



© Moses Sawasawa

RAPPORT ANNUEL

2025

05 - 06 juin 2026



Sommaire

Introduction	5
Charte	7
Rapport moral	9
Rapport d'activité 2025	26
Edito	27
Faits marquants 2025 et perspectives 2026	30
1. Portefeuille d'activités et dynamique opérationnelle	30
2. Réponses aux conséquences des conflits sur les populations	36
3. Réponses aux crises médicales	44
4. Violence non liée aux conflits et exclusion des soins pour les populations marginalisées	49
5. Les activités médicales au cœur du portfolio 2025	51
6. Les activités médicales transversales	52
7. Nos ambitions de transformation et nos méthodes de travail	57
8. Prises de paroles marquantes	60
9. Ressources humaines	67
Rapport du trésorier	73
Organisation et gouvernance	82
Les interventions terrain	87
Satellites de Médecins sans Frontières	223
Abréviations	225



© Natalia Romero Peñuela / MSF

Introduction

Ce document est un descriptif des activités de la section française de Médecins Sans Frontières pour l'année 2025.

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

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

Ce document sera complété, après l'Assemblée Générale annuelle des 5 et 6 juin 2026, avec le rapport moral du président et le rapport du trésorier pour devenir le rapport Annuel 2025 qui sera disponible sur le site de Médecins Sans Frontières.

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



© Aurélie Lécivain / MSF

Charte

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

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

Œuvrant dans la plus stricte neutralité et en toute impartialité, les Médecins Sans Frontières revendiquent, au nom de l'éthique médicale universelle et du droit à l'assistance humanitaire, la liberté pleine et entière de l'exercice de leur fonction.

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

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



Rapport moral

Rapport moral

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.

À 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'Abood (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 expo 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^{ème} 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'Etat 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 micropatchs 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 ClIFF, 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 Cabotegravir (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.



© Simon Rolin/M95F

Rapport d'Activité 2025

Ce rapport illustre les activités médico-opérationnelles menées par le groupe opérationnel parisien de Médecins Sans Frontières (OCP, *Operational Centre Paris*) constitué des cinq sections de MSF en France, en Australie, au Japon, en Corée du Sud et aux Etats Unis. Les comptes combinés présentés dans le rapport financier sont le reflet de ces activités.

Edito

L'année 2025 a de nouveau été caractérisée par la forte mobilisation de nos équipes dans des situations de conflits, d'épidémies et de catastrophes médicales négligées. Cet engagement actif s'est inscrit dans un contexte d'extrêmes contraintes, d'escalade de violence dans de nombreuses régions du monde, d'affaiblissement de la réponse multilatérale aux crises sanitaires mondiales et de chute drastique du financement de l'aide internationale par les grands pays donateurs.

Pour la troisième année consécutive, nous sommes restés plongés dans l'horreur de la guerre totale contre les Palestiniens menée par Israël à Gaza et en Cisjordanie, marquée par la famine, la destruction de toutes les infrastructures civiles et le rationnement extrême. Malgré les entraves à l'assistance qui ont culminé en fin d'année avec le refus d'enregistrement de MSF et de 36 autres organisations par Israël, MSF a réussi à déployer des secours vitaux dans le domaine de la chirurgie, des soins postopératoires et de réadaptation, de la physiothérapie, ainsi que dans l'approvisionnement en eau.

Au Soudan, nos efforts opérationnels se sont concentrés à Khartoum et au Nord Darfour, notamment à Tawila où se sont réfugiées près de 800 000 personnes, fuyant les attaques et la violence du camp de Zamzam et de la ville d'El Fasher, soumise pendant 18 mois à un siège total ayant entraîné une famine. Nous avons pris en charge des milliers de personnes dénutries, affamées, blessées et traumatisées par les violences, dont des violences sexuelles massives commises par les Forces de soutien rapide.

Face à l'intensification du conflit au Soudan du Sud et à ses conséquences dévastatrices, nous avons également développé et dû adapter en permanence nos actions de secours, en réaction à des multiples attaques, aux bombardements aériens et aux déplacements de populations.

Dans l'est de la République démocratique du Congo, dans le contexte de l'extension du contrôle du M23/AFC, nos équipes sont restées auprès des populations affectées par le conflit, les épidémies et la malnutrition, tout en prenant en charge un nombre toujours plus alarmant de victimes de violences sexuelles.

En Haïti, alors que l'effondrement du système de santé et les violences des gangs et de la police plongent le pays dans une crise toujours plus profonde, elles ont continué de fournir des soins vitaux aux blessés, aux malades et aux survivantes de violences sexuelles, dans un contexte d'extrême insécurité.

Notre espace d'intervention est resté limité dans plusieurs autres contextes de conflit. C'est notamment le cas au Yémen, où les autorités houthistes imposent des restrictions croissantes sur les organisations humanitaires et ont mené cette année des arrestations massives au sein de leur personnel ; et au Sahel, où nous n'avons que très peu accès aux populations vivant dans les zones contrôlées par des groupes armés djihadistes et subissons la volonté de contrôle accru des autorités sur les ONG internationales.

Notre forte empreinte opérationnelle dans les situations de conflit, dans lesquelles se sont déployés cette année plus de la moitié de nos 92 projets, nous confronte à de multiples dangers. De nombreuses attaques ont été perpétrées par des groupes armés et des Etats contre nos centres de santé au Soudan du Sud, au Soudan, en Palestine, en Haïti, dans un climat de totale impunité ; et nous déplorons cette année la mort de trois de nos collègues, victimes directes de la violence contre civils et secouristes,

l'un à Goma, les deux autres à Gaza, tués dans une attaque israélienne alors qu'ils attendaient leur bus pour se rendre à l'hôpital de campagne de MSF à Deir Al-Balah.

Cette année a aussi été marquée par une mobilisation importante de MSF sur le front des épidémies et de la malnutrition. Nous avons développé des réponses d'envergure face à des épidémies de choléra, en RDC, au Soudan et au Soudan du Sud et avons également dû faire face à plusieurs épidémies d'hépatite E, de diphtérie, de méningite et de rougeole -700 000 personnes ont ainsi été vaccinées contre la rougeole, et 45 000 patients ont été soignés, une augmentation de 80% par rapport à l'année 2025.

Dans le domaine de la malnutrition, nous avons pris en charge cette année plus de 230 000 enfants atteints de malnutrition aiguë dans nos programmes ambulatoires et 56 000 dans nos hôpitaux, principalement à Katsina au Nord Nigeria, depuis 2022 le plus gros projet nutritionnel de MSF dans le monde. La persistance inacceptable de ce foyer de mortalité infantile nous a conduit à y intensifier nos opérations et notre plaidoyer vis-à-vis des décideurs locaux et internationaux.

Saluons également l'implication continue des équipes MSF dans le champ des prises de parole publique. Alors que l'accès de la presse internationale à Gaza restait interdit, nous avons continué à dénoncer les conséquences de la guerre génocidaire menée par Israël contre la population palestinienne. Au Darfour, nous avons cherché à interpellier la communauté internationale face aux violences de masse à caractère ethnique, multipliant les alertes sur le siège d'El Fasher et les atrocités commises contre les civils. En République démocratique du Congo, en Haïti, nous avons également alerté sur les violences et dénoncé les entraves à l'assistance, parfois au prix de fortes tensions avec les autorités ou les groupes armés concernés et d'une véritable campagne de dénigrement menée par le gouvernement israélien à l'encontre de MSF, un des rares témoins indépendants à Gaza.

Dans un environnement international imprévisible et chaotique exigeant une réactivité de chaque instant, nous sommes néanmoins parvenus à engager ou poursuivre plusieurs chantiers de plus long terme. Ceux-ci s'inscrivent en cohérence avec le travail d'élaboration de nos orientations stratégiques formalisées cette année pour le cycle 2026-2031, et mené en concertation avec les partenaires du Groupe MSF OCP.

A titre d'exemple, nous avons développé nos actions pour la prise en charge des maladies non transmissibles et notamment du diabète. Dans un contexte de remise en cause de l'ensemble des droits des femmes y compris de leurs droits sexuels et reproductifs, les coupes budgétaires américaines visant explicitement ce domaine, nous avons renforcé nos efforts dans le champ de la santé sexuelle et reproductive, comme le reflète l'augmentation du nombre d'accouchements et de consultations anténatales dans nos activités, celui des victimes de violence sexuelles prises en charge, atteignant le nombre record de 30 000 cette année, et le nombre d'interruptions médicales de grossesses, en croissance de 50%.

A côté de la poursuite de ces ambitions médicales et opérationnelles, nous avons également redoublé d'efforts pour améliorer nos façons de faire, en nous donnant les moyens de concrétiser nos engagements progressistes. Conscients que nous évoluons dans des environnements particulièrement déstructurés et que nous sommes au contact de personnes vulnérables aux abus, nous avons renforcé l'intégration de pratiques visant à garantir des environnements de travail et de soins plus sûrs et plus inclusifs. En 2025, cette dynamique s'est traduite par le développement des activités de sensibilisation auprès des patients et du personnel, par l'amélioration des mécanismes de signalement et de gestion des plaintes et par le déploiement de coordinateurs « *safeguarding* » sur de nombreux terrains. Notre volonté de prendre activement en compte l'expérience de nos patients pour humaniser et améliorer nos soins s'est concrétisée quant à elle dans des dispositifs permettant de nous mettre à leur écoute, la mise en place de pairs patients dans plus d'une dizaine de projets, la création de comités de patients et le renforcement de leurs droits.

Parallèlement, les enjeux de diversité, d'équité et d'inclusion ont poursuivi leur intégration dans nos pratiques RH, avec une priorité portée au rééquilibrage de la partie femmes-hommes dans nos équipes nationales et internationales, notamment dans les postes à responsabilité, et la volonté de continuer à réduire les inégalités de traitement au sein de nos catégories de personnel, en veillant notamment à améliorer la prise en charge de la santé de notre personnel recruté localement.

Comme nous l'avons affirmé dans notre document d'orientations stratégiques, ces chantiers de fond nous imposent une obligation de moyens -humains et financiers-, et doivent être considérés comme des axes de travail qui concourent directement à la qualité de nos opérations.

Pour progresser dans ces domaines, tout en faisant face à environnement international dont la volatilité s'est encore accrue en début d'année avec l'escalade de la violence dans toute la région d'Asie de l'Ouest, nous avons plus que jamais besoin de l'énergie de nos équipes, du soutien de nos partenaires clés – sections du groupe OCP, MSF Logistique, Epicentre et la Fondation- et de la confiance renouvelée de nos donateurs qui nous donnent les moyens d'agir, et que je remercie chaleureusement.

Claire Magone,
Directrice générale MSF France

Faits marquants 2025 et perspectives 2026

1 . Portefeuille d'activités et dynamique opérationnelle

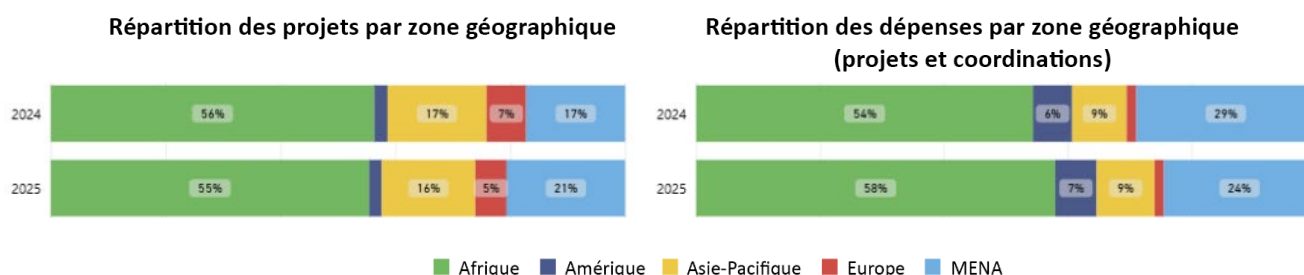
■ Evolution du nombre et de la typologie des projets

En 2025, MSF OCP était présent dans 28 pays, soit deux de moins qu'en 2024, après des retraits du Libéria (transfert à MSF WaCA) et de la Zambie (urgence cholérique).

Le nombre de projets a augmenté de 87 à 92. Notre empreinte opérationnelle s'est légèrement réduite en termes de pays, mais s'est étendue en volume de projets et en interventions d'urgence, s'orientant vers des interventions davantage axées sur les crises, en particulier en Afrique et dans la région MENA (Palestine, Syrie, Soudan, Soudan du Sud, République démocratique du Congo), et ce malgré les réaffectations budgétaires reflétant des fermetures majeures, par choix à Aden (Yémen) ou forcées en Libye.

Tout au long de l'année 2025, 23 nouveaux projets ont été ouverts, comme en 2024. Parallèlement, 24 projets ont été fermés, contre 21 l'année dernière. La plupart des ouvertures et des fermetures de projets concernaient des interventions d'urgence. 32 projets sont passés en phase d'urgence cette année, contre 27 l'année dernière. Le rapport entre les projets planifiés et les projets d'urgence est passé de 69 % / 31 % en 2024 à 65 % / 35 % en 2025, reflétant un engagement accru dans les situations de crise aigüe. Notre portefeuille est resté très dynamique cette année, avec un volume financier sans précédent consacré aux urgences et aux interventions complexes, en particulier dans les zones de conflit (Soudan, Palestine, République démocratique du Congo, Haïti).

