La situation sécuritaire dans les districts tribaux de Khyber Pakhtunkhwa (KPK) s'est considérablement améliorée au cours de l'année 2019. À l'exception des districts du Sud-Waziristan, une baisse significative des incidents liés au terrorisme et des victimes qui en résultent a été observée dans les six autres districts des anciennes FATA. Une baisse globale de 16 % des incidents terroristes et de 24 % de l'indice de causalité a été enregistrée en 2019 par rapport à l'année précédente.

La sécurité au Pakistan pourrait se détériorer en 2021 après le retrait des troupes américaines d'Afghanistan et les pourparlers afghans. Le mouvement des Talibans TTP se regroupe au Pakistan.

En 2018, l'indice de développement humain (HDI) du Pakistan est de 0,561, l'un des plus bas d'Asie, après le Yémen, l'Afghanistan et la Syrie.

Le pays est également confronté à plusieurs défis comme les défis économiques pour équilibrer le budget ; 24% de la population pakistanaise vit sous le seuil de pauvreté, sur une population de 220 millions d'habitants.

Sur le plan interne, bien que le niveau de violence lié au terrorisme ait encore diminué, on observe encore régulièrement des actes terroristes, principalement dans le KPK et le 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.

Sur le plan international, l'année 2019 a vu une montée des tensions avec l'Inde sur la région du Cachemire. L'abolition par le gouvernement indien le septembre 2019 du statut spécial du Cachemire occupé par l'Inde avec l'application d'un confinement sur toute la population (12 millions de personnes) a déclenché une forte réaction du Pakistan dans

les arènes internationales et a encore augmenté le niveau de tension entre les deux pays. Il y a encore des tensions régulières entre les forces pakistanaises et afghanes à la frontière pakistano-afghane, la clôture entre les deux pays est en cours de construction. Il y a encore 1,4 million de réfugiés afghans enregistrés au Pakistan.

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 (5^e rang mondial pour les cas annuels estimés : 560 000). Le Pakistan est également le 4^e 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).

Covid-19

La pandémie mondiale a touché le Pakistan fin février 2020. La première vague a eu lieu de mars à mi-juin 2020, avec une incidence élevée parmi les travailleurs de la santé en raison du manque d'équipements de protection individuels (PPE) et de la mauvaise mise en œuvre de la prévention des

infections. 602 536 cas ont été signalés à ce jour. La gestion de l'épidémie est principalement politique et économique. Le nombre exact de cas et le taux de mortalité ne sont pas connus en raison de la mauvaise gestion des données et de la faible capacité de dépistage dans le pays. Le pays est confronté à un manque cruel de masques et d'autres équipements de protection individuels (PPE) pour les médecins et le personnel paramédical de première ligne, à un manque d'équipements médicaux (respirateurs) et à un manque de professionnels de santé qualifiés.

PRÉSENCE MSF

MSF est arrivé au Pakistan dans les années 80 pour mener des projets dédiés aux réfugiés afghans.

MSF 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, tout en répondant aux déplacements massifs de population 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 de Kurram (zone FATA : Alizai et Sadda).

La maternité de Peshawar (CEmONC) a ouvert en 2011 pour offrir un accès aux soins maternels et néonataux aux femmes des FATA et du district de Peshawar.

En réponse à l'épidémie de leishmaniose cutanée (LC), MSF a ouvert un centre de traitement en 2018 dans un hôpital public de Peshawar. En 2020, le deuxième centre de traitement (clinique OPD) a ouvert à l'hôpital du district de Bannu.

Un projet de prise en charge de la tuberculose (TB) doit démarrer au milieu de l'année 2021, une fois obtenu l'accord des autorités.

En février 2020, la pandémie de Covid-19 a frappé le Pakistan. Les activités de contrôle et prévention des infections et de leishmaniose cutanée ont été améliorées en conséquence pour faire face à la situation.

Les populations cibles :

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

Deux autres OC sont présents dans le pays :

MSF OCB est présent à Timergara/KPK (urgences et soins maternels et infantiles) et Karachi/Sindh (Hépatite C).

MSF OCA est présent au Baloutchistan : nutrition, urgences, santé maternelle et infantile, leishmaniose cutanée.

OCA et OCB, qui travaillaient déjà dans le domaine des soins aux patients hospitalisés dans les hôpitaux de district, ont temporairement ouvert et soutenu les activités de Covid-19. OCB a transféré son projet de Timergara et évalué d'autres zones d'intervention dans le KPK.

PROJET : MATERNITÉ ET SOIN 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 proximité ont été renforcées pour améliorer la sensibilisation de la communauté ainsi que les relations avec les 37 unités sanitaires de base (BHU) gouvernementales environnantes dans le district de Peshawar (4,3 millions d'habitants, recensement 2017).

En 2019 et 2020, le nombre d'admissions a augmenté de manière significative. L'objectif principal pour 2020 était l'amélioration de la qualité des soins pour l'activité de soins néonataux et le renforcement de la prévention des infections en raison de l'épidémie de Covid-19 avec une certaine réhabilitation de la structure.

Dispositif

L'hôpital est privé (financement MSF à 100%) et se compose de :

- 37 lits d'hôpital dont 14 de néonatalogie
- 6 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 du KPK. Les patients qui ne font pas partie de la population cible et qui ne sont pas urgents sont dirigés vers les structures du ministère de la santé, sauf en cas d'accouchement imminent.

Bilan 2020

En 2020, l'activité a été marquée par la pandémie de covid-19, avec une suspension pendant plus de 6 semaines du 12 avril au 1er juin, en raison d'un grand nombre de membres du personnel mis en quarantaine (contact avec un membre du personnel positif au Covid-19). Au cours de cette période, des travaux de réhabilitation ont été effectués afin d'améliorer les conditions de travail et de respecter les protocoles et les normes relatifs au Covid-19.

Il est probable qu'il faudra travailler avec le risque du Covid-19 pendant beaucoup longtemps. Toutes les mesures prises comme temporaires devront être redéfinies comme permanentes, avec un impact significatif sur notre organisation et notre budget.

	2017	2018	2019	2020
Maternité (admissions)	4 188	6 012	7 908	6 671
Maternité (accouchements)	3 198	4 873	5 884	5 683
Bloc opératoire (césariennes)	489	602	726	476
Néonatalogie (admissions)	559	603	745	840

PROJET : LEISHMANIOSE CUTANÉE À PESHAWAR

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).

En 2020, le deuxième site de Bannu a ouvert ses portes. Cependant, en raison de la pandémie de Covid, l'activité est restée limitée, la structure d'hospitalisation ayant été fermée pendant plusieurs mois, tout comme celle de Peshawar.

Dispositif

Le projet comporte un laboratoire de diagnostic et un service d'hospitalisation pour la gestion des cas au Naseerullah Babar memorial Hospital (hôpital du ministère de la Santé) à Peshawar. Le même dispositif a été mis en place à l'hôpital DHQ du ministère de la Santé à Bannu à la fin du mois de février 2020. Les deux sites disposent d'une capacité de conseil.

Le programme est ouvert à tous les patients se présentant à l'hôpital avec une suspicion de leishmaniose cutanée.

Bilan 2020

Les objectifs de 2020 ont été partiellement atteints.

- Le deuxième site a été ouvert à Bannu mi-février 2020.
- Les activités ont été arrêtées dans les deux sites à la fin du mois de mars 2020, car toutes les structures ont été fermées (confinement). Les activités ont repris le 10 août à Peshawar et le 24 août à Bannu, avec la mise en place de procédures spécifiques au Covid-19.

Leishmaniose	2018	2019	2020
Total patients pris en charge	1 378	2 098	1 586
Positifs au test labo (%)	72%	48%	57%
Traitement intralésionnel (IL) / intramusculaire (IM)	IL 69,2% IM 30,8%	IL 61,9% IM 39,9%	IL 57,8% IM 42,2%
Guéris	735	1 896	983
Perdus de vue	28,6%	6,1%	8,4%
Echecs	0	36	33
% guérisons	67%	92%	84%

PROJET : TUBERCULOSE AU PUNJAB

Historique du projet

Le projet cible la population de Gujranwala et plus particulièrement les patients atteints de tuberculose résistante aux médicaments (DRTB). MSF ouvrira un site PMDT (gestion programmatique de la tuberculose résistante aux médicaments) pour traiter les patients atteints de tuberculose résistante aux médicaments avec le régime court entièrement oral récemment mis en œuvre et soutenir le dépistage de la cohorte de tuberculose sensible afin de diagnostiquer les cas de tuberculose résistante et d'initier un traitement.

Le projet a été élaboré et proposé en 2018. Une mise à jour mettant l'accent sur la tuberculose résistante a été effectuée au premier trimestre de 2019. Depuis lors, le projet est à son stade de démarrage. En mai 2019, il a été soumis aux autorités pour obtention d'un certificat NOC (Non objection certificate) qui n'a pas encore été accordé. Avec une équipe dédiée à l'ouverture de ce projet, les négociations avec les autorités ont avancé et le recrutement est organisé au cours du premier semestre 2020 avec une ouverture prévue au second semestre de l'année.

La négociation avec les autorités sanitaires provinciales sur les protocoles adaptés et le niveau de collaboration entre MSF et le Ministère de la Santé est en cours.

Dispositif

L'équipe met en place le projet, les premiers patients devraient être vus au second semestre 2021.

La mise en place envisagée est la suivante :

- Un site PMDT basé à Gujranwala sera géré par MSF et traitera les patients atteints de DRTB.
- Une composante de proximité gérée par le personnel de MSF assurera la liaison avec les structures médicales environnantes ayant une capacité de détection (geneXpert) et suivra les patients individuellement pour une bonne adhésion au traitement.

Bilan 2020

Le processus de NoC a été suspendu à partir de mars 2020 en raison de l'épidémie de Covid et de la fermeture des services administratifs à Islamabad. En janvier, MSF a demandé au ministère de l'Intérieur l'autorisation d'ouvrir un bureau à Gujranwala, car il semble que cela soit nécessaire avant d'accorder le NoC. Au 1^{er} juin, le confinement a été partiellement levé ; le suivi du NoC a été effectué en juillet. En septembre, le blocage du NoC provient du niveau provincial : le PTP (Provincial Tuberculosis Program) n'a pas répondu à une lettre envoyée par le Home department de Lahore, mentionnant qu'ils sont favorables au projet MSF. En octobre 2020, le PTP a mentionné la nécessité d'un PMDT à Gujranwala, étant donné la taille de la population, le nombre de cas de tuberculose et le sous-diagnostic de la tuberculose résistante dans le district. La négociation du protocole d'accord est toujours en cours.

PALESTINE

Typologie : Conflit armé.

Personnel 2020

International : 23
National sous contrat : 215

Nombre de projets 2020 : 2

Dépenses 2020 : 10 804 k€

Financements institutionnels :
961 k€ (Suisse).

Autres centres opérationnels MSF présents : OCBA, OCB.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Les Territoires palestiniens occupés (TPO) sont plus que jamais isolés dans une situation critique avec une économie au bord de l'effondrement, des risques de luttes intestines entre partis politiques et des signes clairs de désengagement progressif des pays arabes envers la cause palestinienne.

Les mesures de confinement pour contrôler le Covid-19 ont eu des conséquences fiscales désastreuses avec une perte de revenus perçus et une augmentation des dépenses de santé et de protection sociale. Et cela dans une économie déjà bien affectée par la pression permanente du gouvernement israélien à travers, entre autres exemples, la rétention des ressources fiscales palestiniennes, les expropriations de terres palestiniennes, la destruction de champs agricoles et le blocus de Gaza depuis 2007.

Mahmoud Abbas a atteint un sommet d'impopularité. Cet homme de 85 ans, sans héritier consensuel pouvant prendre la relève, s'est coupé de sa population, et sa récente décision de couper tous les liens avec le gouvernement israélien reflète son incompréhension totale de l'impact de ses décisions sur la vie des Palestiniens.

La combinaison d'une situation économique désastreuse et d'une gouvernance faible pourrait entraîner une forte réaction de la part des Palestiniens, épuisés par toutes ces années de survie et à la recherche d'une vie «normale».

Même les prochaines élections législatives et présidentielles dans les TPO ne donnent pas beaucoup d'espoir, car quel que soit le résultat, le perdant n'acceptera probablement pas sa défaite facilement.

La 3^{ème} élection en Israël a finalement vu un accord entre le Likoud, le parti au pouvoir, et le Kahol Lavan, la principale opposition, pour former un gouvernement de coalition. Netanyahu a réussi à obtenir son siège de Premier ministre pour les 18 prochains mois et l'annexion de la vallée du Jourdain, et Gantz a réussi à obtenir le siège de Premier ministre après le mandat de Netanyahu.

Ce qui aurait pu être une solution est déjà en train de s'effondrer. Après quelques mois, les tensions entre les deux dirigeants ont mis en lumière une profonde animosité et une méfiance qui pourraient conduire à une quatrième élection début 2021.

Enfin, la géopolitique régionale est en pleine recomposition. Les derniers accords entre Israël et les Emirats Arabes Unis puis avec Bahreïn ont confirmé la volonté de créer une coalition qui entraverait l'expansion de l'Iran et de la Turquie. Malheureusement, ils ont aussi confirmé que la cause palestinienne n'est plus à l'ordre du jour et que la résolution du conflit israélo-palestinien par une solution à deux États s'éloigne.

Contexte sanitaire

Le secteur de la santé publique est fortement dépendant des donateurs.

Environ 80 % de la population palestinienne des TPO est couverte par différents types d'assurance maladie. Les principaux prestataires de couverture médicale, l'assurance maladie gouvernementale et l'UNRWA (United Nations Relief and Works Agency for Palestine), représentent plus de 90% de la prise en charge existante. Néanmoins, les dépenses de santé à la charge de la population restent élevées.

À cet égard, le ministère de la Santé et l'OMS travaillent à la mise en place d'une couverture santé universelle afin de permettre à tous les Palestiniens d'accéder à des services de santé de qualité sans être confrontés à des difficultés financières.

Les principales morbidités en Palestine restent les maladies non transmissibles avec les maladies cardiovasculaires comme première cause de décès chez les Palestiniens, représentant 31,5% des décès enregistrés en 2018. Les cancers étaient la deuxième cause de décès (15,4%) suivis par les maladies cérébro-vasculaires comme troisième cause (13%) et les conditions de la période périnatale (9,5%).

Situation Covid

Le nombre cumulé de cas confirmés, depuis le début de la pandémie dans les TPO (3 mars 2020) est de 177 426 cas. 1 990 patients sont décédés, soit un taux de létalité global de 1,1 %. Gaza représente désormais 50,5 % de tous les cas actifs dans les TPO, suivie par les gouvernorats cisjordanien de Ramallah (9,9 %), Naplouse (8,8 %), Ramallah (9,9 %).

Le ministère de la santé de l'Autorité palestinienne a finalisé le plan national de déploiement et de vaccination Covid-19 (NDVP) avec le soutien de l'OMS, de l'UNICEF et de ses partenaires. Le NDVP décrit les stratégies de mise en œuvre et de suivi de la campagne de vaccination Covid-19 dans les TPO.

Le ministère de la santé de l'Autorité palestinienne continue de finaliser les préparatifs opérationnels afin d'être prêt à recevoir les premiers lots de vaccins par le biais de la structure internationale Gavi COVAX AMC.

PRÉSENCE MSF

OCP est présent à Jérusalem et en Cisjordanie depuis 1988 et dans la bande de Gaza depuis 1989, se concentrant principalement sur les soins de santé mentale dans le gouvernorat de Naplouse et sur la chirurgie spécialisée et la rééducation des brûlés à Gaza. En 2019, nous avons lancé un projet axé sur l'ostéomyélite dans la bande de Gaza, qui fait partie de l'unité de chirurgie reconstructive de l'hôpital Nasser du ministère de la Santé.

OCBA est présent depuis 1997 à Hébron (Cisjordanie) avec des activités de santé mentale, et a lancé de nouveaux projets à Jérusalem et Bethléem en 2017. OCBA est en train d'obtenir un accord pour mettre en œuvre des activités de santé mentale à Rafah, dans la bande de Gaza.

OCB est arrivé en mai 2018, pour démarrer un programme de chirurgie reconstructive dans le gouvernorat de Gaza Nord, grâce à un partenariat avec le Union health worker committee à l'hôpital Al-Awda.

PROJET : NAPLOUSE

Historique du projet

La première mission exploratoire de MSF en Palestine a eu lieu en 1987. Notre premier programme de santé mentale en Cisjordanie a ouvert en 1994 pour les personnes atteintes de troubles psychologiques après la première Intifada. Depuis, MSF France et Espagne se sont impliquées sans interruption dans la santé mentale à Jénine, Hébron et Gaza.

En 2004, les Palestiniens étaient fortement exposés à la violence et au harcèlement des forces militaires, aux incursions, aux destructions, à la multiplication des checkpoints. Les colonies s'étendaient, le mur était en construction et la réduction de la capacité de mouvement empêchait les villageois d'accéder aux structures communautaires de santé mentale.

La situation socio-économique dégradée liée au contexte politique augmente également la vulnérabilité de la population (chômage, criminalité, violence familiale) avec des risques d'affrontements internes et de combats de rue.

Dans ce contexte et compte tenu du fait que de nombreux acteurs travaillaient sur des projets psychosociaux mais la plupart au premier niveau, MSF France a décidé d'ouvrir le projet de santé mentale de Naplouse en 2004. MSF est l'un des rares acteurs à fournir des soins spécialisés pour les cas modérés et sévères, principalement en raison du manque de personnel qualifié en psychologie clinique.

Dispositif

Le projet de Naplouse est un projet vertical de santé mentale qui propose des psychothérapies, un suivi des cas et des soins psychiatriques aux personnes souffrant de maladies mentales modérées à graves. La clinique principale et le bureau sont basés à Naplouse (6 salles de consultation). Le projet dispose

également de deux salles de consultation à Qalqilya depuis 2015 et d'une salle de consultation à Tubas qui a ouvert début 2020. L'équipe clinique est composée de cinq psychologues (3 nationaux et 2 expatriés), de trois travailleurs sociaux et d'un médecin spécialisé dans la santé mentale.

Le projet reçoit des patients de la part d'acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, mais principalement de la communauté par le biais des familles et des relations, ou des patients eux-mêmes.

L'exploration médicale menée fin 2019 a réaffirmé l'importance de ce projet et le fait qu'il comblait une lacune dans les services de santé mentale.

La mise en place de ce projet permet de fournir :

- Des services spécialisés en santé mentale dans trois cliniques à Naplouse, Qalqilya et Tubas.
- Une approche multidisciplinaire.
- Des sessions thérapeutiques individuelles, en dyades, en famille et en groupe.
- Des sessions de sensibilisation à travers la communauté pour réduire la stigmatisation des problèmes de santé mentale.

Bilan 2020

L'objectif général est de contribuer à l'amélioration des soins de santé mentale dispensés dans le nord de la Cisjordanie, en assurant des soins spécialisés aux personnes vivant avec une maladie mentale modérée à sévère, et en améliorant la capacité des principales parties prenantes, des organisations gouvernementales et non gouvernementales et des professionnels de la santé mentale à fournir des soins de santé mentale dans le nord de la Cisjordanie.

	2018	2019	2020
Total nouveaux patients	197	253	132
Total sessions (psychologue)	1 559	3 074	2 720
Activités / Consultations travailleurs sociaux	358	433	803
Total consultations (psychiatre)	237	498	581

Les principales réussites résident dans un travail mieux organisé et structuré au sein de l'équipe, et la rapidité avec laquelle l'équipe a fait face à la pandémie. Les services de télésanté ont été mis en place rapidement après l'apparition de Covid 19 en Cisjordanie le 5 mars 2020 et nous avons agrandi les bureaux afin d'accueillir davantage de sessions en direct.

Le Covid-19 a perturbé les consultations en face à face et empêché l'inclusion de nouveaux patients avec un allongement de la liste d'attente. A cela, s'ajoute la complexité des cas de violences sexuelles qui nécessitent des compétences techniques supplémentaires mais aussi des possibilités de référence.

Engager de nouveaux groupes d'individus par l'intermédiaire des dispositifs de télésanté se heurte à plusieurs défis : expériences traumatiques qui empêchent les patients de parler au téléphone, absence d'accès à un endroit privé, besoin de sessions en face à face régulières pour stimuler

l'engagement, les progrès et l'arrêt des thérapies, besoin de temps pour établir un rapport de confiance nécessaire pour passer à la télésanté. L'accès de nos bénéficiaires aux appels vidéo et à une connexion Internet fiable est un autre facteur qui continue d'influer sur notre capacité à fournir des services par ce moyen.

Il était prévu d'établir une stratégie de sortie de l'hôpital Rafidya au premier trimestre 2020, en mettant en place une courte formation spécifique sur l'identification des besoins mentaux et la manière de les référer. En raison des restrictions du Covid 19 et des réglementations du ministère de la Santé, il a été impossible de la réaliser.

Enfin, le développement d'un programme de stages en partenariat avec le Syndicat des travailleurs sociaux et des psychologues a été complètement arrêté en mars. Les représentants du syndicat avaient d'autres priorités en raison de Covid-19.

PROJET : GAZA

Historique du projet

MSF OCP a commencé ses opérations à Gaza en 1989. Le projet a été lancé sur la volonté d'être présent dans cette zone très sensible, confrontée à des pics de violence réguliers, et de travailler sur des sujets spécialisés : santé mentale, gestion des brûlures, gestion de la douleur, des domaines où le personnel est suffisamment compétent pour développer certains projets créatifs qui peuvent également développer l'expérience de MSF.

Avant 2007, nos activités étaient uniquement axées sur les soins de santé mentale, et à partir de cette date - en raison des combats internes et de la mise en place du blocus par le gouvernement israélien - nous n'avons plus été en mesure d'assurer librement des consultations psychologiques.

A partir de 2007, avec les changements de contexte, nous avons finalement démarré le projet «post-opératoire», ciblant les personnes affectées par des brûlures, en majorité des enfants.

Le blocus imposé a conduit à la limitation des mouvements, à la restriction de la capacité de formation du personnel et à la réduction du financement de l'acteur principal (UNRWA). Cette situation inhabituelle de contrôle de tous les mouvements de personnes et de biens à l'intérieur et à l'extérieur de Gaza, ajoutée à la division interne entre Palestiniens, contribue à aggraver la situation socio-économique et sanitaire générale de la population.

Au-delà de cette évolution de l'activité, nous voulions également être en mesure de répondre à l'urgence 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 en termes de gestion des conséquences des brûlures (soins post-opératoires, suivi chirurgical).

Le dispositif général du projet consistait en 3 cliniques post-opératoires, fonctionnant selon une stratégie ambulatoire (OPD), offrant des consultations médicales, de la phy-

siothérapie, des séances de pansement et un soutien psychosocial en matière de santé mentale. En outre, l'activité de chirurgie plastique a été mise en œuvre par le biais d'une tournée sessions 3 à 4 fois par an pour offrir un traitement chirurgical aux patients brûlés de l'hôpital Shifa.

Depuis 2018, les conséquences des manifestations de la Grande Marche du Retour (GMR) ont complètement changé le montage du projet : objectifs opérationnels, population cible, organisation, mise en place des ressources humaines, stratégie médicale et chirurgicale, ressources financières et budgétaires, chaîne d'approvisionnement et procédures de commande des pharmacies, ensemble du système de collecte des données avec une structure informatique renforcée, et enfin déploiement du plan stratégique de plaidoyer dans le cadre du plan opérationnel visant à porter les enjeux à haut niveau auprès des principales parties prenantes.

L'année 2019 a vu la phase de mise en œuvre de nos activités sur l'ostéomyélite avec une approche multidisciplinaire et centrée sur les patients, et l'arrêt des manifestations de la GMR en novembre.

En 2020, Gaza n'a pas été épargnée par le Covid-19, néanmoins il est à noter que grâce à une réglementation stricte en termes de mouvements à l'intérieur et à l'extérieur de Gaza, les premiers patients communautaires atteints du Covid-19 en raison d'une transmission communautaire n'ont été trouvés qu'en août 2020 par opposition au mois de mars en Israël et en Cisjordanie.

Dispositif

La configuration actuelle consiste en 4 programmes et des transferts externes (programme de transfert Gaza-Amman).

Programme post-opératoire

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

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

Programme de chirurgie

- Avant 2018 : 1 bloc opératoire à l'hôpital de Shiffa pour la chirurgie plastique des patients brûlés.
- 2018 : 1 bloc opératoire à l'hôpital de Shiffa et 1 bloc opératoire à l'hôpital de Dar-es-Salam pour la chirurgie traumatique/orthopédique.
- 2019 : 1 unité d'hospitalisation, 2 blocs opératoires à l'hôpital de Dar-es-Salam, 1 bloc opératoire à l'hôpital de Shiffa ; et 1 laboratoire de microbiologie à l'hôpital de Rantisi (soutien au laboratoire pour les analyses microbiologiques).

- 2020 : même organisation que ci-dessus mais ouverture de l'unité ostéomyélite de l'hôpital Nasser et admission du premier patient en juin.

Programme de l'unité ostéomyélite

Au cours de l'année 2018, tout en augmentant sa capacité pour faire face à l'augmentation soudaine de l'activité, MSF a dû revoir et ajuster son dispositif opérationnel pour gérer les conséquences de traumatismes spécifiques chez les patients. MSF a identifié comme priorité principale la prise en charge des patients présentant des fractures ouvertes complexes ainsi que ceux atteints d'ostéomyélite.

Afin de répondre aux besoins de ces catégories, plusieurs nouveaux services ont été mis en place, parmi lesquels un service d'hospitalisation avec une capacité de lits comprenant une unité d'isolement pour les personnes atteintes d'infection osseuse, un bloc opératoire, un laboratoire de microbiologie, une gestion spécifique des antibiotiques et un contrôle rigoureux de la prévention des infections (IPC).

En février 2019, MSF a ouvert une unité d'hospitalisation chirurgicale (IPD) pour compléter son activité dans le bloc opératoire (OT) au sein de l'hôpital privé de Dar es Salam.

Dans le même temps, MSF a obtenu l'autorisation de mettre en place un service de microbiologie dans le laboratoire de l'hôpital Rantisi du ministère de la Santé. Cependant, un programme de formation complet de plusieurs semaines a dû être mis en place pour le personnel du laboratoire avant de pouvoir recevoir des échantillons de tissu osseux pour l'analyse bactérienne.

Fin 2019, après des séries de discussions, le ministère de la Santé de Gaza a finalement accordé à MSF un site à l'hôpital Nasser, où ils ouvriront plus tard, avec l'aide de l'OMS, l'unité de reconstruction des membres (LRU) à côté de notre unité. La réhabilitation du site a commencé en décembre et a été finalisée en mars 2020.

Notre unité d'ostéomyélite est maintenant composée d'une capacité d'hospitalisation de 22 lits et de 2 blocs opératoires et a accueilli son premier patient en juin 2020.

Programme de chirurgie des brûlés

Notre équipe de bloc MSF a soutenu les chirurgiens du ministère de la Santé pour les patients souffrant de brûlures aiguës ou semi-aiguës qui doivent être excisées, greffées et fermées dans les 10 jours suivant la brûlure, afin d'éviter des pansements prolongés et de mauvais résultats.

Nous allons nous efforcer de soutenir l'unité des brûlés de l'hôpital Al Shifa de manière plus complète et intégrée.

Transferts

Les transferts vers le programme de chirurgie reconstructive d'Amman ont été interrompus de mars 2020 à la fin de l'année. Le partenariat avec le Centre Hospitalier du Luxembourg a été finalisé et les patients étaient prévus pour partir, malheureusement les transferts ont été mis en attente à cause de la pandémie.

Bilan 2020

Les objectifs 2020 du projet étaient :

- Assurer des soins post-opératoires et de réadaptation ambulatoires complets pour les brûlés et les traumatisés, des soins post-opératoires dans 4 cliniques dispensant un ensemble de soins complets.
- Ouvrir une unité d'ostéomyélite de 22 lits avec 2 salles d'opération à l'hôpital Nasser, combinée aux 17 lits déjà existants à l'hôpital de Dar Es Salaam.
- Gérer 2 laboratoires de microbiologie - Hôpital Rantisi partagé avec OCB et Hôpital Nasser.
- Transférer les patients nécessitant une chirurgie spécialisée à l'hôpital régional de chirurgie reconstructive de MSF à Amman - et planifier le transfert de patients au Luxembourg.

La plupart des objectifs ont été atteints, l'approche multidisciplinaire et l'approche centrée sur les soins aux patients ont été bien intégrées dans nos activités.

Néanmoins, le Covid 19 a eu différents impacts sur nos activités.

	2017	2018	2019	2020
Nb de nouvelles admissions	4 836	7 889	6 220	4 878
<i>Nb de patients brûlés</i>	4 486	4 500	5 051	4 591
<i>Nb de patients trauma</i>	350	3 389	1 169	287
<i>Nb de nouveaux patients ostéomyélite</i>	-	-	65	58
Nb de sessions de pansements	51 180	102 871	87 531	36 118
Nb de sessions de kinésithérapie	33 398	63 868	67 875	36 356
Nb de patients opérés	197	863	517	525
<i>Nb de patients brûlés opérés</i>	135	132	180	400
<i>Nb de patients trauma opérés</i>	0	731	285	125

Pour le soutien Covid à l'hôpital :

MSF a soutenu l'hôpital européen de Gaza (EGH) du ministère de la Santé, qui est l'hôpital de référence du Covid, par les moyens suivants :

- Fourniture de médicaments, de consommables et d'équipements médicaux.
- Évaluation des soins dispensés à l'hôpital et recommandation au ministère de la Santé.
- Renforcement des capacités et formation aux soins intensifs par notre équipe d'expatriés (médecins et infirmières).

PAPOUASIE NOUVELLE GUINEE

Typologie : Épidémie / Endémie.

Personnel 2020

International : 19

National : 132

Nombre de projets 2020 : 2

Dépenses 2020 : 3 768 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 sa population de 8 millions d'habitants, est l'un des pays les plus diversifiés au monde - géographiquement, biologiquement, linguistiquement (plus de 800 langues) et culturellement. La PNG continentale et ses six cents îles couvrent une superficie totale de 452 860 kilomètres carrés. La plupart des habitants de PNG sont mélanésiens, mais certains sont micronésiens ou polynésiens.

James Marape est un homme politique papouasien, qui occupe le poste de 8^{ème} Premier ministre de Papouasie-Nouvelle-Guinée depuis mai 2019.

Le 11 décembre 2019, la région de Bougainville, dans le Pacifique Sud, a voté massivement pour l'indépendance lors d'un scrutin historique qui déclencherà des négociations de séparation avec la Papouasie-Nouvelle-Guinée. Près de 98% des 181 067 bulletins de vote déposés au cours des deux semaines de scrutin étaient en faveur de l'indépendance de ce qui pourrait devenir la plus récente nation du monde. Le référendum n'est pas contraignant, mais cette victoire écrasante fera pression sur la Papouasie-Nouvelle-Guinée pour qu'elle se conforme au résultat du vote. Le scrutin était un élément clé de l'accord de paix de 2001 qui a mis fin à une guerre civile ayant fait au moins 15 000 morts dans ce groupe d'îles situé à l'est de la Papouasie-Nouvelle-Guinée continentale. L'indépendance devra maintenant être négociée par les gouvernements de Papouasie-Nouvelle-Guinée et de Bougainville, une île semi-autonome. Le parlement de Papouasie-Nouvelle-Guinée devra donner son accord final à la séparation et le processus pourrait prendre plusieurs années.

Le pays a connu d'énormes changements sociaux, culturels, économiques et politiques au cours du siècle dernier. Ces changements ont conduit à la fragmentation du système social, ce qui augmente la pression et la tension entre les communautés. Les combats ethniques et tribaux continuent d'être un problème de sécurité majeur. Dans les régions des Highlands où les combats ethniques et tribaux sont les plus fréquents, l'utilisation d'armes à feu légères a remplacé les arcs et les flèches traditionnels. Le favoritisme politique contribue à l'augmentation des combats tribaux qui, à leur tour, génèrent une demande d'armes illégales. La présence et l'utilisation d'armes à feu illégales ont donné lieu à une course aux armements dans les tribus et à l'utilisation de mercenaires locaux entre tribus rivales. La PNG est bien connue pour son niveau élevé de violence tribale, de violence familiale et sexuelle et de violence criminelle.

En PNG, 97% des terres sont sous propriété coutumière, ce qui rend difficile l'identification de la propriété foncière, avec les longs processus de négociation et les coûts de logement élevés que cela implique.

La PNG regorge de ressources naturelles et minérales, mais la plupart sont exploitées par des entreprises internationales. Les conséquences environnementales et sociales pour les communautés touchées sont graves. Malgré l'abondance des ressources naturelles, 28% de la population vit sous le seuil de pauvreté.

La stabilité du gouvernement dépendra largement de la gestion de l'épidémie de Covid. Le nombre de cas confirmés dans le pays a atteint 1819 cas et 21 décès. Les autorités sanitaires dépendent fortement du soutien international en matière de tests et de financement. Le personnel de santé est fortement touché à Port Moresby. Actuellement, le gouvernement poursuit les tests, la recherche des contacts et la gestion des cas.

Transparency International classe la PNG au 137^e rang sur 180 pays en termes de corruption.

La PNG est située dans la «ceinture de feu du Pacifique», au point de collision de plusieurs plaques tectoniques. Le pays est sujet à de nombreuses catastrophes naturelles. Des catastrophes de faible intensité sont enregistrées régulièrement et ont un impact important sur les communautés les plus pauvres et les plus isolées de PNG. Le dernier séisme d'une magnitude 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'augmentation du niveau de la mer et de graves sécheresses constatées ces dernières années.

Contexte sanitaire

Le spectre de la société de PNG s'étend maintenant de la vie traditionnelle dans les villages, dépendant de la subsistance et de la petite agriculture de rente, à la vie urbaine moderne dans les principales villes de Port Moresby (capitale), Lae, Madang, Wewak, Goroka, Mt Hagen et Rabaul. Environ 80 à 85 % de la population tire directement ses moyens de subsistance de l'agriculture, et 15 à 20 % de la population vit dans des zones urbaines. La croissance démographique est estimée à 2,1 % en 2015.

Le système national de santé de la Papouasie-Nouvelle-Guinée est un modèle décentralisé. Il est basé sur une approche de soins de santé primaires. Le réseau se

compose de 1800 établissements de niveau communautaire appelés postes d'aide fonctionnelle (dont la transition vers des postes de santé communautaires est prévue d'ici 2030) et d'environ 800 centres de santé. Le niveau de soins de santé secondaires se compose de 22 hôpitaux provinciaux, dont l'un est également l'hôpital de référence nationale. Le gouvernement et les prestataires de services confessionnels sont les principaux fournisseurs de services de santé, les deux services étant financés par le gouvernement. Les églises jouent un rôle central dans la prestation des services de santé, puisqu'elles gèrent plus de 50 % du réseau de services de santé en milieu rural. Il existe également des services de soins de santé liés aux employeurs (agriculture, mines), ainsi qu'un petit secteur médical privé et un secteur traditionnel beaucoup plus important.

Les défis du système de santé en Papouasie-Nouvelle-Guinée sont considérables, comme le niveau de développement économique et des infrastructures, et les difficultés considérables d'accès aux services de la majorité de la population, rurale et éloignée. Bien que le pays ait atteint des taux de croissance économique réguliers, les taux de pauvreté restent élevés. Certains indicateurs clés de développement concernant la réduction de la mortalité, l'inégalité entre les sexes et le développement humain sont tous inférieurs aux attentes régionales, ce qui place le pays devant un défi de taille pour atteindre les standards de développement.

À l'échelle régionale, la PNG présente les pires indicateurs de santé dans toutes les composantes des soins de santé et le pays a été confronté à une épidémie de poliomyélite en 2018 (les premiers cas depuis 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 : 145 / 100 000 naissances vivantes
- Taux de mortalité des moins de 5 ans : 53,4 / 1000 naissances vivantes
- Taux de mortalité néonatale : 22,1 / 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, 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.

La priorité de MSF en PNG est restée de réduire l'impact de la tuberculose à un niveau gérable dans le cadre des activités régulières de soins de santé dans les régions où MSF opère. L'utilisation du nouveau médicament bedaquiline et du nouveau régime de traitement de la tuberculose résistante a permis d'apporter une réponse efficace au contrôle de la tuberculose résistante dans le pays. Au cours de l'année 2019, la proportion de tuberculose résistante diagnostiquée et mise sous traitement dans le cadre du projet du district de la Capitale a affiché une tendance à la baisse pour la TB-RD, respectivement de 14% et 27%. La proportion de tuberculose résistante diagnostiquée et traitée dans le cadre du projet Golfe est restée similaire en 2019 par rapport à 2018 (12 cas/an). MSF s'est efforcé de travailler avec les acteurs de la santé pour faciliter l'accès à de meilleurs

modèles de soins de la tuberculose, y compris les nouveaux médicaments (bedaquiline et delaminid) pour la gestion de la tuberculose résistante. L'utilisation concomitante des nouveaux médicaments pour les patients atteints de tuberculose résistante, principalement la Bedaquiline (Bdq) et le delamanid (Dlm), ainsi que l'extension de la Bdq au-delà de 6 mois, reste un défi dans le contexte de la PNG.

Bon nombre des problèmes de santé auxquels est confrontée la PNG découlent de l'effondrement des systèmes de santé. Environ 40 % des structures rurales de soins de santé primaires, telles que les postes d'aide et les centres de santé, sont fermées ou ne fonctionnent que partiellement. La plupart des structures sanitaires rurales ont besoin d'être réparées et approvisionnées. La plupart des installations médicales ouvertes, dans les zones reculées, sont gérées par des églises, des organisations non gouvernementales et le secteur privé. La pénurie de personnel médical et l'incohérence dans la manière dont les subventions sont débloquentées, contribuent aux déficiences du système de santé.

Il y a très peu d'acteurs en PNG qui contribuent directement à la population. L'OMS reste le principal acteur de la mise en œuvre des programmes de santé.

PRÉSENCE MSF

MSF a commencé à apporter une assistance médicale pendant le conflit à Bougainville en 1993. OCP est actuellement la seule section présente dans le pays. La raison principale de la présence de MSF est que la PNG est reconnue comme étant un pays à forte prévalence de tuberculose. Pour MSF, la tuberculose reste une menace sanitaire permanente à traiter et la PNG est l'une de nos activités les plus élevées en matière de tuberculose au niveau mondial. Les activités ont débuté mi-2014 et fin 2015 avec une durée d'activité prévue de 5 à 10 ans. La reconnaissance de MSF en tant qu'acteur pertinent en PNG a été fortement améliorée par une implication constante et forte dans la gestion des programmes de tuberculose en coopération avec les partenaires officiels (National department of health et NTP-National Transformation Party) et d'autres acteurs.

Des évaluations ont été réalisées en 2019 pour explorer les options futures, notamment le cancer de la bouche (lié à l'utilisation de la noix de bétel et à la tuberculose résistante à Lae).

OCA était présent en PNG de 2007 à 2016, impliqué sur les violences sexuelles et OCB envisage toujours de développer un programme pour les 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 Malalawa (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.

Les années 2019 et 2020 ont été consacrées à la stabilisation du projet et à l'amélioration des résultats. 2021 verra le transfert et la clôture des activités de MSF dans la province.

Dispositif

- Présence dans les structures du NDoH pour apporter des soins complets à la cohorte de patients tuberculeux dans les zones de couverture de 2 BMU (Kerema, Malalawa).
- Support complet aux activités du laboratoire de tuberculose.
- Soutien logistique au service de radiologie et au laboratoire général de l'hôpital public du NDoH.
- Collaboration pour les soins VIH des patients tuberculeux avec le programme VIH du NDoH.

Bilan 2020

La diminution constante des cas de tuberculose dans la région pourrait être attribuée soit à une capacité de diagnostic plus réaliste, soit à une diminution de la transmission grâce à la détection et au traitement rapides des cas existants.

