

## Rapport moral 2025-2026

L'année écoulée a été marquée par une succession de crises d'une brutalité rare. Dans de nombreux contextes, groupes armés et États ont exercé une violence délibérée contre les civils, chacun cherchant à imposer sa domination par la terreur.

À ces crises s'ajoutent la montée des nationalismes, la remise en cause de la solidarité internationale et de la santé mondiale. Les coupes dans l'aide ont déjà des effets dévastateurs : accès réduit à la nourriture et à l'eau pour les réfugiés du Bangladesh ou du Tchad, pénuries de traitements de base en RDC et au Soudan du Sud, commandes exceptionnelles d'aliments thérapeutiques pour éviter des ruptures dans plusieurs pays.

L'année a aussi été marquée par une nouvelle hécatombe : plus de 300 travailleurs humanitaires tués, dont trois de nos collègues à Gaza et en Haïti depuis notre précédente Assemblée générale. Les attaques contre la mission médicale et les hôpitaux se poursuivent, avec un mépris parfois même affiché du droit international humanitaire.

Face à tant d'adversité, je veux redire ici toute mon admiration pour le travail de nos équipes qui ont résisté aux tendances réactionnaires tout en produisant davantage de secours, notamment auprès des femmes, un choix assumé dans un contexte de remise en cause de leurs droits, y compris en matière de santé sexuelle et reproductive.

Nos engagements « progressistes » trouvent un écho au siège comme sur le terrain : lutte contre les discriminations, prévention des abus, réflexion sur la relation patient, exploration de la médecine environnementale. Je pense aussi aux prises de parole courageuses sur le Souk qui ont décrit des expériences de violences et de discriminations inacceptables et ont contribué à accélérer nos efforts en matière de *safeguarding*, à la mobilisation pour l'inclusion des personnes LGBTQIA+, au soutien à nos collègues afghanes, et au plan genre au Yémen.

Un fait encourageant : dans un environnement hostile, nos donateurs sont toujours plus nombreux. La collecte a augmenté de 15 % en France et de 11 % au niveau du mouvement.

### 1 – L'ACTION

Alors que la guerre en Iran a relégué la **PALESTINE** au second plan de l'actualité, la situation continue chaque jour de se dégrader pour les Palestiniens. Cette année a vu s'accumuler les éléments attestant de la poursuite du génocide à Gaza. En Cisjordanie, la colonisation progresse à un rythme effréné et une vague de violences meurtrières menées par des colons s'abat en toute impunité sur la population palestinienne.

A l'été 2025, les violences contre la population de Gaza ont atteint un sommet. Volontairement privés de nourriture, les habitants n'avaient d'autre choix que de risquer leur vie pour accéder aux distributions de la GHF, dont l'obscénité des pratiques a coûté la vie ou blessé plusieurs milliers de personnes. Les bombardements quotidiens ont tué des milliers d'autres civils, tandis qu'une

offensive majeure sur Gaza City a déplacé des centaines de milliers d'habitants et nous a forcés à fermer notre clinique. Quatre collègues du mouvement MSF (dont 2 OCP) ont été tués : Abdullah Hammad alors qu'il se rendait à des distributions de nourriture, Hussein Al Najjar par des frappes israéliennes à côté de sa tente, et Omer Hayek ainsi qu'Aboud (Abed El Hameed), alors qu'ils attendaient le bus pour se rendre à l'hôpital Nasser.

Fin septembre, le Président des Etats-Unis a annoncé son plan de paix pour Gaza, suscitant l'espoir d'un répit pour la population. Il n'a été que de courte durée. L'armée israélienne étend son occupation de Gaza et les bombardements continuent avec plus de 900 personnes tuées et 2000 blessés en 7 mois de cessez-le feu. Aujourd'hui à Gaza, il suffit de s'approcher un peu trop de la ligne jaune, qui n'est d'ailleurs pas tracée, pour être tué. Contrairement à ce qui était prévu par le plan Trump, l'aide n'arrive qu'au compte-gouttes. Les conditions de vie et l'insalubrité dans les camps sont insupportables. Rats et parasites prolifèrent dans les déchets et décombres. Les quantités d'eau potable atteignent péniblement 5 à 6 litres par personne et par jour et le peu de nourriture qu'Israël laisse entrer dans Gaza est volontairement de piètre qualité.

Les attaques contre les organisations humanitaires ont continué tout au long de l'année. 565 travailleurs humanitaires et 1700 personnels de santé ont été tués à Gaza depuis le début du génocide. De nombreux soignants, dont notre collègue le docteur Obeid, sont encore maintenus en détention par Israël dans des conditions ignobles. En janvier, le siège de l'UNRWA a été rasé à Jérusalem par l'armée israélienne et fin décembre, nous avons appris que notre enregistrement, comme ceux de 36 autres ONG, ne serait pas renouvelé par le ministère de la Diaspora et de la Lutte contre l'antisémitisme. Au cours de cette période, nous avons subi une campagne de diffamation avec des attaques en ligne d'une intensité sans précédent de la part d'officiels israéliens nous accusant de complicité avec le Hamas. Preuve étant : notre réticence à leur fournir les données personnelles de nos staffs, une des conditions de l'enregistrement. En concertation avec nos équipes, nous avons examiné toutes les options possibles, mais n'avons jamais pu rencontrer le ministère de la Diaspora en dépit de nos demandes insistantes. Après des discussions au sein du mouvement et au regard des pratiques israéliennes que je viens d'évoquer, nous avons décidé de ne communiquer aucune donnée personnelle.

Depuis le 26 février, nous travaillons sans équipe internationale à Gaza et en Cisjordanie et nous n'avons plus l'autorisation de faire entrer de l'approvisionnement en notre nom. Nous sommes enregistrés en Palestine, avons déplacé notre équipe de coordination à Amman et grâce à nos nombreux collègues palestiniens expérimentés, nous sommes en mesure de conserver le même volume d'activités à l'hôpital Nasser et à Gaza city.

En Cisjordanie, face aux risques élevés pour nos équipes (qui sont à portée immédiate des colons et ne bénéficient plus d'aucune coordination avec l'armée israélienne depuis la fin de notre enregistrement), nous avons recentré nos activités à Naplouse où les colonies encerclent désormais la ville dont toutes les entrées sont contrôlées par les Israéliens. L'accès est compliqué, les patients se déplacent en taxi fourni par MSF. Nous suivons une petite cohorte de 100 patients en santé mentale et explorons toute possibilité d'accroître notre action, notamment par le soutien à des organisations locales.

Nous avons continué à jouer pleinement notre rôle de témoin dans l'entreprise de destruction de la vie palestinienne, tandis que l'accès de la presse internationale reste interdit et que plus de 250

journalistes palestiniens ont été tués. A l'automne, MSF a appelé à accélérer et augmenter le nombre d'évacuations médicales depuis Gaza. Alors que plus de 15 000 personnes sont en attente urgente de soins médicaux complexes, la France n'a accueilli sur son territoire que 27 patients de Gaza, et à Amman, seulement 66 patients sont arrivés à notre hôpital.

En juin 2025 et à notre initiative, tous les bureaux MSF ont été mobilisés afin d'aider notre personnel qui souhaitait sortir de Gaza. 28 collègues MSF et leurs familles ont été accueillis dans différents pays. Une vingtaine de staffs ou ayant droits, acceptés par l'OMS, attendent leur évacuation médicale. Même si les chiffres sont peu élevés et que ce travail est aussi complexe que frustrant, je le trouve important et félicite les équipes qui en ont la charge. J'en profite également pour souligner le travail de la PSU mobilisée depuis décembre 2023 pour proposer un soutien psychologique à distance à tous nos collègues de Palestine qui le souhaitent. Tout cela demeure bien peu face à l'épreuve qu'ils traversent mais nous restons résolument engagés à leur côté.