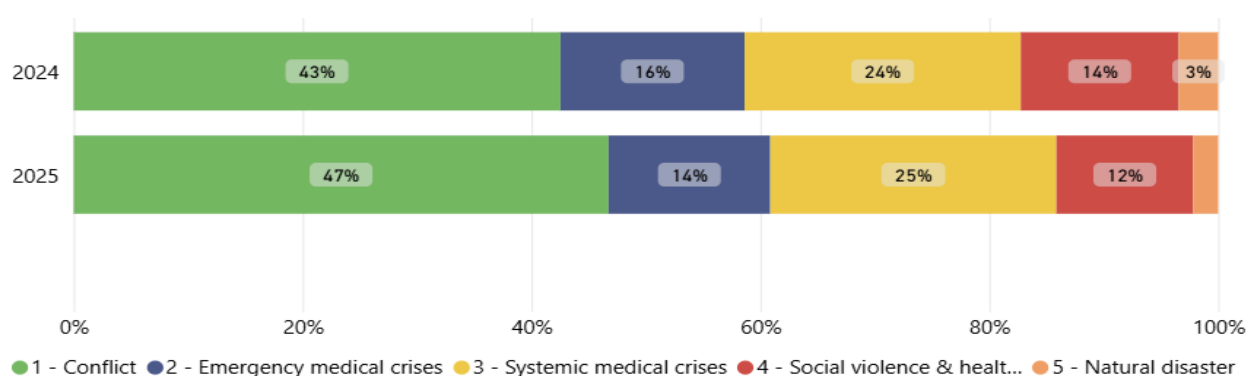
Sur le plan géographique, entre 2024 et 2025, la répartition des projets s'est déplacée vers la région MENA (+4 projets) et l'Afrique (+2), tandis que MSF s'est retiré d'un pays d'intervention en Europe suite à la réorganisation du portefeuille de projets liés à la migration. Toutefois, la répartition budgétaire n'a pas entièrement reflété cette tendance : la part de l'Afrique est passée de 54 % à 58 % (due au poids du Nigeria et du Soudan dans le portfolio opérationnel), et celle de la région MENA a reculé de 29 % à 24 %, principalement en raison de la réduction des activités en Libye et de la fermeture d'Aden au Yémen.



Typologie de projets

	2021	2022	2023	2024	2025
Nombre de pays	36	34	34	30	28
Nombre de projets travaillés pendant l'année	108	106	97	87	92
Raison d'intervention	2021	2022	2023	2024	2025
Conséquences des conflits	30	37	39	37	43
Crises médicales	64	48	40	35	36
Violences sociales et exclusion des soins	10	14	13	12	11
Catastrophes naturelles	4	7	5	3	2
Contexte d'intervention					
Zones de conflits ou contextes instables	53	49	47	50	56
Contextes stables	55	57	50	37	36

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



Raisons d'intervention

Les projets traitant des conséquences des conflits ont augmenté tant en proportion (jusqu'à 47 %) qu'en nombre (jusqu'à 43), tandis que les projets liés aux violences sociales et à l'exclusion des soins ainsi qu'aux crises médicales ont légèrement diminué (passant respectivement à 12% et 39%), et que les interventions en réponse aux catastrophes naturelles ont continué de baisser.

En chiffres absolus :

- Les projets traitant des conséquences des conflits sont passés de 37 à 43. Au total, 12 projets supplémentaires ont été mis en place : quatre en réponse au conflit en Syrie (province d'Alep et nord du pays, réseau de soins aux brûlés et Tartous), trois en réponse au conflit soudanais au Tchad (Wadi Fira) ou au Soudan (hôpital de Kabashi et soins de santé primaires à Um Baru et Muskat), deux en République démocratique du Congo (Kalemie et Lubero), ainsi qu'au Soudan du Sud (Juba, Old Fangak et Akobo) et un en Palestine (nord de Gaza).

Ces nouveaux projets ont été partiellement compensés par cinq fermetures en 2024 : une au Soudan du Sud (soutien aux réfugiés soudanais), une au Soudan (distribution alimentaire au Darfour) et trois en République démocratique du Congo (projet VIH à Goma réorienté vers un soutien direct aux victimes de violences, interventions à Kayna et Rwanguba). De plus, le projet de Mashhad (Iran) a été reclassé dans la catégorie « Violences sociales et exclusion des soins » compte tenu de la population ciblée.

- Les projets traitant des « crises médicales » ont légèrement augmenté, passant de 35 à 36

	2021	2022	2023	2024	2025
Nombre de projets					
Crises médicales d'urgence	35	23	15	14	13
Crises médicales systémiques	29	25	25	21	23
Nb total crises médicales	64	48	40	35	36

Les interventions en réponse à des crises médicales d'urgence (y compris les épidémies) ont légèrement diminué (passant de 14 à 13). Six nouvelles interventions ont été menées (deux épidémies de choléra au Tchad et au Soudan du Sud, deux projets liés à Ebola en Ouganda, une épidémie d'hépatite E au Soudan du Sud et une distribution alimentaire au Nigeria), compensées par la clôture de six projets en 2024 (deux projets liés à la rougeole au Tchad et au Soudan du Sud, trois épidémies de choléra en France (Mayotte), au Soudan et en Zambie, une intervention contre l'hépatite E au Soudan du Sud (Aweil), ainsi que par la reclassification de Katsina (Nigeria) en crise systémique plutôt qu'en crise d'urgence.

Les projets liés aux crises médicales systémiques sont passés de 21 à 23. Cette augmentation est principalement due à la réorientation du projet de Bamyan en Afghanistan (auparavant classé dans la catégorie « Violences sociales et exclusion des soins »), qui répond désormais aux besoins de la population générale et en particulier des femmes, ainsi qu'à la reclassification de l'intervention à Katsina au Nigeria. Deux nouveaux projets ont été lancés en 2025 (le projet R21 de vaccination contre le paludisme au Tchad et l'initiative contre le cancer à Morobe en Papouasie-Nouvelle-Guinée), mais ont été compensés par la clôture en 2024 du projet au Libéria (santé mentale et soutien pédiatrique).

- Le nombre de projets traitant des violences sociales et de l'exclusion des soins a légèrement diminué, passant de 12 à 11.
- Les projets traitant des catastrophes naturelles sont passés de 3 à 2, la réponse à la tempête en Libye ayant été achevée en 2024.

Contextes d'intervention

- La proportion et le nombre de projets situés dans des environnements instables (conflit et instabilité) ont augmenté en 2025, progressant de trois points (de 58 % à 61 %) et de six projets. Cette croissance a été tirée par de nouvelles interventions principalement en Syrie, au Soudan du Sud, au Nigeria, en Palestine et en Papouasie-Nouvelle-Guinée. À l'inverse, les projets menés dans des environnements stables ont légèrement diminué, tant en proportion (de 43 % à 39 %) qu'en nombre (de 37 à 36 projets), principalement en raison de la fin des opérations au Libéria en 2024 et de l'augmentation des projets dans les zones instables.

■ Ouverture, réorientation et fermeture de projets

Pays	Ouvertures et réorientations de projets (23) en 2025	Fermures de projets (24) en 2025
Afghanistan	Rougeole à Herat	Rougeole à Herat
Burkina Faso		Tougan
France		Urgence à Calais Catastrophe naturelle à Mayotte
Libye	Migration vers Tripoli	
Nigeria	Distributions alimentaires à Mashi	Distributions alimentaires à Mashi Catastrophe naturelle à Borno
Ouganda	2 réponses Ebola	2 réponses Ebola
Palestine	Nord de Gaza (réouverture après suspension)	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	Initiative cancer à Morobe	
République démocratique du Congo	Kalemie Lubero	Binza Kalemie Lubero
Syrie	Province d'Alep Nord d'Alep Réseau soins aux brûlés Tartous	Province d'Alep Réseau soins aux brûlés Urgence à Idlib Tartous
Soudan	Consultations externes et urgences Hôpital Kabashi Soutien centres de soins de santé primaires d'Um Baru et de Muzbat	Consultations externes et urgences Hôpital Kabashi
Soudan du sud	Pic saisonnier et urgences à Akobo Choléra à Akobo Violences à Juba et à Old Fangak Epidémie hépatite E Mapper Aweil	Choléra à Aweil Choléra à Akobo Violences à Juba et Old Fangak Epidémie hépatite E Mapper Aweil
Tchad	Choléra à Adre Vaccination R21 Réfugiés soudanais à Wadi Fira	Choléra à Adre Réfugiés soudanais à Wadi Fira
Yémen	Choléra	Choléra Hôpital d'Aden (Centre de traumatologie)

Cette année, les ouvertures et les fermetures s'équilibrent, sous l'effet des interventions d'urgence.

■ Evolution des dépenses opérationnelles

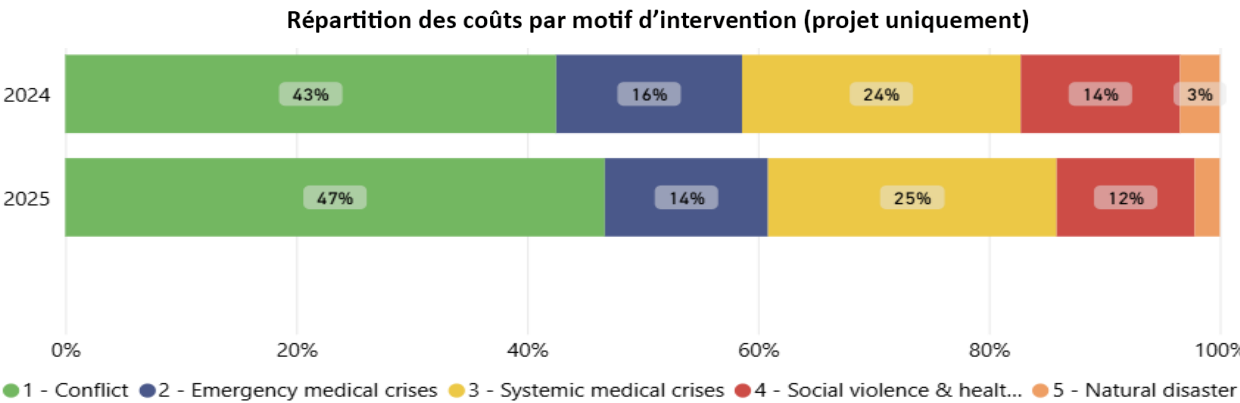
En millions d'euros	2021	2022	2023	2024	2025	Variation 24/25
Dépenses liées aux projets et coordinations	249,3	294,0	297,3	299,9	321,8	7%
<i>Projets à moyen et long terme</i>	<i>207,0</i>	<i>237,2</i>	<i>233,0</i>	<i>228,8</i>	<i>236,0</i>	<i>3%</i>
<i>Urgences</i>	<i>42,3</i>	<i>56,8</i>	<i>64,3</i>	<i>71,1</i>	<i>85,8</i>	<i>21%</i>
Autres dépenses opérationnelles	13,6	17,2	17,3	18,7	19,4	4%
Total dépenses opérationnelles	262,9	311,1	314,6	318,6	341,2	7%

Les dépenses opérationnelles ont augmenté de 23 millions d'euros (+7 %) par rapport à l'année précédente. Cette croissance a été principalement soutenue par l'Afrique de l'Ouest et du Centre (+ 16 millions d'euros, principalement au Nigeria, au Mali et avec l'ouverture de la Mauritanie), avec des augmentations plus limitées en Afrique de l'Est et du Sud (+ 5 millions d'euros, principalement au Soudan), en Asie-Pacifique (+ 3 millions d'euros, notamment en Afghanistan et en Papouasie-Nouvelle-Guinée) et en Amérique centrale et du Sud (+ 3 millions d'euros, en Haïti). En revanche, les coûts engagés dans la région MENA ont considérablement diminué (-8 millions d'euros), en grande partie en raison de la fermeture de l'hôpital d'Aden au Yémen et de la suspension de la mission de MSF en Libye. Cette baisse a été partiellement compensée par des augmentations en Palestine, tandis que les dépenses en Europe sont restées stables.

■ Analyse des dépenses de projet de 2024 à 2025

Cette analyse croise :

- Les principales raisons d'intervention qui sous-tendent chacun des projets : les conséquences des conflits sur les populations, les crises médicales majeures (mortalité élevée due à des épidémies, des systèmes de santé défaillants, des maladies endémiques négligées ou d'autres pathologies spécifiques, ou touchant des populations particulières), les populations victimes de violences non liées à des conflits ou l'exclusion des soins des populations marginalisées, les victimes de catastrophes naturelles, climatiques ou industrielles.
- Les contextes « politiques » dans lesquels ces opérations sont menées (instables et en conflit armé ou stables).