Province du Golfe	2016	2017	2018	2019	2020
Consultations	4 903	6 135	5 566	3 866	3 846
Nb de cas de tuberculose sensible	845	606	386	394	379
Nb de cas de tuberculose résistante	16	18	12	12	13
M+	18%	20%	19%	21%	19%
Cas de tuberculose extra pulmonaire	45%	43%	39%	43%	39%
Cas pédiatriques	30%	21%	15%	14%	14%
Dépistage VIH	22%	7%	44%	86%	82%
% succès	61%	64%	84%	88%	87%
% perdus de vue	27%	25%	10%	5%	7%

Globalement, le projet a beaucoup travaillé sur la qualité des soins et le suivi des patients, avec de bons résultats en termes de perdus de vue. L'intégration du dépistage du VIH a été réalisée avec succès dans la clinique.

Le projet travaille sur le transfert des différentes BMU que MSF soutient dans la province du Golfe avec l'objectif de clôturer le projet au troisième trimestre de 2021.

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 aux 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

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 2020

	2016	2017	2018	2019	2020
Nb consultations	3 768	9 785	10 971	12 062	11 101
Nb dépistés	1 736	3 166	3 593	3 886	4 431
Nb mises sous traitement			1 755	1 914	753
Cas de tuberculose sensible	974	1503	1321	909	706
Cas de tuberculose résistante	0	32	54	41	47
M+	18%	16%	26%	36%	27%
Tuberculose extra pulmonaire	49%	39%	39%	51%	41%
Cas pédiatriques	22%	17%	16%	13%	14%
Dépistages VIH	31%	55%	86%	98%	93%
% succès	70%	71%	83%	84%	92%
% perdus de vue	36%	30%	27%	<10%	3%

PHILIPPINES

Typologie : Accès aux soins.**Personnel 2020**

International : 6

National : 64

Nombre de projets 2020 : 3**Dépenses 2020 :** 2 486 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 se terminera en 2022 - suite aux élections de mi-mandat qui ont eu lieu en mai 2019 en ayant la majorité au Sénat. Cela lui a permis d'obtenir facilement une législation d'urgence pour gérer la pandémie de coronavirus en 2020. Sa principale priorité pour l'agenda 2021-2022 sera la gestion des conséquences de l'après covid-19 sur l'économie des Philippines et de sa population. Les allocations aux familles à faible revenu, les mesures de réduction fiscale et l'extension des programmes de prêts ont commencé à être mis en œuvre.

Autrefois l'une des économies les plus dynamiques d'Asie de l'Est, l'économie philippine est fortement touchée par la pandémie de coronavirus qui nécessitera une forte intervention de l'État en 2021-2022.

Les écarts entre les pauvres et les riches et le fossé entre le développement urbain et rural se sont accrus pendant l'épidémie de covid-19, malgré certains efforts mis en place pour répondre aux besoins et atténuer l'impact sur les personnes les plus vulnérables. Plusieurs restrictions liées au coronavirus ont frappé les communautés :

- Restriction des mouvements du personnel international et national, toujours en place.
- Quarantaine communautaire stricte pendant de longues périodes.
- Nouvelles mesures de prévention et contrôle des infections à mettre en place rapidement ainsi que des règles de transport avec limitation des passagers.

Après le plébiscite relativement pacifique de la loi fondamentale Bangsamoro qui s'est tenu en janvier 2019, la région de Bangsamoro est toujours confrontée à des difficultés institutionnelles de mise en œuvre de cette loi, qui se ralentira encore avec la recrudescence de l'épidémie de Covid-19 en 2020.

En 2020, la loi martiale a été levée dans la région de Mindanao, mais l'état d'urgence - proclamation 55 - a été maintenu, permettant aux forces de sécurité de mettre en place des postes de contrôle et un couvre-feu. Les groupes d'insurgés communistes de la NPA et les petits groupes d'insurgés islamistes exclus du dernier processus de paix - dont certains sont affiliés à l'État islamique - sont toujours des groupes armés non étatiques actifs dans cette région.

La loi antiterroriste de 2020 a été promulguée le 18 juillet 2020 comme un engagement du gouvernement philippin à renforcer considérablement le régime juridique contre le terrorisme. Le Réseau international des organisations non gouvernementales des Philippines (PINGON) a lancé une initiative de plaidoyer afin de s'assurer que les mesures antiterroristes sont conformes aux obligations du droit international humanitaire.

La guerre contre la drogue commencée 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 de l'ONU à adopter une résolution demandant d'enquêter sur les meurtres. Les accusations ont été rejetées par le gouvernement philippin.

Le différend vieux de 60 ans sur la souveraineté de Sabah, le deuxième plus grand État de Malaisie, a récemment été ravivé, créant des tensions entre Kuala Lumpur et Manille, à la suite d'un tweet du ministre philippin des affaires étrangères, Teodoro Locsin : «Sabah n'est pas en Malaisie», en réponse à un message de l'ambassade des États-Unis à Manille concernant les dons aux Philippines rapatriés de Sabah, où des milliers de personnes vivent illégalement et pourraient être expulsées.

Contexte sanitaire

Le système de santé philippin est décentralisé, avec des représentants du Ministère de la Santé dans les 17 zones régionales. Les 81 provinces et unités gouvernementales locales sont largement autonomes. Ainsi, bien que le Ministère de la Santé établisse des politiques et des normes, il appartient aux unités gouvernementales locales de décider si et comment elles sont mises en œuvre. Il existe un niveau élevé de bureaucratie qui complique un système de santé déjà fragmenté. Le secteur privé assure une grande partie des services de santé, complétés par un programme national d'assurance sociale connu sous le nom de Phil Health, qui offre un filet de sécurité, principalement pour les frais d'hospitalisation.

À côté des agences habituelles des Nations unies, le Croissant-Rouge des Philippines dispose d'une capacité et d'une influence locales importantes. Un large éventail d'ONG internationales est présent, mais a peu d'influence au niveau national. Le gouvernement améliore manifestement ses capacités dans le domaine de la santé et de l'intervention d'urgence, et affirme donc son autorité. Cela a un impact sur l'environnement opérationnel dans lequel MSF travaille - par exemple, les autorisations d'importation, la capacité à évaluer et à répondre aux urgences, etc.

Les indicateurs de santé sont les plus élevés dans le nord de l'île et se dégradent progressivement en allant vers le sud, Mindanao, et plus particulièrement la province de Bangsamoro qui affiche les pires résultats. Les principales morbidités sont les maladies non transmissibles et les maladies infectieuses. Le choléra est endémique et il y a souvent des épidémies de maladies évitables par la vaccination en raison du déclin de la couverture vaccinale (épidémie de rougeole à l'échelle du pays en 2019 et nouvelle épidémie de poliomyélite récemment). Une initiative majeure de lutte contre la tuberculose est prévue pour faire face à la hausse du taux d'incidence de la tuberculose. Les maladies non transmissibles et les maladies infectieuses restent des causes de morbidité et de mortalité aux Philippines.

Depuis que le premier cas de covid-19 a été confirmé aux Philippines le 20 janvier 2020, il y a maintenant 616 611 cas confirmés de Covid-19 et 12 766 décès.

Avec le Covid-19, le déficit de financement du système Philhealth a augmenté de façon spectaculaire, ainsi que les scandales de corruption qui font actuellement l'objet d'une enquête.

La mise en œuvre de l'accès universel aux soins de santé a été retardée et fait actuellement l'objet de diverses consultations, avec une mise en œuvre reportée à 2021-2022.

PRÉSENCE MSF

MSF OCP est la seule section opérationnelle présente dans le pays et enregistrée comme branche de MSF aux Philippines, ce qui permet aux autres sections de fonctionner.

MSF Hong Kong mène des activités de recrutement et de communication aux Philippines. A plus long terme, les Philippines auront également des activités de collecte de fonds (initiative SEEAP).

MSF OCBA a l'intention de développer une étude multi-centrique sur la septicémie aux Philippines depuis plus de deux ans maintenant.

PROJET : SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE À TONDO, DISTRICT DE MANILLE

Historique du projet

Pour répondre plus rapidement aux urgences liées à une catastrophe naturelle, MSF OCP a décidé de rester dans le pays avec un projet à long terme en 2015 après le typhon Haiyan. En 2016, MSF a commencé à avoir un partenariat avec Likhaan, une ONG locale qui était déjà implantée dans les bidonvilles de Tondo et San Andreas à Manille, assurant des services de planning familial et favorisant 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 la ville de Manille, qui est le plus grand bidonville du pays. La population n'a qu'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.

Le projet était prévu pour 5 ans jusqu'en décembre 2020. Les 2 premières années du programme consistaient à renforcer la collaboration avec Likhaan et à développer les activités de prévention, dépistage et traitement du cancer du col de l'utérus et de planning familial. Puis d'autres services (prise en charge des victimes de violences sexuelles et soins anté et post natal) ont été ajoutés en 2017. Les années 2018 et 2019 ont été consacrées à la stabilisation des activités et à l'amélioration de la qualité des soins.

La santé reproductive des adolescents a nécessité une approche transversale afin d'apporter une réponse adéquate aux besoins de cette population vulnérable et négligée vivant dans les bidonvilles de Manille.

Dispositif

Le projet vise à fournir des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) à la population de Tondo (district médical 1 et 2) et de San Andres (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 prénatals afin de permettre l'engagement dans les services de santé.

- Planning familial.
- Prévention et traitement du cancer du col de l'utérus : services sur place et mobiles ciblant la population difficile à atteindre.
- Gestion des cas de violences sexuelles.
- Soins de santé sexuelle et reproductive complets (soins anté et post natal, planning familial, infections sexuellement transmissibles) pour les adolescents.
- Soutien technique à Likhaan sur la prévention et la gestion des complications liées à l'avortement, avec fourniture de médicaments et examens de la qualité. Cependant, avec la vague de covid-19 et l'absence d'arrivée de personnel international, l'approvisionnement s'est avéré impossible.

Bilan 2020

En raison de la situation de Covid-19, une réduction des activités a été constatée et certaines activités de sensibilisation ont été mises en attente.

Tondo	2016	2017	2018	2019	2020
Total consultations	13 167	14 474	18 211	21 504	15 647
Planning familial	12 222	12 374	12 391	15 049	12 222
VIA (inspection visuelle du col de l'utérus à l'acide acétique)	220	1 438	3 474	4 352	1 415
Cryothérapie	11	74	123	289	90
Consultations adolescents				2 774	1 586
Cas de violences sexuelles		7	64	128	57

PROJET : LANA 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

MSF travaille actuellement dans 3 structures médicales :

- L'unité de santé rurale (RHU) de Marawi avec les soins de santé primaires (PHC), les maladies non transmissibles (NCD) et la santé mentale (PPC).
- Le Baranguay Health Station à Sagonsongan avec PHC et NCD.
- Le poste de santé de Baranguay à Olo Ambolong, près du camp de déplacés de Boganga avec PHC et NCD (commencé fin 2019).

Toutes les structures médicales sont sous la responsabilité du bureau de santé de la ville de Marawi. MSF est en mesure de référer les cas compliqués à l'hôpital Amai Pak Pak de Marawi (hôpital tertiaire).

Bilan 2020

L'expansion convenue à Lanao Del Sur a été compromise en 2020 en raison de la situation de Covid-19, de diverses restrictions de mouvements et de préoccupations concernant la sécurité dans la région.

Région affectée par un conflit

Mécanisme de surveillance des épidémies et interventions d'urgence potentielles en cas de déplacement ou d'épidémie : Soutien au bureau municipal de Santé de Marawi pendant l'épidémie de Covid-19.

Population rapatriée - ville de Marawi 200 000 rapatriés

Soutien aux soins de santé primaires, gestion des maladies non transmissibles à la RHU et à 2 BHS de Marawi : Interruption pendant le confinement du covid-19, reprise organisée pour les patients maladies non transmissibles et la santé

mentale. Maintien des activités passives de santé mentale en collaboration avec les autres acteurs (LIFT / APMC).

Camps de déplacés à Marawi (Sagonsongan, Boganga et Rorogagas) - 23 500 déplacés.

MSF a fourni des soins de santé primaires dans l'unité de santé rurale (RHU) du bureau de santé de la ville de Marawi et dans deux postes de santé de base (BHS) proches des sites de déplacés, Sagonsongan et Olo Ambolong.

- 2 BHS ont été fermés pendant 6 semaines et 1 RHU a été fermé pendant 10 semaines pendant le confinement du Covid-19.
- Pression sur les acteurs de l'eau et de l'assainissement pour répondre aux besoins des personnes déplacées dans les abris de transit.

Population au sud du lac - 100 000 personnes touchées par le conflit

Soutien à 5 RHU au sud du lac dans la prise en charge des maladies non transmissibles : Reporté à 2021 en raison des conditions de sécurité dans le cadre de covid-19.

	2019	2020
Consultations Marawi	13 529	2 238
Consultations maladies non transmissibles Lanao del Sur		1 883
Total consultations	13 529	4 121

Activité dédiée COVID 19 réalisée sans personnel supplémentaire : 260 sessions de promotion de la santé et 1108 masques en tissu distribués dans les centres de santé.

PROJET : INTERVENTION COVID-19 À MANILLE

Historique du projet

La pandémie de Covid-19 a frappé les Philippines début mars 2020. Au cours de la onzième semaine, le pays est entré dans sa première quarantaine communautaire renforcée, qui est en fait un confinement total, limitant les mouvements de la population sauf pour des raisons de nécessité, de travail et de santé. Depuis mars 2020, un total de 394 000 personnes ont été touchées, dont 7 500 patients sont décédés.

MSF a commencé à évaluer la situation à Manille en contactant et en visitant les structures médicales. Les autorités de l'hôpital San Lazaro (par le biais de l'université de Nagasaki qui y effectue des recherches) ont accepté un soutien de MSF à la réponse déjà mise en place par l'hôpital San Lazaro.

Le protocole d'accord a été signé en mai, l'équipe de laboratoire a commencé à travailler fin juin, suivie de l'équipe médicale en juillet.

Parallèlement à l'opération à l'hôpital San Lazaro, les équipes MSF ont évalué au niveau des Barangays une possible intervention. L'évaluation a commencé en juillet, et depuis MSF a soutenu 3 établissements de santé, les équipes de Barangay Health Response et les patients à Tondo. MSF a mis fin à son soutien aux patients car l'isolement à domicile était déconseillé par les autorités sanitaires.

La vague actuelle de Covid-19 diminuant, les opérations ne sont plus nécessaires. Les activités Covid-19 à l'hôpital

San Lazaro se sont terminées en octobre et les activités communautaires en décembre.

Dispositif

Les objectifs de l'intervention étaient les suivants :

- Soutenir l'hôpital San Lazaro dans la prise en charge du Covid-19 par l'apport de ressources humaines, de médicaments, de fournitures et d'équipements médicaux.
- Identifier les barangays et les centres de santé pour lesquels soutenir la réponse Covid-19 en termes de communication sur la réduction des risques et l'engagement communautaire, la surveillance, la recherche des contacts, les mesures prévention.

Bilan 2020

Activités externes	
Nb kits donnés pour isolement à domicile	1 559
Nb de points d'eau ouverts	6
Nb de kits donnés pour cas contacts	959
Nb sessions de sensibilisation	2
Nb de structures médicales soutenues	3
Nb de masques donnés au personnel	6 330
Support Covid à l'hôpital	
Nb de lits soutenus	111
Nb d'admissions de cas probables et confirmés	289
Nb d'admissions de cas suspects	302
Nb de cas positifs au Covid-19	298
Nb de décès	83
Nb de tests PCR effectués	49 998
Nb de tests PCR positifs	11 803

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE (RCA)

Typologie : Conflit armé.

Personnel 2020

International : 71
National : 943

Nombre de projets 2020 : 4

Dépenses 2020 : 18 979 k€

Financements institutionnels :
311 k€ (Canada).

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

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

Après une année 2018 extrêmement violente et sanglante pour les centrafricains, la signature d'un Accord de Paix -APPR (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.

Mi-2019, le premier volet du programme de USMS (Unité Spéciale Mixte de Sécurité) est lancé à Bouar. En juin 2020 la désertion des éléments 3R et la reprise des affrontements dans l'ouest du pays met en lumière la caducité de ce énième programme de Désarmement/Démobilisation/Réintégration depuis 20 ans.

Le rétablissement de l'Etat sur l'ensemble du territoire avance timidement, avec l'installation sous protection MINUSCA des préfets, au champ d'action restant limité par les groupes armés, et le déploiement de contingents FACA (forces armées centrafricaines) dans l'arrière-pays qui au nord et à l'est sont contraints le plus souvent à rester cantonnés dans leur base.

Une recomposition du paysage des groupes armés a marqué l'année 2020 et présente de forts risques de tension pour 2021 : la perte de terrain du FPRC ; l'avancement des groupes Peuhls UPC et 3R, la création de nouveaux groupes en lien avec le Soudan etc.

Les élections présidentielle et législatives sont prévues les 27 décembre 2020 et 14 février 2021. De nombreuses incertitudes politiques et sécuritaires entourent encore ce scrutin. La principale préoccupation sécuritaire concerne l'attitude de l'ancien Président François Bozizé, décidé à concourir mais dont la candidature a de fortes chances d'être invalidée par la Cour constitutionnelle.

La MINUSCA et le G5 (Nations Unies, Union africaine, CEEAC, Union européenne, France et Etats-Unis) ont pour objectif principal la tenue des élections. Leur influence et les moyens déployés devraient à minima empêcher toute velléité de report, ou de coup d'état. Le renforcement de la présence russe autour du Président sortant est un facteur de déstabilisation : le niveau de répression exercé par les FSI (forces de sécurité intérieure) pendant la campagne dépendra fortement du niveau d'engagement des intérêts russes.

Depuis le 17 décembre 2020, avant les élections, jusqu'à aujourd'hui, une nouvelle coalition composée des 6 groupes armés les plus importants s'est créée contre le gouvernement de la RCA et ses alliés ce qui a amené à une recrudescence des conflits armés sur le pays. Le 4 janvier 2021, le président

Touadéra a été réélu à l'issue d'un premier tour contesté en raison de la faible participation des électeurs empêchés de voter en raison des menaces/ violences des groupes armés. L'état d'urgence est déclaré le 21 janvier et se poursuit pour 6 mois. Les forces gouvernementales mènent une contre-offensive afin de reprendre les axes d'approvisionnement sur Bangui. Les groupes armés continuent de taxer et d'imposer l'insécurité ; ces exactions risquent d'aller crescendo avec le conflit en cours, la situation économique dégradée et la présence de combattants étrangers.

La RCA reste l'un des pays les plus dangereux au monde pour les acteurs humanitaires (de janvier à août 2020 selon INSO : 267 incidents, 2 décès, 20 blessés, et une recrudescence des détentions).

Contexte sanitaire

Malgré une diminution apparente des exactions, 623 000 réfugiés centrafricains sont toujours enregistrés dans les pays voisins (+4% par rapport à 2019), et 641 000 toujours déplacés dans leur propre pays (+20% par rapport à 2019). Plus de la moitié de la population a besoin d'assistance humanitaire (43% considérés en grande insécurité alimentaire) alors que les plans des agences des Nations unies sont systématiquement sous financés.

La RCA est un désert sanitaire avec une faible densité des 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 (BM).

En janvier 2020, le Ministère de la Santé Publique déclare une épidémie de rougeole de portée nationale. En Mars 2020, la RCA enregistre un premier cas de COVID-19, et à fin septembre 4 800 cas positifs (pour 32 500 tests effectués). Le nombre de décès déclaré reste extrêmement bas (61).

PRÉSENCE MSF

4 centres opérationnels sont présents en RCA avec 12 projets pour environ 60 - 65 million d'euros, sur des typologies d'intervention assez identiques (soins primaires et hospitaliers, pédiatriques et maternels, paludisme et vaccination, et généralement soutien à

la chirurgie, prise en charge des victimes de violences sexuelles (VVS), des interruptions de grossesse, de la tuberculose et du VIH.

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 km. En 2006, du fait de l'insécurité dans la zone, une équipe MSF assure en collaboration avec le ministère de la Santé les soins de santé primaires et secondaires à l'hôpital. En 2012, l'objectif est d'initier en collaboration avec nos 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 et la création du service consultations/urgences. En avril 2015 suite à une crise sociale, MSF se retire des services de chirurgie et de maternité de l'hôpital. En 2018, une vague de violence entraîne à nouveau le déplacement massif de civils vers la ville de Paoua (70 000) et vers le Tchad (30 000).

En 2020, le nord-ouest reste une zone stratégique du fait de sa forte densité de population, sa proximité avec les frontières tchadienne et camerounaise, sa localisation sur des couloirs de transhumance stratégiques et de la présence continue de groupes armés dont les réseaux se reforment ou se réactivent de façon cyclique depuis 15 ans.

Dispositif

A l'hôpital, l'implication dans les soins secondaires comprend la gestion d'une partie du service des urgences (hors urgences chirurgicales et maternité), la pédiatrie incluant la nutrition et la néonatalogie (40 lits), et une partie de la médecine interne (20 lits). Les services de chirurgie et de maternité sont soutenus pour les urgences vitales (donations et références vers Bangui). Nous soutenons également le laboratoire (banque de sang), l'imagerie médicale, le système de référence depuis 7 centres de santé périphériques (remboursement des frais aux taxi-motos pour les enfants, les personnes vivant avec le VIH, les victimes de violences sexuelles, les fractures ouvertes et morsures de serpents). Notre action comprend aussi la gestion de la clinique de suivi des maladies chroniques dans l'hôpital et l'appui à la PTPE (prévention de la transmission parent-enfant).

En périphérie, nous développons dans 7 centres de santé la décentralisation des soins pour les patients VIH. Dans 4 centres de santé (Pougol, Betoko, Beboura, Pende), nous soutenons les consultations pour les moins de 15 ans, le PEV, et la prise en charge de la malnutrition. Nous avons initié une décentralisation du package de prise en charge des VVS dans les 72h dans un centre de santé (Pougol – proche d'une base 3R).

Bilan 2020

En début d'année, nous nous sommes désengagés des activités pédiatriques pour 3 centres de santé (Bédaya1, Bédamara et Gouzé) et entièrement du CSU en août 2020. Ces centres fonctionnent à présent grâce au financement SENI, aux intrants paludisme du fonds mondial, au renforcement du réseau d'agents paludisme de Mentor, et à l'implication de MDA/Unicef pour la nutrition dans l'ensemble du District. L'arrêt du support aux activités pédiatriques pour le centre de santé de Pende est reporté. A Gouzé, nous restons présents à travers la prise en charge décentralisée de certains patients de la clinique de suivi.

Nous restons actifs sur le volet pédiatrique à Pougol, Betoko et Beboura, compte tenu de la volatilité du contexte sécuritaire au-delà de ce triangle, du plan de rapatriement de 11 000 réfugiés du Tchad sur la zone de couverture de ces 3 centres, de la proximité de grands couloirs de transhumance. Des explorations ont été menées au nord (Bedaya2) et sur l'axe Pougol - Begouladje1 (Benamkor, Bebelem1) limitrophe de la zone de présence de groupes armés actifs, dans la perspective d'interventions limitées dans le temps en cas d'épidémie ou d'une flambée de violence.

A l'hôpital, nous avons rationalisé le nombre de lits (60 lits en 2020 vs 101 lits en 2019) pour suivre la baisse de fréquentation observée depuis 3 ans. Les services de pédiatrie et de nutrition ont été fusionnés. La clinique de suivi s'est développée et assure à présent une prise en charge pour les patients souffrant de tuberculose, de VIH et de maladies chroniques non transmissibles. La qualité des soins en Médecine Interne doit encore s'améliorer. L'activité VVS ne s'est pas suffisamment développée, les survivant(e)s que nous atteignons sont essentiellement des victimes d'hommes armés ; notre stratégie de sensibilisation ne nous permet pas, ou peu, de toucher les survivantes de violences intra-domiciliaires.

Indicateurs	2018	2019	2020
Nb de consultations dans les centres de santé	68 875	79 544	45 466
Nb de références	2 842	2 932	1 714
Nb d'admissions en centre nutritionnel thérapeutique ambulatoire (CNTA)	1 331	846	500
Nb de passages aux Urgences	16 678	11 990	10 879
Nb d'admissions en Pédiatrie	3 922	3 052	2 161
Nb d'admissions en centre nutritionnels thérapeutiques hospitalier (CNTH)	862	476	440
Nb d'admissions en néonatalogie	516	439	333
Nb d'admissions en Médecine Interne	813	604	568
Taux d'occupation des lits tous services	67,5%	47,2%	49%
Mortalité hospitalière	6%	8%	7%
Nb de consultations VVS / %<72h	128 / 26%	233 / 26%	188 / 38%
Clinique de suivi maladies non transmissibles (nouveaux cas / suivi)			354 / 2474
VIH/TB nouveaux traitements / suivi	336 / 56%	276 / 53%	205 / 52%
Traitements antirétroviraux initiés	1 280	1 554	1 830

PROJET : CARNOT

Historique du projet

Carnot est la 4^{ème} ville du pays, située dans la préfecture de la Mambéré-Kadei, sous-préfecture de Carnot, District de Santé Carnot-Gadzi, avec une population estimée de 100 000 habitants. Carnot est considérée comme une zone stable, avec sporadiquement des pics de violences (2013, 2014, 2019).

En 2009, MSF ouvre un projet d'urgence face à une crise nutritionnelle extrêmement sévère. En 2010, à l'issue d'une enquête de mortalité rétrospective, MSF étend son activité avec

la prise en charge du VIH/TB à l'hôpital du District. Dès 2012, MSF s'engage dans un modèle intégré avec le Ministère de la Santé Publique et appuie trois centres de santé périphériques, deux centres de consultations urbains, le service de pédiatrie de l'hôpital du District (principalement pour de la prise en charge du paludisme et de la malnutrition) ainsi que le service de médecine interne (pour les complications du VIH). En 2014, le projet passe sur un mode de gestion 100% MSF.

Après avoir suivi sans succès plusieurs pistes de désengagement, il est finalement décidé en 2019 de maintenir le projet de Carnot tout en restant vigilant sur les opportunités de réduction d'activités. Ainsi le centre de consultations urbain de Carnot (Charpente) est passé au Ministère de la Santé Publique avec le soutien de la Croix Rouge Française.

Dispositif

A l'hôpital de Carnot, nous soutenons les services pédiatriques (les urgences et les services d'hospitalisation avec 78 lits (+4 vs 2019) : néonatalogie – 10 lits, pédiatrie – 50 lits, Centre nutritionnel thérapeutique hospitalier – 18 lits), la médecine interne adulte et isolement tuberculose (28 lits, -4 vs 2019), ainsi que la clinique de suivi (VIH – maladies non transmissibles – victimes de violences sexuelles). Pour la radiologie, le laboratoire et les pansements, MSF effectue des paiements à l'acte, tout en fournissant les intrants nécessaires. Dans 3 centres de santé périphériques (Mboula, Mbelou et Ndinguiri), MSF assure les soins pédiatriques de santé primaire et développe la décentralisation de la prise en charge VIH.

Bilan 2020

Le Covid et une épidémie de rougeole ont empêché la réalisation de certains objectifs. L'amélioration de la qualité de prise en charge en clinique de suivi et en médecine adulte a pris du retard, notamment en l'absence d'un médecin spécialisé / affecté (impact gap RH covid) et d'un sous-effectif chronique de médecins. La stratégie de sensibilisation VVS (victimes de violences sexuelles) a dû être interrompue avec le Covid ; nous avons initié un partenariat avec l'ONG « Levier Plus » à l'hôpital ainsi que la décentralisation de la prise en charge en moins de 72h dans les centres de santé soutenus. Le déploiement du Mini lab a été interrompu, malgré l'achèvement de la réhabilitation du bâtiment dédié.

Nous avons avancé sur le VIH-TB et la prise en charge différenciée (Community Aids Groups, espacement des consultations lié à l'impact Covid, décentralisation), l'intégration des staffs COGES est en voie de finalisation.

Réponse Covid : Mise en œuvre d'une stratégie de protection pour 2 600 patients vulnérables sur 3 mois (distribution des kits en partenariat avec NRC pour l'accès à l'eau et l'hygiène et avec le PAM pour support alimentaire), mesures Covid mises en place à l'hôpital.

Vaccination de masse : Campagne de riposte rougeole, combinée pour les moins de 5 ans à 1 tour de vaccin PCV13 et au dépistage de la malnutrition et distribution de Plumpy nut / Plumpy sup (et de savons) pour 90 000 enfants pour tout le district.

Transversal : Juillet 2020 installation de AID-GSA (prise en charge ambulatoire nutritionnelle uniquement) sous financement Fonds Humanitaire pour une période initiale de 9 mois.

	2018	2019	2020
Nombre de consultations (centres de santé)	58 387	60 678	45 254
Nombre de passage urgences pédiatriques (centre de consultations à l'hôpital)	7 716	9 146	11 480
Nombre d'admissions en pédiatrie	5 407	5 274	5 746
<i>dont admissions en néonatalogie</i>	<i>467</i>	<i>427</i>	<i>447</i>
<i>dont admissions en centre nutritionnel thérapeutique</i>	<i>688</i>	<i>839</i>	<i>746</i>
Hospitalisation Médecine Interne	944	947	895
Taux d'occupation des lits tous services	81%	76%	81%
Mortalité hospitalière	6%	6%	5 %
Nb de consultations VVS / <72 h	18 39%	17 18%	71 17%
Clinique de suivi ambulatoire maladies non transmissibles nouveaux cas / suivi		-	276 / 1 420
VIH/TB nouveaux traitements/ suivi	389 53%	415 51,3%	253 51,3%
Traitements antirétroviraux initiés	3 063	3 495	3 865

PROJET : HÔPITAL SICA

Historique du projet

Suite aux événements violents de décembre 2013, un projet chirurgical est ouvert à Bangui à l'hôpital communautaire, puis transféré au CNHUB. La prise en charge des victimes de violences sexuelles (VVS) est intégrée au projet en juillet 2014. En novembre 2015, le Ministère de la Santé nous demande de quitter les locaux du CNHUB. En juin 2017, le site SICA accueille le transfert des activités dans un espace plus réduit. La structure est privée ; les démarches pour obtenir l'autorisation ministérielle de structure sanitaire sont toujours en cours (projet d'établissement). En 2018, la qualité de prise en charge est améliorée avec la mise en service d'une consultation ambulatoire pour le suivi post-opératoire et la construction d'un laboratoire de microbiologie (mis en service en avril 2019). La même année, une augmentation conséquente du nombre de cas de bactéries résistantes aux antibiotiques nous force à aménager très rapidement une structure (non-adaptée) pour l'isolement de ces patients. En 2019, suite à un audit complet de l'ensemble de cette structure hospitalière, un programme de réhabilitation conséquent est initié, et s'achèvera fin 2020.

Dispositif

SICA reste la seule structure de prise en charge gratuite des urgences chirurgicales pour les plus de 15 ans, devenue structure de référence à l'échelle du pays. Depuis mars 2020, sous les contraintes liées au Covid-19, la capacité d'hospitalisation a été réduite de 35% avec 53 lits. L'hôpital contient deux blocs opératoires, un service de consultation ambulatoire, un service de kinésithérapie (ambulatoire et en hospitalisation), de radiologie, un laboratoire général et un laboratoire de microbiologie.

Bilan 2020

- Révision des critères d'admission aux urgences et orientation des cas simples vers les structures périphériques (pré triage opérationnel depuis avril)
- Maintien de l'activité malgré les contraintes liées à la pandémie de Covid (gap critique de chirurgien, équipe cadre médicale réduite aux trois quarts)
- Mise en place d'une activité pansements hors bloc opératoire
- Poursuite de l'exécution du plan de remise à niveau du personnel par des formations continues
- Démarrage du processus d'unification des deux laboratoires (bactériologie et général)
- Passation de l'activité Victimes de violences sexuelles / Interruptions de grossesse / Planning familial à OCBA le 1er mai 2020
- Réhabilitation des différents services et maintenance des bâtiments
- Mise à jour des dossiers suivants : projet d'établissement, définition des besoins et réorganisation de l'hôpital
- Amélioration de la prise en charge de la douleur, de la prise en charge nutritionnelle et de l'encadrement des soins palliatifs
- Analyse en cours sur la récupération fonctionnelle de nos patients en fin de prise en charge ambulatoire

	2018	2019	2020
Nb de passages aux urgences			3 614
Nb de passages au pré-triage	11 099	9 809	5 567
Nb d'admissions en service de chirurgie	1 274	1 339	998
Nb de passages au bloc opératoire	4 572	4 711	3 262
Nb de consultations ambulatoires	3 548	8 876	11 004
Nb de consultations kiné en ambulatoire	5 290	4 625	4 026

Les nombres de passage aux urgences et d'admissions aux services de chirurgie ont sensiblement diminué du fait des mesures de confinement liées à l'épidémie de Covid-19, ainsi qu'à cause du changement des critères d'admissions au mois de mars (références de la périphérie) et de la mise en place d'un pré-triage.

PROJET : BRIA

Historique du projet

En juillet 2013, le projet ouvre à l'hôpital de Bria pour offrir des soins primaires et secondaires (pédiatrie) à la population de la Haute-Kotto (114 000 personnes dont 87 000 en sous-préfecture de Bria). Depuis 2016, des flambées de violence successives provoquent une partition de la ville de Bria. MSF ajuste ses activités aux changements contextuels : cliniques mobiles dans les quartiers enclavés de Bornou et Gobolo, dispensaire au camp de PK3 ouvert 7/24, appui au service d'urgences chirurgicales avec stabilisation des blessés et transfert à Bangui, prise en

charge des cas violences sexuelles. En 2019, une accalmie relative permet de développer les activités sur les axes.

En janvier 2020, des combats violents au cœur de la ville et sur les axes entraînent à nouveau le déplacement de milliers de personnes (plus de 5000 déplacés dans l'enceinte de l'hôpital). On observe une accalmie en juin-juillet, à l'exception notable de l'axe nord – Ouadda.

Dispositif

Le projet MSF à Bria offre des soins de santé primaire pour les moins de 15 ans (incluant la prise en charge des VVS et du VIH) dans les centres de consultations du camp de déplacés PK3 et de l'hôpital de Bria, lors des cliniques mobiles sur les axes et dans les postes de santé soutenus dans les districts de Bria, Bambari et Bangassou.

Le projet appuie également l'offre de service de soins secondaires à l'HRUB (hôpital régional universitaire de Bria) : services pédiatriques avec une hospitalisation générale de 38 lits et 9 lits de néonatalogie ; et services chirurgicaux pour toutes les tranches d'âge aux urgences, avec les références vers Bangui, en hospitalisation et au bloc (intrans et incentives), en stérilisation, et pour les soins ambulatoires post opératoires.

Bilan 2019

Le dispensaire de PK3 est construit et inscrit dans la carte sanitaire du district. Le développement des activités externes a été interrompu au 1er semestre 2020 avant de redémarrer en août de manière assez dynamique. Une vaccination rougeole de masse a été effectuée en début d'année 2020 sauf pour les axes Nord Ouadda et Aigbando du fait de l'insécurité. Nous observons sur un an une diminution du nombre de cas graves reçus aux urgences chirurgicales, malgré la récurrence des épisodes de violence, et en parallèle une augmentation du nombre de passages ; nous nous en retirerons en premier trimestre 2021.

	2018	2019	2020
Nombre de consultations pédiatriques (OPD, PK3)	54 345	63 286	60 932
Nombre de consultations générales (axes)	16 584	18 394	28 856
Nombre de passages aux Urgences chirurgicales	3 548	8 876	11 004
<i>Sorties domicile</i>	76%	80%	91%
<i>Références vers Sica</i>	4%	1%	0,4%
Nombre d'admissions en Pédiatrie	3 046	3 372	2 424
<i>dont Centre nutritionnel thérapeutique</i>	276	310	295
Nombre d'admissions en néonatalogie	474	545	354
Taux d'occupation des lits	96%	97%	84%
Mortalité hospitalière	3%	3%	4%
Nombre de consultations pour violences sexuelles / <72h	132/45%	242/45%	223/43%

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Typologie : Conflit armé,
Épidémie / Endémie.

Personnel 2020
International : 51
National : 401

Nombre de projets : 5
Dépenses 2020 : 16 241 k€.

Financements Institutionnels :
2 532 k€ (Japon, Canada,
Johnson&Johnson).

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

CONTEXTE POLITIQUE

CONTEXTE POLITIQUE

La RD Congo est l'un de plus vaste Pays de l'Afrique subsaharienne. La RD Congo couvre une superficie de 2 345 409 km² avec une population estimée à 95 784 millions d'habitant (annuaire statistique 2017, extrapolation 2019). La population de la RD Congo est majoritairement jeune comprenant 46% des moins de 15 ans, 50% des 15-59 ans et 4% des 60 ans et plus 4%. Les femmes représentent 51 % de la population.

Depuis l'accession du pays à l'indépendance en 1960, la République Démocratique du Congo continue à faire face à une situation politique et sécuritaire caractérisée par une grande instabilité en plusieurs périodes.

La première période d'instabilité, entre 1960 et 1965 a été marquée par une lutte acharnée entre partis politiques constitués sur des bases tribales ou régionales. Cette période s'est terminée par un coup d'état militaire, le 24 novembre 1965. La deuxième période, entre 1965 et 1997 (Deuxième République) a été caractérisée par un régime totalitaire. C'est vers la fin de cette période (1991) que le processus « démocratique » a été lancé plongeant malheureusement le pays dans un blocage et des désordres politiques et sociaux. Cette période s'est terminée par la guerre dite de « Libération » (1996-1997). Guerre soutenue par des forces étrangères (rwandaises et ougandaises) et l'installation au pouvoir de l'Alliance des Forces Démocratiques pour la Libération du Congo (AFDL). La troisième période, entre 1997 et 2006 a été caractérisée par une longue période de transition. Après avoir renversé le président Mobutu en 1997, le leader de l'AFDL et nouveau président, Laurent-Désiré Kabila, s'est brouillé avec ses alliés rwandais et ougandais, déclenchant une série de nouvelles rébellions et guerre dite d'« Agression » (1998-2001). Cette guerre a eu pour conséquence une partition du Pays avec différents zones d'influence (4 Zones : Goma- RDC, Béni-Bunia-RDC-KML, Kisangani-MLC et Kinshasa-gouvernement) et une insécurité généralisée. Cette période s'est terminée par un accord de « paix et de réconciliation nationale » (2002), la formation d'un gouvernement de transition incluant tous les belligérants (formule 4+1), l'adoption de la nouvelle Constitution (décembre 2005) et l'organisation des premières élections « démocratiques » présidentielles et législatives (2006) bénéficiant d'un fort support de la Mission de l'ONU au Congo (MONUC).

La quatrième période, allant de 2007 à 2018 est caractérisée par des efforts d'unification du pays. Une très courte relative stabilité de la situation sécuritaire avait été observée. Cette période a aussi été marquée par l'organisation des secondes élections

présidentielles et législatives en 2011. Les troisièmes élections présidentielles et législatives ont été organisées en 2018 à la suite d'un glissement électoral de deux ans. Ces élections ont été contestées car entachées des fraudes massives. Les élections de 2018 ont finalement abouti à la victoire à la présidence de l'opposant Félix Tshisekedi du parti historique d'opposition, Union Pour la Démocratie et le Progrès Social (UDPS) et une large majorité à l'Assemblée nationale et au sénat du Front Commun pour le Congo (FCC), le regroupement de l'ancien président Joseph Kabila. La RD Congo vivra sa première alternance « pacifique » au sommet de l'état. Mais ces élections « frauduleuses » ont abouti à la signature d'un accord de coalition et une cohabitation insolite entre les deux ennemis d'hier et non pas un véritable changement de pouvoir. Avec un président minoritaire, la coalition fait face à des profondes divergences et des tensions régulières, sources d'une instabilité institutionnelle que connaît actuellement la RD Congo.