Si nous n'avons pas encore défini le périmètre de notre intervention au **LIBAN** où nous venons d'effectuer une mission explo et où Israël mène une politique similaire de déplacements forcés de population, de destructions massives et de ciblage des professionnels de santé, nous restons présents en **IRAN** en proie à la répression et à des bombardements massifs. Pour autant, nous n'avons pas pu mettre en place d'opérations conséquentes pour venir en aide à la population, ni communiquer publiquement sur la situation.

Plusieurs collègues se sont étonnés du contraste entre la force des protestations de MSF contre les atrocités israéliennes et le silence de MSF face aux horreurs commises par les autorités iraniennes. Le risque majeur de représailles encourues par les équipes de MSF présentes en Iran est assurément une incitation à se taire, mais ce silence se soutient aussi d'une autre raison : la réprobation du régime iranien est générale, des sanctions ont été prises, des condamnations sans appel prononcées. Alors que la guerre d'anéantissement menée contre la population de Gaza, la pratique généralisée de la torture et les nombreuses exactions israéliennes s'accomplissent avec le consentement actif des occidentaux qui auraient le pouvoir d'agir.

Alors que la question du maintien de notre présence en Iran dans de telles conditions d'impuissance se posait, une nouvelle guerre s'est déclenchée en mars 2026. Nos activités médicales pour les réfugiés afghans à Mashad n'ont jamais cessé de fonctionner. A Téhéran, la clinique d'OCG est transformée en poste médical avancé afin d'accueillir les blessés. OCP vient d'obtenir l'autorisation pour l'établissement d'une nouvelle structure de soins au sud de Téhéran et pour l'ouverture d'un projet dans le sud de l'Iran, en partenariat avec des organisations nationales. Nous avons commencé un projet au Kurdistan irakien frappé par des drones et missiles iraniens, afin d'anticiper un éventuel afflux de réfugiés et de blessés.

Le **YEMEN** est le seul front au Moyen-Orient qui soit resté relativement calme. Pour autant, ce pays qui traverse l'une des crises les plus longues de l'histoire récente est parmi les plus touchés par la réduction des financements humanitaires. Le déploiement de l'aide est également limité en raison du contrôle strict exercé par le mouvement Ansar Allah sur les organisations internationales, peu nombreuses et accusées régulièrement d'être des agents de l'étranger. En novembre 2025, après que les autorités

houthies ont été touchées par des frappes israéliennes, des dizaines de personnels humanitaires ont été arrêtés, dont du personnel MSF.

Malgré les contraintes, nous parvenons à maintenir deux projets dans le nord, au sein desquels le nombre de patients pris en charge ne fait qu'augmenter. Nous avons évoqué publiquement les conséquences dramatiques de la réduction des financements, notamment à travers la hausse des admissions que nous constatons dans notre service pédiatrique de Khameer. En mars, nous avons également produit un rapport sur l'ampleur de la malnutrition et sur les besoins croissants. Il reste cependant très difficile pour les équipes de MSF de témoigner de l'ampleur de la crise sanitaire et nutritionnelle et des contraintes imposées par les Houthis.

Alors que nous entrons dans la 4<sup>ème</sup> année de guerre au **SOUDAN**, la plus grande crise humanitaire au monde selon les Nations unies, aucune avancée diplomatique n'a eu lieu cette année, le conflit est enlisé sur le plan militaire et le Soudan est *de facto* divisé en deux.

A Khartoum, la situation s'améliore. Le gouvernement y entame la reconstruction de la capitale. Nos équipes notent un réel retour des habitants, sans que nous soyons capables de le chiffrer précisément. Notre soutien au Turkish Hospital a joué un rôle clé dans l'accès aux soins de santé secondaires. Entre avril et juillet 2025, 2600 cas de choléra y ont été pris en charge et depuis une année, nous travaillons dans la salle d'urgence, la pédiatrie et la maternité. Le ministère de la Santé étant désormais présent, il est probable que nous quittions l'hôpital et que nous lancions des missions exploratoires vers des zones rurales sous-desservies de l'État de Khartoum.

Au cours des douze derniers mois, les violences ont été massives au Darfour. En juillet, nous avons alerté sur une attaque probable d'El Fasher et sur le risque d'un massacre d'ampleur basé sur l'appartenance ethnique, à travers la publication d'un rapport ainsi qu'au cours d'une conférence de presse. La ville a été attaquée le 26 octobre, après 17 mois d'un siège étouffant. Les rescapés nous ont décrit des exécutions sommaires, détentions, enlèvements contre rançon, tortures, violences sexuelles, y compris dans les villes voisines et le long des routes permettant de fuir. Lorsque nos équipes se sont finalement rendues à El Fasher trois mois plus tard pour y mener une rapide évaluation, nous avons pu rendre compte de la destruction de quartiers entiers vidés de leur population. A l'issue de l'assaut fatal, des projets ont été ouverts à Guerni et Korma mais aussi au nord d'El Geinina, à Um Baru, pour tenter de prendre en charge les survivants qui avaient pris la fuite.

Les atrocités de masse qui ont culminé en octobre 2025 à El Fasher s'inscrivent dans le cadre d'une campagne délibérée visant à affamer, déplacer de force, priver de soins et tuer des civils, souvent selon des critères ethniques. Nous estimons seulement à 30 000 ou 40 000 le nombre de personnes ayant pu rejoindre Tawila et le Tchad, tandis que plusieurs dizaines de milliers d'habitants sont portés disparus. Quels que soient les chiffres, de nombreux témoignages rassemblés par nos équipes dans un rapport à paraître prochainement attestent de massacres de grande ampleur qu'une mission d'enquête des Nations unies a qualifié récemment d'actes de génocide.

En termes opérationnels, nous continuons de travailler à Tawila, où vivent environ 800 000 personnes déplacées depuis un an et dans des conditions toujours très précaires. Les urgences y sont récurrentes. Nous avons par exemple répondu à une épidémie de choléra entre juillet et septembre (6400 cas). Les

équipes chirurgicales ont également accueilli et soigné de nombreux blessés qui fuyaient Al Fasher, (3846 patients en 2 mois). A l'approche de la saison des pluies, nous prévoyons cette année une première campagne de chimioprophylaxie du paludisme, destinée à 160 000 enfants de moins de 5 ans. Si la situation est un peu plus calme et que la transition des urgences vers la cellule régulière est en cours, il va de soi que le maintien d'une capacité de réponse aux urgences médicales et à des pics de violence reste une priorité, dans un contexte politique incertain.

Au **TCHAD**, nous sommes toujours présents à l'est, à Adré, dans les camps de réfugiés soudanais. Les équipes ont fait face à plusieurs épidémies de rougeole et de méningite, en profitant pour organiser des campagnes vaccinales multi-antigènes. Nous suppléons tant bien que mal aux acteurs humanitaires en retrait faute de financements, et avons décidé la réouverture d'un programme chirurgical, justifié par le nombre de réfugiés soudanais (1,3 million) qui continuent d'arriver et le fait que le conflit a plusieurs fois débordé sur le territoire tchadien. En mars, une attaque de drones qui visait un stock de carburant des RSF au Tchad a provoqué des victimes civiles prises en charge dans notre hôpital à Adré.