Dépenses de projets en millions d'euros	2021	2022	2023	2024	2025	Variation 24/25
Conséquences de conflits	93,1	115,1	139,2	150,02	152,4	1%
Catastrophes médicales	93,4	100,2	75,8	80,4,8	100,7	25%
<i>Crises médicales d'urgence</i>	25,6	33,6	14,8	10,4	10,7	3%
<i>Crises médicales systémiques</i>	67,8	66,6	61,0	70,0	90,0	29%
Violences sociales ou exclusion des soins	16,2	21,0	15,4	14,4	13,3	-8%
Catastrophes naturelles	3,0	3,2	6,5	0,4	0,3	-25%
Total	205,7	239,5	236,9	245,4	266,7	9%
En zones de conflits ou contextes instables	120,6	141,5	140,4	165,6	180,5	9%
En contextes stables	85,1	98,0	96,5	79,8	86,2	8%

Par rapport à 2024, l'évolution des dépenses liées aux projets reflète un engagement soutenu dans les zones touchées par des conflits, ainsi qu'une intensification significative des interventions face aux crises médicales. Cette croissance a été alimentée par des situations d'urgence majeures, tant liées à des conflits (notamment en Palestine et au Soudan) qu'à des épidémies (comme la rougeole en République démocratique du Congo et la malnutrition au Nigeria). Plus en détail :

- **Les dépenses des projets « conséquences de conflits »** ont représenté 57 % du coût total des projets (soit 4 points de moins qu'en 2024).

En valeur absolue, elles ont augmenté de 2 millions d'euros (passant de 150 millions d'euros à 152 millions d'euros), principalement grâce aux interventions d'urgence à Gaza (+3 millions d'euros) et au Soudan (+3 millions d'euros, Tawila, soutien à Um Baru et Muzkat), ainsi qu'au développement des activités en Mauritanie (+3 millions d'euros, Hodh el Chargui), en Haïti (+2 millions d'euros, Tabarre et Cité Soleil) et au redéploiement en Syrie (+2 millions d'euros). Toutefois, ces augmentations ont été partiellement compensées par la fermeture d'Aden au Yémen (-12 millions d'euros) et par une baisse des activités liées au conflit soudanais au Tchad (-3 millions d'euros).

- **Les dépenses des projets « crises médicales »** ont représenté 38 % du coût total des projets (soit 5 points de plus).

En montants absolus, elles s'élevaient à 101 millions d'euros, soit 21 millions d'euros de plus qu'en 2024. Au sein de cette catégorie, les interventions en réponse aux crises médicales d'urgence sont restées relativement stables, tandis que celles en réponse aux crises médicales systémiques ont augmenté de 20 millions d'euros.

Les crises médicales d'urgence ont représenté 11 millions d'euros. Alors que les interventions contre le choléra ont été d'une ampleur similaire, les interventions contre la rougeole ont augmenté de 3 millions d'euros (principalement dans le Katanga, en République démocratique du Congo) et un projet de distribution alimentaire a été mis en œuvre à Mashi, au Nigeria (+3 millions d'euros).

Les projets traitant de **crises médicales systémiques** ont représenté 90 millions d'euros, dont 56 millions d'euros consacrés à des populations et pathologies spécifiques et 34 millions d'euros en réponse à des besoins spécifiques dans des contextes de ressources limitées.

Parmi ces montants, 56 millions d'euros ont été consacrés à **des besoins médicaux et à des pathologies spécifiques** (tels que le cancer, le VIH, la tuberculose, l'hépatite C, la santé mentale ou la nutrition). Cette catégorie a enregistré une augmentation de 18 millions d'euros, dont 12 millions liés au projet de nutrition de Katsina au Nigeria, qui a été classé comme une crise médicale d'urgence en 2024 et a vu ses dépenses doubler en 2025 en raison de l'extension des activités. D'autres augmentations ont été générées par le projet de vaccination contre le paludisme R21 au Tchad (+2 millions d'euros), le projet sur le cancer du col de l'utérus au Malawi (+1 million d'euros), le projet de nutrition à Madaroumfa, au Niger (+1 million d'euros), et le projet de maternité de Jahun au Nigeria (+1 million d'euros). Le projet de Kasese (soins aux adolescents et drépanocytose) en Ouganda a également été réaffecté à cette sous-catégorie.

Les 34 millions d'euros restants ont été consacrés à des projets répondant à **des besoins spécifiques dans des contextes aux ressources limitées**. Ils ont enregistré une augmentation de 2 millions d'euros, principalement due à l'expansion des activités à Bangui (hôpital chirurgical, République Centrafricaine), à Moissala (soutien à la maternité et à la pédiatrie, Tchad) et à la réorientation du projet de Bamyan en Afghanistan (santé familiale, gynécologie).

- **Les dépenses des projets « violences et exclusion »** ont représenté 5 % du coût total des projets (-1 point).

En valeur absolue, elles s'élevaient à 13 millions d'euros. Ce montant était inférieur d'un million d'euros à celui de 2024, principalement en raison de la reconfiguration du dispositif opérationnel en Libye à la suite de la suspension par les autorités.

- **Les dépenses des projets « catastrophes naturelles, climatiques et industrielles »** ont représenté moins de 1 % du coût total des projets.

En montants absolus, elles s'élevaient à 0,3 million d'euros et étaient liées à l'intervention suite à l'ouragan à Mayotte lancée en 2024. Il est important de noter qu'un certain nombre d'interventions ne sont pas prises en compte ici.

2. Réponse aux conséquences des conflits sur les populations

L'année 2025 et le début de l'année 2026 ont été marqués par une accélération de la régionalisation des conflits et par l'interconnexion croissante des crises à travers le Moyen-Orient, l'Afrique, l'Asie et l'Europe. Plusieurs guerres ont progressivement dépassé le cadre national, avec l'implication directe ou indirecte de puissances régionales et internationales, une militarisation croissante et une concurrence accrue autour des ressources stratégiques, des routes commerciales et des sphères d'influence. Ces dynamiques ont eu des conséquences directes tant sur les besoins humanitaires que sur le positionnement opérationnel de MSF et son environnement sécuritaire.

En Afrique centrale et orientale, la prise de Goma et de Bukavu par le M23, soutenu par le Rwanda, a encore déstabilisé l'est de la République démocratique du Congo et renforcé l'implication des pays voisins, notamment le Burundi et l'Ouganda. La poursuite de la guerre au Soudan et le nettoyage ethnique au Darfour ont eu des répercussions croissantes sur le Tchad et ont contribué à aggraver l'instabilité régionale, tandis que la reprise du conflit au Soudan du Sud reste étroitement liée à la crise soudanaise. Dans la Corne de l'Afrique et la région de la mer Rouge, les tensions croissantes autour des frontières, des ports et de l'accès maritime ont encore accru les risques d'escalade régionale.

Au Moyen-Orient, la poursuite et l'intensification de la guerre totale menée par Israël à Gaza et en Cisjordanie ont contribué à une escalade régionale plus large impliquant l'Iran, des groupes armés alliés à l'Iran, Israël et les États-Unis.

Au Sahel, les groupes armés ont continué d'étendre leur influence territoriale au Mali, au Burkina Faso et au Niger, tandis que des acteurs régionaux et internationaux, notamment des forces liées à la Russie et d'autres acteurs étrangers tels que des acteurs affiliés à l'Ukraine, se sont de plus en plus impliqués dans la dynamique du conflit. En Asie, les tensions et les conflits ont persisté, du Myanmar à la frontière entre l'Afghanistan et le Pakistan et entre l'Inde et le Pakistan, tandis que les inquiétudes concernant la mer de Chine méridionale ont continué de croître. En Europe, la poursuite de la guerre en Ukraine et les tensions géopolitiques plus générales ont contribué à accroître l'incertitude concernant la sécurité régionale et les alliances internationales.

Dans ces différents contextes, plusieurs tendances se sont dégagées : l'intensité de la violence contre les civils et les violations systématiques du droit international humanitaire ; le recours au siège, au blocus et à la privation comme méthodes de guerre ; les attaques contre les établissements de santé et les infrastructures civiles ; l'utilisation croissante des drones, des sociétés militaires privées et des nouvelles technologies dans les conflits armés ; et la montée de dynamiques politiques de plus en plus autoritaires et nationalistes. Ces évolutions s'accompagnent d'une transformation profonde et d'un affaiblissement du système d'aide internationale.

Les conséquences des conflits ont représenté plus de 50 % de notre portefeuille et 57 % des dépenses de projet de MSF OCP en 2025. Voici quelques-unes des principales dynamiques et contextes de conflit qui ont particulièrement marqué le portefeuille en 2025 et au début de 2026 :

■ Les Amériques

Bien qu'MSF OCP ne soit présent sur le terrain qu'en Haïti, les États-Unis redessinent de plus en plus les dynamiques régionales par le biais de politiques migratoires restrictives, d'un soutien aux approches sécuritaires intransigeantes et d'une pression accrue sur des gouvernements tels que ceux du Venezuela et de Cuba.

Haïti et le chaos perpétuel :

MSF OCP continue de maintenir ses deux projets à Tabarre et à Cité Soleil malgré un environnement extrêmement instable et violent. L'effondrement du système de santé et la fermeture ou le fonctionnement réduit de nombreux hôpitaux à Port-au-Prince ont considérablement accru la pression sur les structures de MSF. À Tabarre, l'hôpital spécialisé dans les traumatismes et les brûlures a élargi son rôle en tant que l'une des rares structures chirurgicales spécialisées restantes dans le pays, suite à la suspension des activités de traumatologie de MSF OCB et à la réduction générale des capacités de soins traumatologiques dans la capitale.

À Cité Soleil, l'amélioration de l'accès à la zone nous a permis de consolider et d'étendre les activités médicales générales, notamment les soins d'urgence et hospitaliers, en mettant particulièrement l'accent sur la violence sexiste, la santé des femmes et les activités WASH. Les cas de violences sexuelles continuent d'augmenter fortement dans un contexte d'insécurité généralisée et de déplacements de population.

Le pays continue de sombrer dans une instabilité croissante, avec le déploiement de forces de sécurité internationales et d'acteurs de la sécurité privée aux côtés des opérations de la police haïtienne contre les groupes armés. La fragmentation de l'alliance « Vivre ensemble » entre les gangs et le risque d'une reprise du conflit ouvert à Cité Soleil et dans tout Port-au-Prince pourraient rapidement détériorer l'accès humanitaire et accroître les menaces pour la sécurité des patients et du personnel.

■ Afrique centrale et Corne de l'Afrique

La guerre au Soudan entre dans sa troisième année, le pays étant de plus en plus fragmenté entre les zones contrôlées par les Forces armées soudanaises (SAF) et les Forces de soutien rapide (RSF). Alors

que Khartoum a été reprise par les forces gouvernementales en 2025, les combats se sont intensifiés au Darfour et au Kordofan, avec des conséquences dévastatrices pour les civils.

Dans ce contexte, MSF a maintenu ses opérations dans certaines des zones les plus touchées par le conflit. Au Darfour, Tawila est devenue une zone d'accueil humanitaire majeure accueillant entre 600 000 et 800 000 personnes déplacées, fuyant principalement Zamzam et El Fasher. MSF OCP y a considérablement développé ses activités hospitalières, chirurgicales, de lutte contre le choléra et d'intervention d'urgence, tout en mettant en place des activités mobiles et de proximité à Dar Zaghawa. À Khartoum, MSF OCP a repris ses activités après le retour du contrôle des Forces armées soudanaises (SAF), soutenant la remise en état des services de santé essentiels dans une ville largement dévastée après deux ans de guerre et l'effondrement des infrastructures publiques.

La situation sécuritaire reste extrêmement instable. Au Darfour, le conflit continue de se déplacer vers le Kordofan et les zones frontalières avec le Tchad, avec un recours croissant aux frappes de drones, des incidents transfrontaliers répétés et des tensions régionales grandissantes. Plus d'un million de réfugiés soudanais se trouvent désormais bloqués dans l'est du Tchad, où l'aide humanitaire diminue malgré des besoins massifs. En réponse, MSF OCP a renforcé ses capacités d'intervention d'urgence et chirurgicale dans l'est du Tchad, en particulier à Adré. Partout au Soudan, les contraintes d'accès, l'insécurité, les obstacles bureaucratiques et les attaques touchant les civils et les infrastructures de santé continuent de limiter considérablement les opérations humanitaires.

Tout au long de l'année 2025, le plaidoyer de MSF au Soudan s'est concentré sur trois priorités principales : renforcer la réponse humanitaire, en particulier en matière de nutrition et en prévision de la saison des pluies ; améliorer l'accès humanitaire ; et appeler à la protection des civils, des acteurs humanitaires et des missions médicales. À mesure que la situation se détériorait, le plaidoyer s'est de plus en plus concentré sur les atrocités de masse et la protection des civils et des services médicaux essentiels dans un environnement extrêmement instable.

Pour soutenir ces objectifs, MSF a combiné un plaidoyer bilatéral et public. Des notes d'information régulières ont été produites sur des questions majeures, notamment la malnutrition au Darfour-Nord, les violences sexuelles et sexistes, les épidémies de choléra, l'escalade de la violence au Darfour-Nord et les besoins humanitaires à Khartoum et MSF a communiqué publiquement pour dénoncer les atrocités de masse à El Fasher et Zamzam, et les schémas de violence et de persécutions ethniques au Nord Darfour. À la suite des violences de masse contre les Masalit au Darfour occidental en 2023 et des attaques dans le camp de Zamzam en avril 2025, MSF a également mis en garde contre le risque de nouveaux massacres à grande échelle, en particulier contre la population zaghawa à El Fasher.