Sur le plan sécuritaire, l'Est de la RD Congo est toujours déchiré par les violences causées par des groupes armés et intercommunautaires. Après le processus de paix lancé en 1999 et les premières élections de 2006, l'est de la RD Congo a connu des nouvelles rébellions, menées successivement par le Congrès National pour la Défense du Peuple (CNDP) (2006 et 2009) et le M23 (2012-2013) sous la rhétorique de l'appartenance ethnique.

L'espoir suscité par le nouveau régime et les opérations militaires lancées depuis la fin octobre 2019 peinent à rétablir la paix et la sécurité dans cette partie du pays. Plus d'une centaine de groupes armés continuent à opérer dans les Kivu avec la même logique de prédation économique. Cette logique de prédation économique a entraîné une hausse constante d'enlèvements ces dernières années touchant quasiment tous les territoires du Nord et Sud Kivu. Et les ONG ne sont pas épargnées.

Selon un rapport des Nations Unies, 4113 violations et atteintes aux droits de l'homme ont été documentées sur l'ensemble du territoire de la RDC, soit une augmentation de 17% par rapport au semestre précédent (juillet-décembre 2019) et de 35% par rapport à la même période l'année d'avant (janvier-juin 2019). Cette tendance à la hausse s'explique par une augmentation exponentielle (+ 91%) du nombre d'atteintes attribuables aux groupes armés, indicative d'une détérioration de la situation des Droits de l'Homme dans les provinces en conflit, en particulier l'Ituri, le Nord-Kivu, le Sud-Kivu et le Tanganyika.

Contexte sanitaire

Le système de santé de la RDC est basé sur la stratégie des soins de santé primaires (Déclaration d'Alma Ata de 1978) et de l'Initiative de Bamako (1987) consacrant 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 jouant le rôle normatif et de régulation; le niveau intermédiaire, assurant les fonctions de coordination, de formation, de supervision, de suivi, d'évaluation, d'inspection et de contrôle. Et enfin le niveau périphérique ou opérationnel qui est l'unité de base de planification sanitaire et de la mise en œuvre des soins de santé.

Les décennies de conflit, d'instabilité et un manque criant d'investissement de la part de l'État ont accentué la fragilité du système de santé de la RD Congo. Les indicateurs de santé du pays reflètent des problèmes majeurs de faible couverture des services de santé (30% pour la couverture sanitaire globale) et de sous-financement par l'état qui fait passer le fardeau financier des soins de santé aux patients et aux familles. Selon le rapport des comptes nationaux de la santé, les ménages constituent la principale source et un acteur clé du financement des services et des soins de santé en RDC. Leur contribution s'élève à 42% des dépenses courantes de santé. En plus du financement insuffisant du secteur de la santé, les établissements médicaux existants font face à d'importantes contraintes logistiques et d'infrastructures, qui s'ajoutent à une faiblesse de la surveillance et de la supervision. Le pays est régulièrement confronté à des situations d'urgence, des épidémies récurrentes de rougeole, choléra, paludisme, fièvre hémorragique ou des déplacements des population (conflits armés), de même que des catastrophes naturelles (inondations, éruptions volcaniques, etc). Toutes ces situations ont un impact négatif sur l'état de santé de la population.

Epidémies

Entre 2018-2020, la RDC a connu trois grandes épidémies :

- La « pire » et la plus meurtrière épidémie de rougeole de son histoire touchant 68 % des 519 zones de santé que compte le pays. La RDC a enregistré plus de 400 000 cas et plus de 8 000 décès. La déclaration tardive de l'épidémie (une année après son début) a retardé le déclenchement des mécanismes de riposte. La fin de l'épidémie a été déclarée en août 2020 alors qu'il subsistait encore des foyers épidémiques dans le pays (les zones de santé de l'Ouest et du centre du pays). Les réponses MSF ont aussi été tardives et inadéquates. Des enquêtes de mortalité rétrospective organisées par MSF/Épicentre dans 3 zones de santé de la province du Katanga et 2 en Ituri ont montré que la rougeole représentait 42 à 50 % de toutes les

causes de décès signalées au cours de la période de rappel de l'étude. En extrapolant ces chiffres à la population de ses zones de santé, les auteurs ont conclu qu'il y aurait eu « 30 fois plus de décès liés à la rougeole » que les chiffres déclarés par les structures et autorités. Cette analyse a été le facteur déclenchant d'une mobilisation MSF. Au total, 5,7 millions d'enfants ont été vaccinés en riposte (1,5 millions par MSF) et 18 millions au travers les activités de vaccination supplémentaires (AVS) menées par différents acteurs et partenaires de la santé.

- Les dixième et onzième épidémies de la Maladie à Virus Ebola (MVE). La dixième, du 1er août 2018 au 25 août 2020, touchant les provinces d'Ituri, du Nord et du Sud Kivu (29 zones de santé ont été touchées). Cette épidémie a été la plus longue et la plus importante du pays avec 3470 cas et 2280 décès (~66%). L'épidémie s'est déroulée dans une vaste zone urbaine et surtout dans un contexte de conflits, d'insécurité et de tension politique (élections présidentielles et législatives). La onzième, du 1er juin au 18 novembre 2020, touchant la province de l'Equateur avec 128 cas et 53 décès (41,4%). Durant ces deux épidémies, des nouveaux outils biomédicaux ont été utilisés ou expérimentés et ont permis des avancées significatives dans la prévention et le traitement de la MVE à savoir : utilisation de la vaccination (le vaccin rVSV-ZEBOV du laboratoire Merck et le vaccin du laboratoire Johnson&Johnson), traitements utilisant les anticorps monoclonaux (REGN-EB3 et mAb114) et interventions de soins intensifs améliorant les résultats cliniques pour les personnes atteintes de la MVE. La stratégie décentralisée – soins auprès de la population affectée, dans leur communauté – a enfin été adoptée et reconnue par tous les acteurs de riposte.
- Épidémie de choléra touchant les zones endémique avec utilisation de la vaccination en stratégie réactive et préventive

Cholera et Ebola (niveau national)

	Cholera			Ebola (source OMS)	
	2018	2019	2020	2018-2020 10 ^{ème} épidémie Nord/Sud Kivu et Ituri	2020 11 ^{ème} épidémie Equateur
Cas	922	3 673	19 761	3 470	128
Décès	52	95	366	2 280	53
Létalité	5,6%	2,6%	1,85%	66%	41,4%

Rougeole (niveau national)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Cas (agrégés)	5 407	134 041	73 794	87 366	33 711	50 889	22 162	45 165	65 098	311 471	80 450
Décès	185	1 652	2 023	1 393	402	565	278	535	901	6 045	1 193
Létalité	3,4%	1,2%	2,7%	1,6%	1,2%	1,1%	1,3%	1,2%	1,3%	1,9%	1,5%
Cas investigués	1 444	2 443	3 032	2 553	3 133	2 516	2 189	3 319	2 908	5 757	3 927
Cas IgM+ Rougeole	187	1 079	1 191	811	1 009	537	406	659	961	2 682	1 501
Cas IgM+ Rubéole	201	296	460	779	854	442	223	688	291	514	843*
Zone de santé en épidémie	22	104	124	77	97	45	37	61	100	253	126

* Le test est réalisé seulement pour les prélèvements négatifs à la rougeole

Covid-19 (niveau national)

Le premier cas de la Covid-19 a été enregistré le 10 mars 2020 et l'état d'urgence déclaré le 23 mars 2020 : suspension de tous les vols en provenance des pays à risque, imposition d'une mise en quarantaine de 14 jours, interdiction de tous les rassemblements, réunions, célébrations, cultes, et fermeture des écoles, des universités, des instituts. Des mesures de confinements ciblés ont aussi été mises en place dans différentes villes (Kinshasa/Gombe en avril-juin 2020, Goma en mai 2020 et Lubumbashi en mai 2020). L'état d'urgence a été levé le 21 juillet 2020.

Depuis le début de l'épidémie, le cumul des cas à la mi-avril 2021 est de 28 769 cas. Incluant 745 décès (~2,6% de létalité). 23 des 26 provinces du Pays sont touchées à des degrés différents : Kinshasa (20 490 cas) ; le Nord Kivu (2 202 cas), le Haut-Katanga (1 915 cas), le Sud Kivu (322 cas) et le Lualaba (845 cas).

Principales causes de mortalités

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

- Paludisme
- Tuberculose
- Infections respiratoires basses
- Pathologies néonatales
- Maladies diarrhéiques
- Accidents vasculaires cérébraux
- Cardiopathies ischémiques
- Accidents de la route
- Hypertension
- Cirrhoses
- Maladies congénitales
- VIH/Sida

PRÉSENCE MSF

Toutes les sections MSF sont présentes en RDC.

MSF est présent en RDC depuis 1981 avec un projet de prise en charge des réfugiés ougandais lors de la guerre de Luwero (Ugandan Bush War). MSF est intervenu sur l'ensemble du Pays et les projets MSF ont souvent suivi l'évolution de son contexte. Depuis plus de 20 ans, les activités de MSF OCP se sont concentrées dans deux provinces : le 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 :

- 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 du conflit armé au travers de soins primaires et secondaires dans les camps des déplacés et réponse aux différentes épidémies survenant dans les camps.
- Kayna, Lubero, Kanyabayonga (2004-2010) : assistance aux populations victimes du conflit armé au travers de soins de santé primaires, secondaires, chirurgicaux, nutrition et soins aux victimes de violences sexuelles.
- Nyanzale, Kabizo, Barambizo, et Kibirizi (2007- 2012) : assistance aux populations victimes du conflit armé et intercommunautaire au travers de soins de santé primaires, secondaires, nutrition,

soins aux victimes des violences sexuelles et réponse aux épidémies.

- Rutshuru et alentours (2005 à ce jour) : réponse aux conséquences directes et indirectes du conflit. Support à l'hôpital de Rutshuru, aux hôpitaux de deux zones de santé de Bambu et Kibirizi et aux centres de santé de la zone et réponse aux épidémies.
- Goma (2015 à ce jour) : programme d'accès et d'amélioration de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA et support médical à des populations marginalisées (enfants des rues et professionnels du sexe).
- Programme d'urgence en réponse à l'épidémie de la maladie à Virus Ebola (Beni, Lubero et Kayna) d'août 2018 à juin 2020.

MSF OCP est aussi présent depuis 1996 dans la province de l'Ex-Katanga ; divisée depuis 2015 en 4 provinces (Haut-Katanga, Haut Lomami, Tanganyika et Lualaba) en réponse aux épidémies récurrentes de rougeole (et choléra) et aux conséquences des conflits armés et intercommunautaires :

- Ouverture de la base Lubumbashi en 2001 après la levée par le gouvernement de l'interdiction des déplacements des étrangers.
- Kitenge, Ankoro, Mukubu et Nyonga (2002-2007) : assistance aux populations déplacées victimes des conflits armés au travers de soins de santé primaires, secondaires, chirurgicaux, 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, Nyunzu, etc).
- Kalemie (2010- 2017) : un projet multisectoriel de prévention et contrôle du choléra dans une zone sanctuaire et endémique avec amélioration de l'approvisionnement en eau, amélioration de la surveillance, prise en charge des cas et vaccination préventive (première utilisation du vaccin contre le choléra dans le pays).
- Projet d'Urgence Épidémique (URGEPI), de 2018 à ce jour : Projet en réponse aux épidémies récurrentes de rougeole avec développement des activités de surveillance, laboratoire ainsi que des activités à la fois préventives (pour éviter les épidémies) et réactives (réponse rapide, efficace et efficiente).

MSF OCB : présent dans les provinces de Kinshasa (Projet VIH/SIDA et équipe de Pool d'urgence), Kasai centrale (Kananga), Sankuru et Nord Kivu (Masisi).

MSF OCBA : présent dans les provinces du Sud Kivu (Kahale et Mulungu) et Maniema (Salamabila) et un Pool d'urgence.

MSF OCA : présent dans les provinces du Nord Kivu (Mweso et Walikale) et du Sud Kivu (Tha, Kimbi-Lulenge, Baraka) et Skeru (unité de réponse d'urgence).

MSF OCG : présent dans la province de l'Ituri (Mambasa et Kere) et un pool d'urgence.

PROJET : RÉPONSE À L'ÉPIDÉMIE D'EBOLA EN EQUATEUR

Historique du projet

Le projet cible la population générale affectée par le virus Ebola (MVE) dans les zones de santé d'Ingende (173 395 habitants) et de Lotumbe (141 988 habitants) dans la province d'Equateur (2 813 993 habitants).

Dispositif

Objectifs :

1. Fournir un accès à une prise en charge de la MVE de qualité dans les centres de traitement.
2. Développer une approche de prise en charge centrée sur le patient (décentralisée et compréhensive).
3. Mettre en place des innovations opérationnelles dans la prise en charge de la MVE (algorithmes, tests rapides, prophylaxie post-exposition, interventions mobiles dans les structures de santé primaire).

Phase 1 (Centre de traitement d'Ebola - CTE) : 15 juillet – 10 septembre 2020.

Phase 2 (Activité Externe) : 10 septembre – 20 octobre 2020.

Phase 3 (Désengagement) : 20 octobre – 5 novembre 2020.

Bilan 2019

Prise en charge en CTE et décentralisée

Prise en charge médicale dans les CTE de la zone de santé des cas confirmés (hôpital général de référence - HGR) :

- Ingende : 4 lits pour cas confirmés semi-durables (Alima pour la prise en charge des cas suspects)
- Lotumbe : 4 lits pour cas confirmés, 5 lits pour cas suspects semi-durables construits à l'HGR
- Création de 5 unités d'isolement décentralisées
- Prise en charge en facilitant l'administration des traitements monoclonaux par l'INRB (Institut national de recherche biomédicale)

	Ingende	Lotumbe
Confirmés	8	11
Sortis guéris	8	11
Traitements	2	9
% Traitement	25%	82%

MSF OCP a traité un peu plus de 25% des patients en vie.

- Prise en charge des primes du personnel du Ministère dans les centres de santé.
- Formation des infirmiers, médecins et hygiénistes aux règles de biosécurité Ebola (dotation d'équipements de protection individuels) des centres de santé
- Supervisions régulières et acheminement rapide des résultats de laboratoires
- Réduction des résistances communautaires

Interventions mobiles dans les structures de santé primaire

- Détection de cas par un triage dans les structures de santé
- Approfondissement des investigations épidémiologiques
- Prélèvement et transport d'échantillons au laboratoire le plus proches
- Offre de soins hors Ebola et donations de kits de médicament essentiels
- Renforcement du système de surveillance local par la formation pratique avec les infirmiers sur le triage et les prélèvements
- Sensibilisation communautaire in situ

PROJET : PETIT NORD KIVU – RUTSHURU ET SES SATELLITES (BAMBU, KIBIZIRI ET BINZA)

Historique du projet

MSF est présent dans le territoire de Rutshuru depuis octobre 2005. Les activités MSF étaient limitées à l'hôpital général de référence (HGR) de Rutshuru et une prise en charge des urgences médicales et chirurgicales (services des urgences, au bloc opératoire et salles d'hospitalisation chirurgie). Avec la dégradation de la situation dans la zone et des mauvaises conditions de prise en charge du patient dans les autres services, le support MSF a été étendu à tous les services de l'hôpital en 2006. MSF a ensuite ouvert et mis en place les services non-existants des soins intensifs, néonatalogie, brûlés, kinésithérapie et augmenté les capacités chirurgicales et d'hospitalisation (augmentation des salles d'opérations et du nombre de lits d'hospitalisation). L'HGR Rutshuru a ainsi été une structure centrale pendant toute la période des conflits et l'occupation de la zone par les différents groupes armés.

À la suite de l'accalmie et de la « normalisation » de la situation dans la zone (2009-2013), plusieurs discussions sur un désengagement de l'HGR ont eu lieu. La décision d'un désengagement progressif (sur deux ans) a été prise en 2015. Le programme de 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. Des projets de construction, d'accompagnement et formation des médecins généralistes du ministère pour la prise en charge des urgences chirurgicales et obstétricales et un retour progressif au système de recouvrement des coûts ont été mise en place. Début 2017, le recouvrement des coûts a été rétabli et le transfert de la totalité des services au Ministère de la Santé a été effectif en décembre 2017.

La crise politique créée par l'incertitude sur l'organisation des élections présidentielles et législatives a accentué la multiplication des groupes armés et une dégradation importante de la situation sécuritaire et humanitaire dans la province du Nord Kivu et tout particulièrement dans le territoire de Rutshuru. Tenant compte de cette dégradation du contexte politique, sécuritaire et socio-économique, MSF décide en décembre 2017 de continuer à offrir des soins à cette population victime d'une énième crise humanitaire et sanitaire. Il a été décidé de continuer avec le plan de désengagement de Rutshuru pour permettre au partenaire UP/FASS d'intégrer l'hôpital dans leur plan et de redéfinir un nouveau cycle d'appui. Cependant, le degré d'exposition sécuritaire de nos équipes est une donnée clé à prendre en compte dans cette nouvelle équation opérationnelle. L'augmentation de la pratique

des kidnappings et braquages sur les axes routiers, qui n'épargne plus les humanitaires (qu'ils soient nationaux ou internationaux), et les difficultés d'accès aux populations vulnérables éloignées et isolées du fait de la persistance des conflits dans leur zone d'habitation, nous poussent à définir et développer une stratégie opérationnelle souple permettant tout à la fois de répondre aux besoins médicaux de la population, d'en assurer la continuité, tout en prenant en compte les difficultés d'accès auxquelles les équipes sont régulièrement confrontées.

Dispositif

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, et pédiatrie (nutrition).
- Support aux équipes du ministère de la santé dans l'amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales.
- Amélioration au niveau de l'hôpital (tous les services) de l'hygiène, précautions universelles et triage en rapport avec le risque lié aux épidémies (Ebola, Covid-19).
- Prise en charge gratuite des victimes de violences sexuelles et des services d'avortements médicalisés.

Support aux quatre centres de santé périphérique de Rutshuru (Mapendo, Murambi, Rubare, Kalengera) dans la prise en charge gratuite des enfants malnourris pour limiter l'engorgement à l'hôpital.

Zones de Santé de Bambu, Kibirizi et Binza

Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) de Bambu et Kibirizi (respectivement 36 lits) et centre de santé de référence de Kisequru (Binza) :

- Prise en charge gratuite des urgences médicales et chirurgicales (stabilisation) et références à Rutshuru
- 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 aux épidémies (Ebola, Covid)
- Prise en charge gratuite des victimes de violences sexuelles.

Support aux centres de santé éloignés de l'HGR (3 à Bambu et 3 à Kibirizi) :

- Prise en charge gratuite des consultations pédiatriques curatives externes et références à l'HGR
- Dépistage et prise en charge gratuite des cas de malnutrition aiguë en ambulatoire,
- Prise en charge gratuite des victimes de violences sexuelles

Impacts Covid-19 :

- Le dispositif mise en place pour limiter la propagation de la fièvre hémorragique Ebola a été réactivé au niveau des toutes les structures pour limiter la propagation de la Covid-19 :
 - Mise en place d'un triage à l'entrée de ces structures médicales
 - Renforcement du triage aux urgences et service des soins intensif
 - Mise en place des salles d'isolements équipées d'oxygène pour les cas suspects et confirmés (20 lits à Rutshuru et 6 lits à Bambu et Kibirizi).

- Renforcement des mesures de protection et de contrôle de l'infection dans tous les hôpitaux (y compris les services non appuyés) et avons approvisionné l'ensemble des hôpitaux avec du matériel de protection (staff et patients).

Bilan 2020

Malgré les tensions et les incertitudes provoquées par la pandémie de la Covid-19, nous avons pu maintenir toutes nos activités et adapté notre dispositif à cette nouvelle urgence sanitaire.

Bambu-Kibirizi et Binza ('KI-BA-BI')

- Les structures ont continué à fournir les soins gratuits à la population, assurer les références à Rutshuru des cas sévères en toute autonomie et des supervisions très limitées des équipes MSF (risques sécuritaires croissants limitant les mouvements des équipes).
- Nous avons renforcé notre dispositif pour faire face à la pandémie Covid-19.
- En collaboration avec le Ministère de la Santé sur place, nous avons répondu à l'épidémie de rougeole à Kibirizi (prise en charge et vaccination) dans des conditions sécuritaires difficile.
- Début des activités dans la zone de santé de Binza: Centre de santé de Kasequru à la suite de notre deuxième intervention en réponse à une épidémie de choléra.

Rutshuru

- Nous avons continué nos efforts d'amélioration de la qualité des soins dans les services appuyés au travers d'une nouvelle organisation de l'équipe d'encadrement/supervision/accompagnement et formation du personnel des services appuyés.
- Une révision de l'accord de collaboration avec la zone de santé et l'hôpital a été signée corrigeant les imperfections constatées les années antérieures. En l'occurrence, clarification des responsabilités, l'introduction d'une prime de performance et surtout la délégation à MSF de la paie du personnel travaillant dans les structures appuyées pour un meilleur contrôle et suivi.
- Cependant, l'accompagnement des médecins du ministère à la prise en charge des urgences obstétricales a été interrompu deux mois après son début à cause des difficultés de transport consécutives aux mesures de confinements Covid-19 prises par le pays.

Intervention Rougeole/Choléra à Bambu (Février-Juin 2020) et Kibirizi (Juin – Juillet 2020)

- Bambu : prise en charge de 1304 cas de rougeole (16 décès) et 410 cas de Choléra (0 décès). La vaccination a été organisée par les équipes du Ministère de la Santé avec une petite participation MSF.
- Kibirizi : prise en charge de cas de rougeole dans la pédiatrie et vaccination de 46 062 enfants dans un contexte sécuritaire très compliqué (affrontements entre différents groupes armés).

Intervention cholera à Kisequru, province du Nord Kivu, zone de santé de Binza

En réponse à une flambée épidémique, MSF est intervenu en apportant un support à la prise en charge des cas et des activités d'assainissement et d'approvisionnement en eau. Nous avons pris en charge 371 cas et déploré 10 décès.

Intervention d'urgences Ebola Beni (Mars 2019 - Juin 2020)

Mise en place d'un dispositif de « décentralisation » des soins dans 5 aires de santé de Beni avec une prise en charge intégrée des autres pathologies, identification, isolement et prise en charge des cas suspects et références des cas confirmés au centre de traitement. Après le départ d'Alima, MSF a repris la gestion du centre de traitement Ebola en septembre 2019. Le projet a fermé en juin 2020 avec la déclaration de la fin de l'épidémie. MSF a pris en charge 59 cas dont 4 décès en 2020.

Covid-19 : Rutshuru/Bambu et Kibirizi

Nous avons renforcé le système de triage et des salles d'isolement des cas suspects et confirmés ; extension des mesures de protection et fourniture d'équipements de protection et de contrôle des infections à tous les services et patients de l'hôpital :

- 35 130 masques en tissus ont été distribués aux patients et leurs accompagnants.
- Plusieurs points de lavage des mains ont été mis en place dans toutes les structures.
- Le premier cas de covid-19 a été enregistré à Rutshuru le 25 mai 2020 (employé médical de l'hôpital)
- Au total, 77 cas suspects identifiés avec 74 mises en isolement (janvier à octobre 2020).
- Au total, 34 patients ont été confirmés Covid-19 et pris en charge avec 7 patients ayant nécessité une oxygénothérapie et 3 décès.
- Le diagnostic et le délai de diagnostic sont les principales difficultés (plus de 7 jours) et nous espérons mettre en place incessamment des tests rapides.

	2019				2020			
	Rutshuru	Bambu	Kibirizi	Total	Rutshuru	Bambu	Kibirizi	Total
Consultations curatives (Centres de santé)	NA	41 478	30 377	71 855	NA	33 757	26 668	60 425
Nb passage aux urgences	8 981	4 225	3 863	17 074	8 238	4 307	4 899	17 444
Nb actes chirurgicaux	NA	NA	NA	NA	4 995	NA	NA	4 995
Nb admissions en chirurgie	1 754	NA	NA	1 754	1 779	NA	NA	1 779
Admissions en pédiatrie	NA	2 187	2 517	4 704	3 104	2 297	3 241	8 642
Admissions programme de nutrition (UNTA)	1 480	1 833	503	3 816	1 641	1 955	768	4 364
dont admis en UNTI (centre intensif)	1 416	693	315	2 424	961	669	376	2 006
Cas de violences sexuelles	389	149	168	706	977	160	39	1 176
Références	NA	80	67	147	NA	105	70	175

PROJET : VIH ET POPULATIONS MARGINALISÉES À GOMA

Historique du projet

Après des évaluations menées dans les différents « hot-spots-VIH » du Katanga et Nord Kivu, le projet VIH Goma a ouvert en 2015 avec comme objectif d'améliorer le dépistage, la prise en charge et le suivi des personnes vivant avec le Virus d'Immuno-déficience Humaine (HIV) et/ou le Sida, en étroite collaboration avec les structures de prise en charge et les autres partenaires. Cinq structures (Hôpital général de référence-HGR Virunga, Centre de santé de référence-CSR Kahembe, CSR Carmel, Hôpital Militaire et Hôpital Heal Africa) de la ville de Goma ont été sélectionnés avec instauration de la gratuité de la prise en charge en instaurant le rachat des consultations par MSF ainsi que la référence et la prise en charge des patients sévères (hospitalisation) à l'hôpital de Virunga. En 2017, une machine de mesure de la charge virale (GeneXpert) pour évaluer l'efficacité des traitements a été mise en place.

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 des mécanismes d'approvisionnement (par l'état) des tests et médicaments antirétroviraux. Cependant, le pourcentage des personnes ayant eu une mesure de la charge virale était faible (moins de 65%), et la prise en charge des personnes identifiées avec des résultats de charge virale élevée (détectable) (> 1000 copies/mm3) n'étaient pas optimale : long délai entre l'identification et le changement de régime (plus de 12 mois). Le pourcentage d'échec thérapeutique (charge virale élevée > 1000 copies/mm3) de la cohorte des enfants et adolescents est aussi resté élevé (40%). L'identification et la prise en charge des personnes avec infection sévère nécessitant une hospitalisation

n'était pas non plus optimale : problème de diagnostic et de prise en charge. Les objectifs du projet ont été redéfinis en préservant les succès et améliorant les aspects mentionnés.

Une autre activité a été ajoutée au projet ciblant les populations à risque et marginalisées (professionnels du sexe et enfants des rues) confrontées à la stigmatisation, discrimination, criminalisation et violence. Bien que les données sur l'emplacement, la typologie de violence et leur dynamique soient insuffisantes voire inexistantes, ces populations se retrouvent exclues du système et ainsi exposées au VIH/Sida et autres violences (physiques et sexuelles).

Dispositif

- Prise en charge gratuite des personnes vivant avec le VIH/Sida dans les 5 structures appuyées de la ville de Goma (consultations et suivi).
- Référence et prise en charge gratuite des patients sévères à l'hôpital Virunga (identification, diagnostic et traitement).
- Prise en charge gratuite des victimes de violences sexuelles dans 3 des 5 structures.
- Prise en charge des populations clés/marginalisées au niveau du centre de santé de Kahembé.

Bilan 2020

- Avec la pandémie Covid-19 et la mise en place des mesures de confinement, des réajustements ont été apportés afin d'espacer les consultations et les visites des patients VIH/Sida et ainsi réduire le risque d'exposition au Covid-19 : approvisionnement de 3 mois des médicaments et distribution des masques.
- Un système de suivi à distance (téléphone) a été mis en place pendant la période de confinement.
- Travaux d'amélioration des conditions d'hospitalisation à l'hôpital de Virunga, renforcement des ressources (matérielles et humaines) et suivi des malades en hospitalisation post-hospitalisation.
- Mise en place qu'un système d'identification des personnes éligibles à la mesure de la charge virale (amélioration de la couverture) et de suivi des personnes avec des résultats élevés.
- Début du changement de la première ligne : régime à base de Dolutégravir.
- Début des activités de prise en charge des populations clés/marginalisées.
- Amélioration des activités de support à la cohorte-VIH des enfants et adolescents : mise à jour des outils d'annonce du statut sérologique, de suivi des patients et d'accompagnement psycho-socio-éducatif des patients hospitalisés et les visites à domicile en post hospitalisation
- En rapport avec l'épidémie d'Ebola et de Covid-19 : amélioration des mesures d'hygiène et de protection au niveau des structures appuyées et approvisionnement en équipements de protection.
- Une application (Google-Mobil app) est en cours de mise en place pour informer et suivre les risques Covid-19 des personnes vivant avec le VIH.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
File active	908	2 644	2 613	2 890	3 340	3 412
<15ans	517	NA	NA	499	586	608
File active 2 ^{ème} ligne		33	77	147	241	269
Couverture Charge virale				61%		87%
Taux de suppression			73%	73%	75%	96%
Admissions		23	198	295	398	419
Rétention à 12 mois			71%	75%	71%	75%
Cas Violences sexuelles					159*	662
Consultations pour populations marginalisées					121**	1 226***

*Juillet-Décembre 2019. ** Décembre 2019. *** dont 177 hospitalisé.

Covid-19 : Goma - mi-juillet 2020

En collaboration avec le Ministère de la Santé, le centre de traitement Ebola de Goma (Muningi) a été transformé en centre de prise en charge des cas Covid-19 de 20 lits (avec oxygène). Nous avons formé le personnel et assuré l'approvisionnement en consommables et équipements de protection. Cependant, la fréquentation de cette structure est restée faible. MSF a décidé de faire la passation au ministère en juillet 2020. Au total : 19 patients dont 16 confirmés ont été pris en charge avec 1 décès.

Vaccination Johnson&Johnson (J&J) contre Ebola à Goma – Juin 2019-Avril 2020 :

Alors que les doses de vaccin Merck® étaient insuffisantes dans le pays, MSF et Epicentre ont plaidé pour l'introduction d'un deuxième vaccin (Johnson & Johnson®) en RDC en vue de renforcer la couverture vaccinale contre Ebola. Après une longue période des négociations et de préparation, la vaccination J&J a commencé à Goma en 2019 : 16 080 personnes ont reçu la première dose et 9 560 la deuxième dose. Avec la survenue du Covid-19 et les mesures de restriction mises en place par le gouvernement et la province du Nord Kivu, ces activités ont été suspendues entre avril et juin.

Entre temps, le nombre des cas Ebola a fortement diminué et la fin de la dixième épidémie d'Ebola a été déclarée le 25 juin 2020. Ce qui a poussé MSF à se retirer du consortium J&J, en juillet 2020.

PROJET : URGENCES ÉPIDÉMIQUES À LUBUMBASHI - URGEPI

Historique du projet

Les provinces de l'Ex Katanga connaissent des épidémies récurrentes et cycliques de rougeole (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 faible accès aux soins
- Inadéquation entre la couverture vaccinale administrative et les enquêtes de couverture vaccinale.
- Faible couverture en chaîne de froid (< 40%) impactant la qualité de la vaccination.
- Difficultés et/ou défaillances de la vaccination dues à des interruptions fréquentes des activités de vaccination à cause de l'insécurité et/ou de la mobilité de la population couplée à un taux de croissance important (environ 3%).
- Non-respect par le gouvernement des engagements de co-financement des activités de vaccination de rattrapage entraînant des retards voire une annulation de ces activités.
- Système de surveillance défaillant (complétude, promptitude et exactitude des données).
- Surveillance biologique insuffisante ne permettant pas de détecter à temps les épidémies de rougeole (peu de cas confirmés en laboratoire) : problème de transport et de qualité des échantillons, un seul laboratoire pour tout le pays, rupture fréquente des réactifs au niveau du laboratoire national à Kinshasa, 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 (l'épidémie 2018-2020 n'a été déclarée qu'une année après son début).

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 tardive et activités de prise en charge et ou de vaccination organisées tardivement (vaccination organisée en moyenne 12 semaines après la confirmation laboratoire).
- Discussions difficiles avec les autorités sanitaires concernant les stratégies vaccinales.
- Stratégies d'intervention controversées et souvent inadéquates 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 internes 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 Urgepi dans l'ex-Katanga avec comme objectif de proposer et expérimenter un système de surveillance sensible et efficace

capable de prédire, de détecter et de répondre aux épidémies de rougeole en temps opportun ou d'agir en amont afin de diminuer la fréquence des épidémies de rougeole dans la province de l'ex-Katanga. Nous voulons aussi améliorer nos réponses en développant des stratégies opérationnelles négociées et acceptées en amont avec le Ministère de la Santé et les autres partenaires impliqués dans la lutte contre la rougeole.

L'ouverture du projet en avril 2018 se fait en début de la grande épidémie de rougeole. Les activités du projet se sont mises en place progressivement avec en priorité la riposte à l'épidémie, la mise en place d'un système de surveillance (sites sentinelles et surveillance générale), la mise en place d'un laboratoire décentralisé à Lubumbashi et l'identification et évaluation d'une zone de santé (Kasenga) pour la mise en place des activités préemptives pour améliorer la couverture vaccinale de routine.

Dispositif

Le dispositif opérationnel du projet s'articule autour des quatre piliers :

1) Surveillance épidémiologique :

- Surveillance épidémiologique des 4 provinces de l'ex-Katanga au travers du système de surveillance existant du ministère : analyse des données et priorisation des zones d'investigation d'épidémie et/ou intervention (20 zones de santé à risque).
- Surveillance renforcée au niveau des 11 zones de Santé (ZS) de la province du Haut-Katanga (10) et Haut Lomami (1). La surveillance renforcée consiste en la mise en place des listes linéaires et une transmission électronique des données en utilisant l'application KOBO. Les 11 zones de santé (sites sentinelles) ont été choisies en fonction de leur risque épidémiologique (5 zones à risque élevé et 5 zones à faible risque). L'objectif étant d'améliorer la complétude et promptitude des données, aider à l'analyse des données et la modélisation pour la priorisation des zones à risque épidémiologique.

2) Investigation et riposte : investigation des alertes et riposte en cas de confirmation d'épidémie.

3) Laboratoire : mise en place d'un laboratoire décentralisé rougeole-rubéole à Lubumbashi, fonctionnel depuis octobre 2019.

4) Prévention : identification d'une zone de santé non encore en épidémie, mais à fort risque épidémiologique (la zone de santé de Kasenga) : évaluation pour identifier les manques et lacunes dans le Programme Elargie de Vaccination (PEV) de routine et proposer/mener différentes stratégies vaccinales devant permettre d'améliorer la couverture vaccinale et ainsi réduire le groupe des susceptibles. Réaliser une enquête de séroprévalence et couverture vaccinale.

Impact Covid-19 : toutes les activités du projet ont été suspendues à partir d'avril et réorientées vers la réponse Covid-19 jusqu'en juin.

Bilan 2020

Ripostes épidémiques

- Rougeole (Songa - Novembre 2019-Mars 2020) : prise en charge des cas de rougeole simple en périphérie (1874 cas) et prise en charge des cas compliqués de rougeole (unité spécifique de 10 lits ; 124 cas avec 1,6% de létalité) et autres pathologies (unité de 20 lits ; 105 admissions avec une mortalité de 10%) dans le service de pédiatrie de l'hôpital. 66 cas de malnutrition ont

également été pris en charge. Nous avons aussi organisé une enquête de couverture vaccinale de la vaccination organisée par les équipes de ministère, couverture estimée à 87,1%.

- Covid-19 (Lubumbashi-Avril-Juin 2020) : devant les risques « annoncés de catastrophe » liés à la pandémie, le projet s'est focalisé sur un plan de contingence axé sur des actions de préventions (sensibilisation et distribution de matériels de protection) et la participation avec les autorités locales à la mise en place et à la gestion de la structure d'isolement et de prise en charge des cas Covid-19 (formation, équipement et ressources humaines). 40 cas ont été admis dans le centre de traitement Covid parmi lesquels 2 sévères et 4 modérés, 1 décès.

En août, les résultats de la surveillance révélant une recrudescence de cas nous ont orientés vers une stratégie de triage, dépistage et prise en charge en consultation et à domicile de cas positifs au Covid ne nécessitant pas d'hospitalisation ainsi qu'un suivi des cas avec comorbidité. Cette stratégie a été mise en place dans deux centres de santé dans les quartiers notifiant le plus grand nombre de décès et de cas positifs au laboratoire.

- Choléra (Lubumbashi de Juin-Juillet 2020) : prise en charge des cas de choléra et activités d'approvisionnement d'eau et assainissement. Un centre de traitement de 50 lits a aussi été construit pour améliorer la prise en charge des cas. 20 cas sévères et 1050 cas simples ont été pris en charge à travers des points de réhydratation orale dans la ville de Lubumbashi.

Surveillance

Nos activités de surveillance ont été menées comme prévu. Une évaluation de la modélisation/priorisation a révélé que 75 % des zones de santé ont été bien classées.

Laboratoire

La décentralisation du laboratoire a permis une nette amélioration des délais de retour des résultats : 7 jours contre 20 entre le prélèvement et les résultats. Cependant, certaines provinces éprouvent encore des difficultés d'acheminement des prélèvements à Lubumbashi où se trouve le laboratoire décentralisé (Tanganyika et Haut-Katanga).

La validation du laboratoire a été retardée par les restrictions de mouvements liées à la pandémie de Covid-19 (venue décalée des experts de l'OMS).

Le laboratoire est actuellement utilisé pour effectuer les tests Covid-19 (PCR et antigénique).

Prévention (Zone de santé de Kasenga)

Une enquête de couverture et une étude de séroprévalence (prélèvement sur papier buvard) pour évaluer l'efficacité de l'activité vaccinale de routine dans la zone de santé ont été effectuées. Le rapport est attendu en avril 2021.

	2019	2020
Nb des cas de rougeole simple traités	6 061	2 045
Nb des cas de Rougeole compliqués traités		124 (létalité 1,6%)
Admissions en Pédiatrie		105 (10% mortalité)
Nb d'enfants vaccinés (riposte)	3 839	0
Nb d'enfants vaccinés (routine)	0	278 (sites sentinelles)
Nb échantillons analysés (labo Lubumbashi)	83	528
Nb cas choléra pris en charge	3 535	2 120
Nb de cas Covid-19 pris en charge		40
Nb enquêtes couverture vaccinale / séroprévalence	1	1
Nb de cas de violences sexuelles pris en charge		43

PROJET : MISSION EXPLORATION COVID-19 À KINSHASA

En avril-mai 2020, nous avons distribué des masques aux 2 établissements pénitentiers de Kinshasa (N'dolo et Makala) où des cas ont été rapportés : 20 000 masques ont été distribués.

Face à l'augmentation des cas covid-19 à Kinshasa et les difficultés de prise en charge rapportées par les acteurs de santé, une mission exploratoire a été effectuée dans la ville. La mission exploratoire n'a pas abouti à une intervention car la première vague de cas de Covid était passée rapidement et OCB intervenait au niveau de l'hospitalisation.

SOMALILAND

Typologie : Épidémie / Endémie.

Personnel 2020

International : 11

National : 24

Nombre de projets : 1

Dépenses 2020 : 1 259 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.

La pandémie de Covid-19 et la menace des criquets vont avoir un impact économique sévère au Somaliland. Les exportations de bétail vont diminuer en raison de la baisse de la demande du Moyen-Orient, le Covid ayant entraîné une interdiction de voyager pour le Hajj. La source de financement provenant de la diaspora a également diminué.

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.

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'acquiescer 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 tuberculose (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 infections 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.

Epidémie de Covid-19

Le Somaliland a reçu les premiers cas suspects le 29 mars 2020. Les deux premiers cas ont été apportés par un Somalilien et un citoyen étranger dans le pays à

Berbera et Burco. Un groupe de travail national a été créé pour coordonner les efforts de réponse d'urgence. Le gouvernement a mis en place un confinement partiel et des restrictions de déplacement. Des centres de dépistage et traitement Covid-19 d'une capacité de 180 lits ont été mis en place dans chaque région. Plusieurs dons d'équipements de protection individuels, de matériel médical et d'ambulances ont été reçus des Emirats, de Taïwan, d'hommes d'affaires locaux et de la diaspora.

Le pic de l'épidémie a été enregistré en mai-juin. En juillet, le gouvernement a levé toutes les restrictions. Au 31 décembre 2020, 1372 cas et 48 décès ont été enregistrés.