En avril, les résultats d'une évaluation intersection sur l'intervention d'urgence au Tchad (évaluation lancée par notre directeur adjoint des urgences), ont été présentés et discutés à l'IB (*International Board*). Cette évaluation faite par le CRASH et Epicentre est particulièrement intéressante car, sur la base d'informations qualitatives et quantitatives, elle discute 9 critères définissant une intervention d'urgence réussie. Certains sont classiques (être au bon endroit au bon moment, l'impact sur la mortalité...), d'autres sont assez nouveaux (comme la réponse aux attentes des patients et de la communauté, et la mise en œuvre de mesures de prévention, détection et gestion des abus). Les résultats sont bons. Je retiens toutefois une priorisation d'OCP pour la chirurgie et les blessés de guerre, tandis que la mortalité élevée en pédiatrie aurait peut-être nécessité plus d'attention. Par ailleurs, peu de discussions ont eu lieu en intersection sur les distributions de nourriture, alors qu'il s'agissait de la première demande de la population.

A la suite d'une enquête journalistique en novembre 2024 documentant des situations d'exploitation sexuelle de femmes et de filles soudanaises dans des camps de réfugiés, les sections MSF présentes au Tchad ont investigué 59 allégations, dont la majorité relèvent de faits de harcèlement, d'abus ou d'exploitation sexuels. 18 membres du personnel, incluant des personnels nationaux, internationaux et des travailleurs journaliers des centres opérationnels concernés ont été licenciés. Les actions mises en place sur le terrain vont désormais dans le bon sens : création d'un comité en charge de la sensibilisation du staff, y compris des travailleurs journaliers, mise en place d'agents de liaison avec les patients et d'une *hotline* et travail sur l'équilibre du genre dans l'équipe. De plus, un effort de transparence a été fait en communiquant aux équipes le résultat des investigations.

En 2025, le **SOUDAN DU SUD** a été le théâtre d'une intensification des combats dans l'Etat du Jonglei et de l'Upper Nile, entre les partisans du Président Salva Kiir et ceux du Vice-Président Riek Machar.

Dans un rapport intersection publié récemment, MSF a documenté les attaques massives contre les civils. Les témoins racontent des scènes horribles : violences sexuelles, recrutements forcés y compris d'enfants, tueries de personnes âgées dans l'incapacité de fuir, destructions massives de biens et incendies de foyers, parfois avec des personnes à l'intérieur. Alors que les violences sont commises par tous les

acteurs au conflit, les frappes aériennes, en nette augmentation cette année, sont clairement le fait des forces sud soudanaises, soutenues par les forces ougandaises. Celles-ci ont visé des zones très peuplées provoquant de nombreuses victimes, détruisant habitations, marchés et hôpitaux. Plusieurs centaines de milliers de personnes ont été contraintes de se déplacer dans un territoire entièrement marécageux, où le déploiement des secours est particulièrement compliqué.

L'hôpital géré par MSF à Old Fangak, délibérément bombardé par les forces gouvernementales le 3 mai 2025, n'a jamais réouvert. Depuis, nos équipes tentent tant bien que mal de rétablir un accès aux soins pour les populations dispersées sur différents îlots. En février 2026, l'hôpital d'OCA à Lankien a été bombardé par l'armée sud-soudanaise et en mars, alors que nous avons été contraints d'évacuer sur ordre du gouvernement, l'hôpital d'Akobo, soutenu par MSF, a quant à lui été pillé par des groupes locaux.

Depuis 2025, 12 attaques ont visé le personnel et les installations de MSF à travers le Soudan du Sud, privant environ 800 000 personnes d'accès aux soins essentiels. Aujourd'hui, il ne reste plus que deux hôpitaux dans les zones touchées par le conflit de l'État de Jonglei, où vivent plus d'un million de personnes. Tous deux sont gérés par MSF. Une nouvelle attaque signifierait l'effondrement total des soins de santé pour toute une population. Que faire pour protéger nos structures médicales ? Il est vrai que les leviers politiques sont peu nombreux : les parrains historiques du pays s'en détournent, la mission des Nations unies se retire progressivement et certains cadres du SPLA prônent un retour à la médecine traditionnelle. MSF a décrit les atrocités et condamné les attaques en pointant, peut-être un peu timidement, les responsabilités. Au cours de l'année, nous avons surtout privilégié une approche basée sur le DIH, en menant notre propre *fact-finding* et en demandant des explications aux autorités, qui ont d'ailleurs reconnu les faits en bilatéral. Ne devrions-nous pas nous engager plus résolument dans une confrontation publique avec les autorités Sud-Soudanaises, quitte à nous associer à des organisations de droits de l'homme ou forensiques qui documentent les preuves ? Nous discuterons de cela cet après-midi dans la session dédiée aux attaques contre les hôpitaux.

Depuis que l'AFC/M23 soutenu par le Rwanda occupe de grandes parties du Nord Kivu en **RDC**, la conduite de nos 4 projets est devenue nettement plus complexe (un visa délivré par le M23 est nécessaire, les aéroports de Goma et Bukavu sont fermés, l'approvisionnement soumis à des taxes supplémentaires doit passer par le Rwanda et les banques à Goma sont fermées). Les équipes ont malgré tout réussi à répondre aux épidémies de choléra et de rougeole (incluant une vaccination à Goma), et ont augmenté les activités des projets de Kibirizi, Bambou et Rutshuru à la suite des réductions de financements d'autres ONG.

L'environnement sécuritaire reste extrêmement volatile, et l'apparition de drones dans la zone — responsables notamment de la mort d'une employée de l'UNICEF en mars à Goma — accentue encore les risques. Les populations civiles, sommées de montrer leur loyauté à un camp sont déplacées de force, taxées et victimes d'exactions, aussi bien de la part du M23 et de leurs supplétifs que des groupes armés qui leur sont opposés. En janvier par exemple, nous avons pris en charge un afflux de blessés dans le centre de santé de Nyanzale et avons alerté sur ces violences commises par le groupe CMC, une coalition de plusieurs groupes armés du Nord Kivu.

Goma est devenue très instable et la violence y est omniprésente. Lors de la prise de la ville, l'ouverture de la prison a entraîné la libération de plusieurs milliers de détenus, et de nombreuses armes circulent depuis la fuite des soldats FARDC. Malgré la dissolution des camps, les violences sexuelles restent très fréquentes (plus de 1 000 admissions par mois dans nos centres de santé). Les agressions se produisent surtout la nuit, à domicile, dans des quartiers plongés dans l'obscurité et dépourvus de forces de police. Les familles d'accueil, où logent désormais de nombreux déplacés, sont aussi un lieu d'exploitation sexuelle.

Notre communication a cherché à rendre compte de cette violence et des conséquences du climat de terreur imposé par le M23 sur les populations. En juin, nous avons alerté au sujet du nombre de victimes de violences sexuelles. En septembre et après deux mois d'intenses discussions internes, nous avons rendu public les témoignages des survivants des massacres commis dans la région de Binza par des hommes armés affiliés au M23. Ces différentes prises de parole ont permis au Président International de porter des messages précis au cours d'un *briefing* du Conseil de sécurité des Nations unies.