Au Soudan du Sud, le conflit civil s'est intensifié en 2025, en particulier dans les zones contrôlées par l'opposition des États du Haut-Nil, d'Unity et de Jonglei, avec des conséquences dévastatrices pour les civils et des attaques répétées affectant les structures de santé et les opérations humanitaires. Le pays est également de plus en plus touché par les répercussions régionales de la guerre au Soudan, les mouvements massifs de population augmentant encore la pression sur un système de santé déjà en pleine déliquescence. Le Soudan du Sud reste l'un des environnements les plus dangereux pour les acteurs humanitaires, avec une recrudescence de la violence visant les travailleurs humanitaires et les structures médicales (12 attaques ont été enregistrées contre des installations soutenues par MSF).

Le projet d'Old Fangak a été fermé d'urgence en mai à la suite de bombardements aériens sur la ville et l'hôpital qui ont détruit la pharmacie, tué des civils et des membres du personnel, et déplacé des dizaines de milliers de personnes. Malgré cette détérioration de la situation, MSF OCP a maintenu des opérations flexibles dans l'État de Jonglei tout en adaptant ses activités à l'insécurité récurrente, aux inondations et aux déplacements de population. À Toch, MSF OCP a mis en place des capacités d'hospitalisation et de chirurgie sous des tentes, devenant ainsi la dernière structure de soins de santé

secondaire disponible dans une grande partie de l'État. MSF a également continué à répondre aux épidémies majeures, en particulier lors de l'épidémie de choléra la plus meurtrière que le Soudan du Sud ait connue depuis son indépendance.

À Akobo, près de la frontière éthiopienne, MSF OCP a lancé un nouveau projet visant à fournir des services de santé aux populations pastorales, déplacées et touchées par le conflit, parallèlement à des interventions saisonnières dans les domaines de la nutrition, du paludisme et de la préparation aux situations d'urgence. MSF OCP a été contrainte de suspendre son projet à la suite d'un ordre d'évacuation imposé par l'armée sud-soudanaise, au cours duquel l'hôpital a été entièrement pillé. Une grande partie de la population a fui Akobo pour se réfugier dans les villages environnants et passer la frontière vers l'Éthiopie, ce qui a incité MSF OCP à revenir dans la région après de longues négociations avec les autorités. MSF apporte désormais son soutien aux populations touchées dans un environnement toujours très tendu, à travers des activités destinées aux personnes déplacées et des efforts visant à rétablir l'accès aux soins de santé.

République démocratique du Congo et région des Grands Lacs : Dans le Nord-Kivu, malgré les initiatives diplomatiques menées par Washington et Doha, le conflit se poursuit. Il est important de souligner que la poussée actuelle en faveur de la paix est largement motivée par des intérêts économiques liés aux ressources minérales plutôt que par les conséquences désastreuses du conflit sur la population. L'extension du contrôle du M23/AFC, notamment la chute de Goma et de Bukavu en 2025, a encore aggravé l'instabilité régionale, les déplacements massifs de population et l'insécurité pour les civils. La réduction des financements humanitaires internationaux, notamment l'impact des coupes budgétaires de l'USAID, combinée aux effets de l'occupation, a encore affaibli une réponse humanitaire déjà insuffisante.

MSF OCP maintient une présence opérationnelle importante dans toute la région malgré un environnement sécuritaire extrêmement instable. À Rutshuru, le projet a poursuivi la mise en œuvre de sa stratégie pluriannuelle visant à améliorer la qualité et la continuité des soins, notamment par la décentralisation des services et le renforcement des approches communautaires, dans un contexte marqué par des affrontements armés répétés et des changements de contrôle territorial. À Bambo et Kibirizi, les équipes se sont continuellement adaptées aux vagues successives de déplacements de population, aux incursions armées, aux épidémies répétées, à l'augmentation des besoins nutritionnels et à l'impact direct de l'expansion du M23 à travers le Nord-Kivu. Ces projets restent particulièrement exposés à la violence, à l'insécurité et aux mouvements de population.

À Goma, MSF OCP a poursuivi ses activités de santé en faveur des femmes et des enfants, notamment en matière de nutrition et de prise en charge du plus grand nombre de survivantes de violences sexuelles de son portefeuille, malgré le démantèlement et l'évacuation forcée de la plupart des camps de déplacés à la suite de la prise de contrôle de la ville par le M23 en janvier 2025. Si une partie de ces violences reste directement liée aux acteurs armés, une part importante est également associée à la détérioration des conditions de vie et à la surpopulation, les familles déplacées cherchant refuge au sein des communautés d'accueil. Plusieurs interventions d'urgence liées au conflit, ainsi qu'à des épidémies de rougeole et de choléra, ont également été mises en œuvre à Lubero, Kalemie et dans la région du Grand Katanga au cours de l'année 2025. L'année électorale en Ouganda, la pression exercée sur le Rwanda et la régionalisation plus large du conflit exigent une vigilance constante en 2026.

■ Sahel et Afrique de l'Ouest ; l'Alliance des États du Sahel

L'accès aux populations vivant dans les zones contrôlées par des groupes armés djihadistes reste très limité dans tout le Sahel, tandis que les relations avec les autorités post-coup d'État et les environnements politiques violents de plus en plus polarisés continuent de compliquer les opérations

humanitaires. L'espace humanitaire dans la région se réduit en raison des contraintes administratives croissantes imposées aux ONG, d'un contrôle étatique plus strict et d'une acceptation moindre des acteurs internationaux, tandis que la réduction des financements humanitaires internationaux affaiblit encore davantage des systèmes de santé déjà fragiles.

En réponse, MSF renforce une stratégie de positionnement régional visant à maintenir l'accès aux populations vulnérables grâce à des projets situés le long des zones frontalières, dans les villes secondaires et les capitales accueillant des populations déplacées et réfugiées. Les activités continuent de répondre à des besoins médicaux allant des soins de santé généraux pédiatriques et pour adultes à la prise en charge des maladies chroniques, en passant par la santé des femmes et le soutien aux victimes de violences, y compris les soins de santé mentale. Les chocs liés au climat (notamment les inondations, les sécheresses et les vagues de chaleur extrême) influencent également de plus en plus les besoins humanitaires et sanitaires dans toute la région et nécessitent une adaptation tant des structures de santé que des modèles opérationnels.

Au Burkina Faso, MSF OCP continue de développer ses activités médicales générales dans la région de la Boucle du Mouhoun, en particulier à Dedougou et Nouna, tout en préparant l'ouverture d'un projet à Ouagadougou axé sur les populations déplacées et les femmes victimes de violences et ayant un accès limité aux soins. Les activités au Burkina Faso incluent soins pédiatriques, prise en charge des maladies chroniques et soins de santé primaires. Le Burkina Faso reste le pays du Sahel où MSF est confrontée aux plus grandes contraintes d'accès, notamment à la suite de plusieurs incidents sécuritaires ayant touché le personnel au cours des deux dernières années. MSF OCP soutient quatre centres de santé communautaires (CESCOM) le long de la frontière malienne. Le projet en Mauritanie accueille également des patients en provenance du Burkina Faso.

Au Mali, les activités se sont développées à Tenenkou malgré un environnement très instable dans la région. Le projet vise à renforcer les soins d'urgence et hospitaliers tout en maintenant les activités de proximité. À Koutiala, la réorientation en cours des activités comprend le transfert du service de pédiatrie générale au ministère de la Santé et l'extension des soins de santé primaires et des services de santé des femmes dans les zones frontalières touchées par le conflit. Une mission exploratoire sur l'axe Youwarou/Yorosso a également conduit à l'ouverture de nouvelles activités. La détérioration de la situation sécuritaire à travers le Mali, notamment les offensives à grande échelle contre les villes tenues par le gouvernement et l'instabilité croissante autour de Bamako, suscite de vives inquiétudes pour 2026. MSF OCP continue néanmoins de soutenir le programme d'oncologie à Bamako.

En Mauritanie, le projet de Bassikounou, initialement lancé en réponse à l'arrivée de réfugiés maliens, évolue vers une prise en charge plus complète tant pour les populations réfugiées que pour les populations d'accueil, avec un accent particulier sur la santé des femmes, les soins de stabilisation pour les patients blessés et l'accès aux soins pour les populations fuyant les violences dans le nord du Mali. MSF OCP développe également des approches transfrontalières et des partenariats avec des acteurs locaux afin d'améliorer l'accès aux soins de santé pour les communautés déplacées et pastorales vivant dans des zones isolées le long de la frontière entre le Mali et la Mauritanie. Le déploiement en Mauritanie a connu plusieurs retards en raison de contraintes internes en matière de ressources humaines, de difficultés liées à la dynamique des équipes et de la longueur des procédures d'autorisation gouvernementales.

Au Niger, le contexte politique et sécuritaire reste de plus en plus contraignant depuis le coup d'État de 2023, avec un contrôle accru des acteurs humanitaires et une insécurité croissante dans plusieurs régions. À Madarounfa, le projet pédiatrique et nutritionnel continue de s'adapter aux conséquences du sous-financement chronique des interventions nutritionnelles, des ruptures d'approvisionnement et des taux élevés de malnutrition et de paludisme. Le projet accueille également plusieurs initiatives de recherche opérationnelle, l'introduction de l'hydroxyurée pour la prise en charge de la

drépanocytose et la recherche sur un nouveau produit nutritionnel à base de microbiote. MSF OCP renforce également les activités liées à la santé des femmes et à la prise en charge des violences sexuelles dans le cadre du projet, tout en étudiant la possibilité de lancer des activités similaires à Niamey.

Au Nigeria, MSF OCP a décidé de se retirer de ses activités pédiatriques à Maiduguri en raison de l'engagement limité des autorités sanitaires et de la présence d'autres centres opérationnels de MSF dans la région. Cependant, la situation humanitaire et sécuritaire dans le nord-est du Nigeria reste très instable, avec des menaces persistantes liées à l'ISWAP et des lacunes chroniques dans l'accès aux soins de santé en dehors des grands centres urbains. MSF OCP poursuit donc ses interventions d'urgence, notamment face aux épidémies de diphtérie, tout en développant des partenariats avec des organisations locales pour fournir des services de soins de santé primaires dans les zones mal desservies de l'État de Borno, en dehors de Maiduguri.

■ Moyen-Orient

La situation générale au Moyen-Orient s'est considérablement détériorée fin 2025 et début 2026 à la suite de la guerre lancée par Israël et les États-Unis contre l'Iran. Ce conflit, ses répercussions régionales et ses conséquences internationales plus larges constituent un axe prioritaire pour MSF OCP en 2026, compte tenu des risques d'escalade régionale, de déstabilisation accrue et de crises humanitaires supplémentaires à travers le Moyen-Orient et la Corne de l'Afrique.

En Palestine, dans un contexte d'intensification de la campagne d'annihilation de la population à Gaza et en Cisjordanie par Israël, l'espace d'intervention de MSF est resté soumis à de fortes pressions.

À Gaza, MSF OCP a continué d'adapter ses opérations dans un environnement extrêmement instable, marqué par des déplacements répétés, la destruction des infrastructures de santé et de graves pénuries de biens essentiels. La valeur ajoutée de MSF est restée particulièrement importante dans les domaines de la chirurgie, des soins postopératoires et de réadaptation, de la physiothérapie et du soutien en santé mentale. L'approvisionnement en eau est également resté une priorité opérationnelle majeure, le dessalement, la distribution d'eau et le soutien aux forages existants jouant un rôle crucial pour maintenir l'accès à l'eau potable et limiter le risque d'épidémies et de maladies d'origine hydrique dans un contexte d'effondrement des infrastructures.

En Cisjordanie, MSF OCP a maintenu ses activités de santé mentale tout en renforçant la préparation aux situations d'urgence et les interventions communautaires dans les zones de plus en plus touchées par les opérations militaires et la violence des colons. Compte tenu de la détérioration rapide de la situation, des activités supplémentaires pourraient être mises en place en 2026. Afin de soutenir le personnel souhaitant quitter Gaza, une initiative intersectorielle a été lancée pour mobiliser les bureaux de MSF à travers le monde. Entre juillet 2025 et mai 2026, sur 84 demandes, 28 membres du personnel ont été accueillis dans différents pays (8 en Irlande, 6 au Royaume-Uni et 4 en France), dont 6 évacuations médicales. En outre, une vingtaine de membres du personnel ou de personnes à leur charge ont été acceptés par l'OMS et attendent leur évacuation. Malgré les contraintes, 66 évacuations médicales vers l'hôpital de chirurgie reconstructrice de MSF à Amman en Jordanie ont été facilitées.

En 2025, le plaidoyer de MSF concernant Gaza et la Cisjordanie s'est concentré sur quatre priorités principales : appeler à un cessez-le-feu permanent et à la fin du génocide à Gaza, dénoncer la multiplication des attaques et des déplacements forcés en Cisjordanie, plaider en faveur d'un renforcement de l'aide humanitaire par le biais des mécanismes de coordination établis de l'ONU et des ONG internationales, et étendre les évacuations médicales. Les priorités de plaidoyer ont évolué tout au long de l'année en fonction de l'évolution de la situation sur le terrain. Un premier cessez-le-feu n'a duré que du 19 janvier au 18 mars. En mai, la création de la Fondation humanitaire de Gaza

(GHF) a coïncidé avec une recrudescence de la violence autour des sites de distribution de l'aide. Plus tard dans l'année, un nouvel accord de cessez-le-feu et de libération des otages a été mis en œuvre le 10 octobre. Fin 2025, les autorités israéliennes ont refusé l'enregistrement de 37 ONG, dont MSF, pour leurs opérations en Palestine. Malgré cette décision, et malgré l'interdiction de d'entrée du personnel international et d'approvisionnement dans Gaza entrée en vigueur en début d'année 2026, MSF a décidé de rester et de poursuivre ses activités grâce à ses équipes locales sur le terrain.