Le gouvernement a alloué 3 millions de dollars du budget national pour la réponse à Covid-19. Le Ministère des Finances a prévu un déficit fiscal de 15% dû au Covid-19, mais il est probable que ce chiffre soit revu à la hausse à 20%.

PRÉSENCE 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'Éthiopie ou du Yémen) et pour développer une présence dans la Corne de l'Afrique par le biais d'un projet d'ancrage. Les besoins aigus évalués en matière de tuberculose au Somaliland, le fait que le système de soins pour la tuberculose présente de nombreuses déficiences dans la prise en charge de la tuberculose résistante, ont orienté la définition d'un projet de soins pour la tuberculose résistante.

L'approche de ce projet consiste à tirer parti du système existant soutenu par les initiatives du Fonds mondial, en travaillant en collaboration avec ses différents acteurs

(Ministère de la santé, OMS, World Vision International) avec l'ambition d'améliorer la coordination de leur soutien au ministère (MoHD) et au programme national contre la tuberculose (NTP) par un plaidoyer constant. MSF fournit également un soutien supplémentaire en termes d'expertise technique (supervision, formation, protocole de soins) et de matériel. L'objectif est d'améliorer ainsi la qualité de la prestation des services de lutte contre la tuberculose et d'augmenter la détection de patients atteints de tuberculose résistante.

Le projet a été lancé en janvier 2019 avec un plan de cinq 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.
- 2020-21 : Décentraliser la prise en charge de la tuberculose résistante pour améliorer la détection des cas et le suivi des soins.
- 2022-23 : Dispenser des soins contre la tuberculose en prison, et intégrer les services de lutte contre la tuberculose chez les enfants.

Dispositif

MSF soutient le Ministère de la Santé dans toutes les composantes de la prise en charge de la tuberculose résistante dans quatre centres régionaux de lutte contre la tuberculose situés dans l'ouest du Somaliland : l'hôpital antituberculeux d'Hargeisa (30 lits d'hospitalisation, services de consultations, laboratoire) et les centres antituberculeux situés dans les hôpitaux de Berbera, Borama et Burao.

L'équipe en 2020 est composée de 9 membres du personnel international, 25 membres du personnel national, 42 membres du personnel du ministère de la santé sous incitation financière.

En raison de l'épidémie de Covid-19, au cours du mois d'avril, nous avons adapté les recommandations du ministère de la Santé et les directives opérationnelles médicales de MSF en réduisant le nombre de patients hospitalisés et nous avons transformé nos approches de soin pour nous concentrer sur du recrutement passif et des évaluations cliniques espacées à deux mois avec un renouvellement de médicaments planifié pour tous les patients ambulatoires. La pandémie de Covid-19 a également affecté les activités de sensibilisation à la tuberculose et les travaux de construction des cliniques qui étaient censées améliorer la détection des cas de tuberculose résistante et la qualité globale des soins aux patients. Par conséquent, le nombre de responsables chargés de soutenir le programme de lutte contre la tuberculose résistante a été réduit à deux (responsable des activités médicales et médecin). Au sein de l'équipe de coordination, seuls deux responsables sont restés sur le terrain (le coordinateur logistique et le coordinateur RH/Finances, le chef de programme travaillant à distance).

La même équipe a soutenu le ministère de la Santé dans sa réponse à l'épidémie de Covid-19 : évaluation des installations médicales pour identifier un centre de traitement du Covid-19 à Hargeisa avec un soutien organisationnel, formation du personnel médical et non médical, don d'équipements de

protection individuels et de matériel d'hygiène à Hargeisa et dans les régions.

Bilan 2020

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.

Le programme a débuté en janvier 2019 avec la mise en œuvre des activités sélectionnées conformément aux priorités de MSF et du ministère de la Santé. L'objectif principal était de soutenir le programme national de lutte contre la tuberculose en renforçant les capacités en matière de soins médicaux et de contrôle et prévention des infections au sein de l'hôpital tuberculose d'Hargeisa, tout en collaborant avec les hôpitaux régionaux de Borama, Berbera et Burco pour les aider à mettre en place les capacités similaires nécessaires pour diagnostiquer les cas de tuberculose résistante et accélérer leur référence vers l'hôpital central de Hargeisa pour initier et stabiliser leur traitement, tout assurant le contrôle et la prévention des infections. L'idée derrière cette approche était de renforcer le centre de tuberculose résistante pour mieux gérer l'augmentation prévue des cas. Toutefois, en raison de problèmes opérationnels et de retards dans les travaux de construction, ainsi que dans la mise en œuvre des nouvelles directives et des dernières recommandations de l'OMS pour un traitement entièrement oral, cette phase sera prolongée jusqu'en décembre 2021. Les activités communautaires ont été reportées à novembre 2020.

Tuberculose	2019	2020
Nb nouveaux patients	57	40
Nb de patients dans la cohorte	71	51
% guérisons	80%	80%
% succès	80%	80%
% échecs	<10%	<10%
% décès	<5%	<5%
% perdus de vue	<5%	<5%

Un total de 1109 cas de Covid-19 a été détecté au Somaliland depuis le début de l'épidémie mais l'impact direct sur la population est faible (36 décès rapportés) alors que l'impact indirect (socio-économique, fonctionnement des services de santé) est plus important bien que difficile à évaluer.

Covid-19	2020*
Nb de cas confirmés cumulés	1 372
Nb de tests	22 066
Taux de positivité	6,2%
Nb de décès cumulés	48
Taux de mortalité	3,5%

* L'accès aux données a été difficile lors de la première vague et les chiffres sont sous-estimés.

SOUDAN DU SUD

Typologie : Conflit armé.

Personnel 2020

International : 49

National : 585

Nombre de projets : 2

Dépenses 2020 : 13 027 k€.

Financements institutionnels :
311 k€ (Canada).

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

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

La mise en œuvre de l'Accord renouvelé pour la résolution du conflit au Soudan du Sud (R-ARCSS) signé en septembre 2018 a souffert de lacunes et de retards constants. Néanmoins, à travers un processus erratique, les choses avancent. Principale marque, le retour de Riek Machar (RM) en février 2020 dans son rôle de premier vice-président et la nomination des postes gouvernementaux selon la clé de répartition convenue entre les différentes parties. Cela a été rendu possible par l'accord sur la protection de RM par une force conjointe comprenant les forces gouvernementales (SSPDF) et les forces de l'opposition (IO), ce qui, d'une certaine manière, crée une situation similaire à celle de 2016 qui a conduit à un affrontement des deux troupes à Juba et a provoqué la deuxième guerre civile.

En 2020, des escarmouches régulières ont eu lieu dans la région sud de l'Equatoria entre le Front du salut national, la principale opposition armée non signataire du R-ARCSS qui contrôle une partie de la zone rurale, et le SSPDF qui tient les villes et le principal corridor d'importation avec l'Ouganda. La zone principale de ce conflit est la grande région de Yei.

La question du nombre d'États et de leur démarcation a fait l'objet d'un accord avec le retour à 10 États et la création de nouvelles zones administratives spéciales à Pibor, Ruweng et dans la zone contestée d'Abiey entre le Soudan et le Soudan du Sud. La nomination à des postes clés, d'abord au sein du gouvernement, ensuite en tant que gouverneur d'État et au sein des États et des counties, crée des frictions, des différends et une fragmentation au sein des groupes existants. Cela génère de l'instabilité avec le remodelage du pouvoir existant, l'arrivée de nouveaux acteurs et l'influence de différentes dynamiques locales (problèmes de clans, disputes entre les jeunes locaux qui contestent le contrôle du pouvoir des groupes armés qui les ont utilisés pendant le conflit, etc.). Cela a généré en 2020 des conflits intenses dans le pays et en particulier, mais pas exclusivement, dans l'État de Jonglei. Cette dynamique est décrite comme des conflits intercommunautaires, tels que les pillages de bétail et les conflits que cette pratique génère et dont le niveau a été en 2020, comme en 2019, important dans tout le pays. Plusieurs milliers de personnes ont été tuées dans cette dynamique cette année.

La démobilisation ou la réunification du processus armé est une autre question qui n'a pas progressé. La tentative de mobilisation des soldats s'est faite dans différentes

zones sans préparation pour leur accueil dans ces lieux de concentration (nourriture, logement, etc.) ni sur les règles qui seront appliquées pour leur démobilisation. Ceci a généré des tensions, de la criminalité (avec le regroupement de nombreux jeunes hommes armés non pris en charge) et avec l'épidémie de Covid, ces regroupements ont cessé, et la question de la démobilisation est bloquée à ce jour.

Le Soudan du Sud reste un pays dangereux pour les travailleurs humanitaires. A fin septembre 2020, un total de 8 travailleurs humanitaires avaient été tués. Ce chiffre inclut un membre du personnel de MSF qui a été tué avec deux autres membres du personnel d'autres organisations humanitaires lors des combats à Pieri le 16 mai, suite à des violences intercommunautaires.

Le Soudan du Sud compte 3,78 millions de personnes déplacées (2,18 millions de réfugiés, 1,6 million de déplacés internes), soit un tiers des Sud-Soudanais. En septembre 2020, les Nations Unies ont commencé à se retirer des sites de protection des civils où elles assuraient une protection armée aux déplacés. Ce processus progressif a commencé avec le retrait des troupes de Wau, Bor, Juba, et sera progressivement mis en œuvre sur tous les sites. Ce mouvement s'est produit jusqu'à présent sans qu'aucun incident majeur n'ait été signalé ni que les retours de population n'aient augmenté, mais ce n'est qu'avec la saison sèche qui commence en décembre que nous verrons si ces tendances se matérialisent. En 2020, les inondations ont touché environ 800 000 personnes, dont une grande partie avait déjà été affectée par des inondations en 2019 et se trouvait dans des zones parmi les plus touchées par le conflit (Jonglei, Nil supérieur).

L'épidémie de coronavirus et ses conséquences sur la mobilité des biens et des personnes ont fragilisé une économie déjà faible et dysfonctionnelle. La chute du prix du pétrole, qui a réduit à néant la plupart des réserves de dollars du Soudan du Sud en octobre, a également généré une inflation galopante que le gouvernement a du mal à maîtriser. Pendant la majeure partie de l'année 2020, la plupart des fonctionnaires n'ont perçu que quelques mois de salaires versés dans une monnaie qui a largement perdu sa valeur nominale, ce qui accroît à la fois la criminalité et les comportements potentiels visant le secteur de l'aide.

Contexte sanitaire

Début 2020, la United Nations Humanitarian Country Team (HCT) a estimé que 3,6 millions de personnes n'avaient pas accès à des services de santé suffisants. Seule une naissance

sur cinq se déroule en présence d'un professionnel de santé qualifié, et un taux de mortalité des moins de cinq ans de 90,7 pour 1 000 naissances vivantes reflète la situation sanitaire désastreuse du Soudan du Sud. La couverture des maladies évitables par la vaccination reste inférieure à 50 %, ce qui est un autre exemple de la défaillance du système et des limitations d'accès.

Le système de santé reste dominé par le Health Pooled Fund (HPF), la Banque mondiale et les acteurs de santé des ONG qui comblent les lacunes d'un ministère de la Santé (MoH) quasiment non fonctionnel. Le budget 2019/2020 du ministère de la Santé se limitait à 14 millions USD. La plupart des employés du ministère de la Santé ne sont pas régulièrement payés et dépendent principalement des incitations et des paiements des ONG ou d'autres institutions humanitaires ou du secteur de la santé.

L'épidémie de coronavirus frappe différentes parties du pays, y compris les zones reculées, dans un pays où la mobilité de la population est un trait dominant. Si le nombre d'admissions de cas graves dans les centres de traitement existants et de décès enregistrés est très limité, l'insuffisance de tests rend difficile une évaluation détaillée de la situation. De même, les effets indirects du coronavirus, tels que l'autolimitation de la population à rechercher des soins de santé et les conséquences potentielles que cela a pu avoir, sont difficiles à évaluer.

Le Soudan du Sud connaît régulièrement des épidémies de rougeole, d'hépatite E, de Kala Azar, de méningite. 15 cas de polio confirmés ont également été signalés en octobre 2020. Aucun cas de choléra n'a été signalé en 2020. Le paludisme reste un défi important, en particulier pendant le pic saisonnier observé chaque année pendant la saison des pluies.

La malnutrition et l'insécurité alimentaire sont des préoccupations à long terme. Les Nations unies gonflent régulièrement le nombre de personnes classées en situation d'insécurité alimentaire avec un décompte estimatif de 7 millions de personnes (plus de 60% de la population) entrant dans cette catégorie en 2020. Si la population est clairement affectée par les conflits, les déplacements et les inondations et que beaucoup ont besoin d'aide alimentaire, l'augmentation régulière de ces chiffres depuis 2017 (année où l'ONU a déclaré qu'il y avait une famine) ne se traduit pas par une augmentation de la malnutrition aiguë dans notre programme ni par l'observation d'une telle détérioration, ce qui remet en question l'exactitude de ces estimations et la tendance à gonfler ces chiffres.

En 2020, pour la deuxième année, et en lien pour certains avec le réchauffement climatique (La niña), le Soudan du Sud a été largement touché par des inondations affectant environ 800 000 personnes dont les maisons ou les champs ont été inondés.

PRÉSENCE MSF

MSF OCP a été la première section MSF à travailler au Soudan, en commençant en 1978 à Port Soudan. En 1983, OCP a commencé à travailler dans ce qui est aujourd'hui le Soudan du Sud avec des réfugiés ougandais et la population locale à Yei. Les cinq centres opérationnels de MSF sont tous présents, avec un portefeuille dynamique de 15 à 20 projets au total. Le principal moteur du travail de MSF au Soudan du Sud est le

conflit et ses conséquences. MSF est actuellement présent dans les zones tenues par le gouvernement et l'opposition, dispensant des soins de santé primaires, secondaires et mobiles.

OCP a un lien historique avec l'ancien État du Bahr el Ghazal septentrional (NBeG), où il a commencé à travailler à Aweil en 1986. OCP est présent à Old Fangak (OFG), la zone de son deuxième projet, depuis 2014.

Le conflit en cours, les énormes besoins humanitaires impactés par des déplacements à grande échelle et un système de santé défaillant, voire inexistant, justifient l'ampleur actuelle de la présence collective de MSF.

PROJET : AWEIL

Historique du projet

Le projet a débuté en 2008 suite à la fermeture du projet Akuem. L'objectif était de fournir des services de maternité et de pédiatrie au sein de l'Aweil State Hospital (ASH) tout en restant présent au Soudan du Sud dans le but de répondre aux urgences. Situé dans une région densément peuplée, l'ASH est l'une des seules structures à fournir des soins secondaires, ce qui le transforme progressivement en lieu de référence pour plus d'un million d'habitants et entraîne une croissance progressive du projet.

Au cours des 12 dernières années, les besoins de santé ont évolué avec une présence accrue d'acteurs assurant des services de santé primaire. En 2011, MSF a transféré des activités externes (consultations générales, soins anté-natals, nutrition ambulatoire) à d'autres acteurs tout en investissant dans l'amélioration des soins de santé secondaires (par exemple, ouverture d'un service de néonatalogie en 2010, affectation d'un chirurgien permanent pour la chirurgie pédiatrique en 2017). Plusieurs tentatives de transfert des soins secondaires n'ont pas abouti. En 2014, le transfert des activités du centre nutritionnel intensif à ACF a échoué en raison de leur manque de capacité à prendre en charge les cas compliqués de MAS. En 2017, un transfert de la maternité au ministère de la Santé était prévu après la réhabilitation de la maternité par l'OMS, mais en raison du manque de préparation et de volonté de l'OMS et du ministère de la Santé, et pour éviter l'effondrement de ces services en raison de ces circonstances, cela n'a pas pu se produire.

En 2018, une stratégie à trois ans a été proposée dans le but de décentraliser les services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (BEmONC), de réduire les programmes de proximité et d'améliorer la prise en charge chirurgicale des enfants, y compris des brûlés, en formant des médecins nationaux dotés de compétences chirurgicales. La stratégie BEmONC n'a pas fonctionné, car malgré la formation, les incitations financières pour le personnel et l'équipement du centre de soins de Ghabat en mars 2019, un seul accouchement a été enregistré, ce qui a conduit à l'abandon de cette activité au deuxième trimestre de 2020.

Un sommet visant à définir l'orientation opérationnelle du projet Aweil pour les trois prochaines années était prévu pour la fin du premier trimestre 2020, mais a été suspendu en raison des restrictions de voyage liées à la pandémie de Covid.

Dans le contexte politique et de conflits, la situation a été relativement calme, sans interruption significative de l'accès

à nos opérations. Le niveau élevé de contrôle gouvernemental lié à une relative homogénéité ethnique a contribué à cet environnement opérationnel globalement stable. Seuls, de rares incidents de sécurité se sont produits à la frontière avec le Soudan ou vers Raja. En 2019 est apparu un nouveau groupe rebelle affilié à Paul Malong, un autochtone et ancien gouverneur de la région. Cela s'est traduit par une multiplication d'affrontements graves entre les forces gouvernementales et celles de ces rebelles à proximité de la ville d'Aweil (40 km). Aucun autre incident n'a été enregistré depuis lors.

Dispositif

MSF est présent au sein de l'hôpital d'Etat d'Aweil avec une séparation claire des activités. MSF est responsable des soins aux patients hospitalisés en pédiatrie et en maternité et fournit un support saisonnier au service de consultations externes en cas d'épidémie de paludisme. Le ministère de la santé gère le service de consultations externes, les soins prénatals et postnatals, les services d'hospitalisation pour adultes atteints du VIH et de la tuberculose, et la chirurgie pour adultes, à l'exception de l'obstétrique. MSF est en charge de la banque de sang et du laboratoire médical pour ses activités.

Au début de l'année 2020, la capacité totale des lits gérés par MSF à l'hôpital d'Etat d'Aweil était de 172 ; cependant, les mesures de prévention des infections recommandées en raison de la pandémie de Covid-19 ont nécessité la réduction du nombre de lits à 150. Pendant le pic de paludisme, la capacité en lits pourrait augmenter en ajoutant des tentes temporaires.

- Pédiatrie :
 - Service des urgences : triage, zone d'observation (4 lits).
 - Unité de soins intensifs de 9 lits.
 - Hospitalisation de 51 lits, incluant centre nutritionnel intensif et isolement.
 - Service de chirurgie de 30 lits, dont 15 dédiés aux brûlures.
 - 32 lits pour nouveau-nés (dont 2 pour le tétanos).
- Maternité (23 lits, jusqu'à 26 pendant le pic de paludisme)
- Hospitalisation pour le personnel (2 lits)

Bilan 2020

Début 2020, pour la deuxième année consécutive, une épidémie de rougeole a frappé Aweil East. Après que MSF eut plaidé pour une réponse, une campagne de vaccination a été menée par IOM en février (9000 enfants vaccinés) et comme l'épidémie se poursuivait, elle a été suivie d'une plus grande campagne de l'OMS/IOM faite en juin (92 000 enfants).

L'épidémie de Covid nous a obligés à revoir l'organisation de l'hôpital et à réduire drastiquement le nombre de lits. Elle a également eu un impact sur la mobilité du personnel international, provoquant d'importantes lacunes dans les postes d'expatriés, mettant notre équipe à rude épreuve pour la poursuite de nos activités. Cependant, MSF a pu maintenir les opérations médicales dans tous les départements et aucune activité hospitalière n'a été arrêtée.

De mai à août, nous avons constaté une diminution des présentations pédiatriques par rapport aux deux années précédentes. Cependant, en septembre, les admissions pédiatriques ont rebondi pour atteindre les chiffres de l'année précédente. Nous supposons qu'il s'agit d'un effet indirect du covid, la population venant moins à l'hôpital par peur.

Le pic de paludisme s'est également produit très tard, l'indicateur de seuil (nombre de consultations aux urgences, taux de positivité des tests rapides) n'ayant été atteint qu'en octobre. Cela pourrait être dû en partie à la fin de la saison des pluies, mais aussi potentiellement à la peur de la population de se rendre à l'hôpital ou à une meilleure disponibilité des traitements dans les centres de santé primaires (initiative BOMA soutenant les agents de santé communautaires dans les centres de santé). Cette situation a déclenché une réponse de MSF en octobre avec une augmentation de notre capacité d'hospitalisation (augmentation des lits et du personnel), un soutien apporté au service de consultations de l'hôpital pour augmenter la capacité de test et de traitement du paludisme et un soutien (formation, supervision, fourniture de médicaments et tests rapides) aux centres de santé.

Les autres événements sanitaires signalés sont les suivants

- Plusieurs cas d'hépatite E ayant fait l'objet d'une enquête et provenant de la région du Darfour, au Soudan, au deuxième trimestre 2020.
- Enquête sur des cas suspects de choléra au début de 2020, qui n'ont pas été confirmés.
- Un cas confirmé de polio (sur un total de 15 cas signalés dans le pays).

	2016	2017	2018	2019	2020
Nb nouvelles hospitalisations	11 730	8 114	6 056	7 070	5 776
Nb admissions en néonatalogie	1 386	1 451	1 536	1 455	1 859
Nb hospitalisations pour paludisme (<14 ans)	8 810	5 773	3 526	4 410	3 040
Nb admissions soins intensifs	1 809	1 526	1 175	1 311	1 065
Nb admissions centre nutritionnel intensif	2 503	1 067	535	988	481
Nb passages au bloc chirurgical	2 491	3 289	3 337	3 650	2 728
Nb admissions en gynéco-obstétrique	6 927	7 105	6 947	7 217	7 546
Nb accouchements par voie basse	4 153	4 553	5 017	5 390	5 664
Nb accouchements compliqués	168	187	258	211	280
Nb césariennes	105	127	160	154	202
Nb interruptions de grossesse	189	407	397	264	589

PROJET : OLD FANGAK

Historique du projet

MSF a ouvert ses opérations à Old Fangak (OFG) en novembre 2014 en réponse à un afflux de plus de 20 000 personnes déplacées à l'intérieur du pays (IDP) et à la suite d'un appel à l'aide de South Sudan Medical Relief (SSMR). 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 communautaire des cas (integrated community case management - ICCM) a été lancée en mars 2019 dans la région de Haat en tant que modèle pilote.

En dehors des violences interclaniques sporadiques, Old Fangak était relativement calme jusqu'à la fin du premier trimestre 2020. La situation sécuritaire s'est détériorée depuis lors après l'échec d'une tentative de désarmement de groupes de jeunes qui a dégénéré en combats entre eux et les forces du SPLA.

La pandémie de Covid-19 a eu peu d'impact direct à Old Fangak en raison de sa situation isolée avec peu de mouvements dans et hors des communautés. Les opérations de MSF

ont cependant été affectées par des lacunes en matière de ressources humaines, ce qui a conduit à la suspension des cliniques mobiles en avril 2020 et au transfert de l'activité de New Fangak à World Relief le 1er août 2020.

Dispositif

Bien qu'il s'agisse techniquement d'une structure gérée par le ministère de la santé et la communauté, SSMR et MSF sont les seuls prestataires de soins de santé secondaires de la région ; tout le personnel travaillant sur le site de MSF est composé à 100% d'employés de MSF.

Old Fangak Hospital (capacité de 23 lits, ajustement Covid pour distanciation sociale)

- Salle d'urgence/triage : soins d'urgence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 avec 2 lits de soins intensifs et 2 lits de stabilisation.
- Hospitalisation : soins médicaux 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 avec 8 lits adultes (5 femmes et 3 hommes), 3 lits pédiatriques et 2 lits d'isolement.
- Centre nutritionnel intensif : unité de stabilisation de 3 lits pour les cas de malnutrition aiguë sévère avec complications.
- Maternité : soins de maternité 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour les accouchements normaux, le suivi médical des femmes enceintes, les cas de gynécologie, la gestion des complications liées à la grossesse avec 2 lits d'accouchement, 3 lits d'hospitalisation et 2 lits d'observation pré-accouchement.
- Triage et consultations générales pour toutes les tranches d'âge, y compris les consultations prénatales et postnatales (comprend également des conférences sur la santé, des dépistages nutritionnels et des tests et traitements pendant la saison du paludisme).
- Vaccination de routine pour les enfants de moins de 2 ans et vaccination antitétanique pour les femmes enceintes. A Old Fangak et dans 5 établissements permanents alentour.

Activités périphériques

- L'activité de consultations à New Fangak, y compris consultations anté-natales et vaccination, a été remise à World Relief le 1er août 2020. Nous continuons à surveiller l'augmentation des activités ainsi que la réponse potentielle aux épidémies et aux afflux massifs de blessés.
- Les cliniques mobiles de proximité (2 équipes ; 1 au nord d'Old Fangak et 1 au sud) ont été suspendues en avril 2020, leur réévaluation est prévue en 2021.
- Les références d'urgence par bateau depuis les villages situés le long de la rivière Zaraf/Phow et du Nil se poursuivent.
- Les références de cas obstétricaux et chirurgicaux d'urgence par avion vers Bentiu (MSF OCA) ont été suspendues à partir d'avril 2020. Le CICR a prévu la reprise progressive des évacuations aériennes à partir de septembre 2020.
- Poursuite de la gestion communautaire des cas pour les morbidités courantes telles que le paludisme et la diarrhée non compliquée, ainsi que le dépistage et les références nutritionnelles à Haat.

Bilan 2020

La fréquentation globale des services a été plus faible qu'en 2019, sans doute à cause de la peur de contracter le Covid-19 dans les structures de santé et du confinement imposé par le gouvernement. L'accès est également rendu difficile par les inondations et les mouvements communautaires. Dans les services de consultations externes, la suspension des cliniques mobiles et le transfert de l'activité de consultations de New-Fangak ont contribué de manière significative à la diminution observée.

	2017	2018	2019	2020
Hospitalisations Old Fangak	1 117	1 086	1 466	1 420
Accouchements Old Fangak	278	427	515	496
Consultations Old Fangak	71 351	38 659	36 878	32 569
Consultations anténatales Old Fangak	5 557	5 728	5 286	6 021
Consultations New Fangak	18 148	26 329	27 161	7 498
Cohorte VIH		23	73	100

Pour le VIH, la plupart des objectifs prospectifs de 2020 ont été atteints. Il y a eu des améliorations significatives dans la gestion de la cohorte VIH qui ont conduit à une augmentation des recrutements (7 par mois contre 6 par mois en 2019). Le succès de la cohorte VIH est dû à la mise en œuvre d'un modèle de soins centré sur le patient qui a donné plus de temps pour le conseil individuel, le renouvellement personnalisé des médicaments et une meilleure sensibilisation.

En réponse à la pandémie du Covid-19, les mesures de contrôle et de prévention ont été renforcées, ce qui a eu pour conséquence de réduire la capacité des lits de 33 à 23, puis réaugmentée à 27. Cependant, les activités médicales sont restées relativement stables compte tenu des réductions de lits. Les nombreuses absences de personnel ont été gérées par les deux médecins restants qui ont occupé plusieurs postes pour maintenir les opérations. Cela a entraîné un épuisement et un stress mental accru.

En octobre 2020, des inondations ont touché une grande partie du Soudan du Sud, notamment l'État de Jonglei et la région d'Old Fangak, entraînant le déplacement d'environ 3 000 personnes des villages voisins. MSF a réagi en fournissant des kits d'hygiène à 650 foyers (environ 4 000 personnes) et des soins de santé par le biais de son hôpital à Old Fangak.

SYRIE

Typologie : Conflit armé.

Personnel 2020

International : 9
National : 129

Nombre de projets 2020 : 2

Dépenses 2020 : 4 234 k€.

Financements institutionnels :

4 k€ (collectivités territoriales France).

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

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

La guerre civile syrienne entre maintenant dans sa dixième année de conflit armé ouvert. Les zones qui échappent encore au contrôle du gouvernement syrien sont les suivantes :

- Le nord-est : cette zone a été en grande partie cédée par le gouvernement syrien (GoS) au Parti de l'Union démocratique kurde (connu sous l'acronyme de son nom kurde, PYD), qui est la branche syrienne du Parti des travailleurs du Kurdistan (également connu sous l'acronyme de son nom kurde, PKK), mais les Turcs contrôlent désormais une bande le long de leur frontière dans la zone de Tel Abyad à Ras Alien, et des poches de contrôle du gouvernement syrien subsistent à Qamishli et Hassakeh.
- La zone du Rameau d'olivier englobant Afrin et ses environs - nommée en référence à une intervention militaire turque en 2018 qui a occupé la zone.
- La zone du Bouclier de l'Euphrate, c'est-à-dire Azaz, Albab et Jarablus et leur arrière-pays, là encore nommée en référence à une opération militaire turque lancée en 2016.
- Et Idlib, la dernière zone contrôlée par l'opposition, qui est contrôlée par Hayat Tahrir al-Sham (HTS), un groupe qui a autrefois prêté allégeance à Al-Qaïda.

Aujourd'hui, nos opérations se déroulent dans la région du Rameau d'olivier et à Idlib.

Fin avril 2019, le GoS et la Russie (GoR) ont lancé une opération militaire massive dans le nord de Hama. Fin août 2019, ils avaient réussi à prendre la zone autour de Khan Sheykhoun dans le sud d'Idlib, ce qui a entraîné un afflux d'environ 300 000 personnes déplacées internes (IDP) dans le nord de la province d'Idlib. Cette nouvelle vague de déplacés internes a créé des besoins médicaux supplémentaires dans le district de Dana (l'un des plus peuplés d'Idlib). Même si le GoR a déclaré un cessez-le-feu unilatéral le 31 août 2019, le GoR et le GoS ont lancé une deuxième opération en décembre 2019, qui a duré jusqu'en février 2020 et a entraîné un million de déplacés supplémentaires à Idlib. L'attaque a permis au GoS de reprendre entièrement le contrôle de l'autoroute M5 et des grandes villes situées sur cette autoroute (notamment Maarat Al Numan et Saraqeb). Elle a entraîné le déplacement de population le plus important en Syrie à ce jour, tout cela à cause d'une seule offensive. À la mi-2020, il y avait plus de 1,5 million de personnes déplacées à Idlib, réparties sur plus de 1 000 sites/établissements informels, ce qui a créé

des difficultés pour coordonner la réponse et couvrir tous les besoins.

Malgré le fait que MSF ne soit pas enregistré en Turquie depuis juin 2016, MSF a maintenu une présence constante, notamment sous l'entité Supply Unit Turkey (SUT), depuis début 2017. Les autorités turques ont fait une descente dans les locaux d'OCB à Hatay et d'OCBA à Gaziantep à la fin du mois de mai 2019. Le 29, après la détention et l'interrogatoire de 30 membres du personnel de MSF, tous les OC ont évacué leur personnel international de Turquie. À ce jour, toutes les personnes détenues ont été libérées. Deux enquêtes sont toujours en cours à Hatay et Antep contre MSF. Nous pensons que ce refus des autorités turques d'enregistrer MSF est basé sur différents facteurs.

Le retrait de MSF de Turquie a eu un impact énorme sur l'approvisionnement, notamment médical. Au deuxième trimestre 2020, cependant, après une année d'efforts pour s'organiser en interne, l'approvisionnement était stabilisé et nous avons pu maintenir toutes nos opérations, y compris les ouvertures de nouvelles activités. Cette capacité opérationnelle est basée sur l'approvisionnement local en Syrie, l'approvisionnement régional en Turquie, et le recours à des partenaires tels que l'OMS pour importer des marchandises de l'étranger, ainsi que le recours à MSF Logistique.

En 2020, la Syrie a connu sa plus grande crise économique depuis le début de la guerre. De multiples crises simultanées se sont déroulées dans le pays et dans la région : les crises libanaise et irakienne, la pénurie de devises fortes, l'effet des sanctions américaines et les problèmes économiques liés au Covid ne sont que quelques-uns des problèmes auxquels le pays a été confronté. En moins de 12 mois, la livre syrienne a perdu 98 % de sa valeur par rapport au dollar américain. Cela s'ajoute aux difficultés de la population dans toute la Syrie et en particulier des personnes déplacées à Idlib.

Contexte sanitaire

Les conditions de vie sont désastreuses pour les quatre millions de personnes qui vivent dans le nord-ouest de la Syrie. Dans une région où 2,8 millions de personnes dépendent déjà de l'aide humanitaire pour couvrir leurs besoins essentiels - tels que la nourriture, l'eau, le logement, les soins de santé et l'éducation - chaque nouvelle attaque militaire, crise économique ou perturbation du système de santé a des conséquences directes sur la santé d'une population épuisée par dix années de conflits et de déplacements répétés.

Dès les premières années du conflit syrien, les structures médicales et le personnel médical ont été pris pour cible. En 2012, le GoS a adopté une loi qui a criminalisé les activités médicales dans les territoires tenus par les rebelles, et les structures de santé ont fréquemment été la cible de raids aériens du GoS. De nombreux travailleurs de santé ont fui le pays et les structures sanitaires ont été détruites, ce qui a entraîné la détérioration du système de santé syrien au cours des neuf dernières années.

Le conflit persistant, combiné aux attaques constantes contre les structures de santé, représente un risque permanent pour la population générale. Non seulement la destruction des structures de santé prive la population de services de santé, mais les patients sont directement menacés lorsqu'ils se trouvent dans ces établissements de santé. Ainsi, lors des offensives militaires, les patients hésitent à se rendre dans les structures de santé en l'absence d'urgence. Par conséquent, nous avons constaté une réduction des séjours hospitaliers pour les actes chirurgicaux majeurs, les problèmes médicaux compliqués, les césariennes, etc. Dans les zones de combats intenses, les structures de santé se sont concentrées sur la réponse aux urgences et aux traumatismes. C'est particulièrement vrai pour les structures de santé soutenues par les ONG syriennes et internationales, dont les bailleurs se sont largement orientés vers la réponse traumatologique/chirurgicale depuis le début de 2016. Certains hôpitaux et centres de santé ont réagi à la menace d'attaques en revenant à la pratique de la médecine clandestine (activités décentralisées ou ouverture de structures en sous-sol), mais ces pratiques restent axées sur les soins de traumatologie et d'urgence. Le nombre global de structures qui fonctionnent aujourd'hui à Idlib et Alep est proche de 300, alors qu'il était de près de 600 avant la guerre. Ce nombre représente les services de santé primaires et secondaires, les cliniques de santé spécialisées, les ambulances et les laboratoires.

Ainsi, la population locale n'a pas eu accès pendant des années à suffisamment de soins primaires, de soins ante- et post-natals, de support en santé mentale ou d'approvisionnement régulier en médicaments pour les maladies non transmissibles (MNT). Les populations n'ont pas accès à bon nombre de ces services, en particulier aux soins compliqués des MNT (diabète, maladies cardiovasculaires, épilepsie, cancer), et doivent attendre des mois pour être référées vers la Turquie.

D'autres maladies infectieuses endémiques à la Syrie ont vu leur incidence augmenter l'année dernière en raison des mauvaises conditions de vie et d'hygiène (leishmaniose, grippe H1N1 et bronchiolite à VRS). Par ailleurs, le programme national de vaccination de routine s'est arrêté, remplacé par un programme de vaccination mené par le Gouvernement Intérimaire Syrien (SIG) soutenu par l'UNICEF. Ces activités ont été perturbées par les conséquences indirectes de la pandémie de Covid-19, les ruptures d'approvisionnement entraînant des pénuries plus importantes que d'habitude. Cette situation est susceptible d'entraîner la résurgence de certaines maladies épidémiques dans la période à venir (par exemple, la rougeole et la polio).

Fin 2020, l'Association médicale des expatriés syriens (SEMA) prévoyait d'ouvrir une unité pour les brûlés à l'hôpital chirurgical spécialisé d'Idlib. Cependant, leur incapacité à recruter un chirurgien plasticien, le manque de fournitures médicales essentielles, l'absence de protocoles de traitement, de cri-

nières d'admission et de formation à la gestion des brûlures ont retardé l'ouverture de ce service pourtant essentiel.

Le Covid-19 a encore aggravé une situation déjà catastrophique pour la santé de la population. Selon les médias, fin 2020, sept des huit hôpitaux du nord-ouest de la Syrie équipés pour faire face au virus sont déjà débordés, la ville d'Idlib étant dans une situation particulièrement critique. En raison des mouvements de population, seuls 1 000 médecins, 358 sages-femmes et 1 693 infirmiers sont présents pour prendre en charge plus de 4 millions de personnes. Compte tenu des conditions de surpeuplement du nord-ouest de la Syrie, la difficulté de maintenir une distance sociale ou de s'isoler reste un obstacle majeur dans la lutte contre la pandémie.

PRÉSENCE MSF

OCF

L'intervention d'OCF en Syrie a commencé au début du conflit en 2011 par un soutien matériel aux victimes du conflit (blessés par balles lors de manifestations dans les rues) via des dons de matériel médical/chirurgical, une assistance financière et une expertise technique aux réseaux et structures clandestines gérés par le personnel médical syrien à Deraa, dans la banlieue de Damas, à Hama et à Homs. Lorsque ce soutien a cessé, l'accent a été mis sur le nord-ouest du pays en collaborant avec une nouvelle ONG syrienne, l'Union des organisations de soins et secours médicaux (UOSSM), sur la base de leur important réseau et de leur connaissance du terrain. En juin 2012, nous sommes finalement entrés dans le nord-ouest de la Syrie avec UOSSM, où nous avons mis en place une unité de traumatologie chirurgicale à l'intérieur d'une maison du village d'Atmeh, situé à la frontière turque, à proximité de plusieurs lignes de front.

En 2013, l'hôpital a été transformé en une unité spécialisée dans les brûlés en raison de la diminution du nombre de blessés de guerre, de l'augmentation des établissements de santé secondaires et d'un besoin identifié pour les soins aux brûlés. En plus des services de soins de santé secondaires, OCF a également fourni des vaccinations PEV à Atmeh et dans les camps de déplacés locaux (population de plus de 100 000 personnes) et a effectué quelques distributions de produits de première nécessité. En 2013, d'autres projets ont été développés à Qabassin - Nord-Est d'Alep pour les blessés de guerre, à Harim (soins de santé primaires et pris en charge d'un camp de déplacés) et à Jaz (soins aux mères et aux enfants).

L'enlèvement de collègues d'OCF à Bernas en janvier 2014, dans le sud de la province d'Idlib, a interrompu la présence expatriée d'Atmeh en février et le projet est géré à distance depuis lors.

Nous avons également développé progressivement le projet de soutien médical syrien (SMS) en tant que programme de dons de fournitures médicales depuis début 2013. Nous avons apporté un soutien financier et médical pour maintenir les structures médicales ouvertes et accessibles (soins de santé primaires et hôpitaux). En 2017, le soutien a atteint 24 structures de santé dans les gouvernorats d'Alep (9), d'Idlib (9) et de Hama (6). Sur ces 24 structures, il y avait 9 hôpitaux, 10 centres de soins primaires, 2 points médicaux avancés (AMP), 1 réseau d'ambulances, 1 centre de dialyse et 1 service de scanner.

Des opérations ont été lancées dans le nord-est de la Syrie en mai 2017 ; nous avons repris l'hôpital de Kobane d'OCA, puis un service de consultations dans le camp d'Aïn Issa en juin. L'intervention à l'hôpital de Kobané a été de courte durée en raison du non-respect des accords passés entre OCA et l'Autorité sanitaire de Kobané, ce qui a conduit à l'arrêt du soutien par MSF en décembre 2017. En effet, nos expatriés ont été empêchés de réaliser des interventions chirurgicales, nos stocks de médicaments ont été détournés vers un hôpital militaire et les patients ont été obligés d'acheter dans des pharmacies extérieures des médicaments fournis gratuitement par MSF.

Des évaluations sanitaires ont été menées à Tabqa, ce qui a permis de réhabiliter le centre de soins primaires du Croissant-Rouge arabe syrien situé dans la ville. Des services de consultations externes, un soutien en matière de santé mentale et un traitement contre la leishmaniose ont été fournis. Le soutien sous forme d'incitations financières pour le personnel, de matériel, de fournitures médicales et de visites de supervision quotidiennes par une équipe de terrain basée à Kobané a commencé en octobre 2017. En raison de problèmes de sécurité, à la fin de 2018, OCP s'est retiré et a cessé toutes ces activités, sauf dans le camp d'Ayn Issa qui a été remis à OCA.