À cela s'ajoute une épidémie d'Ebola (virus Bundibugyo) particulièrement complexe. L'épicentre est en Ituri, région en proie à de multiples conflits armés où l'insécurité entrave le déploiement. De plus, les outils médicaux efficaces font cruellement défaut : il n'existe ni vaccin ni traitement spécifique. Toutes les sections MSF semblent bien décidées à travailler ensemble, et plusieurs lieux de coordination intersection sont en place. OCP commence des activités à Goma, Butembo et Kampala, OCG et OCB sont en Ituri et OCA est en exploration à Beni. Nous porterons une attention particulière aux questions de sécurité, avec des réponses adaptées à chaque contexte. Nous avons capitalisé sur les enseignements tirés des précédentes épidémies et veillerons à ne pas reproduire les erreurs du passé. La prise en charge médicale de personnels nationaux contaminés devra viser le standard de soin le plus élevé possible, incluant l'utilisation de traitements compassionnels qui ont toujours été utilisés pour les occidentaux contaminés. Pour que les centres de traitements ne soient pas uniquement des lieux d'isolement, nos équipes sont déjà mobilisées pour commencer au plus vite les essais cliniques. Pour éviter l'apparition de nouveaux foyers et assurer la continuité des soins, la protection de nos structures médicales a été renforcée et des centres d'isolement ont été mis en place sur tous les projets. Il reste beaucoup d'inconnues. Il n'existe à ce stade aucune transmission communautaire prouvée dans le Nord-Kivu, le Sud-Kivu ou les pays voisins. Mais l'ampleur réelle et la gravité de l'épidémie restent inconnues en raison du manque de tests diagnostiques. La fermeture des frontières retarde l'arrivée de fournitures médicales essentielles ainsi que de personnel spécialisé, tandis que nous tentons d'évaluer comment la dynamique politique entre l'AFC/M23 et les autorités congolaises de Kinshasa influencera la réponse. Faire face à cette épidémie exigera sans doute une certaine audace médicale, mais sans avancées significatives, la réponse restera difficile.

Cette année, la pression des groupes armés sur les gouvernements militaires des pays membres de l'Alliance des **Etats du SAHEL (AES)** s'est accrue. Des grandes villes, y compris Niamey et Bamako, ont été attaquées par différents groupes, et Bamako est sous blocus depuis 9 mois. Les violences contre les populations continuent et l'utilisation de drones s'est généralisée, provoquant la mort de centaines de civils.

Cette année s'est aussi caractérisée par le renforcement du contrôle des Etats sur la société civile et les ONG. Au Mali, un nouveau mécanisme de contrôle des associations prévoit qu'elles versent une contribution de 10% des ressources de leur projet au gouvernement. Et au Burkina Faso, une nouvelle loi impose que les représentants et responsables financiers des ONG internationales soient de nationalité burkinabé et résident au Burkina Faso. Malgré tout, grâce aux négociations menées par une collègue nigérienne, nous avons pu obtenir des visas pour les personnels français au Burkina Faso ainsi que notre enregistrement au Niger, où nous retravaillons avec du personnel international dans notre hôpital de Madarounfa.

Notre volume d'activités dans les trois pays reste particulièrement important (plus de 40 000 hospitalisations, 200 000 consultations, et 60 000 enfants souffrant de malnutrition pris en charge uniquement au Niger). Au Mali, nous sommes toujours autorisés à intervenir à Tenenkou, une zone sous forte influence du JNIM. Dans la boucle du Mouhoun au Burkina Faso, nos activités connaissent une hausse significative en raison de l'afflux de personnes déplacées internes vers la ville de Dédougou. Avec un retard certain, le projet s'est clarifié en **MAURITANIE**. Nous travaillons auprès d'une population de réfugiés maliens et de leurs hôtes dans la région de Bassikounou, et commençons une activité chirurgicale afin de répondre à l'arrivée éventuelle de blessés du Mali. Enfin, nous disposons d'un partenariat avec une ONG malienne, ProSSahel, qui débutera ses activités de santé humaine et animale en Mauritanie, et les étendra dans les zones pastorales du nord Mali. Après une année entière sans communication publique sur le Sahel, notre présence en Mauritanie nous a permis de témoigner — avec prudence et sans attribuer de responsabilités — des violences subies par les réfugiés maliens lorsqu'ils se trouvaient encore au Mali.

Si la gravité de la situation sanitaire et alimentaire ne fait aucun doute, la question des limites de ce que nous pouvons accepter se pose quand, pour préserver notre capacité à fournir une assistance indispensable aux populations, nous choisissons de garder le silence face aux abus et exactions commises par les autorités locales sur les populations civiles, mais aussi sur nos équipes. Comment sortir de cette logique impitoyable ? Il est nécessaire de s'interroger sur les limites de cette soumission. Je pense en particulier au Burkina Faso, où l'obligation d'avoir des représentants MSF burkinabés me semble insuffisamment discutée face aux risques encourus par ces personnes. Un personnel MSF vient d'être récemment libéré par les autorités après plus d'une année de détention, et ce n'est pas le seul exemple. Nous choisissons parfois d'intervenir dans des contextes particulièrement contraints mais une condition minimale s'impose : prendre cette décision à l'issue de discussions internes élargies et répétées, exposant clairement les compromis acceptés et les risques assumés. Ces échanges me semblent avoir manqué cette année au Sahel, mais aussi au Yémen.

Une nouvelle fois en **AFGHANISTAN**, des mesures décidées par les talibans ont renforcé la violence et la discrimination à l'encontre des femmes. En 2026, les autorités ont promulgué une nouvelle réglementation pénale qui les affecte de manière particulièrement grave : les catégories d'infractions sont élargies ; la violence domestique est autorisée ; les châtiments corporels et la torture sont institutionnalisés. Ces mesures s'inscrivent dans un contexte où nos équipes restent particulièrement éprouvées par la mort de notre collègue Raihana Rahimi, tuée par son mari en décembre dernier, tandis que d'autres femmes présentes dans nos projets sont également menacées. Dans le rapport moral de l'an dernier, le Conseil d'administration soulignait que, dans un contexte aussi extrême de privation de droits, il était essentiel d'afficher clairement parmi nos objectifs opérationnels le soutien renforcé à notre

personnel féminin et à leurs filles, en allant au-delà de notre seule responsabilité d'employeur. Lors de sa visite en avril, notre directrice générale a constaté la dynamique à l'œuvre dans l'équipe. Des espaces d'écoute sont mis en place afin de réfléchir avec nos collègues à la meilleure façon de les aider ; leurs déplacements sont facilités et une chargée de projet éducation a rejoint l'équipe depuis novembre. Plusieurs pistes sont actuellement explorées : recruter des femmes qui n'ont pas obtenu leur diplôme mais étaient en fin de formation, ou encore soutenir certaines d'entre elles pour qu'elles puissent poursuivre une spécialisation médicale — par exemple en gynécologie-obstétrique, ce qui reste autorisé. Bien sûr, ce travail est complexe : il s'agit davantage de se glisser dans les interstices encore possibles que d'espérer de réels changements. Cependant en novembre, notre équipe a eu le courage de protester publiquement contre de nouvelles restrictions vestimentaires imposées dans la province d'Herat : les patientes, les soignantes et, plus largement, tout le personnel féminin, devaient porter la burqa pour accéder aux lieux publics, y compris aux structures de santé comme l'hôpital d'Herat. Depuis, une certaine souplesse semble tolérée. Cette prise de parole est sans doute peu de choses au regard de la dégradation de la situation des femmes à laquelle nous assistons en Afghanistan. Le prix à payer pour travailler dans un tel contexte, c'est d'être le témoin direct de violences face auxquelles on ne sait pas vraiment quoi faire. Heureusement, à Herat et Bamyan, on observe encore un peu d'espace et de résistance, que nous accompagnons autant que nous pouvons.