En Jordanie, l'hôpital de chirurgie reconstructive d'Amman continue de servir de centre régional de référence et de réadaptation pour les patients touchés par les conflits au Moyen-Orient, en particulier ceux provenant de Gaza, de Syrie, du Yémen et d'Irak. En 2025, les équipes ont renforcé leur capacité d'accueil pour les patients évacués de Gaza et les membres de leur famille qui les accompagnaient, tout en adaptant les systèmes de prise en charge pour les patients nécessitant une réadaptation prolongée et des soins postopératoires. Un défi majeur demeure l'incertitude entourant la situation à long terme des patients évacués de Gaza qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas rentrer en toute sécurité après leur traitement, dans un contexte où les autorisations d'évacuation médicale restent très limitées.

Parallèlement, MSF OCP étudie la possibilité d'étendre son soutien aux patients syriens, soit par le renforcement des capacités et le transfert de compétences vers le système de santé syrien, soit par la mise en place de filières d'orientation vers Amman pour des soins spécialisés. Suite aux développements au **Liban** en 2026, le projet renforce également ses liens avec les établissements de santé de ce pays afin d'organiser les transferts et les orientations des patients nécessitant une rééducation précoce et des soins postopératoires spécialisés. Compte tenu de la présence significative d'autres sections de MSF dans le pays, MSF OCP a jusqu'à présent choisi de ne pas développer d'opérations directes au Liban, tout en assurant un suivi étroit de la situation et en envisageant un soutien indirect ou direct en 2026 par le biais de liens avec le projet d'Amman.

En Syrie, bien que le pays reste fragile, fragmenté et affecté par une grave détérioration économique et des coupes dans le financement humanitaire, il est de plus en plus difficile de démontrer la valeur ajoutée de MSF par le biais de soins directs à grande échelle aux patients, car la priorité des autorités s'est déplacée vers la reconstruction et le redéveloppement du système de santé. Néanmoins, nous continuons à mettre en œuvre des projets directs à Idlib et à Alep, en nous concentrant principalement sur les soins aux grands brûlés, les maladies non transmissibles et la santé des femmes, tout en réévaluant où notre valeur ajoutée médicale reste la plus pertinente dans ce contexte en constante évolution.

Les bureaux de coordination des quatre centres opérationnels de MSF présents dans le pays sont désormais basés à Damas, reflétant ainsi l'évolution du contexte politique et opérationnel après plus d'une décennie de gestion à distance. L'année 2025 a été en grande partie marquée par une phase d'ajustement et de repositionnement vis-à-vis des nouvelles autorités et de plusieurs communautés et zones présentant des dynamiques politiques et sécuritaires distinctes, notamment les zones contrôlées par les Kurdes dans le nord-est, les zones druzes dans le sud et les régions alaouites le long de la côte. Ce contexte a conduit MSF OCP à intervenir dans des localités telles que Tartous et Alep.

Au Yémen, bien que MSF OCP ait initialement décidé de se retirer complètement d'Aden à la suite de la fermeture de l'hôpital de traumatologie début 2026, l'évolution de la situation militaire et politique dans le sud du Yémen, en particulier les tensions liées à la mer Rouge et les frappes répétées impliquant les États-Unis, Israël et Ansar Allah, nous a amenés à maintenir une présence en apportant un soutien au service de chirurgie d'un hôpital public, en mettant l'accent sur la réadaptation précoce, la résistance aux antimicrobiens et la préparation aux situations d'urgence. MSF OCP maintient également des capacités d'intervention d'urgence dans le sud tout en capitalisant sur plus d'une décennie d'expérience en soins traumatologiques à Aden.

Parallèlement, MSF OCP continue de mener ses deux projets dans le nord du Yémen malgré un espace opérationnel de plus en plus restreint sous les autorités houthistes et des restrictions croissantes affectant les acteurs humanitaires, notamment de nouvelles arrestations massives de personnel humanitaire. Ces projets médicaux généraux se concentrent sur la santé maternelle et infantile, la prise en charge des maladies chroniques et la réponse aux épidémies, en particulier le choléra et la malnutrition. Le Yémen est l'un des pays les plus touchés par l'effondrement du financement humanitaire, notamment la cessation du financement américain et le retrait de plusieurs acteurs des Nations unies et des ONG, ce qui accroît encore les besoins humanitaires et médicaux dans tout le pays.

Iran : Au cours du premier semestre 2026, le conflit en cours entre l'Iran, Israël et les États-Unis a considérablement accru l'instabilité régionale et les préoccupations humanitaires à travers le Moyen-Orient, tandis que le renouvellement des sanctions, l'effondrement économique et les troubles internes ont encore détérioré la situation à l'intérieur du pays. L'Iran continue également d'accueillir des millions de réfugiés et de migrants afghans tout en augmentant massivement les expulsions vers l'Afghanistan.

Dans ce contexte, MSF OCP négocie un accès élargi en Iran par l'intermédiaire de partenaires nationaux, avec d'éventuels projets futurs à Téhéran et dans le sud du pays. Notre projet à Mashhad se poursuit avec une adaptation vers des services 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et une attention accrue portée aux migrants afghans sans papiers, à la santé mentale et aux soins contre l'hépatite C pour les populations vulnérables. L'escalade entre l'Iran, Israël et les États-Unis a également conduit à l'évacuation temporaire du personnel international, soulignant la fragilité des opérations humanitaires dans le pays.

■ Asie-Pacifique

Au Bangladesh, nous poursuivons nos projets en faveur des réfugiés rohingyas, avec plus de 100 000 nouveaux arrivants en 2025, alors que le financement humanitaire continue de baisser fortement. Les violences et les préoccupations en matière de protection au sein des camps restent importantes, parallèlement à la mobilisation croissante de milices liées au conflit au Myanmar. Le projet pédiatrique de Goyalmara continue de réduire la pression sur les activités hospitalières grâce au diagnostic précoce, au traitement et à l'orientation des cas d'infections respiratoires et de gale, tout en améliorant la qualité des soins prodigués aux enfants hospitalisés. Il étend également ses activités en matière de santé des femmes, en particulier les soins liés aux violences sexuelles et sexistes, les soins d'avortement sécurisé et la contraception, tout en mettant progressivement fin aux activités de maternité suite à l'ouverture de services par un autre acteur.

Le projet « Hospital on the Hill », qui fournit des soins hospitaliers et ambulatoires, en particulier aux patients atteints de maladies chroniques, a repris le renforcement de l'accès aux soins pour les maladies non transmissibles tout en adaptant des modèles de soins différenciés pour les patients de longue durée. Une augmentation significative des admissions de patients atteints de troubles psychiatriques a été observée depuis 2023. Le projet de dépistage et de traitement de l'hépatite C se poursuit, tandis qu'une attention accrue est également accordée à la violence dans les camps et à la prévention de la dengue par la lutte antivectorielle.

Au Pakistan, nous poursuivons nos projets de soins de santé primaires et de maternité dans la vallée de Tirah, une zone de conflit située le long de la frontière avec l'Afghanistan, affectée par la présence de groupes armés djihadistes et par une insécurité récurrente. À Dogra, nous développons progressivement des activités de soins néonataux et maternels malgré d'importantes contraintes

d'accès pour le personnel international. Notre projet de lutte contre la tuberculose pharmacorésistante (DRTB) au Pendjab continue de donner des résultats positifs en termes d'admissions, de modèles de soins et d'identification des patients atteints de DRTB, bien qu'il soit de plus en plus affecté par la baisse générale du financement des programmes de lutte contre la tuberculose.

Plusieurs autres contextes nécessiteront une surveillance étroite en 2026 : le Tchad, dans un contexte d'extrême fragilité lié aux répercussions régionales du conflit au Soudan ; la Corne de l'Afrique et la région de la mer Rouge, du Yémen à Djibouti et au Somaliland, où des missions exploratoires et un nouveau positionnement visent à renforcer les capacités de préparation et d'intervention d'urgence ; le conflit entre l'Afghanistan et le Pakistan ; et l'Ouganda, notamment dans le contexte des prochaines élections et des répercussions régionales des conflits au Soudan du Sud et dans l'est de la République démocratique du Congo. Nous avons également mené une mission exploratoire dans les États baltes afin de mieux comprendre le contexte et de développer les réseaux nécessaires en cas de nouvelle escalade régionale.

3. Réponse aux crises médicales

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

- Renforcer la capacité de MSF à fournir des soins individualisés, centrés sur le patient et complets.
- S'attaquer aux problèmes de santé négligés pour lesquels il est nécessaire à la fois d'introduire des produits médicaux autrement inaccessibles permettant d'améliorer les soins aux patients, et de développer des modèles de soins adaptés, différenciés et simplifiés pouvant être déployés à grande échelle dans d'autres contextes tels que les urgences, tout en contribuant à l'évolution des politiques nationales et/ou internationales.

■ Nutrition et sécurité alimentaire

En 2025, la sécurité alimentaire mondiale a atteint un point de rupture critique, les progrès réalisés au cours de la décennie précédente ayant été anéantis par les conflits et les coupes massives dans l'aide internationale. Le paysage humanitaire a été gravement perturbé par le retrait soudain du financement de l'USAID, qui soutenait historiquement plus de la moitié de l'aide nutritionnelle mondiale. Cela a créé un vide qui a mis des partenaires majeurs comme l'UNICEF et le PAM dans une situation de tension importante, forçant MSF OCP à passer des commandes exceptionnelles d'aliments thérapeutiques dans six pays — dont le Tchad, le Mali et le Yémen — pour éviter des ruptures d'approvisionnement catastrophiques. L'activité nutritionnelle est restée élevée, largement portée par une intensification massive au Nigeria et des interventions d'urgence au Soudan.

Katsina (Nigéria) est devenue l'épicentre des opérations nutritionnelles de MSF OCP, touchant un nombre sans précédent de 150 000 enfants, soit une augmentation de 50 % par rapport à 2024. Les critères d'admission ont été élargis pour inclure la malnutrition aiguë modérée (MAM), tandis qu'une allocation différenciée d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (RUTF) pour la MAM (1 sachet par jour) et la malnutrition aiguë sévère (MAS) (2 sachets par jour) a permis d'optimiser les ressources malgré la forte augmentation du nombre de cas. Cette année, MSF OCP a diversifié ses stratégies

d'intervention dans l'État de Katsina, au Nigeria, en mettant en place une aide financière pour les familles d'enfants passant des soins hospitaliers aux soins ambulatoires. L'objectif était d'aider les familles à subvenir à leurs besoins essentiels, tels que les frais de transport et d'alimentation, tout en réduisant la nécessité de vendre les produits nutritionnels thérapeutiques destinés aux enfants malades. Parallèlement, à Mashi (l'une des zones les plus touchées par la malnutrition), MSF OCP a distribué 600 tonnes de produits nutritionnels à 70 000 enfants de moins de cinq ans pendant la période la plus critique de l'année.

À Tawila (Soudan), en revanche, MSF OCP a démontré l'efficacité de la prévention à grande échelle grâce à trois cycles de distributions alimentaires généralisées à 15 000 enfants, réussissant à faire chuter les taux de malnutrition aiguë sévère de 6,8 % à 1,8 % en quelques mois. Parallèlement, le dépistage chez les femmes enceintes et allaitantes a été privilégié, le nombre de cas signalés dans le cadre des soins prénatals passant de moins de 2 000 à près de 14 000.

En 2025, l'innovation clinique s'est concentrée sur la prise en charge de la complexité croissante des cas de kwashiorkor, qui représentent désormais une part croissante des hospitalisations et s'accompagnent de lésions cutanées graves. MSF OCP a mis en place un nouveau modèle de soins à Katsina, inspiré des « unités de grands brûlés » spécialisées, afin de gérer ces cas complexes grâce à une meilleure hygiène et à une prise en charge spécifique de la douleur. Afin de réduire la dépendance vis-à-vis des chaînes d'approvisionnement internationales fragiles, MSF OCP a également donné la priorité à la durabilité locale, en utilisant des farines enrichies produites localement comme le Garin Yara au Niger et en explorant des recettes traditionnelles comme le Tom Brown au Nigeria pour traiter la malnutrition modérée. Nous sommes également mobilisés dans des projets de recherche sur des traitements nutritionnels innovants pour les cas graves.

Parallèlement, MSF a renforcé ses efforts de plaidoyer, en mettant particulièrement l'accent sur la crise nutritionnelle et les programmes de santé mondiale. Une attention particulière a été accordée au nord-ouest du Nigeria, notamment à Katsina, où la situation reste critique. Afin de sensibiliser les décideurs, MSF a organisé une visite sur le terrain avec *Global Health Advocates* et ALIMA pour une délégation de députés français, mettant en avant les besoins urgents et promouvant des solutions de financement innovantes telles qu'une taxe sur les boissons sucrées. Ce plaidoyer s'est appuyé sur les discussions tenues lors du Sommet *Nutrition for Growth 2025* et sur les mécanismes de financement antérieurs soutenus par la France, notamment les taxes sur les billets d'avion et la taxe sur les transactions financières précédemment utilisées pour soutenir UNITAID et le Fonds mondial avant que leur affectation spécifique ne soit supprimée en février 2025. En outre, une conférence de haut niveau a été organisée au Nigeria avec le gouverneur de Katsina, qui s'est engagé publiquement à faire de la nutrition une priorité politique, marquant ainsi une étape importante vers une appropriation nationale plus forte de cette question.