Autres OC

OCB est présent dans la région d'Idlib avec un soutien à 3 hôpitaux de référence (Bernas, Qunaya et Salqin) et à des centres de vaccinations, des cliniques mobiles dans 45 camps de déplacés et des activités d'eau et hygiène, distribution de matériel.

OCBA est présent dans la région d'Azaz et Idlib : cliniques mobiles dans des camps, support à deux maternités et un hôpital, références par ambulances, vaccination de masse, distribution de matériel et support Covid à l'hôpital d'Idlib.

OCA est présent dans le nord-est et OCG a fermé ses projets en 2020.

PROJET : IDLIB

Historique du projet

Le paragraphe précédent sur la présence de MSF décrit l'historique de MSF dans la région d'Idlib, notamment avec l'évolution des projets Atmeh et Syrian Medical Support (SMS) qui sont situés dans cette zone géographique et politique contrôlée par HTS.

Dispositif

Le projet comporte trois volets : activités internes spécialisées (unité des brûlés), activités médicales externes (soutien aux soins de santé primaires et maladies non transmissibles et cliniques mobiles) et activités de secours.

Activités internes spécialisées

L'unité des grands brûlés de MSF à Atmeh avec 15 lits d'hospitalisation (+ 2 lits de soins palliatifs) : chirurgie, greffes de peau, service d'urgences, consultation, physiothérapie et soutien psychologique sont les principaux services fournis, bénéficiant à la fois aux résidents d'Idlib et à la population de déplacés. Des références vers la Turquie avec des

ambulances MSF sont effectuées. Le suivi direct des patients référés en Turquie n'est pas possible en raison du non-enregistrement de MSF en Turquie.

Activités médicales externes

2 centres de soins primaires soutenus par une équipe MSF :

- Al Barakah couvre une population de 47 000 habitants
 - Tal Al Karama couvre une zone de 61 000 habitants.
- Dans ces 2 centres, une équipe MSF assure des cliniques deux fois par semaine pour les maladies non transmissibles. 2 cliniques mobiles dans les camps de Deir Hassan avec deux équipes MSF. Total des personnes déplacées : 32 000.

Activités de secours

Cette composante a été ajoutée au projet en 2020 en raison de l'urgence qui a créé un million de personnes déplacées supplémentaires à Idlib. Les activités sont concentrées dans les camps visités par la clinique mobile (mentionnée ci-dessus) et consistent essentiellement en support Covid et approvisionnement en eau.

Bilan 2020

Les principaux objectifs du projet restent de diminuer la morbidité et la mortalité de notre population cible :

- patients brûlés dans la province d'Idlib.
- habitants et personnes déplacées dans la zone de Taqad et Tal Al Karama.
- nouveaux afflux de personnes déplacées par le conflit en cours.
- tout besoin médical d'urgence par le biais de l'EPREP (kits de traumatologie pour les établissements identifiés et dons de kits de soins médicaux d'urgence ad hoc en fonction des besoins).

Centre de brûlés d'Atmeh	2016	2017	2018	2019	2020
Présentations aux urgences	2 883	3 734	3 715	4 886	5 192
Hospitalisations	439	431	401	497	499
Nb de passages au bloc	2 520	1 436	1 319	1 394	1 387
Sessions individuelles de Physiothérapie (nouvelles et suivi)	6 916	12 232	10 370	10 886	9 069
Activités externes (cliniques mobiles + maladies chroniques)			2018	2019	2020
Nb de consultations cliniques mobiles (nouvelles et suivi)			11 712	19 562	23 447
Consultations maladies chroniques (nouvelles et suivi)			4 833	6 534	17 112
Cohorte maladies chroniques				1 078	676
Consultations soins de santé primaires					83 526

Secours aux déplacés

- 300 familles ont reçu des tentes et des kits de première nécessité
- 57 091 familles ont reçu des kits d'hygiène
- 600 familles ont bénéficié de l'installation de conduites d'eau
- 56 184 familles ont bénéficié de 10 984 m³ d'eau par camion
- 6 960 familles ont bénéficié de 158 latrines

Covid

- 9 000 familles visitées par des campagnes de sensibilisation
- 38 988 kits d'hygiène distribués pour 9 700 familles
- 1 288 kits d'installation pour 1 288 familles (nouveaux arrivants)

PROJET : AFRIN ET AUTRES ZONES CONTRÔLÉES PAR LA TURQUIE

Historique du projet

MSF s'est associé à l'organisation Al Ameen (une ONG syrienne enregistrée en Turquie) en mars 2020 pour soutenir deux cliniques mobiles et un centre de soins de santé primaires dans la zone du « Rameau d'olivier » contrôlée par les Turcs à Afrin. La collaboration de MSF et d'Al Ameen en mars 2020 a permis de répondre aux besoins des populations en matière de santé et de kits de secours. MSF a installé 320 tentes pour les déplacés et les a remises à l'AFAD à leur demande afin qu'elles puissent être relocalisées dans un autre endroit. 400 familles ont également reçu des kits de première nécessité, et MSF a aidé Al Ameen à fournir de l'eau potable à plus de 3 000 familles en creusant et en préparant un puits dans le village de Doraqli. Nos opérations actuelles avec Al Ameen sont situées dans l'ouest d'Afrin et à Bulbul, où les deux cliniques mobiles opèrent dans huit endroits différents, tandis que le centre de soins primaires est situé à Baadanli. MSF a également répondu au Covid en soutenant Al Ameen dans la mise en place et le fonctionnement du seul centre de traitement de la ville d'Afrin, la structure a été ouverte en décembre 2020 avec une capacité de consultations et d'hospitalisation.

MSF a récemment signé un accord de partenariat avec International Blue Crescent (IBC), une ONG turque, afin d'évaluer les manques de soins médicaux et de secours dans les régions du Rameau d'Olivier, du Bouclier de l'Euphrate et du Printemps de la Paix, dans le but de mieux répondre aux besoins médicaux et autres de ces populations en situation précaire.

Dispositif

MSF finance Al Ameen et c'est elle qui dirige les opérations. L'équipe de coordination d'Al Ameen à Gaziantep (Turquie) compte un expatrié expérimenté.

Au moment où nous écrivons ces lignes, l'organisation du déménagement de la coordination de Beyrouth à Killis (en Turquie) sous l'égide d'IBC est en cours. Cela conduira au développement d'un premier projet dans le cadre de ce partenariat. Le niveau des contributions en termes de financement, de soutien et de direction d'équipe entre IBC et MSF reste à définir.

Bilan 2020

	2019	2020
Clinique mobile Bulbul		
Total consultations	4 086	7 181
Consultations maladies chroniques		312
Clinique mobile Afrin Ouest		
Total consultations	4 913	9 150
Consultations maladies chroniques		748
Centre de soins de santé primaires Baadanli		
Total consultations	8 439	17 124
Consultations maladies chroniques		552
Consultations gynéco-obstétriques	853	1376
Centre de santé communautaire d'Afrin*		
Total consultations		650
Total hospitalisations		118
Nb de cas confirmés Covid		35
Nb de tests effectués		619
Nb de camps visités		48 (22 000 déplacés)
Nb de kits hygiène distribués		90

* ouvert de décembre 2020 à février 2021

TCHAD

Typologie : Accès aux soins.

Personnel 2020

International : 29
National sous contrat : 201

Nombre de projets 2020 : 1

Dépenses 2020 : 8 491 k€.

Financements institutionnels :
aucun.

Autres centres opérationnels MSF présents : OCA.

CONTEXTE DU PAYS

Contexte politique

La 4^{ème} république tchadienne a vu le jour le 30 avril 2018 avec une nouvelle constitution, donnant plus de pouvoir au président Deby déclaré Maréchal le 11 août 2020. Les prochaines élections présidentielles sont prévues pour avril 2021, et les élections législatives pour octobre 2021. Le climat interne au Tchad s'est tendu (divisions, manifestations régulières, déploiement important de forces de sécurité et répression).

Au nord, dans le Tibesti, des tensions en lien avec les sites aurifères continuent. La frontière nord reste sous haute surveillance du fait de la présence de rebelles tchadiens en Libye. Le recul et la perte d'influence du général Haftar amène la question du contrôle de ces groupes et de l'impact possible au Tchad.

Dans l'est, l'état d'urgence mis en place en 2019 suite aux violences intercommunautaires et transfrontalières a été levé en janvier 2020 ; l'accord de paix au Soudan entre gouvernement et groupes armés pourrait mener à une situation plus apaisée. Cependant, le retrait des casques bleus au Darfour lors du premier trimestre 2021 et les tensions et violences inter-ethniques qui y ont lieu pourraient déstabiliser cette frontière.

La situation en République Centrafricaine, s'est détériorée, la frontière reste fermée et l'implication du Tchad dans cette crise n'est pas claire.

La situation sécuritaire a continué de se dégrader cette année sur la région et au Tchad : on note particulièrement, suite à l'attaque de la base militaire de Boma durant laquelle 98 soldats tchadiens furent tués en mars, l'opération militaire « colère de Bohoma » déclenchée et menée par le président ; les autorités revendiqueront 1000 membres du groupe tués au combat. Une recrudescence des attaques du groupe sont constatées à partir de juillet/août. Au total, 97 000 personnes sont nouvellement déplacées en 2020 portant à près de 300 000 la population de déplacés internes au niveau du lac. L'accès humanitaire y était déjà restreint du fait de l'imposition d'escorte par le gouvernement mais aussi de la baisse des financements. Autre fait remarquable cette année, l'Etat Islamique (EI) incluant ISWAP a déclaré cibles légitimes les organisations humanitaires.

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 173^{ème} sur 174 pays recensés dans le classement de 2020 de l'Indice du Développement Humain (IDH): Selon l'Enquête Démographique de Santé et à Indicateurs Multiples au Tchad (EDS-MICS 2014-2015), environ un enfant sur huit meurt avant l'âge de cinq ans au Tchad (quotient de mortalité infanto juvénile de 133 ‰). La mortalité maternelle reste forte avec 1040 décès pour 100 000 naissances vivantes. Depuis 2018, à N'Djamena, nous répondons au pic de malnutrition durant la période de soudure, dans un contexte de maladies à potentiel épidémique récurrent (2019 épidémie de méningite, rougeole et choléra ; 2020 épidémie de méningite, rougeole). A cela s'est ajoutée en 2020 la pandémie de Covid-19, et des épidémies de chikungunya et leishmaniose dans le nord et l'est du pays.

PRÉSENCE MSF

MSF OCP est présent au Tchad de 1977 à 1984, en réponse aux urgences en lien avec les conflits de l'époque. De 2004 à 2010, c'est un soutien pour les réfugiés soudanais à l'est et centrafricains au sud. En 2010 a eu lieu l'ouverture du programme de prise en charge du paludisme à Moissala, au sud, tout en maintenant une réponse pour les épidémies, la malnutrition et l'assistance aux réfugiés. En 2018, s'est effectuée une réorientation des opérations de MSF à Moissala avec un passage du projet paludisme vers un continuum de soins de la communauté vers l'hôpital focalisé sur le couple mère-enfant et les femmes en âges de procréer.

Depuis 2018, seules 2 sections restent présentes au Tchad : OCP et OCA. En Octobre 2020 ont été signés des Accords de siège entre MSF et le Ministère des Affaires Etrangères, faisant des 2 sections une seule entité MSF vis-à-vis du gouvernement.

PROJET : MOISSALA

Historique du projet

Ce projet ouvert en juillet 2010 (suite à une mission exploratoire sur la trypanosomiase humaine africaine (THA)) 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 ans), la chimio-prophylaxie saisonnière (CPS) était pratiquée sur le District sanitaire de 2012 à 2018 (130 000 enfants) et les 23 Centres de Santé 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 de ce qui est fait 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 (DS).

Ce nouveau volet d'activités 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
- Viser à impliquer les patientes et leurs proches dans leurs soins préventifs et curatifs
- Prendre en compte les perceptions de différentes communautés et d'impliquer ces dernières
- 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

	Dembo	Beboro
% d'accouchements à domicile	45 %	50 %
ont eu une consultation post natale	46 %	33 %
Couverture vaccinale rougeole	78,8 %	84,5 %
Mortalité maternelle	449 / 100 000	768 / 100 000
Taux de mortalité des moins de 5 ans	0,14 / 100 000 (69 % hors structure de santé)	0,20 / 100 000 (74% hors structure de santé)

Dispositif

Support de MSF à l'hôpital de District de Moissala en collaboration avec le MSP

- Support au MSP en pédiatrie (dont nutrition et néonatalogie)

Service de Pédiatrie 65 lits en période hors pic paludisme et 102 lits en période de forte endémicité dont le Service des Urgences pédiatriques et Service d'hospitalisation pédiatrique incluant les soins intensifs et unité nutritionnelle thérapeutique.

- Support au MSP en maternité et au bloc opératoire
 - Maternité : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) depuis avril
 - Bloc opératoire en support à l'obstétrique
 - 19 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 centres de santé (CdS) : consultations pédiatriques (avec dispositif E-care), PEV et soins obstétricaux et néonataux de base (SONUB)
- Construction du volet communautaire : micro-stratégie par village

Support MSF aux 25 autres Centres de Santé du District

- Support de MSF aux CdS : collecte et analyse de données, support en intrants paludisme, prise en charge des références de cas de paludisme graves, support ciblé et intrant PEV selon le besoin du CDS.
- La stratégie du support aux CdS doit être définie et discutée en 2021.

Bilan 2020

Il y a eu une flambée de cas au niveau des Centres de Santé et à l'Hôpital suite à l'arrêt de la CPS en 2019.

La CPS n'avait pas été initialement prévue pour 2020, l'autorisation du support pour cette activité a été reçue en avril et l'activité a donc pu être menée à partir de juillet avec une importante diminution des cas de paludisme autant à l'hôpital que dans les CdS. Elle est prévue au budget pour 2021.

	2018	2019	2020
Nombre de cas de paludisme confirmés District Moissala (centres de santé)	47 893	92 314	69 093
Hospitalisation (pédiatrie)	4 533	6 941	3 101
Nombre de décès paludisme en pédiatrie	98	250	90
Nombre de transfusions réalisées	782	1 937	1 269

- Hôpital (Bloc opératoire) : ouvert et fonctionnel. Le bloc est très fonctionnel et formation du personnel à relancer, le personnel formé ayant été affecté ailleurs.
- Hôpital (pédiatrie) : en 2020, la formation et la simulation n'ont pas été mises en œuvre à cause du Covid, à relancer en 2021.
- Hôpital (maternité) : Encore trop peu d'accouchements mais nette augmentation comparée à l'année précédente.
- Centres de Santé pilotes : deux situations différentes : 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. Des progrès ont été réalisés dans l'intégration des soins du couple mère-enfant.

- Communauté dans les zones pilotes : Les activités médicales communautaires sont lancées. Une stratégie spécifique par village/communauté et avec leur implication a été développée : il s'agit avant tout de mettre la femme et son mari au centre de l'approche, de faire en sorte qu'elle comprenne bien le parcours de soin, le réseau d'acteurs à son service et les enjeux médicaux pour elle et ses enfants.
- Collaboration avec le MSP: A ce jour 100% du staff dépend du MSP. Nous devons travailler à une meilleure cogestion du projet.

Indicateurs	2018	2019	2020
Nombre de consultations dans les CdS	-	129 303	103 196
Nombre de passages aux Urgences	6 579	10 098	5 818
Nombre de paludisme traités CdS	47 893	92 314	69 093
Nombre d'admissions en Pédiatrie	5 616	8 884	5 655
<i>Mortalité</i>	4%	7%	6%
<i>Durée moyenne de séjour</i>	4 jours	4 jours	4 jours
<i>Taux d'occupation des lits</i>	100%	101%	78%
Nombre d'accouchements CdS pilote		598*	1 419
Nombre de Références Maternité Hôpital		24*	81
Nombre d'accouchements hôpital		438*	980
Nombre de césariennes		67*	237

* début d'activité en juin 2019

YEMEN

Typologie : Conflit armé.**Personnel 2020**International : 35
National sous contrat : 575**Nombre de projets 2020 :** 7**Dépenses 2020 :** 20 876 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 Houthi 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 la 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 Hajjah et le centre de santé de Razez 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 Émirats 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 soutenu par les Emirats 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.

En janvier 2020, le mouvement houthi a lancé une offensive et repris le contrôle de la zone stratégique de Nehm. Située dans le gouvernorat de Sanaa, elle est le point de rencontre entre les hauts plateaux du nord du Yémen et le désert du gouvernorat de Marib à l'est. Quelques semaines plus tard, le mouvement houthi a mené une autre offensive plus au nord, dans le gouvernorat d'Al-Jawf, s'emparant de la capitale du gouvernorat, Al-Hazm, le 29 février. Ces offensives audacieuses ont représenté un changement de stratégie de la part des Houthis par rapport aux cinq années précédentes de conflit, passant d'une position essentiellement défensive à une attitude offensive. En s'emparant de Nehm et d'Al-Jawf, les forces houthies se sont positionnées de manière à pouvoir assiéger la ville de Marib et éventuellement s'emparer des champs pétroliers et gaziers du gouvernorat.

Si la ville de Marib tombait aux mains des Houthis, le gouvernorat de Shabwah, tenu par le gouvernement, et ses champs



pétrolières à Bayhan et Uqlah seraient également gravement menacés. C'est pourquoi les brigades gouvernementales basées à Shabwah, sur l'axe militaire de Bayhan, ont été fortement impliquées dans les batailles à l'ouest sur les fronts de Qaniah et Al-Abdiyah, le long de la frontière entre Marib et le gouvernorat d'Al-Baydah tenu par les Houthis. Si les batailles perdurent dans cette zone depuis 2018, elles ont augmenté en fréquence et en intensité depuis avril, lorsque les troupes gouvernementales ont avancé dans Al-Baydah. C'était une façon de porter la bataille à Al-Baydah avant qu'elle ne vienne à Shabwah. En juin, cependant, le mouvement houthi a pu endiguer l'avancée du gouvernement et un soulèvement tribal naissant et repousser les forces pro-gouvernementales dans le sud de Marib.

Shabwah a également été menacée par le STC après la rupture des relations entre le groupe séparatiste et le gouvernement yéménite. Après avoir éjecté le gouvernement de la capitale provisoire d'Aden en août 2019, le STC n'a pas caché ses intentions de s'attaquer aux régions pétrolières du sud du Yémen. Dans une déclaration, le chef du STC, Aiderous al-Zubaidi, a identifié Bayhan, riche en pétrole, dans le Shabwah, et Sayoun, dans le Hadramawt, comme des zones qui devaient être «libérées.» Les forces alliées au STC ont effectué une avancée précipitée vers Ataq à Shabwa dans le sillage de la chute d'Aden, mais l'offensive s'est retournée contre eux, lorsque le gouvernement a contre-attaqué et expulsé du gouvernorat toutes les forces soutenues par le STC, y compris les forces d'élite de Shabwah soutenues par les Émirats. Ce coup dur a empêché le STC de s'emparer de Shabwah et d'avancer vers Hadramawt, ce qui aurait permis au groupe et à ses soutiens émiratis de contrôler de facto la majeure partie du sud du Yémen.

Les récentes batailles à Shoqra, dans la province d'Abyan, entre les forces gouvernementales et celles alliées au

STC sont également liées au triangle pétrolier. Ici, les forces de l'axe militaire Ataq allié au gouvernement et les forces spéciales de Shabwah avaient avancé dans Abyan, sécurisant une zone tampon pour protéger le triangle derrière elles. Pour le gouvernement yéménite, le contrôle de ces régions productrices de pétrole apporte une légitimité sur le terrain et des revenus permettant de payer les salaires et de soutenir les alliés. Que ce soit contre le mouvement Houthi ou le STC, le gouvernement de Hadi sait que le triangle Marib-Ataq-Sayoun doit être défendu à tout prix.

Le 25 avril 2020, le STC a brusquement annoncé l'auto-administration du Sud du Yémen et l'instauration de l'état d'urgence. Légalement, l'article 121 de la constitution yéménite limite le droit de déclarer l'état d'urgence au président, ce qui signifie que l'annonce était illégale. Le 20 juin 2020, le STC a pris le contrôle de l'île de Socotra, après plusieurs jours d'escalade des tensions et d'affrontements. Le 29 juillet 2020, le STC, soutenu par les Émirats arabes unis, a déclaré qu'il renonçait à sa demande d'autonomie et s'est engagé à mettre en œuvre un accord de partage du pouvoir négocié par l'Arabie saoudite en novembre de l'année dernière, mais qui n'a jamais été appliqué. Cette déclaration est intervenue quelques heures après que l'Arabie saoudite a déclaré avoir proposé un plan visant à «accélérer» la mise en œuvre de l'accord de Riyad, considéré comme une tentative du royaume de rétablir l'ordre au sein de la coalition et de réorienter l'attention vers l'objectif initial de vaincre les Houthis.

Le 26 août 2020, le STC a annoncé qu'il se retirait des pourparlers en cours sur la mise en œuvre d'un accord de partage du pouvoir connu sous le nom d'accord de Riyad, en raison de l'incapacité du gouvernement yéménite à fournir les services publics promis, ainsi que des récentes confrontations militaires dans la région d'Abyan.

Avec la menace du Covid-19, l'ONU cherche depuis début 2020 à négocier un cessez-le-feu à l'échelle nationale et à ramener les Houthis et le gouvernement à la table des négociations. Avec le terrain gagné vers Marib et l'offensive récemment lancée sur la côte ouest, la confiance des Houthis est élevée.

Dans l'éventualité peu probable où les Houthis et le gouvernement du Yémen parviendraient à un accord au cours de l'année à venir, rien ne garantit que les parties soutiendraient sa mise en œuvre sur le terrain.

Alors que la situation sécuritaire intérieure reste stable dans le nord, les deux dernières années sont propices à une nouvelle approche des Houthis pour gérer et même contrôler d'importantes ressources humanitaires, justifiée par la corruption et le gaspillage de ces ressources. Cette approche s'est traduite par une forte pression sur les acteurs humanitaires, leur personnel et, par conséquent, par un risque sécuritaire, direct ou indirect. Nous avons vu les répercussions de cette situation sur les accidents subis par les autres OC, soit par la détention temporaire d'employés locaux, soit par d'autres moyens.

Après la chute de la province d'al-Jawf, dans le nord du Yémen, aux mains des rebelles houthis le 1er mars 2020, l'attention s'est portée sur la province de Marib, riche en pétrole, alors qu'une offensive des houthis sur la ville de Marib se profilait.

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. Au début de l'année 2020, les tensions entre le PAM et les Houthis se sont accrues, ce qui a conduit le PAM à réduire de moitié son aide dans les zones contrôlées par les Houthis, craignant que les livraisons ne soient entravées par les forces houthis.

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.

Le 14 avril 2020, dans un geste qui a suscité la consternation des autorités yéménites des deux côtés d'une guerre qui dure depuis cinq ans, l'Organisation mondiale de la santé a réduit les paiements complémentaires versés à des milliers de travailleurs de la santé dans tout le Yémen, alors même que le Covid-19 commence à se propager dans le pays. L'OMS a déclaré qu'elle prévoyait une réduction progressive des ressources allouées aux paiements incitatifs et a donné deux raisons principales à ce changement : l'OMS a des contraintes de financement, et elle souhaite également que le ministère de la Santé reprenne lui-même le versement régulier des salaires. Une interruption des incitations affectera certainement la capacité des agents de santé à continuer à travailler, ce qui aura de lourdes conséquences sur la population, notamment les plus vulnérables comme les enfants et les femmes.

Même si les données exactes resteront très probablement inconnues, on s'accorde à dire que la pandémie de covid-19 a eu un impact considérable sur le système de santé. Elle s'est propagée en grande partie sans être détectée, les tests et la protection du personnel étaient faibles, et l'accès aux soins de santé essentiels n'a pas été préservé. Au Yémen, du 10 avril au 4 novembre 2020, il y a eu 2063 cas confirmés de Covid-19, 601 décès et 1375 guérisons. Cinq ans de combats et 3 vagues d'épidémie de choléra avaient provoqué l'effondrement d'une grande partie du système de santé yéménite. Le Covid-19 a achevé cet effondrement, de nombreux hôpitaux ayant fermé par crainte du virus, ou par manque de personnel et d'équipements de protection individuelle.

PRÉSENCE 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/Israh) 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 1er janvier 2020. 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 effectué différentes interventions, dont certaines sont toujours en cours, à Sanaa, Lahj, Taiz, Abyan et Shabwah, en mettant l'accent sur les salles d'urgence et des postes médicaux de stabilisation avancés. Une évaluation a eu lieu en 2020 et il est prévu d'étendre le champ d'intervention à d'autres gouvernorats du Sud en 2021. La base logistique de Djibouti est également gérée par OCP pour toutes les sections, avec notamment la gestion des avions, le transit du personnel national et expatrié et l'approvisionnement global.

Tous les OC opèrent au Yémen :

- OCBA: Gouvernorats de Hajjah (Abs) et de Al Hudaydah (Al Qanawis)
- OCA: Gouvernorats de Taiz (ville enclavée de Taiz et Hoban au nord de Taiz) et de Marib (cliniques mobiles)
- OCG: Gouvernorat d'Ibb (Kilo) et de Al Hudaydah (dans la ville de Al Sallekhana et Ad Dhahji), Support à la réponse Covid-19 à Ibb. OCG prévoit de soutenir l'hôpital Al Hazm dans le gouvernorat d'Al Jawf et envisage d'ouvrir une autre activité dans le gouvernorat d'Al Baydah.
- OCB: Gouvernorat de Taiz (Mocha à partir du 1er janvier 2020). OCB prévoit d'ouvrir un autre projet dans le sud.

D'autres sections ont ouvert un bureau à Aden à la fin de l'année, principalement pour la représentation et l'approvisionnement. OCB a mis en place une équipe de coordination en 2020 à Aden.

En octobre 2020, MSF travaille dans 12 hôpitaux et centres de santé au Yémen et apporte son soutien à plus de 20 hôpitaux et centres de santé dans 13 gouvernorats (Abyan, Aden, Amran, Hajjah, Hodeida, Ibb, Lahj, Marib, Saada, Sana'a, Shabwah, Adhale et Taiz), avec près de 2500 employés et environ 1175

employés du ministère de la Santé rémunérés mensuellement.

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.

MSF a soutenu l'hôpital Al Kuwait en avril 2020 suite à l'apparition de la pandémie de Covid-19 à Sanaa.

Objectifs

Faciliter l'accès de la population à des services de soins de santé d'urgence gratuits tout en maintenant une capacité de réponse à l'hôpital en cas d'urgence.

Aider l'hôpital à maintenir le niveau de son personnel qualifié dans le service des urgences.

Dispositif

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.

Impact du Covid-19

Suite à l'épidémie de Covid-19, l'hôpital Al Kuwait a été transformé en centre de traitement Covid. Les autres services de l'hôpital ont été arrêtés. Cela a affecté les services de santé pour la population et la situation a été aggravée par la fermeture de la majorité des hôpitaux publics et privés de Sanaa.

MSF a soutenu l'hôpital Al Kuwait en avril 2020 suite à l'apparition de la pandémie de Covid-19 à Sanaa. L'hôpital Al Kuwait était le principal centre de traitement du Covid. OCBA et OCA sont également intervenus à l'hôpital Sheikh Zaid, situé à 20 km de la ville. Nous avons réussi à traiter 927 patients avec un taux de mortalité de 27%. L'hôpital a été entièrement soutenu par MSF, y compris la logistique, les finances, les médicaments, ainsi que la gestion du personnel pour toute l'équipe Covid-19 en collaboration avec le ministère de la santé.

PROJET : SAADA – GOUVERNORAT DU NORD

Historique du projet

Fief du mouvement Ansar Allah (AA / AH), et l'une des régions les plus pauvres du Yémen, le gouvernorat de Saada a été soumis à un cycle de conflits violents depuis 2004. Après les 6 guerres, et profitant du printemps arabe en 2011, AH a commencé à étendre son contrôle partout et à diminuer l'influence tribale (certains cheikhs ont fui vers l'Arabie Saoudite, tandis que ceux soutenus par AH ont pris plus tard les positions clés du district en 2017).

Des années après s'être retiré de Saada suite à des difficultés avec AA/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 de Haydan a été sérieusement endommagé et partiellement détruit par une frappe aérienne de SLC. Cela a entraîné une interruption de nos activités à Saada jusqu'en décembre 2015, date à laquelle nous avons repris la gestion des opérations à distance.

Après le bombardement aérien de l'hôpital Haydan par la coalition dirigée par les Saoudiens et les Émiratis en 2015, MSF a réhabilité les parties détruites du bâtiment. Le nouvel hôpital a été rouvert mi-2018 et depuis, le nombre de patients n'a cessé d'augmenter. Grâce à l'activité de référence existante, des besoins supplémentaires en soins de santé ont été identifiés, qui ne sont pas couverts dans le district. En conséquence, nous proposons d'augmenter la capacité de l'hôpital de Haydan en introduisant des soins aux nouveau-nés, des soins aux enfants gravement malades et une capacité chirurgicale.

Par ailleurs, nous avons commencé à soutenir le centre de santé de Noshur dans le district d'As Safra et celui de Yasmin dans le district de Baqim. En 2016, quelques employés internationaux ont été recrutés pour une courte période. Ils proposaient des soins d'urgence, des consultations et des soins obstétricaux à la population. L'équipe a de nouveau été évacuée après le bombardement de l'hôpital d'Abs par SLC début août 2016 (faisant 19 morts).

En février 2017, MSF a repris avec une présence directe d'expatriés et a reconstruit l'hôpital. L'accès aux villages n'a pas été accordé en raison de la restriction de l'AH. Par

conséquent, il a été décidé de concentrer nos activités de proximité autour de Haydan, avec des soins de santé primaires et la prise en charge de cas sévères à forte mortalité. Nous avons maintenu un stock d'urgence dans la ville de Saada. Depuis l'ouverture du nouvel hôpital, l'activité est en constante augmentation.

Aujourd'hui, le gouvernorat de Saada compte environ 6 lignes de front actives. MSF participe à la stabilisation et au système de référence des blessés de guerre vers les hôpitaux de Saada.

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 d'assurer l'accès aux soins d'urgence à la population du district de Haydan et des environs.

La guerre continue au Yémen depuis 2014 a entraîné le déplacement interne de la population, l'effondrement des installations de soins de santé et l'absence de paiement du personnel de santé.

Dispositif

En collaboration avec le Ministère de la Santé, MSF gère les activités suivantes à l'hôpital de Haydan :

- 1 bloc opératoire, 18 lits dans le service de chirurgie (9 pour hommes + 9 pour femmes), 2 lits de soins intensifs, 2 lits de récupération.
- Service de consultations (OPD) : Ouvert du samedi au jeudi ; comprend 4 consultations (2 assistants médicaux et 2 médecins), pansements homme et femme, centre nutritionnel ambulatoire et vaccination.
- Urgences : ouvertes 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, 4 lits de stabilisation pour hommes et 3 lits de stabilisation pour femmes.
- Centre Covid-19 avec dépistage et 4 lits d'hospitalisation.
- Maternité : Ouverte 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 ; comprend des soins anté- et post-natals, le planning familial, les consultations gynécologiques, la salle d'accouchement (avec 2 lits d'accouchement), 3 lits prénatals et 4 lits postnatals.
- Service de néonatalogie : Ouverte 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, avec 6 lits et une zone de réanimation.
- Hospitalisation pédiatrique : Ouverte 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, avec 10 lits et 2 lits pour les cas critiques.
- Centre nutritionnel thérapeutique intensif : Ouvert 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, avec 6 lits.
- Isolement : 6 lits.
- Laboratoire : banque de sang, numération des globules blancs, biochimie (créatinine, fonction hépatique), électrolytes (Na, K & Cl), microscopie (urine, selles, AFB), CRP.
- Pharmacie : une pharmacie centrale et une pharmacie pour le service de consultation.
- Bâtiment de stérilisation entièrement neuf.
- Promotion de la santé.

Pendant l'épidémie de Covid-19, les activités ont été relativement réduites car les gens avaient peur de venir dans les hôpitaux. L'imprévisibilité de la situation future du Covid-19 crée de l'incertitude. Des installations rapides sous des tentes d'isolement habituellement prévues pour les cas de rougeole ont été mises en place pour faire face à l'épidémie.

Bilan 2020

Covid-19	Mai 2020	Juin 2020	Juillet 2020	Août 2020	Sept 2020	Oct 2020	Nov 2020	Déc 2020
Suspensions de cas (isolement à domicile)	24	332	406	170	62	0	0	0
Admissions au centre Covid	3	11	10	5	0	0	0	0
Références	1	0	2	0	0	0	0	0
Perdus de vue	0	1	0	0	0	0	0	0
Mortalité	0	0	0	0	0	0	0	0
Sorties à domicile	2	8	8	5	0	0	0	0

Hôpital de Haydan	2018	2019	2020
Total consultations	31 802	52 927	60 460
Arrivées au service des urgences	13 829	8 664	8 024
Hospitalisations adultes	188	157	310
Hospitalisations pédiatriques	1 535	1 123	762
Admissions centre nutritionnel intensif	396	335	352
Centre nutritionnel ambulatoire	405	712	675
Soins anténatals	3 863	2 902	4 101
Admission néonatalogie	0	128	288

PROJET : AMRAN – SOINS POUR LES POPULATIONS DÉPLACÉES**Historique du projet**

Le projet dans le gouvernorat d'Amran a débuté en décembre 2009, en raison de l'afflux de déplacés de la guerre de Saada, principalement dans la ville d'Amran. Les principales activités ont lieu dans les hôpitaux de Khamer et Huth avec des services d'urgence, chirurgie et maternité entre autres.

En 2015, MSF a soutenu les centres de santé de Harf Sufyan, Al Qafrah et Al Asha, destinés à fonctionner comme des postes médicaux avancés pour les blessés de guerre des lignes de front les plus proches, ainsi qu'à augmenter la zone de couverture, la capacité de surveillance et la qualité des soins d'urgence et des références. Finalement, en raison de la faible activité et du faible impact de MSF sur la qualité des soins, il a été décidé de mettre fin au soutien à ces centres de santé en 2017.

En 2017, Epicentre a fait une enquête nutritionnelle sur la base de l'évaluation des rapports disponibles (faute d'autorisation pour mener une enquête dans la population) et il a été décidé de commencer des cliniques mobiles dans les zones les plus touchées. L'équipe du projet a identifié des zones difficiles à atteindre et a proposé de soutenir 4 districts avec deux types d'activités différentes, toutes deux axées sur la santé maternelle et infantile. En avril 2018, une évaluation a été faite après 4 mois et il est apparu clairement que la stratégie devait être revue (faible nombre de références). L'équipe a également été confrontée à une restriction d'accès aux postes de contrôle.

Dispositif

En collaboration avec le ministère de la santé, nous soutenons 2 hôpitaux dans 2 districts avec une capacité totale de 133 lits.

Khamer hospital (109 bed hospital)

- Urgences : 10 brancards (4 pour les hommes, 4 pour les femmes et 2 pour la réanimation). Soins intensifs : 3 lits
- Hospitalisation (IPD) : 19 lits pour hommes + 11 lits pour femmes + 8 lits de maternité
- Service pédiatrique : 16 lits (3 pour l'unité de soins intensifs) + Centre nutritionnel intensif (14 lits)
- Maternité : 2 lits pour l'accouchement, 4 lits pour le pré et 4 pour le post accouchement.
- Unité néonatale : 19 lits
- Isolement : 16 lits
- 2 blocs opératoires
- Banque de sang, radiographie, PEV

Le Ministère de la Santé gère le service de consultation (OPD).

Centre de santé de Huth (24 lits / appui à 5 départements)

- Urgences : 6 brancards (3 pour hommes, 2 pour femmes et 1 de réanimation)
- Service pédiatrique : 15 lits + Centre nutritionnel intensif : 6 lits
- Maternité : 2 pour l'accouchement et 4 pour le pré/post accouchement
- Isolement : 3 lits

Bilan 2020

Favoriser l'accès de la population aux services de santé gratuits, y compris les services d'urgence, de chirurgie, de pédiatrie et de santé maternelle.

Hôpital Al Salam - Khameer

	2018	2019	2020
Total présentations aux urgences	27 262	30 522	24 793
% référés aux urgences d'autres structures	7	4,5	4,4
Total hospitalisations adultes (IPD)	515	877	617
Total hospitalisations pédiatriques	1 800	2 333	2 015
Total admissions en chirurgie (IPD)	844	1 639	1 878
Total admissions en soins intensifs (incl. pédiatrie)	493	821	817
Total accouchements y compris césariennes	2 797	2 828	2 902
% césariennes	9	5	6,7
Total admissions néonatalogie	977	940	938
Total admissions centre nutritionnel intensif	641	750	786
Total interventions chirurgicales	2 990	2 623	2 960

Hôpital de Huth

	2018	2019	2020
Total présentations aux urgences	9 703	8 650	8 122
Total hospitalisations (IPD)	766	827	818
Total admissions centre nutritionnel intensif	396	417	389
Total accouchements	617	841	1 073

Covid-19 - 2020

La réponse de Covid-19 à Khameer a commencé en avril. En mai, 16 lits pour les cas graves étaient opérationnels, avec une diminution progressive de l'activité à partir d'août 2020. Les cas critiques ont été référés à l'établissement de Sanaa soutenu par MSF.

Le projet a été affecté par le Covid par le détachement de personnel clé pour la réponse du Covid de Sanaa, l'interruption des rotations des expatriés et l'annulation d'un certain nombre de formations et de visites prévues.

Le tableau ci-dessous présente les indicateurs pour le centre de traitement de Covid. A partir de septembre, le nombre de cas de Covid a considérablement diminué.

Covid-19	Mai 2020	Juin 2020	Juillet 2020	Août 2020	Total
Nombre de lits	16	16	16	16	-
Total cas Covid	60	120	96	82	358
Total admissions	17	24	18	13	72
Nombre de cas sévères (sous oxygène)	15	22	15	9	61
Nombre de tests effectués / tests positifs	6 / 5	13 / 11	5 / 1	0 / 0	24 / 17
Nombre de décès	4	2	2	0	8
% mortalité	20%	18%	9%	0	12%
Durée moyenne de séjour (jours)	4	4	8	6	6
Sorties à domicile	15	16	12	16	15

PROJET : CENTRE DE TRAUMATOLOGIE À ADEN**Historique du projet**

MSF gère un hôpital indépendant de traumatologie et de chirurgie d'urgence depuis 2012 à Aden. Pendant la guerre entre AH/ancien président Saleh et la résistance sudiste (soutenue par SLC) en 2015, MSF a maintenu les activités et a traité principalement des patients blessés de guerre. Le taux de violence n'a pas changé de manière significative entre 2016 et 2017.

En 2018, l'hôpital a reçu 6062 cas (moyenne de 505 par mois). En 2019, il y a eu une diminution d'environ 30%, avec une moyenne de seulement 381 cas par mois, malgré les violents combats à l'intérieur d'Aden entre le STC et les forces gouvernementales en août, où l'hôpital a dû passer à plus de 120 lits pour gérer un pic d'activité. Les facteurs qui ont contribué à ce faible nombre de cas sont la fermeture de l'hôpital pendant un mois en avril 2019 pour des raisons de sécurité et l'hôpital Mocha qui a reçu des patients qui se rendaient auparavant à Aden.

La stratégie pour 2020 consistait à prévoir des périodes de forte et de faible activité sur la base des données de l'hôpital et du contexte. Les critères d'admission ont été élargis pour inclure les accidents de la route ; la fixation interne a été établie comme un programme permanent avec une salle dédiée ; des changements ont eu lieu dans la façon dont les patients sont suivis dans les services d'urgence (non évalués à ce jour).