Je voudrais enfin ajouter qu'en mai 2026, la Commission européenne a annoncé son intention d'inviter des responsables talibans à Bruxelles afin d'engager un dialogue portant sur le renvoi de migrants afghans, en particulier ceux condamnés par la justice dans l'Union européenne. Si plusieurs ONG s'en émeuvent, cette initiative s'inscrit dans un contexte plus large de durcissement des politiques migratoires, marqué par une volonté accrue de renforcer les retours forcés, de limiter l'accueil et de coopérer avec des régimes autoritaires pour externaliser la gestion des frontières.

Cette question de la **MIGRATION** et du traitement des populations en exil est pour nous une préoccupation majeure dans un contexte toujours plus enclin au repli identitaire. Alors que depuis le début de l'année 2025, notre travail a été suspendu en Libye, notre volonté de venir en aide à ces personnes si exposées à la violence nous pousse toutefois à persévérer. C'est avec la même intention que nous avons mené des missions exploratoires en Tunisie et aux Comores : nous espérons pouvoir y commencer des activités en 2026.

Quant à la France, le contexte a été marqué par la poursuite du durcissement de la parole publique et par des violences à l'encontre des exilés et de celles et ceux qui leur viennent en aide : notre équipe a ainsi été prise à partie à Calais par des groupes d'extrême-droite britanniques début décembre et des plaintes sont déposées. Le caractère sordide de la situation des personnes exilées sur le littoral nord, en particulier celle des femmes, nous a poussé à ouvrir un projet à Dunkerque. Seule éclaircie dans ce tableau, la Ville de Paris s'est engagée à mieux accompagner les jeunes filles mineures que nous prenons en charge au sein de notre projet Ile-de-France.

Les conditions de vie dans les camps de Rohingyas au **BANGLADESH** continuent de se détériorer, les groupes armés entretenant la criminalité, l'insécurité, les enlèvements et l'extorsion, tandis que les réductions de financement entraînent la fermeture de plusieurs centres de soins primaires. L'annonce d'une nouvelle réduction des rations alimentaires par le PAM suscite de grandes inquiétudes parmi les réfugiés. MSF est le principal fournisseur de soins de santé : un projet couvre la médecine interne et

un autre se concentre sur la santé des femmes et des enfants. Les volumes d'activité restent très élevés, dépassant 10 000 hospitalisations et 36 000 consultations aux urgences. Pour autant, nous nous heurtons cette année encore à la difficulté d'identifier des leviers d'action suffisamment efficaces pour mettre au jour le sort des Rohingyas des méga-camps du Bangladesh.

En **HAÏTI**, nos équipes continuent d'adapter leurs activités au climat d'insécurité extrêmement élevé, notamment à Cité Soleil, où des affrontements opposent depuis la mi-mars et après deux ans de trêve, plusieurs gangs armés. Ces violences touchent particulièrement la zone située autour de notre hôpital de Cité Soleil, où affluent de nombreux blessés et où nous avons récemment dû suspendre provisoirement nos activités.

La reprise des combats entre les gangs s'ajoute aux affrontements entre gangs et autorités, représentées par la présence de plusieurs acteurs revendiquant, chacun selon ses propres règles, l'usage légitime de la force : la Police nationale haïtienne, les milices civiles de quartier (les *Bwa Kale*) ; un groupe de mercenaires privés (Vectus Global, héritier du tristement célèbre Blackwater, qui a introduit l'usage massif de drones explosifs) ; et enfin une force internationale déployée sous mandat des Nations unies, appelée à compter à terme 5 500 hommes.

Dans ce contexte fragmenté où les lignes de front et les zones de contrôle restent très mouvantes, l'hôpital de Cité Soleil réussit encore à prendre en charge les blessés et à développer des activités auprès des nombreuses femmes victimes de violence. En revanche, nous n'arrivons plus à référer les blessés vers Tabarre, une zone contrôlée par la PNH : récemment, un patient a quitté l'hôpital contre avis médical et a été tué peu après, probablement par des policiers. Les équipes doivent donc gérer localement des cas graves, et les groupes armés soignent de plus en plus leurs blessés dans leurs propres structures. Devant ces difficultés aggravées par une mosaïque de partis au conflit, nos équipes continuent malgré tout d'entretenir des contacts avec tous les acteurs et à renforcer ce travail de réseautage engagé il y a plusieurs années.

### **Nos activités médicales**

Entre 2021 et 2025, nos dépenses projets ont augmenté de 30% et il est intéressant de constater que la plupart des activités médicales ont suivi cette tendance (nombre d'hospitalisations, d'interventions chirurgicales ou d'accouchements) ou sont nettement à la hausse. C'est le cas des avortements sécurisés multipliés par 7 (17 800) ; de la prise en charge des cas de violences sexuelles multipliée par 5 (30 000), de la malnutrition (par 3 : 230 000) et du nombre de patients en soins intensifs multiplié par 2. Les consultations ont également augmenté de 60% pour atteindre 4.2 millions.

La Charte des patients est actuellement déployée dans 15 projets. L'expérience des patients est désormais reconnue comme un indicateur clé de qualité des soins. 13 projets travaillent aujourd'hui avec des patients pairs et trois ont créé des comités de patients. De plus, 42 travailleurs sociaux présents dans 19 projets accompagnent les patients chroniques et les survivants de violences basées sur le genre. Toutes ces initiatives vont dans le bon sens, mais les retours des patients sont peu utilisés par les équipes médicales et de coordination pour orienter les projets. Les patients pairs font par exemple rarement partie des processus décisionnels et les résultats positifs de leur travail sont peu connus au-delà du projet. De même, nos *health promoters* ont aujourd'hui trop tendance à délivrer de l'information à la collectivité

quand il s'agirait aussi, et peut-être avant tout, d'en recueillir pour ajuster nos opérations. Pour concrétiser nos engagements à nourrir une réelle participation des personnes que nous aidons, il faudra revoir en profondeur nos approches de promotion de la santé et d'engagement communautaire.

Les équipes de **chirurgie et soins critiques** ont été très mobilisées cette année. Les services d'urgences ont connu une activité en hausse de 30 %, notamment liée à l'afflux de personnes fuyant El Fasher, et les activités de soins intensifs sont particulièrement impressionnantes dans les projets d'Herat et de Madarounfa qui ont dépassé chacun les 8 000 admissions en 2025. En chirurgie aussi, le volume des activités a été élevé à Gaza, au Soudan et en Haïti, même si on enregistre au global une baisse de 10% des passages au bloc par rapport à 2024. Ceci sera en partie compensé par la décision d'ouvrir de nouveaux programmes chirurgicaux généraux à Adré (Tchad) et en Mauritanie.

Les **activités de santé mentale** se sont beaucoup développées ces dernières années et connaissent un vif succès dans nos équipes. Les demandes sont importantes mais la réalité est que nous peinons à accompagner les nombreux projets ouverts. Nous savons qu'il nous faut progresser dans deux domaines en particulier. D'abord celui des soins psychiques pour les personnes ayant subi différentes formes de violences, qu'elles soient liées aux conflits ou d'origine sexiste et sexuelle : ces personnes ne souffriront pas toutes de psycho-traumatismes, mais il faut se donner les moyens de repérer et de soigner celles qui vont développer des troubles ou une souffrance psychique sévère à la suite de ces expériences. Le second concerne les malades psychiatriques qui peuvent être suivis dans les cliniques MSF prenant en charge les maladies chroniques, à condition de pouvoir nous appuyer sur des médecins formés et supervisés.