■ Épidémies

En 2025, MSF OCP a constaté une reprise significative des activités de riposte aux épidémies de rougeole, le nombre de patients traités ayant augmenté de 80 % pour atteindre 45 290, tandis que les campagnes de vaccination réactive ont permis d'administrer 716 000 doses dans le cadre de neuf interventions majeures — une forte augmentation par rapport aux quatre campagnes menées en 2024. La plupart des interventions contre la rougeole ont eu lieu en République démocratique du Congo. Ce retour aux niveaux d'activité d'avant 2024 s'est produit dans un contexte de baisse mondiale des financements humanitaires et d'importants obstacles logistiques. Dans le même temps, les activités de traitement du choléra ont augmenté de 9 %, atteignant 31 700 cas traités, dont près de 9 100 au Soudan et plus de 9 400 en République démocratique du Congo. Au Soudan, environ 300 000 personnes ont été vaccinées à Tawila dans le cadre d'une campagne menée par le ministère de la

Santé, l'OMS et l'UNICEF, tandis que les équipes de MSF OCP se sont concentrées sur la prise en charge clinique des cas. Au Soudan du Sud, MSF OCP a directement mis en œuvre des campagnes de vaccination contre le choléra qui ont permis d'administrer près de 120 000 doses. Ces interventions se sont déroulées dans des environnements de plus en plus complexes où les conflits actifs et les lignes de front mouvantes au Darfour et au Nord-Kivu ont contraint MSF OCP à assumer des rôles de distribution directe de vaccins habituellement remplis par des partenaires traditionnels comme l'UNICEF.

Au-delà des interventions d'urgence, 2025 a été une année charnière pour la prévention fondée sur la recherche, notamment avec la première mise en œuvre à grande échelle du vaccin R21 contre le paludisme au Tchad. Touchant environ 40 000 enfants, cette étude compare deux stratégies de vaccination : l'intégration dans le PEV (Programme élargi de vaccination) de routine, et la synchronisation avec les visites de chimioprévention saisonnière du paludisme (SMC) pendant la période de pic du paludisme.

Cependant, des défis structurels persistent, les activités de vaccination de routine ayant baissé de 20 %, tombant à 651 000 doses administrées, le niveau le plus bas enregistré en cinq ans, en raison de restrictions accrues sur l'importation de vaccins par MSF en Afrique de l'Ouest. Ce déclin interne est aggravé par un « déficit de financement », qui a conduit des partenaires majeurs comme Gavi à réduire leur soutien. Ces changements risquent de laisser d'importantes lacunes en matière d'immunité dans les zones à haut risque desservies par MSF OCP, d'autant plus que l'initiative « *Big Catch-Up* »¹ prend fin sans avoir atteint les niveaux de couverture d'avant la pandémie.

■ VIH

Les programmes de lutte contre le VIH de MSF OCP ont été affectés par la crise mondiale de financement déclenchée par les coupes budgétaires massives du gouvernement américain, qui pourraient entraîner une augmentation des décès et des infections par le VIH (4,1 millions de décès supplémentaires liés au sida sont estimés dans 55 pays entre 2025 et 2030)² ainsi que des perturbations majeures dans les chaînes d'approvisionnement nationales. À la suite du transfert de cohortes importantes et stables vers les ministères de la Santé, MSF OCP a recentré ses activités sur deux piliers à fort impact : la prise en charge clinique de la maladie à un stade avancé dans les hôpitaux de référence et la prévention auprès des populations clés (70 % des transmissions mondiales). Alors que les taux de mortalité restaient un défi, baissant à 10 % à Carnot (République Centrafricaine) mais stagnant à 16 % à Homa Bay (Kenya), l'année a été marquée par une évolution vers des soins hospitaliers plus spécialisés pour les comorbidités complexes.

L'introduction réussie de la PrEP injectable à action prolongée (LA) a constitué une avancée majeure en tant qu'outil de prévention révolutionnaire. Au Malawi, un projet de recherche pilote utilisant le cabotégravir injectable chez les travailleuses du sexe a montré un taux de rétention prometteur de 71 %, surpassant les modèles traditionnels de PrEP orale. Cependant, MSF OCP a rencontré d'importants obstacles en matière de plaidoyer, car des laboratoires pharmaceutiques comme Gilead ont refusé de négocier avec les ONG des prix équitables pour les nouveaux médicaments de PrEP à action prolongée.

¹ « The Big Catch-Up » est une initiative internationale visant à remédier à la baisse de la couverture vaccinale, principalement due à la pandémie de COVID-19. Selon l'OMS, elle a permis de vacciner environ 18,3 millions d'enfants âgés de 1 à 5 ans dans 36 pays.

² Stover, J., Sonneveldt, E., Tam, Y., et al. (2025). *Effets de la réduction de l'aide étrangère américaine sur le VIH, la tuberculose, la planification familiale et la santé maternelle et infantile : une étude de modélisation*. The Lancet Global Health, 13, e1669–e1680. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(25\)00281-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(25)00281-5/fulltext)

tels que le lénacapavir, limitant de fait l'accès et menaçant la généralisation de ces innovations pour les groupes les plus marginalisés.

Pour garantir la durabilité, MSF OCP a accéléré l'intégration du VIH dans les « cliniques de suivi des maladies chroniques », aux côtés de la tuberculose et des maladies non transmissibles courantes. Ce modèle privilégie l'autonomie des patients grâce à des consultations espacées pour les personnes stables et à un partage des tâches spécialisé dirigé par des infirmières. À Carnot (République centrafricaine), plus de 1 100 patients ont été décentralisés vers des centres de santé périphériques soutenus par la Croix-Rouge, garantissant ainsi que les soins restent proches de la communauté malgré l'instabilité régionale persistante.

■ Tuberculose

MSF OCP a réalisé des progrès significatifs dans la lutte contre la tuberculose infantile, longtemps négligée, grâce à la mise en œuvre de l'initiative TACTiC (*Treat, Avoid, and Cure TB in Children*). Ce projet intersectoriel a étendu des algorithmes de diagnostic et des schémas thérapeutiques améliorés à 6 pays en 2025 (y compris dans des contextes à forte prévalence comme le Nigeria, la République centrafricaine et le Soudan du Sud) et est désormais actif dans un total de 12 pays et 50 projets. Un succès notable a été enregistré à Goma (République démocratique du Congo), où l'adoption autonome de ces algorithmes pédiatriques par les équipes d'urgence a entraîné une augmentation de 50 % des diagnostics de tuberculose infantile. TACTiC a été le principal moteur de l'augmentation de 29 % du nombre de patients atteints de tuberculose traités dans le cadre des projets de MSF OCP, qui a atteint 5 504 en 2025.

Cette année a également marqué un tournant dans la prise en charge de la tuberculose multirésistante à la suite de la conclusion réussie d'essais cliniques menés par MSF. Après l'aval de l'OMS fin 2024, trois schémas thérapeutiques endTB de courte durée ont été officiellement intégrés dans les Lignes directrices et le Manuel opérationnel sur la tuberculose de 2025. Cette validation scientifique des recherches de MSF permet de déployer à grande échelle des traitements plus sûrs, plus efficaces et plus courts (6 à 9 mois). Les résultats de l'essai endTB-Q ont montré un taux de guérison sans rechute de 93 % chez les patients présentant une forme limitée de la maladie, mais ont mis en évidence des défis persistants pour ceux atteints de formes plus graves. Néanmoins, l'effondrement du financement de l'USAID a suscité de graves inquiétudes quant à l'approvisionnement mondial en médicaments antituberculeux et aux capacités des laboratoires, avec des conséquences probables sur les opérations de MSF. Cette instabilité financière risque de compromettre le déploiement de ces nouveaux traitements recommandés. MSF continue donc de plaider en faveur d'un accès équitable aux nouvelles molécules et du maintien de chaînes d'approvisionnement fiables face à ces coupes budgétaires systémiques.

■ Hépatite virale

MSF OCP a continué à s'attaquer au fardeau mondial de l'hépatite virale, qui cause 1,3 million de décès par an. Le lancement d'une vaste campagne « Dépistage et traitement de l'hépatite C » à Cox's Bazar (Bangladesh) d'avril 2025 à mars 2026 a constitué une étape majeure. Malgré une virémie réelle inférieure aux estimations initiales (12 % contre 19 %), le programme a atteint une couverture de dépistage de 88 % dans quatre camps, dépistant près de 59 000 patients et identifiant 7 302 patients positifs au VHC. En l'espace de 11 mois, 94 % des patients diagnostiqués avaient commencé un traitement. La forte mobilisation communautaire et l'implication des chefs de camp ont été essentielles au succès de la campagne, démontrant la faisabilité d'une élimination à grande échelle du VHC dans les camps de réfugiés.

Les opérations ont également ciblé les populations fortement marginalisées grâce à des soins spécialisés et à l'intégration. À Mashhad (Iran), les équipes ont maintenu la prise en charge du VHC pour les consommateurs de drogues dans les camps de détention malgré l'instabilité régionale, tandis que des négociations avec le ministère de la Santé ont conduit à la création d'un centre d'accueil multidisciplinaire pour le suivi post-libération, intégrant la réduction des risques et le soutien psychosocial. Au Pendjab (Pakistan), l'intégration systématique du dépistage du VHC dans le projet sur la tuberculose pharmacorésistante a permis le traitement simultané des patients coinfectés.

En ce qui concerne l'hépatite B, MSF OCP s'est concentré sur la réduction des lacunes en matière de prévention, en particulier la vaccination à la naissance, qui reste à un niveau extrêmement bas en Afrique. Une mise en œuvre réussie a été signalée à Aweil (Soudan du Sud), en Syrie et à Cox's Bazar (Bangladesh), bien que des difficultés opérationnelles aient persisté dans les maternités au Yémen, au Burkina Faso et au Tchad. La prise en charge clinique reste un défi ; alors que la clinique du personnel à Bangui (République centrafricaine) a maintenu une cohorte stable de 83 patients sous ténofovir, le déploiement des algorithmes de traitement simplifiés de l'OMS dans des contextes comme Carnot (République centrafricaine) continue de se heurter à des difficultés pour identifier les patients éligibles malgré la disponibilité d'outils de diagnostic plus simples.

■ Maladies non transmissibles (MNT)

En 2025, la stratégie de MSF OCP en matière de MNT a pris un tournant décisif vers l'autonomisation des patients et l'autogestion à domicile afin de réduire la mortalité prématurée grâce au renforcement des soins de santé primaires. L'une des principales réalisations a été le développement et la mise en œuvre progressive de l'outil de suivi des maladies chroniques, une base de données électronique permettant aux équipes de mieux suivre les résultats des patients, la qualité des soins et la complexité des cohortes dans le cadre de projets tels que Homa Bay (Kenya), Carnot (République centrafricaine) et le nord-ouest de la Syrie. Bien que MSF-OCP prenne en charge toute une série de maladies chroniques, cette section se concentre spécifiquement sur le diabète et la drépanocytose.

Diabète

Le projet sur le diabète de type 1 (DT1) à Carnot (République centrafricaine) et à Aweil (Soudan du Sud) a servi de projet phare pour ce modèle, formant avec succès près de 100 membres du personnel et rendant autonomes 260 patients. L'introduction de stylos à insuline et de glucomètres à usage domestique a amélioré la précision du dosage, réduit les hospitalisations pour décompensations graves et amélioré la qualité de vie des patients. Cependant, le programme sera confronté à une transition critique en 2026, lorsque Novo Nordisk retirera progressivement les stylos à insuline humaine, ce qui nécessitera une transition complexe vers l'insuline analogue et les schémas thérapeutiques basal-bolus, exigeant une éducation intensive des patients et un soutien clinique spécialisé.

Drépanocytose

Au cours des deux dernières années, MSF OCP a adopté une approche structurée pour améliorer la prise en charge de la drépanocytose dans les contextes fragiles et mal desservis d'Afrique subsaharienne, où la maladie reste un facteur majeur de mortalité infantile. Les nouvelles recommandations de l'OMS, et les preuves de plus en plus nombreuses en faveur d'interventions précoces à faible coût ont renforcé la pertinence de l'engagement de MSF.

L'accès à une formulation pédiatrique de l'hydroxyurée (HU) à un prix abordable a été obtenu grâce à des négociations conjointes menées par MSF OCP, MSF Access et MSF Logistique avec Novartis. Cela permettra de répondre à la demande croissante sur le terrain pour étendre l'utilisation de l'HU,

notamment à Adré (Tchad) et au Yémen. Des protocoles de soins standardisés associant prophylaxie, supplémentation, vaccinations ciblées et éducation des patients ont également été étendus à Kasese (Ouganda), Madarounfa (Niger) et Homa Bay (Kenya). Afin de soutenir les soins décentralisés en milieu rural, où l'expertise spécialisée en hématologie fait souvent défaut, MSF OCP a développé une gamme complète d'outils pédagogiques thérapeutiques, qui, associés à des protocoles cliniques simplifiés, sont essentiels à l'ambition de MSF OCP d'intégrer les soins de la drépanocytose dans les soins de santé primaires.