Dispositif**Hôpital de chirurgie traumatologique d'urgence (MSF)**

- Soins chirurgicaux pour les patients gravement blessés, y compris les blessures violentes (coups de feu, explosions de bombes, blessures à l'arme blanche, etc.)
- Opérations d'urgence pour sauver des vies et des membres, chirurgies vasculaires et orthopédiques, y compris les soins postopératoires en fonction du type et de l'étendue des blessures, y compris la physiothérapie et la nutrition. Les consultations de suivi des patients sortis de l'hôpital sont effectuées dans un service orthopédique spécialisé (POAC - Post Operative Ambulatory Consultations), avec des chirurgiens généralistes pour les cas spécialisés et des médecins généralistes pour les autres cas. La physiothérapie et le pansement des plaies sont également effectués.
- Fourniture de prothèses de membres inférieurs en cas d'amputation, suivie par l'équipe de physiothérapie jusqu'à l'adaptation du patient. Les prothèses sont sous-traitées auprès d'un centre de prothèses externe mais la formation et la préparation des patients à l'utilisation de la prothèse sont effectuées par nos physiothérapeutes.
- Dans le cas de patients polytraumatisés nécessitant des soins spécialisés en traumatologie, Aden dispose d'une équipe de spécialistes externes qui apportent leur soutien à notre équipe médicale (ophtalmologue, urologue, néphrologue, gynécologue obstétrique, chirurgien vasculaire, etc.)
- Avec la mise en place du laboratoire de microbiologie et de la gestion des antibiotiques, Aden a augmenté sa capacité à traiter ses propres cas compliqués (infection osseuse, infection des tissus mous et infection sanguine), réduisant ainsi la durée de séjour de ses patients transférés dans le projet de chirurgie reconstructive MSF d'Amman (Jordanie) et améliorant l'utilisation des antibiotiques dans l'hôpital.

- En cas de besoin de chirurgie reconstructive, l'officier de liaison médicale d'Amman est également présent dans l'OPD pour enregistrer et suivre le processus de validation des références au projet de chirurgie reconstructive d'Amman.
- Lien avec d'autres acteurs qui assurent la protection et la subsistance des groupes de population vulnérables : enfants (Conseil danois pour les réfugiés, UNICEF et fondation du roi Salomon), migrants et réfugiés (OIM), traumatismes (CICR).

Organisation spatiale et capacité des lits :

- 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.

Bilan 2020

Activités de l'hôpital d'Aden

	2019	2020
Total Présentations aux Urgences	4 430	4 531
Présentations aux Urgences <5 ans	90	152
Présentations aux Urgences, 5-14 ans	517	601
Présentations aux Urgences, >=15 ans	3 823	3 778
Cas Trauma aux Urgences	4 207	4 463
Trauma lié à violence	2 280	2 196
Total interventions au bloc	6 203	6 911
Interventions primaires au bloc	1 282	1 833
Interventions primaires <5 ans au bloc	15	46
Interventions primaires >=5 ans au bloc	1 267	1 787
Hospitalisation Admissions <5 ans - tous services	32	58
Hospitalisation Admissions >=5 ans - tous services	1 825	2 075
Triage aux Urgences nb de cas noirs	101	75
Décès en hospitalisation – tous services	43	36
Total sorties d'hospitalisation – tous services	1 971	2 324

Antibiorésistance

	2018	2019	2020
Total admissions à l'hôpital	2 612	1 812	2 324
Nb de cultures	162	153	223
Infections bactériennes multirésistantes	104	98	114
Infections autres	18	21	145
Echantillons sans croissance	18	21	36

Au-delà des objectifs initiaux, le projet a répondu à l'urgence Covid et assuré la continuité d'activité durant la crise Covid.

PROJET : INTERVENTION COVID NORD – HÔPITAL AL KUWAIT - SANAA

Historique

Malgré plusieurs rapports suggérant que des cas de covid avaient été enregistrés à Sanaa en avril, le premier cas officiel n'a été annoncé par les autorités de Sanaa que le 6 mai. L'annonce que la première personne positive au test Covid dans le nord du Yémen était un immigrant et que la seconde était une personne originaire d'Aden, a été délibérément conçue pour démontrer que les cas venaient de l'étranger et que les zones sous gouvernance AA étaient contrôlées par les Covid. Par la suite, Sanaa a commencé à annoncer les cas lentement, et tout au long des mois suivants, l'autorité n'a parlé que de manière générale de l'enregistrement des cas sans annoncer de chiffres officiels.

Au sein de la mission du Yémen, une réponse de Covid a été envisagée dès le mois de mars.

Dispositif

Le 25 mars, MSF a pris la décision de soutenir l'hôpital Al Kuwait dans la gestion des cas de Covid. L'intention était de soutenir les urgences, les services d'hospitalisation et les unités de soins intensifs de manière limitée jusqu'à ce que la situation de Covid devienne plus claire.

Un peu plus tard, l'hôpital Al Kuwait a reçu l'instruction du ministère de la santé de fermer tous ses services afin que l'hôpital puisse être transformé en centre d'isolement/traitement pour Covid.

L'installation a commencé avec 15 lits de soins intensifs et 60 lits d'hospitalisation et s'est terminée avec 15 lits de soins intensifs et 30 lits d'hospitalisation répartis comme suit :

- Urgences : 7 lits : 3 pour femmes et 4 pour hommes
- Hospitalisation : 30 lits (22 pour hommes + 8 pour femmes)
- Soins intensifs : 15 lits

Bilan 2020

Bien qu'initialement conçu comme un soutien, MSF s'est pleinement impliqué dans la gestion des patients et la supervision du personnel clinique.

Fermeture

Le nombre d'admissions a commencé à diminuer en juillet. Il a été décidé, en accord avec le Ministère de la Santé, de diminuer progressivement le soutien pour un transfert en douceur et de mettre fin à notre présence le 10 septembre après un dernier don équivalent à un mois de fournitures médicales et quelques articles logistiques consommables (jusqu'au 10 octobre).

Activités Covid jusqu'en septembre 2020

	Total	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept
Nombre de lits							
Soins intensifs		15	15	15	15	15	15
Hospitalisation		60	50	50	50	30	30
Nombre admissions	927 patients vus	78	194	282	194	150	29
Nb de cas sévères (avec oxygène)	768	44	204	236	224	58	2
Nb de sorties	649	27	114	140	197	148	23
Nb de décès	251	10	81	94	44	19	3
% Mortality							
Globale	27,1	12,6	42,3	33,8	22,6	13,6	10,3
Soins intensifs	71,6	28,3	80,5	85,2	73,2	55,8	66,7

PROJET : INTERVENTION COVID SUD – HÔPITAL AL AMAL - ADEN

Historique du projet

Le premier cas officiel de Covid a été déclaré le 10 avril dans le sud du Yémen, face à un important déni politique et social de la présence de Covid au Yémen.

Le gouvernement a pris peu de mesures préventives, sans confinement, sans recherche des contacts, sans que la population ne porte de masques, sans pratiques de distanciation sociale et sans qu'il soit possible de déterminer l'ampleur de l'épidémie.

La plupart des hôpitaux privés et publics ont fermé leurs portes car leur personnel craignait la contagion et les équipements de protection (PPE) n'étaient pas disponibles.

MSF a rapidement décidé d'intervenir dans la gestion de Covid, mais la stratégie n'a pas été clairement définie au début. Soit MSF apportait un soutien technique à la gestion des cas, soit elle ouvrait un centre de traitement à part entière.

L'hôpital privé de cancérologie Al Amal a été identifié par le Ministère de la Santé et rapidement, il est devenu le centre d'isolement et de traitement des cas de Covid et a été transféré à MSF pour tous les aspects de sa gestion et de ses responsabilités (prise en charge des patients, fonctionnement, ressources financières et médicales, et personnel sous l'entière responsabilité de MSF). Un protocole d'accord a été signé le 6 mai.

A peu près au même moment, certains observateurs ont souligné le doublement du nombre d'enterrements dans la ville, donnant le sentiment de l'ampleur de la pandémie dont on parlait peu.

Dispositif

La structure a été organisée en zone de triage, centre d'isolement de 30 lits, 40 lits d'hospitalisation pour les patients sous oxygène, 7 lits de soins intensifs.

Bilan 2020

	Total	Mai	Juin	Juillet
Nb de lits		32	40	40
Nb admissions de cas confirmés et probables	349	274	68	7
Nb de cas sévères (avec oxygène)	349	274	68	7
Nb de tests effectués	22	3	18	1
Nb de sorties	300	238	56	6
Nb de décès	178	148	29	1
Durée moyenne de séjour (jours)	27	15	7	5
% Mortalité	59%	54%	42%	43%

Après la baisse des admissions en juin, il a été de fermer le projet fin juillet.

PROJET : DJIBOUTI

Historique

La raison d'être du projet de Djibouti vient de la fermeture de l'espace aérien yéménite par la Coalition dirigée par l'Arabie Saoudite et l'Émirats Arabes Unis (SELC) depuis le début du conflit, en mars 2015. Le besoin d'une base à partir de laquelle coordonner les mouvements avec la cellule saoudienne d'évacuation et d'opérations humanitaires (EHOC) est apparu évident.

Le bureau de Djibouti approvisionne aujourd'hui les 5 centres opérationnels au Yémen, à l'exception des avions charter qui sont de plus en plus souvent envoyés directement au Yémen depuis d'autres pays. Djibouti est également la base de transit pour tous les mouvements du personnel vers et depuis le Yémen, en utilisant l'avion dédié à MSF. C'est aussi le lieu où sont accordés les visas pour entrer sur les territoires yéménites s'ils ne sont pas faits depuis les sièges. En 2015, Djibouti a joué un rôle supplémentaire essentiel puisque c'était le point de départ des bateaux qui transportaient les ressources humaines et l'approvisionnement vers la ville assiégée d'Aden.

Compte tenu de toutes les raisons mentionnées ci-dessus, les centres opérationnels MSF ont accepté de partager un bureau commun où OCP s'est engagé à être le point focal et le principal interlocuteur, avec un accord de partage des dépenses entre toutes les sections.

Dispositif

Il s'agit d'une base de 35 personnes comprenant des expatriés nationaux et internationaux. Cela inclut un coordinateur de projet, une équipe d'opération de vol (coordinateur de vols et assistant), une équipe d'approvisionnement (Manager et deux superviseurs), un officier de liaison en charge des visas et de la coordination avec l'EHOC, en plus des départements de soutien nécessaires (Administration).

Bilan 2020

- Renforcement de la gestion de l'approvisionnement :
 - Nouvelle évaluation de toutes les possibilités d'entreposage de qualité et de transport de marchandises.
 - Consolidation de la performance de notre partenaire transitaire BMMI par une coopération étroite.
 - Création d'un deuxième poste de superviseur de l'approvisionnement et mise en place du personnel.
 - Évaluation des transitaires.
- Poursuite de l'amélioration de la performance de l'approvisionnement :
 - Retrait de l'aéroport du fret OCG endommagé et processus de destruction négocié avec les autorités djiboutiennes ; négociation des coûts de stockage à l'aéroport avec Air Djibouti.
 - Arriéré de factures
 - Support au procès d'ARAMEX
- Opérations aériennes :
 - Unification du système de réservation, amélioration de la gestion du fret sur les vols MSF.
 - Renforcement de la collaboration avec le département des approvisionnements de Djibouti, planification, programmation du fret sur les vols MSF.
 - Évaluation de l'aéroport/piste d'atterrissage de Marib.
 - Optimisation de tous les vols MSF, avec plus de passagers et plus de cargaisons.
- Maintien de réseaux avec les autorités
 - Surveillance du paysage médical dans le pays.
 - Recrutement de points focaux médicaux sous l'égide du «coordinateur médical».
- Amélioration du processus de déconfliction avec l'EHOC.



Soudan - 2004 - Photographie : Thomas van Heutryve

Les satellites de Médecins Sans Frontières



LA FONDATION

Terrain d'innovations.

RAPPORT MORAL

L'année 2020 a été une année de bouleversements et de défis pour tout un chacun. La pandémie nous a obligés à repenser nos façons de travailler, de communiquer et de vivre ensemble. Elle a également mis en avant la nécessité de partager les savoirs et de s'entraider.

Plus que jamais, en cette année marquée par la pandémie de Covid-19, La Fondation s'est attachée à soutenir les équipes de l'association MSF face au virus, tout en poursuivant son engagement en faveur d'un accès durable et de qualité pour les populations en ayant besoin.

Ainsi nous sommes intervenus en urgence à Gaza où une explosion de gaz en mars 2020 a fait de nombreux morts et blessés graves dans un camp de réfugiés. Nombre d'entre eux souffraient de graves brûlures du visage. Nous avons donc aidé et formé à distance l'équipe sur place à concevoir des prothèses faciales transparentes fabriquées grâce à la technologie 3D, déjà utilisées en Jordanie et à Haïti.

Avec de nombreux partenariats, nous avons également participé au développement de deux applications de santé publique afin de permettre, dans le cadre de la pandémie de Covid-19, le suivi à distance de cohortes de patients vulnérables en République démocratique du Congo ainsi que le soutien aux activités de surveillance Covid-19 par le ministère de la Santé du Niger.

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, ainsi que les membres du collège des fondateurs désignés par le CA de MSF France, permettent à La Fondation d'accomplir sa mission qui est celle d'être au carrefour des savoirs universitaires, technologiques et humanitaires pour répondre au mieux aux problématiques des terrains.

Nous abordons l'année 2021 avec énergie et optimisme, pour continuer à être force de propositions innovantes au service de la médecine humanitaire.

Denis Gouzerh
Président de La Fondation MSF

RAPPORT D'ACTIVITÉS

OBJET ET MISSION

Créée en 1989, à l'initiative de l'Association MSF, La Fondation MSF 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 sur l'Action et les Savoirs Humanitaires (CRASH).

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-ups, 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.

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 accroître ses performances sur le terrain.

Afin de garantir le respect d'une vision globale des priorités pour le bien de la mission sociale d'MSF, c'est conjointement avec l'Association que le choix des projets est porté au vote du Conseil d'administration de La Fondation.

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.

Composition du Conseil d'administration :

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 CA MSF

Les membres du Collège des donateurs et mécènes sont :

- Elizabeth Pauchet
- Louis Godron
- Geoff Skingsley

Les membres du Collège des personnalités qualifiées sont :

- Martine Guillerm
- Nicolas Mottis
- Anne Jeanblanc

Les membres du CA ont un double rôle. Ils ont un rôle d'ambassadeur auprès d'acteurs extérieurs, facilitant les rencontres et les échanges d'informations. Ils accompagnent aussi La Fondation MSF, en fonction de leurs compétences spécifiques, dans différents domaines : propriété intellectuelle, marketing et positionnement de marque, innovation et nouvelles technologies, sciences sociales et recherches scientifiques et médicales, philanthropie et fonctionnement des fondations.

En 2020, les réunions de Conseil d'administration (3 par an) se sont intégralement déroulées en visioconférence en raison de la pandémie de Covid-19. Cette organisation n'a pas perturbé le bon fonctionnement du conseil, et nous espérons pouvoir reprendre les réunions en présentiel en 2021.

L'Assemblée des donateurs : 2^{ème} édition des Rencontres de La Fondation MSF

La Fondation MSF a l'obligation statutaire de présenter le rapport annuel de sa situation financière et morale à l'assemblée des donateurs et mécènes.

Pour la deuxième année consécutive, les équipes de La Fondation ont choisi de le faire sous la forme d'une rencontre à laquelle était convié l'ensemble des donateurs de La Fondation.

La 2^{ème} édition des Rencontres de La Fondation, organisée le 10 mars 2020, a ainsi permis aux donateurs présents de s'entretenir avec les porteurs de projet et de découvrir leur réalisation concrète : présentation de prothèses et d'orthèses imprimées en 3D, démonstration de l'application AntibioGo (application smartphone contre la résistance aux antibiotiques)... Des membres du CA ainsi que de l'équipe de La Fondation étaient également présents pour répondre aux questions des donateurs.

Enfin, pour illustrer la mission de La Fondation en tant que carrefour des connaissances universitaires, humanitaires et technologiques, une table ronde a été organisée sur le thème « Intelligence Artificielle et santé – puissance et limites des algorithmes » réunissant de prestigieux invités tels que Aurélie Jean (docteure en sciences), David Gruson (fondateur d'Ethik-IA), Anne-Laure Rousseau (médecin, Présidente de NHANCE), Jean Hervé Bradol (directeur d'étude au CRASH) et Nada Malou (référente microbiologie pour MSF).

Pour retrouver le résumé de l'évènement en vidéo : <https://www.youtube.com/watch?v=cc-ua3k4yAM&list=PL-lzpj34hUCdMmoraf1KIR7uRCCH3p4V3&index=43>

L'équipe de La Fondation MSF

- Clara Nordon (Directrice)
- Rachel ACH (Attachée de Direction)
- Laëtitia Viaud (Coordinatrice projets)
- Tom Le Roux (stagiaire)

LA FONDATION ABRITÉE : « FOUNDATION INNOVATORS FOR HUMANITARIAN ACTION »

La FIFHA (Foundation Innovators For Humanitarian Action) 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.

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 de projets basés sur l'IA et portés par la Fondation MSF.

Elle soutient depuis 2 ans le projet Antibio, application gratuite, fonctionnant hors ligne sur smartphone pour aider le personnel non expert travaillant en milieux à ressources limitées à interpréter les antibiogrammes dans leurs activités courantes de laboratoire.

Lors du Comité de la Fondation FIFHA du 16 décembre 2020, le conseil s'est prononcé pour le soutien au projet AI4CC (AI for Cervical Cancer) lequel a pour objectif de développer un outil d'aide au dépistage du cancer du col en utilisant le traitement d'image et l'intelligence artificielle pour améliorer les performances du test visuel aujourd'hui pratiqué sur nos terrains d'intervention.

En soutenant ces 2 projets innovants, la fondation FIFHA a marqué sa volonté d'ancrer son action dans la R&D sur l'utilisation de l'IA dans le développement d'outil d'aide au diagnostic adaptés aux pays à faibles et moyens revenus.

LES PROJETS

Programme 3D

Fin 2016, La Fondation Médecins Sans Frontières lance son programme 3D. Implémenté initialement au sein de l'hôpital de chirurgie reconstructive de MSF situé à Amman, en Jordanie, ce programme a pour but de développer l'expertise de MSF en

matière d'appareillage et de rééducation. Pour cela, les équipes explorent 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 répondre à ce défi, et faisant suite au projet en Jordanie, La Fondation MSF a déployé 2 autres projets sur d'autres terrains d'intervention de l'association

Détails des activités

- Jordanie : 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 2020, l'équipe avait inclus 39 patients depuis le démarrage du projet autour des quatre étapes :
 - Identification des besoins et bilan de rééducation (clinique, fonctionnelle)
 - Décrire les résultats cliniques et fonctionnels des patients après 3 et 12 mois de suivi ;
 - Évaluer la durabilité et la fonctionnalité de la prothèse grâce à un suivi régulier ;
 - Évaluer la satisfaction du patient avec l'appareil 3D.

Pour favoriser la passation du projet aux équipes nationales jordaniennes, le recrutement d'une superviseuse 3D a été réalisé en décembre 2017. Deux consultants, un orthoprothésiste, une physiothérapeute, une ingénieure biomédicale et une ergothérapeute font également partie de cette équipe.

Depuis 2017, les imprimantes du projet 3D sont hébergées au Fablab d'Irbid dans le cadre d'un partenariat. L'ingénieure spécialisée en biomédecine assure le lien entre l'équipe du projet et le Fablab.

En 2020, l'équipe a dû faire face au challenge de la COVID-19. L'hôpital d'Amman s'est retrouvée confinée à deux reprises, de mars à mai puis d'octobre à novembre 2020. Pour maintenir le lien avec les patients et assurer la continuité des soins, les équipes ont fait preuve de créativité en produisant des vidéos adaptées aux patients pour les séances d'ergothérapie mais également en assurant des consultations en visio.

En 2020, le taux de satisfaction des patients à 1 an d'utilisation des prothèses est de 91,33 % (selon le questionnaire de satisfaction OPUS).

- Jordanie, Haïti et Palestine : La fabrication d'appareillage de compression transparent pour les grands brûlés du visage et du cou.

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 contraignante qui consiste à mettre des bandes de plâtre sur un visage fragilisé est remplacée par un scan de surface du visage rapide et indolore. L'équipe a réalisé, depuis 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 2020, l'équipe avait équipé 34 patients à l'hôpital d'Amman (Jordanie), 22 patients à l'hôpital Drouillard à Port au Prince (Haïti), et 19 patients au sein des cliniques postopératoires de Gaza en Palestine. La prise en charge des patients se fait autour de 4 étapes :

- Identification des besoins et bilan de rééducation (clinique, fonctionnelle)
- Scan du visage et du cou du patient ; impression du moule (négatif de l'empreinte), moulage en plâtre (positif de l'empreinte), et conception de l'orthèse faciale transparente.
- Décrire les résultats cliniques et fonctionnels des patients après 3, 6, 9 et 12 mois de suivi ; Évaluer la satisfaction du patient suite au port du masque.
- Suivi de l'appareillage (nécessité de modifications notamment le masque des enfants du fait de leur croissance).

Cette prise en charge se fait en partenariat avec l'hôpital Léon Bérard de Hyères qui nous accompagne, via leur expertise technique, dans la conception assistée par ordinateur des masques.

L'équipe du projet est basée à Amman (Jordanie), à Port au Prince (Haïti) et Gaza (Palestine).

Antibiogo

L'antibiorésistance est un phénomène naturel d'adaptation des bactéries à leur environnement. Ce phénomène est néanmoins largement amplifié par l'activité humaine. Selon l'OMS les trois moteurs de l'antibiorésistance sont : l'usage non rationnel des antibiotiques, le manque d'hygiène hospitalière et l'inaccessibilité à un outil de diagnostic microbiologique.

Lorsqu'un traitement antibiotique est inadapté, les bactéries résistantes survivent, se multiplient et, du fait de l'élimination des autres bactéries sensibles, 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 d'antibiotiques réduisent le champ des possibles en matière d'antibiothérapie.

Le rapport d'O'Neill de 2016 prévoit que l'antibiorésistance soit la source de 10 millions de morts par an dans le monde à partir de 2050. Cliniquement, le diagnostic des antibiorésistances repose sur l'identification des bactéries et l'identification de leur sensibilité ou résistance à certains antibiotiques. Cela se fait via le test appelé antibiogrammes qui permet de tester la sensibilité d'une bactérie identifiée (après culture et analyse) à différentes classes d'antibiotiques.

L'une des difficultés auxquelles sont confrontés les terrains MSF et plus généralement les pays à ressources limitées, dans la lutte contre l'antibiorésistance, est le manque de personnels de laboratoires formés à 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 réponse à ce besoin, La Fondation MSF a initié en 2017 le projet Antibiogo, une application gratuite et hors ligne sur smartphone pour aider le personnel non expert travaillant en milieux à ressources limitées à interpréter les antibiogrammes dans leurs activités courantes de laboratoire.

Cette application effectue l'analyse de photos d'antibiogrammes et fournit des conseils pour le traitement approprié du patient.

De 2017 à 2020, l'application s'est développée sous l'expertise de la référente microbiologie de MSF et responsable scientifique du projet et en collaboration avec :

- un consortium d'experts composé d'un des spécialistes mondiaux de l'antibiorésistance, d'un chercheur en Bio-informatique, d'un enseignant-chercheur en mathématiques et d'un pharmacien biologiste en intelligence artificielle.
- Le soutien de 12 salariés de chez Google qui nous ont apporté leur expertise technique pour la mise en œuvre de la vision initiale du produit.

Mi 2020, La Fondation a renforcé son équipe en lançant le recrutement d'une équipe produit internalisée pour la finalisation du développement de l'application, la mise en œuvre de la vision produit et son déploiement en lien étroit avec la responsable scientifique du projet.

Initialement prévue sur 6 mois, l'évaluation clinique de l'application a commencé dans l'hôpital de MSF à Amman et s'est déroulée sur toute l'année 2020 en raison de l'épidémie de COVID-19. En effet, l'hôpital d'Amman ayant dû être, de mars à mai puis d'octobre à novembre confinée. Cette étape primordiale a consisté à tester les performances du système de traitement des images présent dans l'application, puis à évaluer les performances du système expert d'interprétation.

En septembre 2020, après les deux premières phases de tests sous le nom d'ASTapp, l'application prend le nom d'Antibiogo et se constitue d'une identité visuelle.

C'est donc sous cette appellation qu'Antibiogo a démarré, début 2021, sa troisième et dernière phase d'évaluation clinique afin de tester toutes les facettes de l'application sur trois sites, à savoir Amman (hôpital RSH en Jordanie), Koutiala (hôpital pédiatrique MSF au Mali) et à Dakar (Hôpital de l'Institut Pasteur, au Sénégal).

Les 2 principales perspectives pour le 1er semestre 2021 sont la publication scientifique basée sur une

recherche clinique poussée prouvant la fiabilité d'Antibiogo, ainsi que l'aboutissement du travail sur la certification européenne qui permettra au produit d'être qualifié : « in vitro diagnostic medical device ».

L'équipe est composée de 5 personnes dont 1 responsable scientifique et 2 product managers.

En parallèle du Google Impact Challenge, obtenu en 2019, et qui récompense les projets basés sur l'intelligence artificielle susceptibles d'avoir un impact positif sur des problématiques sociales, Google a mis gratuitement à disposition de La Fondation deux équipes de 6 développeurs d'octobre 2019 à octobre 2020 dans le cadre d'un partenariat exceptionnel, pour travailler sur le projet AntibioGo. Ce partenariat a permis au projet de véritablement prendre son envol.

Applications de santé numérique

La santé numérique n'est pas un sujet inédit pour MSF, mais la pandémie COVID-19 a poussé les équipes à se pencher sur ces questions.

Au printemps 2020, alors que la pandémie a commencé à se propager dans le monde entier, La Fondation avait l'opportunité de travailler avec des ingénieurs bénévoles de Google.org pour quelques semaines afin de développer des projets numériques liés à la pandémie.

Après une comparaison de plusieurs éditeurs d'applications et plateformes numériques, le choix s'est porté sur Medic Mobile, une organisation à but non lucratif qui développe des logiciels open source pour des projets de santé communautaire dans des contextes à faibles ressources. L'outil se devait d'être simple, adaptable au contexte et répondant à des besoins opérationnels. La Fondation a ainsi lancé des discussions avec Epicentre, les cellules et le département médical de MSF OCP. Deux opportunités se sont présentées :

Alerte Covid-19 au Niger

Dès le commencement de la crise du Covid19 au Niger, le centre d'appel du SAMU a rapidement reçu un grand nombre d'appels en provenance de tout le pays. Face à la multiplication des alertes,

le ministère de la santé a eu besoin de centraliser ces informations afin de pouvoir investiguer plus efficacement sur les cas potentiels et donc de détecter les clusters plus rapidement et de garantir une prise en charge plus précoce des cas.

La Fondation MSF, en partenariat avec Epicentre et l'organisation Medic Mobile, a développé la plateforme Alerte-Covid19. Il s'agit d'un outil informatique d'appui au MSP pour faciliter la collecte et le traitement des alertes Covid19 dans tout le Niger. Les alertes reçues par le Samu peuvent être intégrées sur la plateforme qui est très facile à utiliser par :

- les agents de santé communautaires,
- les agents de santé des calls center dédiés,
- les points focaux des centres de santé et des hôpitaux.

Ainsi centralisées, les alertes peuvent être investiguées et les cas suspects à la Covid-19 prélevés et pris en charge. Cette expérience a conduit à une réflexion sur la manière de déployer la technologie à un usage plus large, pour d'autres maladies à potentiel épidémique.

SMS Afia Yetu en RDC

A Goma, en RDC, MSF accompagne 3000 patients vivant avec le VIH. Le travail de cette équipe a été complexifié par la crise de Covid-19 et ses effets collatéraux sur la vie quotidienne du pays. Elle a ainsi face à une augmentation du risque de contamination pour ces patients ayant besoin d'un suivi médical régulier au centre de santé ou pendant les trajets pour s'y rendre.

La Fondation MSF, en partenariat avec Epicentre et Medic Mobile, a développé une application qui permet à l'équipe MSF de communiquer quotidiennement / hebdomadairement avec les patients via leur téléphone (pas nécessairement un smartphone) par l'envoi de questionnaires SMS simples. Les réponses des patients enclenchent un triage automatisé qui permet au personnel médical d'investiguer en personne ou au téléphone en cas d'inquiétude.

L'application est en phase de test avec le personnel de terrain et sera opérationnelle en

2021. Plus qu'une application isolée, La Fondation essaie de penser chaque détail pour faciliter la réplication de ce type d'outil sur d'autres terrains. L'automatisation d'envoi de questionnaires directement aux patients et la génération automatique d'alerte pour déclencher une action du personnel médical (le télé-monitoring) présentent de nombreux avantages pour le suivi rapproché d'un grand nombre de patients, tant en période d'épidémie qu'en surveillance de routine. L'utilisation de la technologie SMS est particulièrement bien adaptée aux contextes dans lesquels MSF travaille, où les patients ne disposent pas nécessairement de smartphones ou de la possibilité d'accéder à internet mais représentent une couche de complexité supplémentaire avec l'intégration des réseaux télécom parfois instables.

Le projet est mené par la responsable du programme Épidémie à La Fondation et bénéficie du support des équipes terrains à Goma, des équipes Epicentre au Niger et, plus largement, des équipes de MSF et d'Epicentre à Paris

AI4CC (AI for cervical cancer)

Les équipes de MSF sont mobilisées depuis plusieurs années dans la prévention des cancers, notamment celui du col de l'utérus, qui est le 4^{ème} cancer le plus fréquent chez la femme.

Ce cancer est facilement détectable et relativement facile à traiter en raison de l'évolution lente des cellules précancéreuses, mais dans les pays à faibles ressources où la prévention est très limitée il est une des causes élevées de mortalité de la femme.

L'équipe oncologie de MSF mène un projet pilote au Malawi pour la détection des cellules précancéreuses et leur traitement sur place. La méthode de dépistage la plus couramment utilisée dans les pays à faibles ressources - l'inspection visuelle avec de l'acide acétique - repose principalement sur l'interprétation humaine et présente une variabilité des résultats selon les individus d'environ 60%. Les organisations humanitaires et publiques s'efforcent d'améliorer les protocoles actuels en utilisant des outils supplémentaires, tels que l'utilisation de

colposcopes mobiles ainsi que le dépistage ou la vaccination contre le papillomavirus à haut risque. Cependant, ces méthodes sont actuellement très coûteuses et difficilement évolutives.

L'intelligence artificielle a déjà démontré son potentiel pour détecter et caractériser des lésions cervicales suspectes à partir de données rétrospectives. Aujourd'hui, des programmes de collecte d'images prospectives sont en cours. Ceux-ci devraient améliorer les performances des algorithmes existants et permettre une utilisation clinique.

Pour garantir le meilleur traitement, MSF évalue régulièrement la valeur ajoutée des nouveaux protocoles et techniques. C'est dans ce cadre que le projet IA4CC a été initié à l'automne 2020. Si à l'issue de cette évaluation le potentiel se confirme, la Fondation MSF prendra en charge la transformation de ce projet exploratoire en un dispositif médical gratuit, accessible à tous depuis les smartphones et respectant les normes éthiques et de protection des données en vigueur.

La Fondation travaille en partenariat avec l'équipe oncologie du département médical et les équipes de MSF au Malawi.

Développement de Tests de Diagnostic Rapide (projet DiaTROPIC)

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 de recherche et développement et d'industrialisation pour la production à but non lucratif de tests de diagnostic rapide. Ce projet vise à produire des tests rapides de haute qualité pour diagnostiquer un large éventail de maladies infectieuses qui restent des défis majeurs de santé publique dans les pays aux ressources limitées en Afrique.

En 2018, La Fondation MSF a engagé un consultant pour évaluer la faisabilité de ce projet. L'analyse a recommandé à MSF de soutenir l'avancement de certains prototypes de tests de diagnostic rapide dormants mais très nécessaires, qui pourraient constituer une aide précieuse pour la prise en charge des patients dans des contextes difficiles

et pour la détection et la réponse rapides aux maladies à potentiel épidémique. En outre, la contribution de MSF au développement et à la production de tels produits qui, autrement, n'atteindraient jamais le marché commercial, soutiendrait une approche innovante de la R&D et de l'accès aux produits de santé.

En 2020 le projet de développement de tests rapides est entré dans sa phase active après une étude de faisabilité au cours de laquelle les besoins prioritaires des terrains MSF ont été recensés et confrontés à la proposition reçue de la compagnie DiaTROPIC.

Le but de la collaboration entre MSF et cette compagnie développant des tests de diagnostic rapides est la production industrielle de tests permettant l'investigation d'épidémie de rougeole et de méningite bactérienne. DiaTROPIC, compagnie récemment créée et basée à Dakar (Sénégal) bénéficie de l'appui technique de deux compagnies de renom dans le domaine du diagnostic, à savoir BioMérieux et Mologic. Le projet prévoit la livraison des tests rapides dans un délai de deux ans. La transition de prototypes vers la production industrielle sera appuyée par deux experts recrutés par La Fondation, afin de soutenir l'équipe de Dakar si besoin et de vérifier l'alignement des travaux sur le cahier des charges défini en accord avec DiaTROPIC.

L'engagement de La Fondation dans ce domaine confirme un intérêt porté à l'innovation médicale. Ces tests rapides rougeole et méningite ne sont actuellement pas disponibles sur le marché et manquent cruellement aux équipes de terrain. La Fondation promeut une nouvelle approche de la relation client/producteur afin de répondre à des besoins spécifiques (volume de tests réduits, produits à façon, collaboration active dans le suivi des opérations), considérés hors-norme par le marché du diagnostic classique basé sur de prix/volume, tests répondant prioritairement aux besoins des pays à haut revenu.

Impacté et retardé par l'épidémie COVID, ce projet prévoit à terme, de renforcer la réponse aux épidémies de rougeole et de méningite par une capacité de dépistage augmentée (ces tests s'utilisent en périphérie sans appui de laboratoires classiques) et accélérée par la production en Afrique de tests innovants.

La Fondation soutient le projet MSF 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 1/5e 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 tout aussi 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.

En 2020, la troisième et dernière phase de l'étude a commencé avec le suivi de l'ensemble

des patients un an après la vaccination. Dû au contexte de la pandémie Covid-19 et aux mesures mise en place par les ministères de la santé au Kenya et en Ouganda, le suivi post-vaccination a été interrompu, respectivement, pour 3 et 5 mois. A la reprise des visites de suivi, des adaptations et mesures de prévention ont été mise en place dans les deux sites pour garantir la sécurité des participants et du personnel.

Les résultats de cette étude seront publiés en 2021 par The Lancet.

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.08.18.20177527v2>

COMMUNICATION & DIFFUSION

2^{ème} édition des Rencontres de La Fondation MSF / le 10 mars 2020

La deuxième édition des Rencontres de La Fondation MSF s'est tenue le 10 mars 2020 dans les locaux de MSF à Paris.

La rencontre s'est déroulée en plusieurs temps. Pour lancer la soirée, Clara Nordon, la directrice de La Fondation, et Denis Gouzerh, le président de La Fondation MSF ont pris la parole pour faire un bilan général de l'année de La Fondation. Ils ont pu revenir sur les différents événements qui ont marqué l'année et faire un point sur l'avancement de chaque projet.

Clara a par la suite pu introduire la thématique du débat de la soirée : Intelligence Artificielle et santé – puissance et limites des algorithmes. Chaque intervenant invité pour en discuter a donné son point de vue général sur le sujet, en se basant sur son domaine professionnel : Aurélie Jean (docteure en sciences), David Gruson (fondateur d'Ethik-IA), Anne-Laure Rousseau (médecin, Présidente de NHANCE), Jean Hervé Bradol (directeur d'étude au CRASH) et Nada Malou (référente microbiologie pour MSF). A la suite de leurs présentations, le débat modéré par Anne Jeanblanc (journaliste santé, administratrice de La Fondation MSF) a pu se tenir, rythmé par des questions du public de donateurs très intéressés par le sujet.

Après 45 minutes de débats, il était l'heure pour tous les participants à l'événement de découvrir le fonctionnement concret du programme 3D grâce à Pierre Moreau. Une imprimante 3D a imprimé une main durant la soirée et notre coordinateur clinique du projet a répondu à toutes les questions techniques de l'assistance. Il en a été de même pour Marco Pascucci et Nada Malou qui présentaient le projet Antibio (anciennement Astapp) sur une paillasse en conditions réelles (mais avec de fausses bactéries !).

Ces rencontres ont été suivies d'un cocktail et les discussions se sont poursuivies jusqu'à la fin de la soirée.

La Fondation MSF dans la presse

<https://www.cambridge.org/core/journals/british-journal-of-nutrition/article/new-approach-to-simplifying-and-optimising-acute-malnutrition-treatment-in-children-aged-6-59-months-the-optima-single-arm-proof-of-concept-trial-in-burkina-faso/C55CBF3177D6C44F8D52B09409B40B2C#>

En 2017, La Fondation MSF a financé l'étude OPTIMA, une mise en situation réelle de nouveaux modes de dépistages et de soins pour la malnutrition infantile dans le district de Yako, au Burkina Faso. Cette étude, qui a rendu ses conclusions début 2020, démontre qu'impliquer les mères dans le processus de dépistage de la malnutrition des enfants et optimiser rationnellement les doses de nourriture thérapeutique permet d'améliorer l'efficacité de la lutte contre la malnutrition. OPTIMA permet de diagnostiquer et prendre en charge plus précocement les cas de malnutrition et de traiter deux fois plus d'enfants pour un coût global équivalent à la méthode traditionnelle. Les conclusions de cette étude, réalisée en partenariat avec l'Université de Cambridge et ALIMA, sont à retrouver dans la revue *British Journal of Nutrition*.

[https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500\(20\)30020-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500(20)30020-0/fulltext)

En mars 2020, un article a été publié dans la prestigieuse revue scientifique *The Lancet* intitulé : « Technologie 3D et télémédecine en milieu humanitaire ». Dans le contexte de l'urgence humanitaire, les acteurs sur le terrain manquent

de temps et de médecins spécialisés pour soigner efficacement les grands brûlés au visage et les personnes amputées des membres supérieurs. Cet article explique, au travers du projet mené à Amman (Jordanie), de quelle manière la technologie 3D et la télémédecine peuvent améliorer et accélérer leurs traitements.

https://www.researchgate.net/publication/343186170_The_first_AI-based_mobile_application_for_antibiotic_resistance_testing

L'équipe d'Antibio (anciennement Astapp) a publié un article sur le site Research Gate. Cette publication a été l'occasion de présenter l'avancement de l'application en juillet 2020 et de rappeler le danger que représentera l'antibiorésistance dans le futur. Cet article a fait suite à la fin de la première phase d'évaluation d'Antibio et a exposé les premiers enseignements récoltés sur le terrain.

https://www.focus.de/perspektiven/interview-mit-aerzte-ohne-grenzen-haende-aus-dem-3d-drucker-arzt-hilft-kriegsopfern-zurueck-ins-leben_id_11602590.html

Le 29 septembre 2020, un article sur le programme 3D a été publié sur le site internet de Online Focus, un média allemand. Il prend la forme d'une interview où Benjamin Hirsch, le journaliste, interroge Pierre Moreau, le coordinateur du projet, à propos des origines et du fonctionnement de la mise en place de la technologie 3D dans le traitement des patients amputés de membres supérieurs.

Les réseaux sociaux

La Fondation MSF a largement développé ses réseaux sociaux en 2020. Sur LinkedIn, notre réseau privilégié, nous étions suivis par près de 1000 personnes en janvier 2020. En décembre, nous avons dépassé la barre des 14000 abonnés. Cela nous permet, au rythme de deux posts par semaine, d'informer un large panel de personnes de l'actualité de nos projets, de présenter les équipes engagées sur le terrain et de relayer les articles de presse rattachés à nos projets.