Dans nos projets, **la vaccination** de routine atteint son niveau le plus bas depuis 5 ans. Rectifier cette trajectoire s'avèrera certainement nécessaire à un moment où le budget de GAVI dédié à la mise en œuvre de la vaccination est en baisse. On note cependant certaines avancées pour vacciner les enfants à la naissance contre l'hépatite B au Soudan du Sud, en Syrie et au Bangladesh, bien que ces vaccinations ne concernent encore qu'1/3 des accouchements. Cette année, 40 000 enfants ont été vaccinés par MSF au Tchad avec le vaccin antipaludique R21, dans le cadre d'une étude comparant la performance du vaccin intégré dans les PEV à celui d'une vaccination en campagne synchronisée avec la chimio-prévention saisonnière. Une réflexion est en cours quant aux meilleurs modèles possibles permettant de rendre disponible ce vaccin, dans le contexte actuel de baisse de financements. La Fondation MSF explore le potentiel des micropatches vaccinaux contre la rougeole qui permettent d'administrer des vaccins sans aiguille ni seringue, et donc de faciliter la couverture vaccinale.

MSF a répondu à de nombreuses **épidémies** cette année (choléra, rougeole, hépatite E, diphtérie, méningite). Le Soudan, le Soudan du Sud et la RDC ont été touchés par de larges épidémies de choléra. Nous avons pu vacciner à Tawila, même si les vaccins destinés à 300 000 personnes sont arrivés quelques mois après le début de l'épidémie. Les urgences ont également organisé une campagne de vaccination de masse contre la diphtérie en début 2026 à Maiduguri, couplée à une prise en charge de cas à l'hôpital et à domicile.

Je ne peux parler de **nutrition** sans évoquer le décès de notre collègue et ami Emmanuel Berbain, mort dans des circonstances tragiques qui nous ont profondément bouleversé et qui ont conduit à une enquête paritaire, à laquelle le Conseil d'administration sera attentif.

Ces résultats sont les siens. Au total en 2025, MSF OCP a pris en charge plus de 230 000 enfants souffrant de malnutrition aiguë en ambulatoire et 56 000 ont été hospitalisés. Cette année, MSF a diversifié ses stratégies d'intervention dans l'État de Katsina au Nigeria, en introduisant une aide financière pour les familles des enfants qui passent de l'hospitalisation à la prise en charge ambulatoire. 600 tonnes de produits nutritionnels ont été distribués à 70 000 enfants dans une des zones les plus touchées. Notre communication publique alertant sur l'ampleur de la malnutrition dans le nord du Nigeria a d'abord provoqué d'importantes tensions avec les autorités locales et fédérales, avant de permettre d'ouvrir une nouvelle phase de discussions. En octobre, une conférence organisée par MSF et les autorités nigérianes s'est tenue à Abuja. Présidée par le gouverneur de Katsina, elle visait à mobiliser les différents acteurs et bailleurs dans la lutte contre la malnutrition. La nutrition y a été citée comme une priorité nationale et les engagements pris par le gouverneur de Katsina se concrétisent, avec l'ouverture de centres nutritionnels et la mise en place de mesures économiques destinées à améliorer l'accès à la nourriture.

En 2025, des innovations cliniques ont porté sur la prise en charge du Kwashiorkor. Un lait thérapeutique spécifiquement adapté à ces enfants est en cours de développement par le Centre International pour les maladies diarrhéiques du Bangladesh avec l'appui de MSF et Epicentre. Un nouveau modèle de soins inspiré des unités spécialisées en brûlures va se mettre en place à Katsina. Enfin, un essai clinique étudie au Niger les résultats d'un nouvel aliment pour la prise en charge ambulatoire des malnutris sévères, sans lait mais censé booster le microbiome.

Après une décennie d'augmentation du nombre d'enfants pris en charge pour une malnutrition aiguë sévère, la tendance s'inverse. Un fonds nutrition a été créé au niveau du mouvement MSF et nous approchons des donateurs potentiels comme la fondation CIFF, qui souhaite soutenir nos efforts dans ce domaine. Nous avons également travaillé avec d'autres organisations pour convaincre des parlementaires français d'adopter des taxes innovantes en tant que mécanismes de financement de la santé et de la nutrition.

En ligne avec nos orientations stratégiques, le volume d'activité médicales destinées aux **femmes** est en hausse avec 51 000 accouchements et plus de 200 000 consultations prénatales. Le nombre d'avortements sécurisés a augmenté de 50%, s'élargissant à de nouveaux pays. Par ailleurs, si le nombre élevé de victimes de violence sexuelle indique une amélioration de notre prise en charge, il témoigne avant tout d'une généralisation inquiétante de ce type de violences dans des contextes où elles semblaient précédemment moins fréquentes. Nous avons progressé dans la détection de la malnutrition chez les femmes enceintes et allaitantes au Soudan. Nous avons également déployé un modèle centré sur la prévention des mauvais traitements obstétricaux, particulièrement inquiétants dans un gros projet comme celui de Jahun. Les prescriptions de méthodes contraceptives sont aussi en hausse. En revanche, le nombre de césariennes est stable depuis 2021. Le travail en cours pour former des médecins généralistes à certains actes chirurgicaux est sans doute une piste intéressante pour accroître l'accès à la césarienne.

J'enchaîne avec l'**oncologie** qui se concentre essentiellement sur les cancers des femmes. Au Mali comme au Malawi, des progrès importants sont réalisés. On peut citer par exemple l'accès au diagnostic immunohistochimique, sans lequel une prise en charge efficace des cancers du sein est impossible. Les patientes ayant un cancer du sein HER2 positif ont reçu la thérapie ciblée par Herceptin, augmentant considérablement leurs chances de survie. Au Malawi, grâce au travail conjoint de la Fondation et de l'unité oncologie, le dépistage du cancer du col par l'autotest HPV est entré en routine dans le projet, améliorant nettement les résultats de l'inspection visuelle du col de l'utérus. Dans les deux pays, les patientes ont accès à des suivis individualisés, le support psycho-social et les soins palliatifs sont en place, la collecte et l'analyse des données s'améliore, un travail étroit est fait avec les ministères de la Santé. Tout cela est positif mais j'aimerais attirer votre attention sur trois points.

Au Mali en 2025, plus de 70% des patientes présentaient un stade III au moment du diagnostic de cancer du sein (pour comparaison, en France 80% des femmes sont diagnostiquées à un stade I et II). Il me semble que les efforts fournis pour identifier des femmes à des stades plus précoces restent insuffisants. Il est en effet difficile d'imaginer de vrais résultats dans la prise en charge du cancer du sein sans associer à nos plans une réflexion et une volonté d'identifier les femmes à des stades plus précoces. Je ne vois pas cette ambition clairement formulée.

Au Malawi, il me semble que notre projet devrait viser de façon plus claire des ambitions de type santé publique, en mettant en place à des échelles significatives les outils de prévention primaire (vaccination), secondaire (dépister les lésions précancéreuses) et tertiaires du cancer du col. Un projet du type de celui de Ndiwha sur le VIH serait à la fois utile pour les patientes et nous forcerait à travailler cette question de santé publique avec le ministère de la Santé.