L'ampleur du fardeau de la drépanocytose était particulièrement visible à Maiduguri (Nigeria), où plus de 2 000 admissions ont été enregistrées au cours de la dernière année du projet. Bien que le projet ait pris fin en 2025, les patients nécessitant un suivi à long terme ont été orientés vers des centres spécialisés afin d'assurer la continuité des soins.

■ Cancers

Au Mali, l'équipe de MSF OCP a continué à diagnostiquer et à traiter les patients atteints de cancers du sein et du col de l'utérus, accompagnant près de 200 nouveaux patients grâce à une approche multidisciplinaire combinant chirurgie et chimiothérapie en l'absence de services de radiothérapie opérationnels. Une unité dédiée à l'accompagnement des patients a joué un rôle clé dans le conseil et le soutien individuels des patients tout au long de leur parcours. Afin de renforcer les capacités nationales en matière de lutte contre le cancer, les équipes de MSF OCP ont collaboré avec les autorités nationales, les cliniciens et les associations de patients sur un plan conjoint de trois ans, récemment validé.

Au Malawi, MSF OCP a finalisé un changement majeur dans la prévention secondaire du cancer du col de l'utérus à la suite de la conclusion de l'étude PAVE, en adoptant l'auto-prélèvement d'ADN du HPV comme principale stratégie de dépistage après qu'il s'est avéré plus efficace que les méthodes d'inspection visuelle. Au niveau tertiaire, dans l'hôpital universitaire de référence, l'équipe spécialisée a continué à fournir des soins spécifiques et individualisés aux patientes atteintes d'un cancer du col de l'utérus, avec plus de 670 nouveaux cas cette année. Les services comprenaient la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie et les soins palliatifs.

MSF OCP a également étendu ses activités de soins palliatifs en Papouasie-Nouvelle-Guinée, en soutenant les services dans la province de Lae et en établissant un cadre de partenariats internationaux et nationaux pour faire face au lourd fardeau du cancer dans le pays.

4. Violence non liée aux conflits et exclusion des soins pour les populations marginalisées

Cette catégorie regroupe les opérations répondant aux besoins des populations touchées par la violence — notamment la violence sexuelle, les abus et la torture — dans des contextes liés à la migration, ou dans des situations de violence urbaine ou rurale en dehors des zones de conflit actif. Les soins fournis par MSF dans ces contextes comprennent des services médicaux et de santé mentale, et peuvent également inclure des activités de protection telles que l'hébergement, l'assistance juridique et le soutien social. Ces interventions contribuent également à renforcer l'expertise de MSF dans la fourniture de soins complets et individualisés aux personnes exposées à la violence et à l'exclusion.

■ Migration

En 2025, les politiques migratoires restrictives et la gestion de plus en plus sécuritaire des frontières ont continué d'exposer les personnes sur les routes migratoires à des violences répétées, à l'exclusion et à de sérieux obstacles à la protection et aux soins de santé. Le long des routes méditerranéenne, atlantique et de la Manche, les migrants ont été confrontés à des risques accrus liés à des traversées dangereuses, à des systèmes d'accueil inadéquats et à une rhétorique anti-migrants croissante en Europe. Les femmes, les enfants et les mineurs non accompagnés sont restés particulièrement exposés à la violence, à l'exploitation et aux lacunes en matière de protection.

En France, MSF a continué d'adapter son empreinte opérationnelle à l'évolution des dynamiques migratoires. En Île-de-France, les activités sont restées centrées sur les jeunes filles non accompagnées exposées à des niveaux élevés de vulnérabilité et de violence. Le projet dédié aux mineurs non accompagnés a été clôturé avec succès après l'ouverture par les pouvoirs publics d'une clinique spécialisée pour cette même population. Parallèlement, les discussions sur la reconnaissance juridique de la présomption de minorité, l'un des principaux objectifs de plaidoyer du projet, se sont poursuivies au niveau parlementaire. MSF OCP a également étendu sa présence le long de la côte nord avec le lancement d'activités à Dunkerque, en plus du travail en cours à Calais, tout en préparant la clôture de son intervention auprès des mineurs non accompagnés à Marseille après cinq ans d'activités.

Le climat politique de plus en plus polarisé en France et en Europe, combiné à des politiques migratoires restrictives et à des coupes budgétaires affectant les organisations de la société civile, a continué à réduire les mécanismes de protection des migrants et des demandeurs d'asile. **En Libye**, MSF OCP a repris ses activités opérationnelles début 2026 à la suite de discussions approfondies avec les autorités, bien qu'avec une présence opérationnelle plus limitée.

■ Exclusion et violence en milieu urbain ou rural

Au-delà des populations déplacées et exilées, MSF OCP met en œuvre plusieurs projets axés sur la prise en charge des personnes exposées à la violence, à l'exclusion et à de graves vulnérabilités sociales en dehors des zones de conflit armé actif.

Le **projet Jiwaka en Papouasie-Nouvelle-Guinée** fournit principalement des soins aux survivants de violences sexistes dans un contexte marqué par une violence domestique et intercommunautaire généralisée. L'approche combine l'accès aux soins de santé pour la population générale avec l'identification et le soutien aux victimes de violences. Une attention particulière est également accordée à la communauté LGBT grâce à des partenariats avec des organisations locales.

À Nairobi, au Kenya, MSF OCP continue à fournir des soins médicaux d'urgence et des services d'ambulance dans les quartiers informels touchés par la violence urbaine et les troubles politiques, en mettant de plus en plus l'accent sur les soins de santé complets pour les femmes, les services adaptés aux jeunes, la santé mentale et l'accès aux soins pour les populations LGBTQIA+ et d'autres groupes exclus.

À Mashhad, en Iran, le projet cible les populations exclues des soins de santé, en particulier les réfugiés et migrants afghans sans papiers, les personnes qui consomment des drogues et les Iraniens de plus en plus vulnérables touchés par la crise économique et la dynamique des conflits régionaux. Le projet combine soins de santé primaires, soutien en santé mentale, dépistage et traitement de l'hépatite C, ainsi que des activités de réduction des risques.

Au Malawi, MSF OCP continue à soutenir des organisations communautaires dirigées par des travailleurs du sexe grâce à des modèles de pair-à-par, améliorant ainsi l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive, à la prévention du VIH, à la santé mentale et à la prise en charge des victimes de violences, y compris pour les travailleurs du sexe masculins et les populations LGBTQIA+ qui restent fortement stigmatisées et exclues des services de santé.

Une mission exploratoire est également prévue **à Kampala, en Ouganda**, qui portera sur la violence sexiste, notamment à l'égard des populations LGBTQIA+.

Aux Philippines, le projet Tondo est progressivement réorienté, passant d'une intervention axée sur la tuberculose à une approche plus large de la santé environnementale et du changement climatique dans les bidonvilles urbains (cf. chapitre 6).

5. Les activités médicales au cœur du portfolio 2025

■ Evolution des activités médicales

Le tableau ci-dessous présente l'évolution des indicateurs médicaux clés pour l'ensemble du portefeuille de MSF OCP — couvrant les projets liés aux conflits, aux crises médicales et à l'exclusion sociale. Il sert de point d'entrée quantitatif aux chapitres médicaux transversaux qui suivent.

Guide de lecture : les indicateurs relatifs aux épidémies, à la nutrition, aux maladies infectieuses et non transmissibles sont principalement abordés au chapitre 3 (Réponse aux crises médicales). Les autres indicateurs sont développés au chapitre 6 (Activités médicales transversales), dans les chapitres thématiques respectifs.

	2022	2023	2024	2025	Variation 24-25
Hospitalisations	252 677	266 598	295 763	298 008	0.8%
Consultations	2 986 900	4 098 065	4 022 288	4 232 878	5.2%
Interventions chirurgicales - (hors césariennes)	43 090	48 718	49 505	47 940	-3.2%
Césariennes	3 481	3 478	4 096	4 162	1.6%
Accouchements	38 043	40 133	43 618	50 849	16.6%
Consultations anténatales	140 145	184 064	201 169	218 320	8.5%
Vaccination de routine (PEV)	822 653	740 361	812 275	651 195	-19.8%
Paludisme	802 478	917 017	913 447	808 034	-11.5%
Patients VIH traitements de 2 ^{ème} et 3 ^{ème} ligne	4 710				
Patients actifs sous ART 1 ^{ère} , 2 ^{ème} , 3 ^{ème} ligne		17 830	5029	4979	-1%
Tuberculose - nb patients	5 665	4 906	4 279	5 504	28.6%
Tuberculose multirésistante - nb patients	317	276	231	188	-18.6%
Hépatite C- nb patients sous traitement	2 222	1 880	2 101	5 502	161.9%
Interruptions de grossesse	4 816	9 190	11 838	17 832	50.6%

	2022	2023	2024	2025	Variation 24-25
Violences sexuelles	7 619	18 520	28 961	30 031	3.7%
Centres nutritionnels intensifs	37 771	43 856	57 868	56 255	-2.8%
Centres nutritionnels ambulatoires	178 282	193 432	212 425	231 587	9.0%
Vaccination rougeole	1 274 649	744 131	153 074	716 045	367,8%
Consultations individuelles de santé mentale	79 859	76 632	93 188	88 813	-4,7%
Consultations Diabète	41 771	43 858	39 110	38 191	-2,03%
Consultation Épilepsie		3 676	3 205	3 616	12.8%

Les hospitalisations et les consultations ont poursuivi leur trajectoire de croissance (+0,8 % et +5,2 % respectivement). Les soins d'avortement sans risque ont connu la hausse proportionnelle la plus spectaculaire (+50,6 %), suivis par le traitement de l'hépatite C (+161,9 %), sous l'impulsion de la campagne menée au Bangladesh. La vaccination contre la rougeole a bondi de 368 % en réponse. La chirurgie a connu une légère baisse (-3,2 %), principalement due à la fermeture de l'hôpital de traumatologie d'Aden. La vaccination de routine a diminué de 20 %, atteignant son niveau le plus bas en cinq ans. Les indicateurs de santé maternelle sont très positifs : les accouchements par voie basse (+16,6 %) et les consultations prénatales (+8,5 %) reflètent l'engagement renforcé de MSF OCP en faveur de la santé et des droits sexuels et reproductifs (SDSR).

6. Les activités médicales transversales

Les chapitres suivants traitent des activités médicales et des priorités thématiques qui recoupent toutes les catégories d'intervention : conséquences des conflits, crises médicales et violence sociale/exclusion.

■ Chirurgie et soins intensifs

L'année 2025 a été marquée par une croissance soutenue des services d'urgence et de soins intensifs, tandis que l'activité chirurgicale a été affectée par la fermeture ou la reconfiguration de plusieurs projets majeurs. Le nombre d'interventions en salle d'opération a diminué de 10 %, principalement à la suite de la fermeture du projet d'Aden au Yémen, mais la baisse des interventions chirurgicales est restée plus limitée (-3 %) en raison du nombre croissant de cas complexes nécessitant plusieurs procédures par patient. Les équipes chirurgicales ont fait preuve d'une remarquable capacité d'adaptation dans les zones de conflit extrême, avec une forte augmentation de l'activité à Gaza et à Tabarre (Haïti), ainsi qu'à Tawila (Soudan), où la chirurgie est restée un élément essentiel de l'aide d'urgence apportée aux populations déplacées et touchées par le conflit.

En revanche, la médecine d'urgence a enregistré une augmentation de 10 % des admissions aux urgences, reflétant une fréquentation accrue des services fournis par MSF OCP à Herat, en Afghanistan, à Tawila, au Soudan, et à Jahun, au Nigeria. La typologie des patients est restée similaire à celle des années précédentes, avec environ 50 % des consultations concernant des patients pédiatriques et seulement un quart lié à des traumatismes.

Les innovations en matière d'anesthésie et de prise en charge de la douleur ont constitué un maillon essentiel entre les services chirurgicaux et les services d'urgence au cours de l'année. Le recours à

l'anesthésie régionale périphérique a doublé pour atteindre 2 % de l'ensemble des interventions, facilitant ainsi une récupération postopératoire plus rapide et une plus grande autonomie des patients en Jordanie, au Yémen et en République démocratique du Congo. Afin d'alléger la pression sur les blocs opératoires surchargés, les équipes ont augmenté de 41 % l'utilisation de la kétamine pour la sédation au chevet du patient et ont déployé avec succès l'EMONO (mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote à des fins analgésiques) pour le traitement des brûlés en Haïti et en Jordanie.

■ Santé des femmes

En 2025, MSF OCP a poursuivi ses efforts en matière de soutien à la santé et aux droits sexuels et reproductifs (SRHR), allant au-delà des seuls soins de santé reproductive pour répondre aux besoins de santé variés et tout au long de la vie des femmes. Cette évolution s'est produite dans un contexte mondial marqué par d'importantes réductions des financements de la part de plusieurs gouvernements et par des menaces croissantes pesant sur l'approvisionnement en contraceptifs et en médicaments pour l'avortement sécurisé. Malgré ce contexte difficile, les activités de MSF OCP en matière de SRHR ont atteint des niveaux records, avec des services fournis dans 22 pays. L'augmentation du nombre d'accouchements et de consultations prénatales a été largement favorisée par les activités menées à Jahun (Nigeria) et dans le cadre de projets au Tchad. L'une des principales réalisations de 2025 a été la première collecte systématique de données sur la malnutrition chez les femmes et les filles enceintes et allaitantes. Le dépistage effectué lors des consultations prénatales et postnatales a permis d'identifier 13 914 cas de malnutrition, avec des taux de prévalence alarmants au Soudan, au Yémen et au Bangladesh. MSF OCP a également lancé le programme « *Respectful Care* », un modèle centré sur la patiente conçu pour protéger la dignité des femmes et prévenir les mauvais traitements obstétricaux, en particulier dans des contextes à forte affluence comme à Jahun, au Nigeria. Cette initiative a pour but de donner aux femmes la liberté de faire des choix éclairés, comme être accompagnées pendant le travail et ne pas être séparées de leur nouveau-né.