<https://www.linkedin.com/company/la-fondation-msf/>

En octobre, nous avons également créé un compte Instagram pour La Fondation MSF. Ce réseau social, où nous avons rapidement atteint la barre des 1000 abonnés, nous permet de mettre en valeur nos projets au travers des plus belles photos prises sur le terrain.

<https://www.instagram.com/lafondationmsf/>

Principales interventions de La Fondation MSF

Déplacement du 10 au 14 février 2020 à San Francisco pour la 3^{ème} et dernière rencontre des lauréats du Google Impact Challenge - *Nada Malou, responsable scientifique du projet Antibio et Clara Nordon, directrice de La Fondation MSF*

Cet événement réunissait pendant 4 jours les équipes des 20 projets lauréats du GIC, projets sélectionnés parmi 2602 candidatures pour leur utilisation de l'IA à des fins sociales, de santé publique ou d'éducation. Clara Nordon et Nada Malou ont pu y présenter les avancées de l'application Antibio à Sundar Pichai, PDG de Google, et participer à la conférence « Responsible AI ».

Participation aux Rodin User Days à Bordeaux les 13 et 14 février 2020. - *Pierre Moreau, coordinateur clinique du programme 3D et Samar Ismaïel, superviseur du programme à Amman*

L'entreprise Rodin 4D est partenaire du programme 3D et organise chaque année un événement réunissant les utilisateurs et partenaires de ces logiciels. Samar Ismaïel a pu y présenter les avancées concrètes du programme 3D.

Déplacements à Amman, Jordanie, du 18 février au 3 mars 2020 pour la phase 2 de l'évaluation de l'application Antibio. - *Nada Malou, Laetitia Blanche, product manager, et Marco Pascucci, chargé de projet.*

Cette étape primordiale a consisté à tester les performances et le fonctionnement du système expert de l'application Antibio afin de calibrer au mieux le traitement des images par l'intelligence artificielle présente dans l'application.

Intervention de Clara Nordon à la conférence organisée par l'ONU « ACCELERATING PROGRESS TOWARD THE SDGS WITH AI » - le 24 septembre 2020

Clara Nordon a eu l'honneur d'être invitée à intervenir au cours d'une conférence organisée par l'ONU autour des Objectifs de développement durable 2030. Elle a eu ainsi l'occasion d'exposer les opportunités et les risques que représente l'Intelligence Artificielle dans la réalisation de ces objectifs, ou comment l'IA peut être un avantage ou une limite pour parvenir à plus d'égalité dans l'accès à la santé dans le monde.

<https://sdgactionzone.org/class/sponsor-session/>

Intervention de Clara Nordon au Conseil d'Administration de MSF France sur le thème de la santé numérique - le 27 novembre 2020

L'objectif de ce débat était d'avoir une meilleure visibilité et compréhension de ce qui se fait déjà sur les terrains MSF et d'autre part de ce que l'ONG pourrait envisager (innovations externes dans des contextes humanitaires).

LES BOURSES

La Fondation a pour ambition de faciliter l'accès aux formations externes, en complément des dispositifs de bourses déjà 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.

Leurs objectifs sont la participation au développement de l'employabilité des cadres MSF, 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).

La commission des bourses se compose de représentants des départements MSF (Médical, Opérations) et de La Fondation MSF. Cette commission se réunit une fois par an et a pour mission d'arbitrer les demandes de bourses.

En 2020, 17 bourses ont été allouées finançant les formations suivantes :

- Master de Santé Publique, parcours épidémiologique (ISPED Bordeaux)
- Master Executive Management des Systèmes d'Informations et de Connaissance, Université Paris 1
- Droit des affaires – Université Panthéon Assas
- Bachelor of Science in Health Service, Makerere University Ouganda
- Master of Clinical Psychology, Makerere University, Ouganda
- Master en santé publique, Littoral Douala Cameroun
- Sciences pour la santé, parcours santé publique, Université de Lorraine Nancy
- Research design- data management, Nairobi, Kenya
- Certificat d'Aptitudes au Fonctions de Directeur d'Etablissement ou de Service d'intervention Sociale
- Master of Public Health, Ouidah Bénin
- Master of International Public Health, Brusubi, Gambie
- Master en management administratif et financier, Belgique
- Diplôme d'état doctorat en pharmacie, Guinée Conakry

CAMPAGNES D'APPEL A DONS

La Fondation MSF est financée exclusivement par des fonds privés, très majoritairement 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 Tapa. 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 ses projets validés par son Conseil d'Administration.

L'année 2020 a été marquée par l'urgence Covid-19 et l'ouverture d'un fonds d'urgence par La Fondation qui a décidé de soutenir les équipes de l'Association Médecins Sans Frontières qui luttent contre la pandémie et de joindre ses efforts aux initiatives visant soutenir les systèmes de surveillance des épidémies et à préserver une continuité de suivi des patients pour soutenir les missions de l'Association MSF dans la lutte contre la pandémie. Ce contexte particulier ainsi que la poursuite des démarches de sensibilisation aux projets, tant sur le plan postal que digital mais aussi auprès des grands donateurs en relation one to one, ont permis d'atteindre 2,351 millions d'euros, soit une progression de 16,2% par rapport à 2019.

L'équipe de la collecte de fonds privés remercie très chaleureusement les donateurs de La Fondation qui, malgré le contexte sanitaire et économique actuel, ont témoigné leur confiance en renouvelant leur soutien à La Fondation. Nous tenons également à honorer la mémoire des deux bienfaiteurs qui ont consenti à La Fondation MSF un legs et une assurance vie.

LE CRASH

Voir Rapport du Crash

MSF LOGISTIQUE

Centre Jacques PINEL

La Fondation MSF a lancé en février 2019 la rénovation et réhabilitation du Centre Jacques Pinel, un lieu dédié au partage d'expérience et au développement des pratiques humanitaires et des dispositifs techniques.

Malgré un démarrage de travaux difficile et une période de grande incertitude sur le devenir du chantier lors du 1er confinement de mars à juin 2020, l'équipe projet comme l'entreprise de travaux ont mené l'opération à son terme et prononcé la réception définitive du chantier le 4 décembre 2020.

Le rendu architectural comme la fonctionnalité de chaque bâtiment ont été parfaitement respectés et répondent aux attentes des futurs utilisateurs.

Après une période de rodage, il est prévu que le Centre de formation ouvre ses portes au second semestre 2021.

Le bâtiment Hébergement

Un nouveau bâtiment de 740 m² accueille 22 chambres de 2 à 3 personnes (62 couchages). Ce bâtiment offre un espace de réception et d'accueil, une kitchenette commune, un espace bagagerie et une buanderie à disposition de toutes les stagiaires et formateurs.

Le bâtiment ROTONDE

À la suite d'une réhabilitation lourde, les 745m² de ce bâtiment existant accueillent un espace de restauration self-service de 70 places, un espace de détente, quatre salles de cours modulables et

équipés en système audios et vidéos, des bureaux pour les équipes sur place.

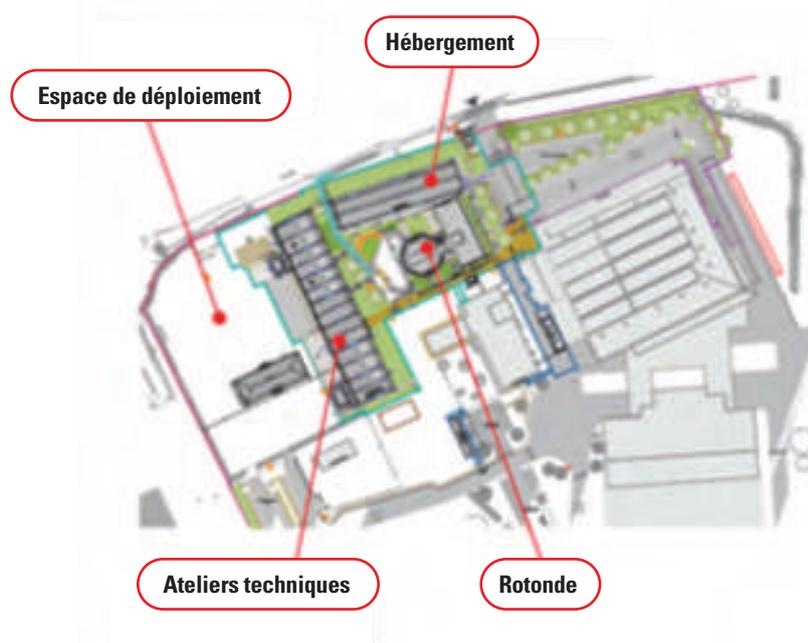
Le bâtiment Atelier

Création d'un nouveau bâtiment de 1600m² découpé en sept ateliers de formation représentatifs d'un domaine technique particulier : énergie, atelier mécanique, chaîne de froid, eau hygiène assainissement, télécommunication et biomédical. Des espaces de stockage, attenants aux salles de formation, et un espace de déploiement de 315 m² couvert complètent l'ensemble.

Zone de déploiement externe

Un espace extérieur est prévu à la manipulation des équipements et au déploiement de grandes structures, comme un hôpital de campagne muni d'un bloc opératoire. Ces exercices permettront aux logisticiens d'expérimenter les étapes de montage et de déployer le dispositif d'approvisionnement en énergie, en climatisation du bloc opératoire, etc. D'autres zones pédagogiques (en cours de construction), représentatives des équipements installés sur nos terrains opérationnels, seront dédiées à l'utilisation de panneaux solaires, de groupe électrogène, de stations d'eau, au traitement des déchets, à l'usage des latrines, etc.

Plan de situation





RAPPORT ANNUEL 2020

Equipe

RA : Rachel Ach (assistante de direction Fondation)
 JHB : Jean-Hervé Bradol (Directeur d'études)
 RB : Rony Brauman (Directeur d'études, mi-temps)
 MN : Michaël Neuman (Directeur d'études, coordinateur)
 MP : Marion Péchayre (Directrice d'études, jusque fin août 2020)
 ER : Elba Rahmouni (Chargée de diffusion digitale, au 3/5è)
 NR : Natalie Roberts (Directrice d'études, 6 mois, puis 6 mois)
 JS : Judith Soussan (Directrice d'études)
 FW : Fabrice Weissman (Directeur d'études, délocalisé à partir de septembre 2020)
 MS : Moussa Sall (stagiaire, 2 mois)
 MC : Margot Cazin (stagiaire, 6 mois)
 CJ: Cecilia Calle Jorda (stagiaire, 4 mois)

Conseil scientifique

MLP : Marc Le Pape
 BT : Bertrand Taithe
 CV : Claudine Vidal

L'année du Crash, comme l'ensemble de l'activité de MSF, a bien évidemment été marquée, et même largement influencée, par l'épidémie de Covid-19, tant en ce qu'elle a entraîné de modifications de nos priorités de travail, qu'au regard de l'évolution de nos façons de travailler pendant les périodes de confinement du printemps et de l'automne en particulier. Pour autant, nous nous sommes efforcés de poursuivre nos activités courantes et de mettre en place le projet défini à fin 2019. L'année a également été marquée par le départ à mi année de son poste Marion Péchayre (devenue chef de mission au Malawi) et le départ, géographique celui-là, de Fabrice Weissman, toujours en poste mais depuis le Malawi, depuis septembre 2020. Nous avons également prolongé pour six mois le contrat de Natalie Roberts, afin qu'elle puisse poursuivre son travail sur Ebola. Un

poste de 'directeur d'études mobilité' a été ouvert ; c'est Clément Perrin qui occupera ce poste le 1^{er} semestre 2021. Par ailleurs, nous avons hébergé trois stagiaires sur les 12 mois de l'année, dont une aura malheureusement effectué la quasi-intégralité de son stage à distance.

De cette année covid, on peut dire qu'elle a été largement consacrée à des activités de conseil aux opérations, tant opérationnels (Ebola, covid, migrants, etc...) qu'institutionnels (débat sur le racisme en particulier) et a conduit à une articulation étroite avec l'exécutif et l'associatif. Nous notons l'année dernière « l'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.». Cette intégration s'est accentuée, avec pour conséquence une question présente dans nos discussions : à quel point le Crash est-il un département de support à MSF ?

Evaluation et retour d'expérience

C'est dans le cadre de son implication au sein du Rider que le Crash a mené la plupart de ses activités d'évaluation – à l'exception d'Ebola, dossier sur lequel nous reviendrons. Fabrice a continué jusqu'à son départ au Malawi à assurer la fonction de 'focal point' du Rider au sein du Crash, le relais étant pris à la suite par Judith et Michaël. Ce set-up provisoire permet de ne pas surcharger une personne en particulier, autant qu'il pourrait permettre d'accroître la surface de contact de l'équipe avec le Rider et donc de discuter plus efficacement des questions qui lui parviennent. L'idée est ainsi d'encourager le fonctionnement en réseau du RIDER. Dans cette même optique, Marianne Viot est systématiquement invitée aux réunions du Crash.

Les activités du RIDER ont par ailleurs été mises entre parenthèses pendant la période de confinement, période pendant laquelle Marianne Viot a été détachée auprès des opérations Covid en France. Un comité de pilotage du Rider, fin juin, a déterminé que le Rider devait donner priorité à quelques chantiers, 2 à 3 par an, décidés au cours de réunion de direction, et ceci afin de donner un peu d'espace à l'équipe et de les éloigner de la gestion des affaires courantes de conseil.

Comme l'année dernière, la participation du Crash, au côté d'Epicentre et de sa coordinatrice, à ce dispositif d'enquête et d'apprentissage représente un bon 30% d'un temps plein de directeur d'études (FW, puis MN et JS). En outre, la chargée de diffusion du Crash (3/5), Elba, a pris en charge les activités de diffusion du Rider (2/5) et de soutien à la production (conduite d'entretiens, relecture, réécriture, etc.)

Initiée par Fabrice et Matthieu Chantrelle (Security Focal Point) en 2019 et devant faire l'objet d'un atelier au printemps, la question du profilage a finalement été reprise par Michaël, donnant lieu à un atelier organisé à Dakar et en virtuel en octobre

2020. Une synthèse des échanges doit être produite et distribuée, dans la perspective de futurs échanges avec les collègues du département des opérations dans les mois à venir.

D'autres travaux ont mobilisé le Crash, et Fabrice avant tout : ainsi, l'accompagnement de Yann Santin dans la réalisation de son étude consacrée au partenariat MSF – Likhaan aux Philippines (rapport produit au 1er semestre, atelier de discussion organisé en novembre 2020), un engagement plus léger, dans l'évaluation de la réponse au cyclone Idai au Mozambique en 2019 (atelier organisé en février 2020), ou dans l'appui à un retour d'expérience Covid-19 à Haïti.

Il était question de travailler à la publication d'un ouvrage tiré de la revue "Borno" finalisée en 2018 et qui avait fait l'objet d'un atelier en 2019. Cela n'a pas été le cas : la faute à une motivation incertaine des deux auteurs, à l'irruption du Covid-19 ainsi qu'au départ de Fabrice vers d'autres contrées. Discutée de nouveau en juin 2020 en équipe, cette question n'a pas été tranchée définitivement, l'option retenue pour le moment étant celle d'un travail d'editing a minima pour en faire un cahier du Crash plus lisible que la revue.

D'autres travaux ont poursuivi leur petit bonhomme de chemin : ainsi la revue Ndhiwa a fait l'objet d'un 'dossier', qui a vu la mise en ligne des principaux documents et productions ayant trait à l'expérience de MSF dans la réduction de l'incidence et de la prévalence du VIH dans ce district du Kenya ; ainsi aussi la « Capitalisation sur Qayyarah », dont le travail a connu une période de veille du fait du covid et de l'engagement de Judith sur la RCA (voir infra).

Le deuxième gros volet de l'activité Retour d'expérience du Crash a consisté dans le travail mené par Natalie, de revue critique de l'intervention de MSF OCP et une analyse de l'approche adoptée par les acteurs de la Riposte pendant l'épidémie d'Ebola au Nord Kivu. Au début de l'année, une série d'entretiens a été menée avec des praticiens et d'autres personnes impliquées dans la réponse à l'épidémie du Nord Kivu, ou aux précédentes épidémies d'Ebola, en interne et en externe à MSF. Mené au gré, là encore des empêchements liés au covid, ce travail a fait l'objet d'une première

restitution / discussion avec le département des opérations et le département médical en octobre, dans l'optique d'alimenter le développement des pistes prometteuses à explorer dans les futures épidémies d'Ebola. Il est par ailleurs complémentaire d'un 'récit d'opérations' préparé par le Rider sur la base d'interviews réalisées par Elba.

Formation

Le FOOT (formation opérationnelle de terrain) a été l'activité qui a le plus souffert de la survenue de l'épidémie de covid. Nous avons d'abord annulé la session prévue en mai, puis, ayant d'abord tenté de mettre en place une session en décembre à destination du personnel du siège parisien, nous avons été également contraints de l'annuler à son tour : il n'y aura donc pas eu de session FOOT cette année.

S'agissant du LEAP (Leadership Educational Academic Partnership), Fabrice est associé au groupe de travail 'contenu'. Les inquiétudes de l'année dernière relatives à la production de certains cours ont été largement levées, du fait de la participation accrue de Bertrand et de son collègue professeur à Manchester, Darren Walter, ainsi que des échanges avec la Manson Unit et l'Analysis Unit d'OCB. Fabrice a également pris la coordination avec le HCRI de la confection d'un module, le CAMHO, inspiré du FOOT et qui devient un module du tronc commun du LEAP. Ce module, conçu pour être 'blended' (présentiel et virtuel) n'est pour sa première année que virtuel (du fait du Covid). Il nous aura permis de nous frotter véritablement et pour la première fois à la création de cours en ligne, et de tester différents formats : intervenants uniques, interviews, table ronde, exercices en groupes, etc. L'ensemble de l'équipe a participé à la réalisation de ce module. S'il est trop tôt pour envisager de basculer l'intégralité du FOOT en ligne et donc d'en revoir définitivement le format, cette expérience nous donne davantage de flexibilité.

S'agissant du WOW (Ways of Working), Marion, puis Judith ont participé à l'élaboration des contenus, en encadrant le travail d'Annabelle Djeribi puis en collaborant avec la People Management Unit de New York, en charge de

cette formation. Judith a poursuivi les échanges avec la PMU à la suite du départ de Marion.

Le dossier "LAC" n'a pas du tout avancé et si nous avons présenté lors d'un copil formation des cadres les options de suivi de ce dossier, les chamboulements de l'année en auront décidé autrement. Néanmoins, le travail de réflexion sur les contenus de l'année 2019 ont été mis à profit pour le CAMHO.

Nous avons également continué de restreindre nos participations à des formations universitaires externes, comptant quelques interventions à George Washington University, Sciences Po ou Paris 1 notamment.

Conseil

Nous reprenons dans les grandes lignes ce que nous écrivions l'année dernière. Nos missions de conseil se sont poursuivies, voire intensifiées, dans une année là-encore, marquée par l'épidémie de covid. Ainsi, Jean-Hervé aura poussé MSF à intervenir dans les Ehpad, en dépit de résistances institutionnelles initiales. Pour sa part, Natalie a répondu à de multiples sollicitations des opérations sièges et terrain à la demande de la directrice des opérations de l'aider à suivre l'évolution des connaissances sur le sujet. Cela a donné lieu à diverses activités, notamment l'organisation d'un webinaire sur les activités externes dans le contexte de la pandémie, le soutien à une publication du département médical sur les soins palliatifs et une réflexion sur le concept de port de masque accompagnée d'une mise en place de fabrication de masques artisanaux. Les tentatives de remplir un rôle opérationnel sur le terrain, d'abord pour WACA au Nigeria puis pour OCP au Yémen, ont échoué en raison de l'impossibilité d'obtenir un visa pour l'un ou l'autre pays. L'équipe a également maintenu des contacts étroits avec la direction, comm - opés - DG, pour discuter positionnements publics. Malgré tout, c'est aussi à côté des opérations et sans liens véritables avec elle que l'équipe s'est mobilisée : veille informationnelle, revue de presse, discussions sur l'orientation des projets, discussions avec des collègues d'Epicentre, etc. Rony pour sa part a été

très présent sur le front de la prise de parole covid dans les medias.

Les sollicitations ont par ailleurs été nombreuses, que ce soit dans les suites du travail entamé par Marion et Judith sur la question du travail à MSF, avec une implication importante sur les projets « migrants » (MN) - et notamment une visite en Libye en début d'année et le suivi du projet 'out of Libya', l'accompagnement du projet oncologie au Mali, ou le travail de Natalie, sur lequel nous reviendrons mais qui s'est également caractérisé par un appui à l'opération de réponse à l'épidémie d'Ebola en Equateur. Nous avons également été mobilisés sur des dossiers plus institutionnels. L'atelier consacré au changement climatique et dont Fabrice avait eu l'initiative n'a pas pu se tenir du fait du covid, mais son implication dans les débats associatifs et exécutifs est restée importante. Ce fut le cas également s'agissant du dossier 'contre-terrorisme', qui a donné lieu à un atelier intersection en janvier et auquel Michaël a participé, avant de produire une note, avec Thierry Allafort-Duverger et Fabrice sur le sujet. Et bien évidemment, au cours d'une année également marquée par les débats sur le racisme, la question raciale et les discriminations dans la foulée de l'assassinat de George Floyd aux Etats-Unis, nous avons été largement sollicités sur ces questions. Jean-Hervé a notamment accompagné les réflexions de l'exécutif et de la présidence sur la question, mais c'est bien toute l'équipe qui a participé à ces discussions à des degrés divers. Et nous avons (MN) continué à participer aux réflexions menées dans le cadre du projet « Rewards Review » destiné à revoir la politique de rémunération / gratification du personnel. Enfin, Natalie est devenue membre du Steering Committee de la campagne d'accès aux médicaments, en pleine crise de celle-ci, position remise en question ces derniers temps.

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. C'est cependant cette activité dont l'intensité pourrait être amenée à diminuer l'année prochaine.

Un dernier mot pour mentionner le travail de Judith sur la RCA, à la demande de la cellule : début février 2020, William Hennequin, responsable de la cellule 2, a pris contact avec Marion et Judith afin de discuter d'une crise au sein de l'équipe de coordination de Bangui, et d'envisager la manière avec laquelle elles pourraient l'aider à analyser les ressorts de cette crise, à la suite des réflexions menées sur les « façons de travailler ». De cette demande, a résulté un document d'une trentaine de pages, construit par Judith sur la base d'entretiens menés avec des membres de l'équipe de capitale, des coordinateurs de projet, des membres de la cellule 2, de la direction des opérations, ainsi que quelques personnes ayant travaillé en coordination en RCA par le passé. Son rendu de compte subjectif confirme des hypothèses de travail émises ces derniers temps sur le poids de la bureaucratie interne, la nécessité de créer des espaces de discussion et délibération à tous les niveaux et réviser les ambitions démesurées de l'institution.

Recherche

Peu de nouveaux chantiers ont été lancés cette année, et nous avons surtout vu l'aboutissement de travaux engagés les années précédentes : Evan Fisher a soutenu sa thèse en juin 2020 sur les logiques de tri et d'allocation de ressources, au terme d'une collaboration avec MSF et soutenue et accompagnée par le Crash depuis 2015. Myfanwy James a également soutenu sa thèse, sur les négociations humanitaires et la sécurité des équipes au Nord Kivu, là encore avec le soutien du Crash et la participation des opérations. L'arrivée de Fabrice au Malawi a accéléré l'attention vers des dossiers en liens avec les opérations de la région : prise en charge des adolescents atteints par le VIH notamment.

Nous avons publié en format 'cahier du Crash' la thèse de Médecine de Xavier Plaisancie, et poursuivi activement le travail d'accompagnement éditoriale de Vanja Kovacic, dont nous espérons que le livre, dans sa version anglaise, consacré à Amman puisse sortir au 1er semestre 2021. (Nous n'avons pour l'heure pas entamé de démarches visant à publier le livre en français).

Un mot sur ces deux dernières collaborations : dans l'un et l'autre cas, le Crash a constaté avec regret le manque de considération de la 'machine' à l'égard de ces chercheurs : dans le premier cas, par l'impossibilité de trouver un projet terrain qui puisse bénéficier de la double compétence du médecin / chercheur, au prix de son départ pour MSF Belgique ; dans le second cas, par des problèmes administratifs et retards de paiement récurrents, en dépit de la qualité d'un travail unanimement reconnu au sein de MSF et de son apport pour les opérations, ayant conduit à un durcissement des relations de travail.

Nous avons démarré notre collaboration avec Xavier Crombé, à partir de septembre 2020, pour son ouvrage consacré à l'histoire de la neutralité médicale, et qui devrait être publié en 2021 par Hurst & Co.

Il était question de soutenir la publication de tout ou partie de la thèse consacrée à l'impartialité, de Marion : il n'en a rien été, pour diverses raisons : sur-occupation de Marion, covid, difficulté de se remettre à l'ouvrage. L'idée d'un travail d'editing de Fabrice en vue de cette publication a été évoquée en juin, sans suite pour le moment.

Comme prévu, nous avons également publié, au sein d'un numéro spécial de la revue Journal of Humanitarian Affairs, un certain nombre des interventions du 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) qui s'est tenu en mars 2019, ainsi que le compte rendu d'une table ronde consacrée au Biafra animée par Bertrand. L'élaboration du volume en français, sous la direction de Claudine et Marc, aux éditions de la Fondation Maison des Sciences de l'Homme est toujours en cours.

Dans la foulée du travail de Natalie sur Ebola, la réflexion sur 'l'aide sociale', initialement soulevée comme un moyen de favoriser l'accès des patients aux structures de soin, a été remise au goût du jour, avec comme probable conséquence un nouveau chantier pour 2021.

Jean Rigal s'est vu confié la tâche de rédiger une Histoire de la médecine à MSF. Pour le Crash,

Rony, Jean-Hervé et Marc sont associés au Comité éditorial, au côté, notamment de Claire Mills et Emmanuel Baron. Après une phase de démarrage au cours de laquelle les principaux moments de cette histoire ont été relevés, avec un accent mis sur les désaccords et controverses, le projet a marqué le pas.

Relations Epicentre / Fondation

Un petit point sur les relations avec les collègues au sein de MSF, à commencer par la Fondation et Epicentre. S'agissant d'Epicentre, si les réunions du Chiffre se sont faites rares, le travail sur Ebola et le covid a permis de nourrir des discussions régulières, et des productions écrites, à l'instar d'une interview avec Emmanuel Baron sur le rôle de l'épidémiologie au temps du covid, ainsi qu'un article coécrit par Emmanuel et Michaël pour la revue Alternatives Humanitaires. Nous avons également démarré une discussion sur le recours par Epicentre aux sciences sociales. Natalie a été invitée à assister aux réunions bihebdomadaires d'Epicentre sur le Covid-19, et continue à apporter ses conseils sur les différents dossiers Ebola qu'Epicentre suit.

Dans le cadre de son soutien aux délibérations de Covid, Natalie a été consultée pour collaborer, d'abord de manière informelle, à certains projets de la Fondation, aux côtés de membres d'Epicentre, des opérations et du département médical. Le plus important de ces projets a été le développement d'outils numériques pour l'équipe d'Epicentre au Niger et l'équipe de MSF à Goma afin de soutenir leurs activités pendant la pandémie. Cela s'est maintenant transformé en une collaboration plus formelle, avec Natalie en 2021 combinant son travail au Crash avec un rôle de program manager pour un projet de réponse aux épidémies de la Fondation, explorant les possibilités de tester certains concepts de développement et d'utilisation de différents outils (technologie numérique, tests de diagnostic rapide) qui visent à réduire les délais d'identification et de réponse aux cas de maladies à tendance épidémique.

Dans l'ensemble d'ailleurs, il est notable que, paradoxalement, le travail à distance ait permis d'élargir le cercle de nos discussions. C'est également

vrai en ce qui concerne le Comité scientifique du Crash, avec la participation régulière de Bertrand à nos échanges.

Communication et Diffusion

L'organisation des conférences a souffert du Covid. Nous avons réussi à en organiser une avec une présence du public sur site limitée, mais une participation en ligne encouragée : Pierre Chirac pour discussion des essais cliniques, en octobre). Une autre, avec Joël Glasman, pour son livre 'Humanitarianism and the quantification of human needs', a été organisée à distance (en décembre). Une dernière, une conversation entre Frédéric Keck et Guillaume Lachenal pour discuter du livre du premier consacré à la préparation aux pandémies, a dû être repoussée, pour le début de l'année 2021.

Un article consacré à « La fabrique d'une 'crise humanitaire'. Le cas du conflit entre Boko Haram et le gouvernement nigérian (2010-18), co-signé par Fabrice Weissman et Vincent Foucher a été publié dans Politique Africaine. Deux interviews, de Marion par Elba, faisant le point sur les réflexions sur l'organisation du travail, ont également été publiées sur le site du Crash, de même qu'une série de 'sélections de lectures' consacrées au covid, un article de Michaël de retour de Libye, des points de vue de Jean-Hervé sur le triage ou la catastrophe qui a eu lieu dans les EHPAD (en lien avec le covid), un blog de Natalie Roberts sur la notion de 'bien commun' dans la perspective de commercialisation d'un vaccin contre le covid

en2021, ainsi qu'une contribution de Fabrice au débat sur le rôle de MSF dans la bataille contre le changement climatique. Natalie a écrit un article décrivant certaines de ses premières conclusions sur les succès et les échecs de l'approche de MSF face à l'épidémie d'Ebola au Nord Kivu, qui a été publié dans Humanitarian Exchange.

La traduction en arabe de « Secourir sans périr » a été mise en circulation, celle en espagnole est toujours en chantier, dans les mains du bureau de MSF en Argentine.

L'intégralité de ces activités a été permise par l'implication de nos stagiaires 'comm'.

Nous avons par ailleurs maintenu nos activités de porte-parole, sur les migrants, le covid, et participé à quelques colloques, conférences et jurys de thèse (notamment la thèse de Mamane Issoufou sur l'essai clinique du vaccin Rotasil au Niger).

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 – 3 numéros sont parus cette année.

Nous sommes également très impliqués dans les discussions relatives à la commémoration des 50 ans de MSF, en 2021 : réflexion sur les conférences, participation à des projets de documentaires, projet de série télé – pour une mise en production ultérieure pour cette dernière.



RAPPORT ANNUEL 2020

En raison de la pandémie de Covid-19, 2020 a été une année d'exception pour le monde, les missions MSF et MSF Logistique.

L'activité et l'organisation de MSF Logistique ont été impactées par :

- Les périodes de confinement et les mesures barrières mises en place pour assurer la continuité de nos activités et la protection des personnes avec une organisation des équipes sur des plages horaires « étirées ».
- Les restrictions à l'export, principalement sur les équipements de protection individuelle dans les premiers mois de la crise sanitaire.
- La situation de pénurie mondiale sur les articles Covid et la nécessité de se tourner vers de nouveaux marchés et fournisseurs que nous ne connaissions pas ou peu.
- En lien avec ce dernier élément, un niveau d'achat sans précédent dans un contexte de risques (financiers et qualitatifs) très élevés.

D'un point de vue interne, **la réactivité et l'engagement des équipes a permis une adaptation rapide aux contraintes** de confinement, ainsi que la mise en place du télétravail nécessitant l'équipement en matériel informatique.

L'adaptation des horaires d'équipe et la mise en place de mesures visant à limiter le risque de contamination sur le site ont été possibles grâce à une mobilisation générale et notamment le support de l'équipe WATSAN du pool opérationnel de support logistique OCP, basé à Mérignac.

Les efforts de chacun ont permis d'assurer une continuité d'activité et de limiter l'impact de cette situation sur notre capacité à approvisionner les missions pour leurs besoins « classiques ».

Cependant, nous n'avons pas pu assurer cette mission dans les premières semaines de la pandémie, concernant les articles liés aux opérations Covid, notamment le matériel de protection pour les personnels et les patients ainsi que le matériel d'oxygénation. Ceci s'est notamment illustré au Yémen, pays en guerre depuis 5 ans, exsangue et durement affecté par la première vague avec un nombre très élevé de cas sévères. Les équipes MSF ont dû faire face aux besoins de capacité d'oxygénation en adaptant les moyens disponibles sur place.

A l'origine de cette situation, la pénurie et la forte demande de certains articles que seul un approvisionnement très anticipé et massif aurait pu éviter. Mais cette anticipation était-elle possible et réalisable ?

Pour faire face à cette situation partagée à des degrés différents par les 3 centrales d'achat et à la forte demande des 5 centres opérationnels, la plateforme ESCC (MSF executive supply chain committee) s'est organisée et a sollicité le programme MSPP (MSF strategic procurement program) afin de mutualiser les moyens MSF (équipes d'acheteurs, référents qualité, réseau MSF dans le monde) à travers la création d'une taskforce en charge de coordonner les achats en inter-centrales.

La gestion nécessaire de ces stocks pour les 3 sections partenaires de MSF Logistique dans ce contexte de pénurie s'est faite à travers les stocks d'urgence, processus lourd pour les équipes MSF Logistique et contraignant pour les sections MSF.

Cette situation a montré les limites de notre actuel système de gestion de commandes et de stocks dont la révision nécessaire et planifiée n'a malheureusement pu être menée sur 2020.

Face aux différentes restrictions à l'export en Europe pour certains articles (masques, gants...), nous avons fait le choix d'utiliser nos capacités de stockage et de distribution à Dubaï à une échelle sans précédent. Cela a permis de **sécuriser certains stocks et d'assurer un approvisionnement dans un cadre moins contraint**.

Cela s'est également traduit par un volume d'activité de préparation de 4000 m3, valeur la plus haute des 5 dernières années et un élargissement significatif du nombre de destinations desservies par MSF Logistique à Dubaï (multiplié par 3 entre 2019 et 2020).

A fin décembre, Dubaï représentait 30 % de notre capacité de stockage (20% du stock médical, 51% du stock non médical et 13% du volume Ready to ship).

Plus généralement, les **dix principaux pays d'intervention** de MSF Logistique en 2020 restent dans la grande majorité les mêmes qu'en 2019 : République Centrafricaine, Yémen, République Démocratique du Congo, Soudan du Sud, Niger, Burkina Faso, Nigeria, Mali, Cameroun, Haïti.

Le Yémen, la République centrafricaine et la RDC représentent 27% du nombre total de lignes de commandes confirmées.

Ces pays restent les contextes opérationnels avec les déploiements MSF les plus importants, années après années.

Les interventions en situations de conflit, de déplacement de population, la réponse aux épidémies, les soins hospitaliers sont les principales typologies dans ces 3 pays.

A noter, une activité plus importante en 2020 concerne 2 pays :

- Le Burkina Faso où la détérioration de la situation sécuritaire principalement dans le nord depuis 2019 a eu pour conséquence le déplacement de près d'1 million de personnes.
- Haïti où dans un contexte d'instabilité, le volume opérationnel a augmenté avec notamment l'ouverture du centre traumatologie de Tabarre et une intervention Covid entre mai et août pour la prise en charge des cas sévères.

Concernant la **qualification**, les commandes Urgentes ont représenté 11,2 % des lignes de commandes (près du double du taux de 2019, taux qui était en baisse constante depuis 2017), les commandes « ASAP » sont passées de 19 à 23%, les commandes régulières connaissent une baisse significative alors que leur proportion restait constante sur les dernières années, passant de 75 à 66%.

Ces tendances ont pour origine 2 facteurs principaux :

- L'impact opérationnel de la situation Covid dans certains pays.
- Le transfert du stock d'urgence OCBA mené en mode projet sur la seconde moitié de 2020 augmentant la part de réponse aux urgences dans notre activité.

En lien avec ce second point, l'intervention de la section espagnole à partir de novembre 2020 dans le cadre de la situation de conflit dans la région du Tigray (Ethiopie).

Parallèlement, plusieurs sections sont intervenues côté soudanais auprès des populations réfugiées fuyant les combats.

Concernant les différents niveaux d'activité, après 2 années en plateau, l'année 2019 avait été marquée par une baisse de 10% du nombre de lignes de commandes confirmées, marquant une rupture avec les tendances des années précédentes.

En 2020, ce chiffre est en hausse, revenant à un niveau quasi équivalent à celui de 2017 et 2018 (111 000).

Le bilan financier de l'année 2020 est donc légèrement positif pour la première fois depuis 4 ans.

Plusieurs raisons à cela :

- Une activité élevée en lignes de commandes confirmées et packées se traduisant par un niveau de revenu d'activités sans précédent (116,7 M€)
- Un choix de ne pas procéder à certains remplacements de postes afin d'assurer une maîtrise de nos coûts de structure

- Les résultats de certains choix tactiques/stratégiques faits ces dernières années (adaptation de la politique tarifaire, sous-traitance de certaines activités)

Sur l'activité export (hors cellule avion), les sections partenaires et autres MSF représentent 95% du revenu d'activité, les 5% restant concernant les partenaires externes, part en recul comparé à 2019 (10%). Durant cette année d'importantes commandes de l'OMS avaient fortement augmenté le volume d'activité hors partenaires MSF.

Cependant, en valeur absolue cette réalisation est en ligne avec la prévision budgétaire malgré une incapacité temporaire à pouvoir répondre aux besoins Covid des partenaires extérieurs.

Dans le cadre de la révision de notre schéma logistique et en continuité des projets engagés en 2019, de nouveaux outils ont été mis en place en 2020 sur nos plateformes.

A **Mérignac**, nous avons confié à un prestataire logistique la gestion de notre entrepôt de Blanquefort en janvier 2020. Ce projet avait pour objectifs de nous permettre de faire face aux pics d'activité intrinsèques à la logistique humanitaire et de variabiliser nos coûts de structure. Après une année d'exploitation, nous entérinons l'atteinte de ces objectifs et plus particulièrement celui du gain en flexibilité. Cela nous a également amenés à accomplir un travail d'interfaçage de nos systèmes d'information avec nos prestataires logistiques afin de fluidifier et fiabiliser les échanges.

A Dubaï, le projet d'automatisation de nos flux de commandes entre Mérignac et Dubaï a été livré.

Ce nouvel outil nous a permis d'augmenter le volume de commandes ainsi que le nombre de destinations au départ de Dubaï, accentuant la régionalisation de notre modèle logistique.

En parallèle, un projet TIC (Transformational Investment Capacity) a été lancé en début d'année avec pour objectif d'optimiser les flux et l'interfaçage externe de la plateforme Dubaï à l'horizon 2021.

A noter également, une rationalisation du nombre de prestataires logistiques (stockage, préparation) passant de trois à deux. Ceci a permis le transfert

de l'ensemble des articles non médicaux sur IHC (International Humanitarian City Dubaï), où nous bénéficions d'un stockage gratuit, et le transfert de l'ensemble des articles médicaux vers un nouveau prestataire.

Au global, nos volumes de stockage ont fortement augmenté avec d'une part l'intégration du stock d'urgence d'OCBA et d'autre part notre stratégie de sécurisation des stocks d'articles de protection individuels (PPE). Cette augmentation a été absorbée par nos partenaires logistiques aussi bien sur Mérignac que sur Dubaï.

Cette situation et la volonté d'un développement décentralisé de notre activité doivent nous mener à continuer le travail entamé sur nos flux directeurs logistiques dans les années à venir. De nouvelles études devraient notamment déterminer l'extension des pays desservis par notre plateforme de Dubaï, en élargissant également le nombre d'articles gérés.

En complémentarité de ces projets, le projet de développement de nos achats en Asie, financé par le mécanisme TIC, vise à décentraliser une partie de nos achats, toujours très eurocentrés.

Compte tenu du contexte du covid-19, notre présence à travers ce projet en Asie nous a permis de mieux appréhender le marché asiatique et plus particulièrement le marché chinois afin d'apporter un support aux entités MSF dans la recherche et validation de sources de produits liés à la pandémie.

L'objectif d'évaluation d'au moins un dossier afin de valider une nouvelle source d'approvisionnement (un produit/un fournisseur) à compléter par un audit pharmaceutique MSF concluant, devrait être atteint fin du 1^{er} semestre 2021.