Enfin, l'élaboration d'un modèle de soins permettant de dépister le cancer du col de l'utérus et de traiter les lésions pré-cancéreuses dans les projets MSF de santé de la femme est en cours. C'est une bonne chose mais il me semble que la question du dépistage et du traitement des lésions pré-cancéreuses sans possibilité de prendre en charge les cancers qui seront diagnostiqués doit aussi être discutée.

Le principal objectif de la prise en charge du **diabète insulino-dépendant** est de développer l'autogestion du traitement à domicile par les patients, seule façon d'espérer un contrôle de la maladie. Cette année, des avancées ont été réalisées. Au sein de nos projets, on estime entre 400 et 500 le nombre de patients atteints de diabète de type 1 qui se prennent en charge à domicile. Parmi eux, 150 et 200 sont équipés de stylos à insuline. De passage à Aweil, j'ai pu observer la satisfaction des équipes médicales constatant la baisse des hospitalisations. Les équipes de projet souhaitent en faire davantage, pourvu qu'elles disposent des fournitures nécessaires. A cet effet, nous testons des glucomètres moins coûteux et travaillons à faire baisser le coût des stylos à insuline analogue. La Fondation MSF s'est concentrée sur le développement d'un outil de calcul clinique qui, en l'absence d'endocrinologue, facilite la prise en charge de l'acidocétose pédiatrique. Enfin, Le partenariat avec l'ONG Santé Diabète a fortement contribué à l'éducation thérapeutique des patients et à la formation du personnel. De plus, une association de patients diabétiques a été créée à Carnot.

MSF s'est engagée dans la prise en charge de la **drépanocytose**, pathologie fréquente en Afrique subsaharienne et historiquement négligée. Environ 2 000 patients sont suivis au Niger, en Ouganda, au

Kenya et au Tchad, à Adré. Grâce à un travail mené avec MSF Access et MSF Logistique, l'accès à l'hydroxyurée s'est amélioré et 200 enfants ont pu être mis sous traitement à Kasese. L'introduction de ce traitement est en cours au Niger et nous aidons le Centre National de la douleur à Bangui à se le procurer.

Comme vous le savez, nous avons décidé ces dernières années de transférer nos vastes cohortes de patients séropositifs au **VIH** aux ministères de la Santé. Ils sont aujourd'hui en difficulté et les estimations de nouvelles infections et de décès liés au VIH sont en forte hausse, en raison des coupes budgétaires opérées par le gouvernement américain. Quelles seront nos priorités dans ce contexte ?

Notre travail auprès des populations clés, fortement marginalisées et mal desservies, me semble particulièrement intéressant dans le contexte actuel. Ce travail est facilité par l'apparition de traitements antirétroviraux injectables à action prolongée pour la prévention du VIH. Au Malawi, nous avons introduit le Cabotogravir (qui nécessite une injection toutes les 8 semaines) dans un projet auprès des travailleuses du sexe. 54% d'entre-elles ont accepté le traitement, avec un taux de rétention de 71 %. Nous avons comme objectif d'étendre l'utilisation de ces traitements préventifs à longue durée d'action au Kenya, en Haïti et peut-être aussi en RDC. Le Lenacapavir injectable semestriel, pour lequel Gilead a accepté d'accorder une licence volontaire à 6 génériqueurs et dont le prix devrait être de 40 USD est attendu avec impatience et sera le véritable *game-changer*. Une mission exploratoire est en cours à Kampala, en Ouganda, qui portera sur la violence sexiste et sexuelle, notamment à l'égard des populations LGBTQIA+.

Un autre aspect de notre travail, également intéressant, est la mise en place de services de consultations externes spécialisés dans la prise en charge des maladies chroniques, incluant le VIH, comme à Carnot en RCA. Enfin, notre présence en médecine interne auprès des patients présentant des stades avancés de VIH, comme à Homa Bay (Kenya), ne gardera tout son sens que si les traitements continuent à être fournis en périphérie.

En 2025, OCP a fait des progrès importants dans la prise en charge de la **tuberculose infantile**, avec la mise en œuvre complète du projet TACTiC dans 15 projets et 9 pays pour OCP. À Goma par exemple, cette approche intégrée a entraîné une hausse de 50 % des diagnostics d'enfants tuberculeux, contribuant ainsi à réduire considérablement le fossé de détection.

La campagne massive de dépistage et de traitement de l'**hépatite C** à Cox's Bazar (Bangladesh) est un autre succès, avec un taux de couverture de 88 % et 94 % des patients diagnostiqués ont commencé un traitement. Au Pakistan, le dépistage systématique de l'hépatite C a été intégré dans le projet tuberculose MDR, permettant le traitement simultané des co-infections. Concernant la prise en charge de l'hépatite B, malgré la simplification des algorithmes OMS, seule la clinique intersection du personnel MSF à Bangui, parmi tous les projets MSF, dépiste et traite l'infection au VHB.

En 2025, un plan d'action climat et santé environnementale a été élaboré. Il se structure autour de trois priorités : adapter les opérations aux risques liés au climat (inondations, vagues de chaleur), prendre en charge les impacts sanitaires de la dégradation environnementale, et renforcer la collaboration avec les acteurs externes. La mise en place de réponses à des vagues de chaleur est en phase d'exploration, notamment en Mauritanie. Et un projet de santé environnementale va commencer dans le bidonville de Tondo, aux Philippines.

## 2 – L'INSTITUTION

Cette année, je voudrais souligner les efforts des équipes des ressources humaines qui ont dû s'adapter à des opérations dans un nombre croissant de contextes instables.

Bien que le nombre d'incidents de sécurité sévère ait diminué en 2025 (de 38 à 29), nous avons tragiquement perdu trois collègues et avons dû faire face à 5 enlèvements, au Mali, Haïti, Yémen, Bangladesh, tous résolus assez rapidement.

En février 2026, c'est avec une profonde tristesse que nous avons appris le décès de notre collègue Lucile Saint-Louis, survenu des suites de la fièvre hémorragique de Lassa au Nigéria. En 2025, 16 collègues sont décédés de causes médicales, principalement de maladies cardiovasculaires avec des diagnostics souvent posés tardivement. La plupart sont relativement jeunes et situés aux niveaux les plus bas de la grille de salaire. La priorité du nouveau plan de prise en charge du personnel intersection est la prévention et l'identification précoce des pathologies, particulièrement chroniques. La mise en œuvre commence dans trois pays pilotes où plusieurs centres opérationnels sont présents. Au Niger, un bilan de santé systématique du personnel a été effectué, ce qui a permis par exemple d'identifier des cas d'hépatite B et de mettre les personnes sous traitement : une initiative à encourager.

Le Comité de solidarité est désormais régulièrement sollicité par les Opérations. La multiplication des crises a fait émerger de nouvelles situations d'IMS qui craignent pour leur vie en cas de retour dans leur pays de résidence. Des solutions sont trouvées au cas par cas avec des possibilités extrêmement limitées en raison d'un contexte de plus en plus hostile à l'accueil d'étrangers dans de nombreux pays.

Les personnels sous *incentive* MSF sont très nombreux dans nos projets (5300). La plupart, recrutés par le ministère de la Santé à la demande de MSF mais sans contrat MoH, ne perçoivent souvent que la rémunération que nous leur versons — généralement la moitié du salaire d'un poste équivalent MSF. Bien qu'ils effectuent le même travail, ils n'ont ni couverture santé MSF ni congés payés. Cette catégorie précaire concerne majoritairement des femmes, infirmières et aides-soignantes, et représente, dans certains pays comme la RDC, la majorité du personnel des projets. Faut-il poursuivre dans cette voie et pourquoi cette catégorie augmente-t-elle ? Autant de questions que je me pose. S'il est difficile, parfois même injustifié, de mettre tout le monde sous contrat MSF, une réflexion approfondie me paraît nécessaire à mener cette année.

Concernant le déséquilibre de genre au sein de nos équipes, une tendance positive commence à se dessiner. Près de 60 % des nouveaux IMS recrutés au niveau de Paris sont des femmes et on observe des tendances similaires à Dakar, à Dubaï ainsi que dans la plupart des bureaux de recrutement. Le taux global de collègues femmes parmi les départs IMS se stabilise autour de 40 %. Cependant, aucune nouvelle validation féminine n'a été enregistrée en 2025 sur les fonctions de coordination médicale, logistique, supply ou finance. De plus, les déséquilibres restent particulièrement marqués pour les personnels recrutés localement. Le travail mis en place au Mali et au Niger – TIC genre – s'est attaché à réduire les contraintes internes en veillant notamment à ce que les femmes aient accès aux

formations et qu'elles aient toutes leurs chances dans les recrutements, le résultat est un pourcentage plus élevé de femmes recrutées.

L'année 2025 marque une évolution significative du volume de signalements portés à la connaissance de la cellule EAMA. Au total, 205 plaintes ont été reçues contre 169 en 2024. Bien que cette augmentation reflète le renforcement progressif des capacités institutionnelles, plusieurs témoignages mettent en évidence des failles persistantes : des mécanismes de signalement encore insuffisamment accessibles, des délais d'enquête trop longs, une communication limitée envers les victimes et un cadre disciplinaire jugé insuffisamment robuste. Suite à ces constats, les capacités de traitement des plaintes et de gestion des cas ont été renforcées par 3 postes au siège. Sur le terrain, nous disposons d'un *pool* de 12 coordinateurs *Safeguarding* déployés sur les missions. Leur mandat vise à analyser les facteurs de risques spécifiques et à soutenir les équipes dans la prévention et la gestion des alertes, en articulation étroite avec les initiatives en matière de diversité, d'équité et d'inclusion, notamment celles visant à renforcer l'inclusion des femmes. Enfin, des avancées ont été réalisées pour améliorer la communication aux victimes et plaignantes à propos des conclusions des enquêtes et des mesures décidées. Cette évolution répond à une attente forte et récurrente des victimes et constitue un levier essentiel pour renforcer la confiance dans les mécanismes de signalement et de réponse.

Fait positif, les mécanismes de plainte sont mobilisés par des catégories variées de personnes. 44% des plaintes émanent de personnels nationaux (LHS) ; 33 % de personnels internationaux (IMS) et 19% des patients, accompagnants et personnes de la communauté. Les femmes représentent 64% des personnes ayant effectué un signalement. Concernant les personnes mises en cause dans les cas avérés, 92% sont des hommes, 57% des IMS et 43% des LHS.

19% des plaintes reçues en 2025 ont conduit à 34 situations d'abus avérés dont la moitié relèvent de faits de harcèlement, d'agressions ou d'exploitation sexuels. Pour ces derniers, souvent, les éléments disponibles sont insuffisants pour ouvrir une enquête ou conclure. Ils appellent une attention particulière, les victimes étant toujours des personnes en situation de très grande vulnérabilité.

En décembre 2025, le projet Magani a pris fin au terme d'un projet pilote dont le bilan a mis en évidence une accumulation d'incertitudes et de fragilités, dont notre manque d'expertise interne, faisant douter de la faisabilité du projet tel que développé et dimensionné. Je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe du projet et de ses contributeurs, qui ont porté cette initiative pilote aussi loin que possible. Si le projet s'achève, le constat initial reste d'actualité : le manque d'accès à des médicaments de qualité et à prix abordables pour les maladies non transmissibles, qui reste un sujet de mobilisation pour MSF. L'expérience a mis en lumière plusieurs enseignements. Le monde des médicaments « non-SRA », fait de qualité variable mais plus accessible financièrement, constitue une zone grise que nous devrions plus résolument explorer, d'autant que nos projets traitent de plus en plus de maladies chroniques et que la question de la diversification de nos sources d'approvisionnement est une priorité des équipes supply.

Celles-ci, mises à rude épreuve par le conflit au Moyen-Orient (et particulièrement l'équipe de Dubaï) ont réussi à assurer l'approvisionnement les terrains en faisant parfois preuve de beaucoup de créativité. Le travail intersection a pu être poursuivi et par exemple, la mutualisation des achats en cours sur plusieurs terrains a déjà permis d'économiser plus d'1,5 million d'euros.

L'équipe logistique et des urgences a également mené un travail de mutualisation, le *Modular Field Hospital* est devenu la structure médicale d'urgence commune à toutes les sections. En 2025, OCP a poursuivi ses efforts dans la recherche de solutions de construction afin de disposer de bâtiments qui résistent à des températures élevées, comme le design passif du nouvel hôpital de Ténenkou ou de la néonatalogie d'Aweil. Les équipes logistiques s'attaquent à un autre projet complexe : le traitement des déchets non médicaux. Les plans de gestion progressent dans plusieurs pays dont le Malawi, l'Ouganda, la RDC, le Nigeria, le Tchad, et un projet pilote intersection de 2 ans a été lancé au Soudan du Sud afin de construire un modèle reproductible.

### **L'international et le groupe OCP**

En février dernier à Paris, le GCM OCP qui comprend maintenant la Corée du Sud a voté unanimement les orientations stratégiques 2026-2031. Grâce à un travail mené en commun, une motion proposée par l'ensemble du groupe OCP et intitulée « solidarité avec Gaza » avait été approuvée au cours de la dernière Assemblée générale internationale. Elle a été mise en œuvre par le mouvement en cours d'année, par exemple à travers la campagne *“Les médecins ne peuvent pas arrêter un génocide. Nos dirigeants, oui”*.

Lors de la renégociation des clés de répartition entre directorats opérationnels pour les 5 années à venir, nous avons soutenu le développement de nouvelles entités opérationnelles ainsi qu'une croissance plus conséquente des plus petits centres opérationnels. Ceci a fait baisser la contribution qui nous est allouée de 4,2%. Je voudrais préciser que cet effort est le plus important parmi les centres opérationnels européens.

Dans le sillage des FAD et de notre Assemblée générale, une session à l'IGA, qui se déroulera en ligne cette année, sera consacrée à notre communication publique et explorera les tensions et dilemmes qui traversent MSF.

Un dernier mot : la donne géopolitique actuelle, marquée par des acteurs plus violents et plus enclins à priver les populations de l'aide dont elles ont besoin, ne va pas changer à court terme. Comment s'organiser face à cela ? Je pense qu'il faut continuer à nouer des alliances avec des acteurs capables de se mobiliser pour les idées et pratiques que l'on défend : faire front, mais à condition que le prix à payer ne soit pas de se taire sur des crimes importants. Dans le mouvement, c'est la même chose : ne pas s'isoler mais ne pas craindre de porter des positions différentes. Je vous félicite encore pour le travail accompli cette année. Je salue chaleureusement Philippe Le Vaillant et Sirantou Tata Dena qui quittent le Conseil d'administration cette année. Ça a été un plaisir de vous avoir dans l'équipe.

Je vous souhaite une très bonne Assemblée générale dans ce Palais de la femme, lieu particulièrement bien choisi pour accueillir notre association cette année. Le Conseil d'administration va répondre à vos questions et à la fin de cette séance, nous rendrons hommage à nos collègues et amis disparus.