Une prolongation de ce projet commun avec MSF Japon fera l'objet de discussions afin de maintenir et développer l'identification de nouvelles sources qui permettraient de réduire les risques liés à la situation de mono-sourcing sur certains articles et de réduire les temps d'acheminement vers les terrains en utilisant les plateformes régionales.

Concernant les outils informatiques, deux projets majeurs ont débuté en 2020 :

- Une étude d'évolution de nos systèmes d'information visant à déterminer la pertinence et la faisabilité de leur changement et à présenter les évolutions envisageables.

Ce projet qui devait aboutir fin 2020 a été prolongé sur 2021. L'année particulière qui s'est écoulée et le manque de disponibilité de la personne en charge n'ont pas permis de respecter le planning. Cette étude doit être maintenue, le travail autour d'une possible évolution de nos systèmes restant une priorité.

- Un travail de migration et de mise à jour technique de l'espace commandes suite à un changement de prestataire et afin de permettre des évolutions de l'outil. Ce travail est fait en collaboration avec MSF Supply.

Ce projet n'impactera pas les utilisateurs de l'espace commandes et devrait être finalisé en septembre 2021

La finalisation du projet « Standard Lead Time » a permis en 2020 un suivi d'indicateurs de performance sur les différents segments de temps, de la préparation de la commande à sa réception sur les terrains d'intervention.

Cet outil doit être un support pour l'amélioration de nos délais de traitement, de préparation et d'expédition des commandes. Il permet également un comparatif entre les différentes centrales d'achat.

Concernant le secteur qualité, 3 audits internes ont été réalisés en 2020.

A noter une baisse du nombre de réclamations internes et des non-conformités à réception fournisseur mais une augmentation des réclamations terrain (651 en 2020 contre 603 en 2019).

Plusieurs études ont été également réalisées afin de mieux identifier les causes de destruction de produits pour cause de date de péremption non compatible avec un envoi sur le terrain (moins d'un tiers de durée de vie restant).

Les causes sont multiples, un bilan et une analyse sont réalisés mensuellement afin de réduire ce volume.

Un audit ECHO/USAID en lien avec le statut HPC (Centrale d'achats humanitaire agréé) de MSF Logistique a eu lieu en début d'année, visant à vérifier notre conformité avec le cadre prescrit par ces 2 organismes. Le rapport transmis en octobre 2020 a pointé quelques actions correctives dont la mise en place et le suivi devront être assurés en 2021.

En lien avec notre statut d'établissement pharmaceutique, le projet sérialisation, imposant un suivi de traçabilité unitaire des médicaments du site de production jusqu'à l'exportation pour ce qui concerne MSF Logistique a été finalisé.

500 000 boîtes de médicaments ont été décommissionnées en 2020.

Une mise à plat et une révision de l'organisation de MSF Logistique a pu être amorcée sur la seconde moitié de l'année avec comme point de départ plusieurs propositions faites à l'issue d'un séminaire de direction sur la base de plusieurs documents de référence reprenant les limites et opportunités de notre structure organisationnelle.

En novembre, ces propositions ont été présentées au comité de gestion ainsi qu'au CSE de MSF Logistique et des discussions ont eu lieu lors de séances de travail en plénière afin d'identifier les points forts et les points d'amélioration de notre activité, les objectifs d'une possible réorganisation et les prochaines étapes.

Ce processus commencera début 2021 et un premier bilan avec des propositions de réorganisation « co-construite » est prévu à mi-année et s'appuie notamment sur l'enquête RPS-QVT (risques psycho-sociaux / qualité de vie au travail) réalisée en 2018 et dont les ateliers vont se poursuivre sur l'année 2020.

Profitons enfin de ce rapport pour remercier Michèle Tétart.

Notre directrice de l'établissement pharmaceutique est partie pour une retraite bien méritée fin 2020 après 22 années au service de la conformité MSF

Logistique « aux Bonnes Pratiques de Distribution », soit au service de la qualité du médicament et de la maîtrise des process de distribution.

Sandrine Fayet assure désormais la continuité de ce travail en complément de ses responsabilités sur la gouvernance des données.

En conclusion, remercions l'ensemble des personnes de MSF Logistique qui ont permis en cette année d'exception d'assurer la continuité de notre mission et de mener des projets conséquents dont l'intégration du Stock d'urgence de la section OCBA, renforçant le rôle de la Centrale dans la réponse aux urgences.

epicentre

ÉPIDÉMIOLOGIE • EPIDEMIOLOGY



RAPPORT D'ACTIVITÉS D'EPICENTRE 2020

INTRODUCTION

Satellite de MSF dédié à l'épidémiologie et à la recherche, Epicentre a pour mission de décrire et analyser les situations sanitaires des populations secourues par les équipes médicales pour mieux orienter les programmes, mais aussi comparer de nouvelles pratiques de soin pour proposer des solutions adaptées aux populations vivant dans des conditions instables ou ayant un accès insuffisant aux soins.

Depuis plusieurs mois, la pandémie de Covid a nécessité réactivité et adaptation pour qu'Epicentre soit en cohérence avec les besoins de MSF, participe à l'effort scientifique mondial, et mette en place des nouvelles conditions de travail. La réponse d'Epicentre face à la pandémie a été largement dépendante des zones géographiques et évolutive tout au long de l'année 2020, puis de 2021. De nouveaux outils – bulletins, tableaux de bord, etc. – ont été développés pour décrire l'épidémie et les formes cliniques dans les sites d'intervention de MSF. Aujourd'hui ceux-ci couvrent près d'une cinquantaine de pays. Ces outils donnent une vision du profil des patients pris en charge et de la sévérité de leur maladie et permettent ainsi d'anticiper au mieux les besoins au niveau des sites d'intervention de MSF. Epicentre avec le ministère de la Santé Publique du Niger et la Fondation MSF a aussi déployé la plateforme Alert-COVID-19 pour repérer les cas de Covid, et à terme des maladies à récurrence récurrente dans ce pays comme la rougeole et la méningite. Car les savoirs et les savoir-faire développés pendant la pandémie ont été pensés pour mieux faire face à d'autres épidémies voire

à l'apparition de nouvelles maladies infectieuses. Face aux nombreuses inconnues demeurant sur l'impact de la pandémie sur le continent africain, Epicentre continue de mener des enquêtes de séroprévalence dans plusieurs pays ou auprès de personnels de santé.

La crise sanitaire a évidemment impacté la poursuite de certains projets, voire leur lancement. Toutefois tout a été mis en œuvre pour que les projets menés par Epicentre sur les autres maladies qui touchent largement les régions d'intervention de MSF se poursuivent.

CHIFFRES CLÉS 2020 | ZONES D'INTERVENTION

- Nombre de personnes en équivalent temps plein : 333 dont 58 % de personnels scientifiques et 42 % personnels support (dont près de la moitié de support domestique). 46 nationalités.
- 3 centres de recherche : Paris (France), Mbarara (Ouganda) et Maradi (Niger)
- Des équipes d'épidémiologistes sur le terrain : Cameroun, Mali, RDC, Malawi, Tchad, Soudan du Sud, Niger, Ouganda
- Des équipes délocalisées à New-York, Dubaï, Dakar, Genève, Bruxelles, Londres, Le Cap
- 1 département de Recherche
- 1 département Epidémiologie d'Intervention et Formation
- 67 publications dans des revues internationales à comités de lecture

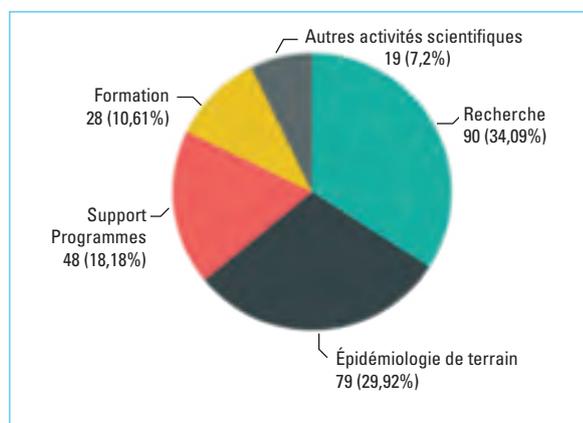
Intervention dans une cinquantaine de pays, essentiellement en Afrique (187 projets sur le continent africain).



16,7 M€ de charges d'exploitation dont 8M€ de dépenses de personnel, 6,3 M€ de services extérieurs (loyers, entretien, assurances, transports etc. dont 2,9 M€ de salaires et charges refacturées) et 1,9 M€ d'achats de matières et approvisionnements.

16,8 M€ de ressources qui permettent à Epicentre de mener à bien les projets pour MSF, parmi lesquelles 11,3 M€ émanent de fonds collectés par MSF auprès du public et 5,5 M€ de bailleurs externes.

264 projets dont 119 initiés pendant l'année 2020.



FAITS MARQUANTS 2020 : RÉPONDRE À LA PANDÉMIE DE COVID, MAIS PAS SEULEMENT !

□ Décrire l'épidémie de Covid-19

En 2020, 44 projets ont porté sur le Covid-19, démontrant l'implication et la réaction des équipes d'Epicentre face à la pandémie. Ils couvrent l'ensemble des domaines de compétences : 14 projets en support aux programmes de MSF, 18 en épidémiologie de terrain, 10 en recherche et 2 sur la formation.

La compréhension des épidémies au niveau local est en effet cruciale pour fournir des indications utiles aux opérations. Dans sa mission d'appui opérationnel, Epicentre fournit les outils appropriés à toutes les sections de MSF pour collecter les données et compiler les informations de tous les projets dans une base de données unique, puis analyser ces données sur une base hebdomadaire et produire un rapport mensuel pour une cinquantaine de pays. Cette surveillance épidémiologique permet à MSF de suivre l'évolution de l'épidémie sur ses sites d'intervention, les situations cliniques des patients afin d'améliorer

leur prise en charge, de mieux localiser les vagues épidémiques et ainsi anticiper leur évolution à court terme.

□ **Mieux comprendre la portée de la pandémie**

Face à l'inconnue persistante de l'impact du Covid-19 notamment en Afrique, Epicentre a lancé plusieurs études de séroprévalence parfois accompagnées d'enquêtes de mortalité rétrospective au Mali, Yémen, Niger, Côte d'Ivoire, Cameroun, RDC, dans le camp de réfugiés de Dagahaley, Garissa County au Kenya, pour évaluer l'intensité de la circulation du virus. La collecte des données se poursuit dans plusieurs sites.

En France, Epicentre avec OCP et l'Institut Pasteur a montré dans quatorze lieux d'intervention avec des personnes en situation précaire que 18 à 94 % des personnes avaient été infectées par le virus SARS-CoV-2. MSF a ainsi pu établir des recommandations consistant à privilégier des placements en hôtels et des hébergements avec des espaces de vie individuels plutôt que les lieux collectifs comme les gymnases, pour mettre à l'abri des personnes sans hébergement en période de pandémie.

□ **S'adapter et accompagner les stratégies d'intervention**

Si par définition une pandémie est mondiale, son impact, les besoins afférents, mais aussi sa progression hétérogène varient d'une zone géographique à l'autre, ce qui nécessite la mise en œuvre de réponses appropriées à l'environnement dans lequel on se trouve.

Au Niger, Epicentre, la Fondation MSF, Medic Mobile, le ministère de la Santé publique et Google ont collaboré pour déployer un outil électronique qui organise la réception et les investigations suite aux alertes Covid-19. Il repose sur une formation adéquate des différents intervenants et le recueil des données d'alerte de manière structurée pour en assurer l'efficacité et l'exhaustivité. Le centre du Niger est également un site de l'étude COPCOV, une étude internationale randomisée coordonnée par le MORU (Mahidol Oxford Tropical Medicine Research Unit), visant à explorer différentes pistes de prophylaxie chez les travailleurs de santé.

Au Cameroun, pour pallier les difficultés logistiques associées aux tests PCR, MSF, le ministère de la santé publique et Epicentre ont évalué les performances de cinq tests diagnostiques rapides – 4 basés sur la recherche d'anticorps et un sur la détection d'antigène – pour détecter l'infection par le SRAS-CoV-2 en milieu communautaire. Sur la base des premiers résultats démontrant la fiabilité de ces tests, le Cameroun a validé un algorithme national de dépistage du Covid-19 et commencé à utiliser les tests diagnostiques rapides dès le 12 juillet 2020.

Epicentre est aussi partenaire de l'étude clinique Anticov se déroulant dans 13 pays africains sous la coordination de DNDi (Drugs for Neglected Diseases initiative) dont l'objectif est d'identifier des traitements pouvant être utilisés pour traiter précocement les cas légers et modérés de Covid-19 et prévenir les pics d'hospitalisation qui pourraient submerger les systèmes de santé fragiles et déjà surchargés en Afrique.

En raison de la pandémie, certains projets ont vu leur objectif légèrement évoluer. C'est le cas de l'étude menée avec OCB visant à évaluer le test de diagnostic urinaire FujiLam pour la tuberculose chez les patients séropositifs VIH en Ouganda, au Kenya, au Mozambique et en Afrique du Sud auquel un volet secondaire a été ajouté : il consiste à évaluer la prévalence du Covid-19 chez les patients ambulatoires séropositifs présentant des symptômes de tuberculose, en décrivant leurs caractéristiques cliniques et la gravité de la maladie.

D'autres projets se sont attelés à déterminer l'impact de nouveaux protocoles de soins comme la télémédecine dont la mise en place s'est accélérée en raison de la crise sanitaire. Parmi eux, une enquête a été menée pour évaluer dans différents sites d'intervention de MSF l'expérience des consultations à distance – vidéo ou téléphone – pour les patients atteints de troubles mentaux. Si cette alternative apparaît acceptable dans les contextes humanitaires pendant la pandémie, elle n'est en revanche pas adaptée aux victimes de violences sexuelles ou interpersonnelles, aux patients souffrants de graves problèmes de santé mentale, ni en pédiatrie ou en gériatrie.

En Lombardie en Italie, Epicentre a apporté la preuve de l'efficacité de la télémédecine pour le

suivi de patients positifs au Covid et ainsi réduire les hospitalisations. Dans la région des Marches en Italie, lors de la première vague de Covid-19, MSF a formé un groupe de médecins à l'échographie pulmonaire (POCUS) et à son interprétation à domicile. Epicentre a mené une étude pour décrire la mise en œuvre de ce protocole inédit et le retour d'expérience sur la gestion clinique des cas suspects ou confirmés de Covid.

□ Sans pour autant oublier les autres maladies

Si parfois certains projets ont dû être mis à l'arrêt, la majeure partie s'est poursuivie. Ils vont de la prévention au traitement et ce, avec toujours comme objectif de fournir des informations et des solutions réalisables pour améliorer l'accès à des soins de santé de qualité pour les populations vivant dans des conditions précaires ou ayant un accès insuffisant aux soins.

La malnutrition a été au cœur de plusieurs études. 2020 a ainsi été marqué par la reprise, en lien avec OCP, de la surveillance au Tchad pour estimer la prévalence de la malnutrition, mais aussi par le début des analyses omiques (génomique, transcriptomique, protéomique...) dans le cadre d'un projet avec OCB pour comprendre l'étiologie et la physiopathologie du kwashiorkor. Le projet avec OCBA évaluant l'utilisation du MUAC comme critère anthropométrique pour l'admission, le suivi et la sortie des centres de soin des patients avec des formes sévères est, quant à lui, entré dans sa phase finale.

Pour le choléra, autre sujet sur lequel Epicentre travaille de longue date, un nouveau projet a vu le jour avec OCG, OCB, OCP et OCBA : CATI (Case-Area Targeted Intervention). Il va explorer au Cameroun, en RDC et au Zimbabwe le bénéfice d'une détection précoce des clusters pour déclencher une réponse rapide, localisée et combinée et ainsi réduire la transmission dans les foyers et dans l'environnement proche.

Suite aux nombreuses épidémies de rougeole en RDC, dont la dernière en date entre 2018 et 2020 où plus de 460 000 enfants avaient contracté la maladie et près de 8 000 étaient décédés, OCP et Epicentre ont mis sur pied le projet URGEPI au sud du pays, dans l'ex-Katanga, pour mieux répondre aux vagues récurrentes de rougeole. La

surveillance épidémiologique globale se fait grâce à un système d'alerte, dont le seuil a été établi à partir des expériences précédentes et de la couverture vaccinale.

□ Vacciner pour prévenir les maladies

En termes de prévention, Epicentre participe à plusieurs essais cliniques portant notamment sur un nouveau vaccin Ebola, le vaccin MVA-BN, pour protéger les populations avant que les flambées ne touchent les zones à risque. Pour la fièvre jaune, en collaboration avec l'Institut de recherche médicale du Kenya, l'Institut Pasteur de Dakar et l'OMS à Mbarara, Epicentre a montré que l'administration d'un cinquième de dose du vaccin était efficace et pourrait permettre de vacciner des millions de personnes supplémentaires en situation d'urgence et pallier le manque de stock. Nouvellement préqualifié par l'OMS, le nouveau vaccin conjugué contre la typhoïde va, quant à lui, faire l'objet d'une grande campagne de vaccination à Harare, au Zimbabwe. Une étude d'Epicentre avec OCB va estimer la couverture vaccinale de cette campagne et mesurer l'efficacité du vaccin pour prévenir la fièvre typhoïde.

□ Diagnostiquer et traiter

Les équipes ont aussi œuvré à évaluer de nouvelles solutions diagnostiques comme la détermination de la charge virale du virus de l'hépatite C à partir d'un prélèvement de sang séché avec OCP au Cambodge, ou encore le test FujiLAM pour la tuberculose chez des personnes séropositives VIH en Afrique du Sud, en Ouganda, au Mozambique et au Kenya avec OCB et l'ANRS. Pour ces deux maladies qui peuvent rester latentes pendant longtemps, le diagnostic ouvre la voie à une détection précoce de la maladie et donc une meilleure efficacité des traitements.

Quant au traitement, le centre de recherche en Ouganda est l'un des sites de l'essai coordonné par DNDi pour établir les données cliniques de pharmacocinétique, de sécurité, de tolérance et d'acceptabilité de la nouvelle formulation «4 en 1» qui comprend l'abacavir, la lamivudine et le lopinavir/ritonavir chez les enfants de moins de 3 ans séropositifs VIH. Toujours pour le VIH, mais chez les adultes séropositifs, l'efficacité du passage à la nouvelle génération de trithérapie à base de dolutegravir (TLD) –

tenofovir-lamivudine-dolutegravir –, coordonné à l'échelle nationale par le ministère de la santé du Malawi suite aux recommandations de l'OMS, est actuellement évaluée dans le site sentinelle du district de Chiradzulu.

En ce qui concerne les maladies négligées, Epicentre gère les données et les analyses statistiques de l'étude clinique que coordonne DNDi en Ouganda et au Malawi pour évaluer l'efficacité et la tolérance du fexinidazole, médicament oral à dose unique quotidienne pendant 10 jours, chez les patients atteints de maladies du sommeil par le trypanosome Rhodesiense.

Ces projets illustrent la diversité des interventions d'Epicentre. Il faut leur adjoindre tous les projets d'épidémiologie de terrain, qui se déroulent 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 études. Le déploiement d'épidémiologistes auprès des cellules d'urgence et des cellules opérationnelles de MSF se poursuit. C'est le cœur de l'activité d'Epicentre qui lui permet de disposer des connaissances nécessaires pour guider les opérations et anticiper les besoins potentiels en termes de recherche et d'innovations technologiques en vue de faire progresser les programmes en lien avec MSF.

OUVERTURE ET PARTAGE

□ Former à l'épidémiologie

Une des missions d'Epicentre est de générer des savoirs, de les partager et de faciliter leur mise en application au bénéfice des populations. Répondre aux situations d'urgence, aux activités de suivi et d'évaluation, aux nouvelles questions médicales et humanitaires repose aussi sur la formation. Epicentre joue un rôle majeur dans celle du personnel MSF à l'épidémiologie et aux outils de santé publique à travers notamment des deux formations phares - Populations en Situation Précaire (PSP) et Réponses aux Epidémies (RepEpi) – récurrentes et largement plébiscitées comme en témoigne ce stagiaire : « c'est un excellent moyen [de] passer des concepts théoriques à une application pratique

de l'épidémiologie ». En 2020, elles ont concerné 116 personnes dont 104 membres de MSF et 12 membres de l'OMS. Basées sur l'interaction, ces formations s'adaptent aux besoins réels et aux nouvelles situations. 1 session de PSP a eu lieu en Espagne ; pour les RepEpi ou équivalents, ils se sont déroulés au Sri Lanka pour OCA, au Tchad pour OCP, en Haïti pour l'OPS et le ministère de la santé publique et pour la première fois, une session avec 20 stagiaires sur 19 terrains et des intervenants dans 5 pays a été entièrement dispensée en ligne. Des modules dédiés au Covid-19 ont également été mis en place et 85 personnes du PAM ont même été formées dans le cadre d'un atelier entièrement dédié au Covid-19 en mars avec 5 intervenants Epicentre.

Le digital-learning (ou e-learning) offre de nouvelles possibilités et l'accès à un public plus large. Comme le note l'une des stagiaires d'une session en ligne « ce que j'ai le plus apprécié dans cette formation (par rapport à une session en face à face), c'est l'équité : quelqu'un en Europe, en Extrême-Orient, en Amérique centrale et en Afrique peut participer sans problème ». D'ailleurs le module « prérequis en Épidémiologie » utilisé pour diverses formations telles que le PSP, RepEpi, FOOT, Forgho, etc, et la formation aux enquêtes épidémiologiques sont désormais disponibles en e-learning sur TEMBO, la plateforme d'apprentissage et de développement de MSF accessible à tous.

Si toutes les sessions n'ont pas pu avoir lieu, cette année a permis de poser les bases de formations futures, voire de réfléchir à des évolutions possibles comme avec OCP sur le LEAP (Leadership Educational Academic Partnership), un programme de mastère conçu par des humanitaires pour des humanitaires, délivré conjointement par l'Université de Manchester et la Liverpool School of Tropical Medicine. En 2021, va voir le jour avec OCB une formation de 15 jours sur l'Épidémiologie et les statistiques, dans le cadre la Medical Academy, et en 2022 avec OCG un RepEpi ad hoc pour leur Ecole des urgences en RDC.

Les épidémiologistes d'Epicentre interviennent aussi dans divers diplômes universitaires tels que le Master épidémiologie Covid de l'université John Hopkins, le DIU Santé internationale et médecine tropicale de Sorbonne Université avec l'hôpital

de la Pitié Salpêtrière-AP-HP, le Master Urgences Global Health de l'université de Bristol et le DU médecine tropicale de l'Université de Rennes.

□ Unir nos forces au bénéfice de la santé des populations

Compte-tenu de l'ambition de certains projets d'Epicentre, leur mise en application nécessite de nombreuses collaborations qui peuvent aller de la mise en réseau à la direction de consortium multi-pays et multi-partenaires.

Ainsi Epicentre fait partie d'un consortium mondial dirigé par le ministère de la santé de la RDC et l'Institut national de recherche biomédicale (INRB) pour valider un deuxième vaccin contre le virus Ebola. L'essai clinique sponsorisé par la London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM) et la Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) doit évaluer l'efficacité de ce nouveau vaccin nommé MVA-BN.

Plusieurs projets autour de la tuberculose impliquant le centre de recherche de Mbarara se développent en partenariat avec des institutions et des financements externes :

- Le projet TB-Speed coordonné par l'Université de Bordeaux ambitionne de réduire la mortalité infantile en évaluant des approches diagnostiques novatrices ;
- EndTB, projet porté par MSF, qui vise à trouver des traitements plus courts, moins toxiques et plus efficaces contre la tuberculose multirésistante se déroule dans 17 pays, implique Partners In Health, Interactive Research & Development et est financé par UNITAID et MSF ;
- L'essai DATURA, financé par l'EDCTP et l'ANRS, évalue l'efficacité d'un traitement initial plus intense, consistant en une augmentation des doses des principaux antibiotiques utilisés, rifampicin et isoniazid, auxquels on ajoute des corticostéroïdes, chez des adultes et des adolescents hospitalisés co-infectés par le VIH.

Le centre de Mbarara est également l'un des sites de l'étude Nifty financée par EDCTP et ayant pour but de déterminer l'innocuité et la réponse immunitaire provoquée par des doses réduites de

vaccin contre la fièvre jaune comparativement à une dose standard.

Epicentre poursuit son implication dans la lutte contre le paludisme en accompagnement de MSF pour le déploiement de la chimioprévention du paludisme saisonnier dans le Sahel, mais aussi à travers sa participation au projet DeTACT dans le cadre d'un consortium international coordonné par le MORU (Mahidol Oxford Tropical Medicine Research Unit). Dans ce vaste essai qui se déroule dans 14 sites – dont le centre de recherche du Niger – réparti dans 8 pays d'Afrique et 5 pays, Mahidol Oxford Tropical Medicine Research Unit d'Asie étudie l'efficacité et la tolérance de traitements alternatifs utilisant des combinaisons de médicaments antipaludiques existants, à faible risque de développer des résistances et pouvant être déployés rapidement en cas d'apparition de résistance.

Cette adaptation aux nouveaux enjeux de la santé transparaît également dans le projet en collaboration avec GARDP et DNDi, où Epicentre décrit au Niger les pratiques de prescriptions des antibiotiques en pédiatrie, les lacunes et les améliorations nécessaires.

Fin 2020 a aussi vu le début des inclusions au Nigeria dans l'étude multi-sites sur la fièvre de Lassa, menée conjointement par Epicentre, le P95 et l'Institut Bernhard Nocht de médecine tropicale, avec le soutien du CDC du Nigeria, et financée par la CEPI (Coalition for Epidemic Preparedness Innovations). Son objectif est d'estimer l'incidence, probablement sous-estimée en raison des lacunes en matière de diagnostic, de surveillance et d'accès aux soins de cette fièvre hémorragique dans cinq pays – Nigeria, Bénin, Sierra Leone, Liberia et Guinée – où elle est endémique.

Depuis plusieurs années, Epicentre développe des projets de recherches pour MSF avec de plus en plus de partenaires stratégiques et ce, dans l'objectif de démultiplier les synergies dans les études et les recherches menées, de renforcer son positionnement international et la diffusion des innovations médicales, de diversifier ses sources de financement, mais en ne perdant jamais de vue les missions de MSF.

NOTRE ENGAGEMENT

□ Le plan stratégique 2020-2023 en action

Afin d'améliorer encore l'accès aux soins de qualité des populations vivant dans des situations instables, Epicentre s'est fixé des objectifs pour les années à venir qui passent par un accroissement et une diversification de ses expertises, une consolidation de son positionnement notamment au sein de MSF, tout en s'ouvrant aux opportunités de développement.

Le déploiement de cette stratégie vise à renforcer la place d'Epicentre en tant qu'acteur majeur de la recherche, mais aussi à accélérer l'innovation et l'accès aux soins pour les personnes qui subissent des conflits, des épidémies et des catastrophes. L'accompagnement des équipes opérationnelles de MSF et la recherche, principalement au stade avancé, sont au cœur du projet d'Epicentre afin de garantir le déploiement de médicaments, vaccins et diagnostics adaptés aux populations prises en charge par MSF.

En 2020, malgré le Covid-19, Epicentre a effectué des avancées dans les 3 objectifs prioritaires qu'il s'est fixés :

- **Elargir nos compétences et améliorer notre expertise**

Les centres de recherche du Niger ou de l'Ouganda ne cessent de renforcer leur place dans l'environnement local et international et leurs liens avec les autorités. Leur accréditation pour effectuer des tests PCR pour le Covid-19 par leur ministère de la Santé respectif en est la preuve. Ils se sont également dotés de nouvelles compétences et de nouveaux équipements, qui ont abouti début 2021 à la mise en place d'un laboratoire de biologie moléculaire (PCR) à Maradi. Par ailleurs une première étude décentralisée sur la tuberculose à Kabale, dans les hôpitaux de districts en Ouganda a pu voir le jour. De même certaines personnes du Centre du Niger ont été déployées en RDC sur l'étude du vaccin contre Ebola. Ces évolutions au sein des deux centres de recherche illustrent leur degré de maturité et leur capacité à porter des projets.

- **Donner plus d'impact à nos travaux**

Le développement du E-learning et des approches combinées présentiel-terrain-online débuté en 2020 va permettre de donner un nouvel élan aux formations d'Epicentre tout en élargissant le public potentiel au sein de MSF et au-delà. Une réflexion a par ailleurs été entamée pour diversifier encore cette offre. Epicentre développe de plus en plus de formations pour les épidémiologistes des différents centres opérationnels et ce afin de diffuser le savoir acquis au cours des années tout en garantissant la qualité et l'adéquation des études menées.

En plus de la « traditionnelle » journée scientifique qui s'est déroulée en septembre en format hybride présentiel-on line pour présenter les résultats des études et des recherches effectués dans l'année, une conférence médicale sur la Réponse aux défis médicaux au Niger et au Sahel s'est tenue le 21 janvier 2020 à Niamey. Autour d'experts et acteurs clés du milieu médical, elle a abordé les enjeux et défis des politiques de santé publique, tout en relevant les avancées notables dans les domaines de la recherche médicale et du développement de produits médicaux.

La pandémie de Covid a aussi été l'occasion pour Epicentre de renforcer sa présence dans les débats internes, mais aussi publics à travers des prises de parole dans des conférences et les médias.

- **Diversifier nos ressources humaines et financières**

En 2020, Epicentre a commencé une mutation et une optimisation de son fonctionnement qui se sont entre autres traduites par une redéfinition de certains rôles, la réorganisation des activités support (nouvelles directions dédiées aux finances, aux RH, à la Communication), l'amélioration du reporting et une évolution des mécanismes de financement. Ce socle devrait garantir dans les années à venir la poursuite du développement des ressources humaines en attirant du personnel de haut niveau tout en assurant la diversité du recrutement et la recherche de nouvelles sources de financement. Depuis plusieurs années la part des financements externes s'est accrue, passant de 10% en 2018, à 22% en 2019 et 32 % en 2020. En 2021 la prévision des financements extérieurs était de 36%.

Les évolutions de MSF et d'Epicentre doivent nous amener à prêter encore plus d'attention au risque de double standard au sein du personnel et de nos pratiques. Un travail de réflexion débuté en 2020 en ce sens devrait se concrétiser en 2021.

La nécessaire adaptation due à la pandémie a accru le recours au télétravail notamment sur le site de Paris, le déploiement de la visioconférence et des plateformes de travail collaboratif ont renforcé nos liens avec les centres du Niger et de l'Ouganda en créant une proximité virtuelle.

□ **Un leitmotiv : faciliter l'accès et l'innovation**

Faciliter l'accès à des solutions innovantes, c'est ce qui guide Epicentre. Dès leur conception, les projets doivent être pensés en vue d'une traduction en solutions pratiques sur le terrain pour les populations concernées. Le coût et la propriété intellectuelle de certaines solutions diagnostiques ou thérapeutiques ne sont pas les seuls freins à leur déploiement. Il est aussi important de prendre en compte d'autres facteurs tels que la sévérité des pathologies, ainsi que les contraintes et les spécificités propres à l'environnement et aux populations visées.

Ainsi le projet sur la fièvre de Lassa débuté en 2020 doit permettre de recueillir les informations sur la prévalence et l'incidence de cette pathologie en vue de poser les bases pour de futurs essais d'efficacité du vaccin. En ce qui concerne la tuberculose chez les personnes séropositives VIH, l'objectif d'Epicentre est de valider un test associant facilité d'usage, accessibilité et sensibilité, trois critères essentiels pour son usage dans les pays à ressources limitées. Par ailleurs, toujours pour cette maladie, Epicentre collabore à de nombreux programmes visant à mettre à disposition des populations des approches thérapeutiques mieux adaptées à leurs comorbidités éventuelles et à leurs conditions de vie.

Le coût des vaccins et leur approvisionnement demeurent un problème majeur pour certains pays, et en cas d'épidémies, il est nécessaire d'y avoir accès sans délai. Les études de fractionnement de dose pour les vaccins contre la fièvre jaune ou le pneumocoque – qui débute en 2021 – ouvrent des perspectives pour lutter contre les pénuries,

encore trop souvent responsables de la faible réponse vaccinale.

Ces recherches répondent à de nouveaux modèles : elles démontrent en effet qu'il est possible d'effectuer des essais sur des produits appartenant à différents fabricants, de manière indépendante, et que des chercheurs de plusieurs pays peuvent mener ensemble des recherches indépendantes, et obtenir des résultats qui répondent aux besoins des populations et garantissent des médicaments et vaccins efficaces et sûrs.

En 2020, Epicentre a également consolidé ses savoirs et ses expertises en sciences des données avec le travail sur le data management et la mise en œuvre de tableaux de bords pour MSF. Ces bases doivent inciter à aller encore plus loin dans le traitement, l'analyse, la gestion, la modélisation, ainsi que la visualisation des données. La science des données, si elle permet la planification d'études de plus grande envergure et contribue à l'analyse des épidémies, évolue rapidement. C'est un enjeu incontournable en termes de santé pour les années à venir, mais aussi un accélérateur d'innovations. Relever ce défi opérationnel repose sur l'investissement dans des outils suffisamment sophistiqués pour garantir des résultats de haute qualité, sur la formation des équipes sur l'ensemble des sites pour être à la pointe des compétences numériques et sur la participation à des initiatives internationales visant à améliorer l'utilisation de méthodes d'analyse quantitative.

L'ancrage d'Epicentre à la fois dans la recherche et les activités opérationnelles permet de fournir des informations clés pour la définition des priorités des programmes de MSF, d'influencer les autorités sanitaires et les autres acteurs, mais aussi d'être une plateforme vers d'autres institutions. Les centres de recherche du Niger et d'Ouganda procurent en outre l'infrastructure nécessaire à un large éventail de projets. Parallèlement Epicentre doit accentuer la promotion de ses études pour accroître leur impact et l'accès à ses nouvelles pratiques médicales.

Notre lien avec MSF nous permet de rester concentrés sur notre mission, de maintenir notre autonomie vis-à-vis des pressions politiques ou commerciales et de conduire des projets d'envergure pour MSF avec d'autres partenaires.



RDC - 2017 - Photographie - Vincenzo Liviani

Répertoire



Antennes régionales de la section française

Grand Est (Strasbourg)

Chez l'association Quai N°10
12 rue de la Division Leclerc
67000 Strasbourg
Tél : 06 16 72 27 17
email : MSF-Strasbourg@paris.msf.org

Languedoc-Roussillon (Montpellier)

4 rue Chaptal
34000 Montpellier
Tél : 04 67 58 61 56
e.mail : MSF-Montpellier@paris.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@bordeaux.msf.org

Midi-Pyrénées (Toulouse)

15, rue de la Colombette
31000 Toulouse
Tél : 05 34 41 10 25
email : MSF-Toulouse@paris.msf.org

Rhône-Alpes (Lyon)

11, rue Franklin
69002 Lyon
Tél : 04 78 42 86 50
email : MSF-Lyon@paris.msf.org

Champagne Ardennes (Reims)

Maison de la Vie Associative
122 rue du Barbâtre
51100 Reims
Tél: 06 37 43 80 18
email : msf-reims@paris.msf.org

Provence Alpes Côte d'Azur / Corse

Marseille
94, avenue du Prado - 13008 Marseille
email : MSF-Marseille@paris.msf.org
Nice
email : MSF-Nice@paris.msf.org

Grand Ouest (Nantes)

email : MSF-Nantes@msf.org

Ile de la Réunion

email : MSF-iledelareunion@paris.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 8488
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 M5U0N8
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 Copenhagen S
DANEMARK
Tél : +45 39 77 56 00
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.artsenzoudergrenzen.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

AI SF 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 2020

Dr Christos Christou
Président international

Habiba Amin
Elue par l'AGI en 2019

Carolina Batista
Elue par l'AGI en 2019

Sam Bumicho
Elu par l'AGI en 2020, mandat jusqu'à l'AGI 2024

Bertrand Draguez
Président de MSF Belgique

Luis Encinas
Elu par l'AGI en 2020, mandat jusqu'à l'AGI 2023

Yvan Legris
Trésorier, membre sans droit de vote du Conseil d'administration international.

Deane Marchbein
Élu par l'AGI en 2020 - mandat jusqu'à l'AGI 2023

Áine Markham
Réélue par l'AGI en 2018

David Noguera
Président de MSF Espagne

Chibuzo Okonta
coopté au Conseil d'administration international en février 2021.

Reveka Papadopoulou
Présidente de MSF Suisse.

Mego Terzian
Président de MSF France.

Marit van Lenthe
Présidente de MSF-Hollande et du Conseil du Centre opérationnel de MSF à Amsterdam (OCA).

Composition du Conseil d'administration issu de l'AG 2020

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 Méguerditch TARAZIAN alias 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	Rémi GRENIER (coopté jusqu'en 2021)
Vice-trésorier	Michel COJEAN (élu en 2020, sort en 2023)
Secrétaire Générale	Anne YZEBE (élue en 2020, sort en 2023)
Membres	Ali OUATTARA (élu en 2020, sort en 2023)
	Denis GOUZERH (élu en 2018, sort en 2021)
	Dr Isabelle ANDRIEUX-MEYER (élu en 2020, sort en 2023)
	Dr Jean-François CORTY (élu en 2020, sort en 2023)
	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)
	Lynda WOI-MESSE (cooptée jusqu'en 2021)

Représentants des sections partenaires Dr Africa STEWART - MSF USA
Dwin Tucker - MSF Australie
Dr Takashi KURUMIYA – MSF Japon

5 postes sont à pourvoir pour l'AG 2021.

Abréviations

ACT	Polythérapies à base d'artémisinine (<i>Artemisinin-based combination therapies</i>)
AGI	Assemblée générale internationale
ARV	Antirétroviraux
ART	Traitement antirétroviral
BEmONC	Soins de base obstétricaux et néonataux d'urgence
BRICS	Brésil, Russie, Inde, Chine, Afrique du Sud
CEmONC	Soins complets obstétricaux et néonataux d'urgence
CI	Conseil international
CPS	Chimio-prévention du paludisme saisonnier
CRASH	Centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires
DIH	Droit international humanitaire
DNDi	Initiative Médicaments contre les maladies négligées (<i>Drugs for Neglected Diseases initiative</i>)
DR-TB	Tuberculose résistante
EAU	Émirats arabes unis
HepC	Hépatite C
HPV	Papillomavirus humain
ICU	Unité de soins intensifs
IDP	Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays
IPC	Prévention et contrôle des infections
MDR-TB	Tuberculose multi-résistante
MLT	Moyen et long terme
MoH	Ministère de la Santé (<i>Ministry of Health</i>)
NCD/MNT	Maladies non transmissibles (<i>Non communicable diseases</i>)
NFI	Article non alimentaire (<i>Non-food item</i>)
OC	Centre opérationnel (<i>Operational center</i>)
OCA	Centre opérationnel d'Amsterdam (<i>Operational center Amsterdam</i>)
OCB	Centre opérationnel de Bruxelles (<i>Operational center Brussels</i>)
OCBA	Centre opérationnel de Barcelone (<i>Operational center Barcelona</i>)
OCG	Centre opérationnel de Genève (<i>Operational center Geneva</i>)
OCP	Centre opérationnel de Paris (<i>Operational center Paris</i>)
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PN	Personnel national
R&D	Recherche et développement
AMR	Résistance antimicrobienne
ABR	Résistance aux antibiotiques
RCA	République centrafricaine
RDC	République démocratique du Congo
RH	Ressources humaines
RSA	Accord de partage des ressources
TB	Tuberculose
SEEAP	Asie de l'Est, du Sud-Est et du Pacifique
SGBV	Violences sexuelles (<i>Sexual and gender based violence</i>)
SONUB	Soins de base obstétricaux et néonataux d'urgence
VHC	Virus de l'hépatite C
VVS	Victimes de violences sexuelles



14-34, avenue Jean Jaurès 75019 Paris • Téléphone : +33 (0)1 40 21 29 29