Les soins d'avortement sécurisé ont connu une croissance exponentielle, atteignant 17 832 interventions (+50 % par rapport à 2024) — principalement grâce à l'intensification des activités dans les zones touchées par les conflits en République démocratique du Congo et à Mathare (Kenya), ainsi qu'à l'engagement fort des équipes de terrain. Bien que la mise en œuvre reste inégale, plusieurs projets menés au Sahel (Burkina Faso, Mali, Niger) ont réussi à surmonter des obstacles opérationnels et culturels.

■ Violences sexuelles

MSF OCP a enregistré son plus haut niveau d'activité en faveur des survivants de violences sexuelles, en prenant en charge 30 031 survivants, soit une augmentation de 4 % par rapport aux 28 961 cas traités en 2024. Cette tendance à la hausse s'explique principalement par la détérioration de la situation au Soudan et au Bangladesh. Les équipes d'urgence MSF OCP ont de plus en plus intégré les soins liés aux violences sexuelles dans leurs interventions dans des contextes de conflit intense, notamment au Soudan, contribuant ainsi à garantir l'accès à des services spécialisés pour les populations déplacées par la violence. Au Bangladesh, cette augmentation reflétait l'insécurité et la vulnérabilité croissantes dans les camps rohingyas, ainsi que le renforcement des activités d'identification et de sensibilisation menées par les équipes de MSF OCP. Parallèlement, le nombre de cas dans le Nord-Kivu (République démocratique du Congo) est resté à des niveaux aussi extrêmes qu'en 2024 (75 % du nombre total de cas), malgré la prise de contrôle de Goma et la fermeture des camps de déplacés. L'augmentation globale a été partiellement compensée par des baisses à Mathare, au Kenya (reconfigurations opérationnelles), et en Libye (suspension des activités par les autorités).

Malgré la pression croissante sur le financement mondial de la santé et les systèmes d'approvisionnement, qui affecte la disponibilité des kits de prophylaxie post-exposition, MSF OCP a maintenu des standards élevés, 81 % des survivants se présentant dans le délai critique de 72 heures. Cependant, des lacunes importantes persistent pour certains groupes spécifiques, les adolescents et les hommes survivants restant mal pris en charge et souvent exclus des parcours de soins traditionnels. De plus, bien que la violence entre partenaires intimes ait augmenté pour atteindre 7 % des cas, elle reste largement sous-déclarée, ce qui souligne la nécessité d'améliorer les méthodes d'identification et de mettre en place un soutien social adapté au contexte.

■ Pédiatrie

La pédiatrie reste l'un des piliers des opérations de MSF OCP, représentant 69 % des hospitalisations et 63 % de l'ensemble des consultations ambulatoires en 2025. La gravité des cas a considérablement augmenté en raison de l'effondrement ou de l'affaiblissement des systèmes de soins de santé primaires dans plusieurs contextes, tels que le Soudan, Gaza et l'Afghanistan. Les projets menés à Khartoum et à Tabarre ont enregistré les taux de mortalité les plus élevés (près de 7 %), reflétant à la fois la gravité des cas pris en charge et la présentation souvent tardive des patients.

Les soins néonataux ont continué à se développer, avec une augmentation des admissions de 12 % en 2025. Cette croissance a été soutenue par une meilleure identification et orientation des nouveau-nés vulnérables grâce à la consolidation d'une équipe consultative pédiatrique complète. MSF OCP a joué un rôle de premier plan dans l'Initiative intersectorielle pour l'allaitement maternel et a lancé le programme *MSF-Bristol Children's Emergency Fellowship* afin de renforcer le vivier de recrutement de pédiatres spécialisés.

Malgré ces avancées, d'importants défis subsistent en matière de qualité des soins néonataux et pédiatriques. Les taux de mortalité ont continué de varier considérablement d'un projet à l'autre en fonction du contexte et de la gravité des patients admis, tandis que l'insécurité, la gestion à distance et les lacunes persistantes dans la collecte de données ont compliqué à la fois la prestation des services et le suivi des résultats dans plusieurs contextes. Les efforts se sont néanmoins poursuivis pour renforcer les approches centrées sur le patient grâce à la mise en œuvre progressive du programme «*Respectful Care* » et des politiques de non-séparation des enfants et des personnes qui s'en occupent.

■ Améliorer la qualité des soins

Résistance aux antimicrobiens

Les avancées de 2025 ont donné la priorité au développement des ressources humaines et aux outils de surveillance numérique. 17 projets sont désormais soutenus par des points focaux formés, renforçant la collaboration entre cliniciens, pharmaciens et microbiologistes afin d'optimiser l'utilisation des antibiotiques au chevet des patients. Les activités de microbiologie ont été maintenues grâce à 14 laboratoires validés, notamment de nouvelles filières de référence pour les cultures au Malawi et des capacités de diagnostic à Gaza malgré le siège. Le déploiement d'Antibiogo est désormais achevé dans tous les laboratoires MSF éligibles, aidant les médecins à mieux adapter leurs prescriptions d'antibiotiques. MSF OCP a également fait progresser le développement d'un outil numérique standardisé pour la surveillance et les alertes relatives aux infections associées aux soins de santé.

Malgré ces avancées, la pénurie chronique de microbiologistes expérimentés, le taux de rotation élevé du personnel dans plusieurs projets tels que Carnot ou Tabarre, et l'instabilité des chaînes d'approvisionnement continuent d'affecter la continuité des activités de lutte contre la résistance aux

antimicrobiens. De plus, bien que la collecte de données ait augmenté grâce à de nouvelles plateformes numériques, le lien entre les données des antibiogrammes de laboratoire et les pratiques de traitement empirique reste faible, ce qui limite l'impact clinique immédiat des diagnostics dans certains contextes à forte charge de morbidité.

Qualité des soins et sécurité des patients

48 événements indésirables graves ont été signalés dans 13 pays en 2025, dont près de la moitié ont entraîné le décès du patient. La plupart des incidents étaient liés aux soins cliniques (60 %), notamment une surveillance insuffisante ou une prise de décision inappropriée, et à des erreurs de traitement (28 %), notamment des erreurs liées à des médicaments à haut risque et à des transfusions sanguines. Cependant, la sous-déclaration reste un défi majeur.

Pour combler ce fossé, MSF OCP s'est concentré sur des initiatives de « culture juste », mettant l'accent sur la transparence avec les familles et le soutien aux « victimes secondaires » – les professionnels de santé impliqués dans les incidents. La formation a évolué pour donner la priorité aux compétences non procédurales essentielles à la sécurité des soins aux patients, telles que la communication clinique et le travail d'équipe. En intégrant des indicateurs de sécurité directement dans les systèmes de surveillance opérationnelle, MSF OCP vise à transformer la sécurité des patients d'une initiative pilotée par le siège en une pratique courante, à l'échelle de la mission, de responsabilisation et de contrôle de la qualité.

Soins infirmiers

Consciente que la plupart des stratégies opérationnelles reposent sur le personnel infirmier, MSF OCP a continué à renforcer son leadership infirmier en nommant une directrice des soins infirmiers intersectorielle et des conseillers infirmiers supplémentaires. Le rôle d'infirmier de soutien clinique a été élargi et structuré (19 départs internationaux cette année), devenant un soutien essentiel pour les équipes infirmières dans des contextes à forte charge de travail comme l'Afghanistan, le Soudan du Sud et le Bangladesh.

En 2025, les avancées ont porté principalement sur les soins spécialisés, la sécurité et le confort des patients. Cela a notamment consisté à poursuivre l'utilisation du mélange équimolaire d'oxygène et d'oxyde nitreux (EMONO) pour l'analgésie lors d'interventions douloureuses en Haïti et en Jordanie, de l'oxygène nasal à haut débit (HFNO) à Khamir, Herat et Goyalmara, ainsi qu'à introduire des kits de perfusion de chimiothérapie plus sûrs au Malawi et au Mali. La bibliothèque multilingue de ressources infirmières a été encore enrichie, et l'outil d'évaluation des soins infirmiers a été mis à jour afin de faciliter l'identification des domaines à améliorer au sein des établissements de santé. Parallèlement, l'Académie MSF a déployé un programme de formation spécialisé destiné aux infirmières de bloc opératoire, désormais mis en œuvre à Sica, en République centrafricaine.

Malgré ces avancées, d'importants défis subsistent. MSF OCP ne dispose toujours pas d'un système systématique de collecte de données spécifiques aux soins infirmiers, ce qui limite sa capacité à évaluer avec précision les besoins en personnel et à mesurer l'impact des soins infirmiers.

Diagnostic

En 2025, MSF OCP a renforcé son pôle de diagnostic en intégrant des services de laboratoire, d'imagerie médicale (radiographie et échographie au chevet du patient), de télémedecine et d'innovation afin d'améliorer le diagnostic et la prescription.

Les activités de laboratoire ont soutenu des projets dans 26 pays grâce à un réseau de 37 laboratoires généraux et de 30 banques de sang, réalisant près de 484 000 analyses de laboratoire et plus de 67 000 transfusions. Parmi les avancées majeures, on peut citer la consolidation du diagnostic moléculaire, notamment le déploiement de la plateforme GeneXpert XDR pour la tuberculose

résistante et l'extension du dépistage du HPV par test ADN pour le cancer du col de l'utérus au Malawi. Cependant, les activités de laboratoire ont continué à faire face à des défis liés à l'instabilité de la chaîne d'approvisionnement et aux difficultés à maintenir du personnel spécialisé dans des environnements à fort taux de rotation.

Les évaluations internes et externes de la qualité (notamment ASQUALAB) soulignent la nécessité d'une amélioration continue de la qualité. Cela a conduit au développement de nouveaux outils de suivi, notamment un outil d'audit des transfusions sanguines et un projet en cours de système de gestion des informations de laboratoire.

Les activités d'échographie au chevet du patient ont continué de se développer en 2025, avec 148 membres du personnel formés, dont un nombre croissant d'agents du ministère de la Santé. La plupart des stagiaires étaient des agents recrutés localement, principalement des sages-femmes. La formation s'est concentrée sur des applications d'urgence et obstétricales à fort impact, telles que l'évaluation des traumatismes, l'échographie obstétricale, la détresse respiratoire et les complications liées à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

Les services de télémédecine ont atteint leur plus haut niveau à ce jour, avec une augmentation de 30 % de la prise en charge des cas. La transition vers un système d'affectation rationalisé utilisant un pool mondial de spécialistes bénévoles a contribué à améliorer l'accès à l'expertise à distance, en particulier au Pakistan et au Kenya, où l'expertise en radiologie et en maladies infectieuses était la plus demandée.

■ Santé environnementale

En 2025, MSF OCP a renforcé son action en matière de santé environnementale en développant une approche opérationnelle plus structurée et en lançant de nouvelles initiatives de coordination. Une étape majeure a été l'élaboration du Plan d'action pour le climat et la santé environnementale (2026-2028), visant à mieux intégrer les déterminants environnementaux de la santé et les effets des événements climatiques extrêmes dans les opérations de MSF. Ce plan met l'accent sur l'adaptation des activités aux événements climatiques tels que les inondations et les vagues de chaleur, la prise en compte des effets de la dégradation de l'environnement sur la santé, et le renforcement de la collaboration avec les acteurs externes de la santé environnementale.

Plusieurs initiatives opérationnelles ont été lancées au cours de l'année, notamment en matière de préparation et de réponse aux inondations. S'appuyant sur son expérience de terrain, MSF OCP a développé une plateforme opérationnelle dédiée aux équipes de terrain, comprenant des conseils pratiques et des outils couvrant la surveillance, la préparation, la réponse et l'adaptation aux inondations. Ces ressources visent à aider les projets à mieux anticiper les inondations, à maintenir la continuité des soins et à réduire leur impact sur les patients, le personnel, les infrastructures et les communautés touchées.

Parallèlement, des travaux exploratoires ont été menés à Tondo (Manille, Philippines) afin d'évaluer les possibilités de mettre en place un premier projet phare axé sur les liens entre la santé et les risques environnementaux dans un environnement urbain fortement exposé aux inondations, à la chaleur et aux maladies liées au climat telles que la dengue et la leptospirose.

Ces initiatives ont jeté les bases d'une intégration plus structurée de la santé environnementale dans les opérations de MSF OCP, dont la mise en œuvre devrait se poursuivre à partir de 2026.

7. Nos ambitions de transformation et nos méthodes de travail

Parallèlement à l'évolution de ses opérations médicales, MSF a poursuivi la transformation de ses pratiques organisationnelles en 2025, en accordant une attention accrue à la protection, aux soins centrés sur le patient, au soutien du personnel, à la responsabilité environnementale

■ Prévention active des abus et de la maltraitance - *Safeguarding*

Depuis fin 2023, MSF s'est engagée à faire évoluer ses pratiques professionnelles et de soin afin de garantir des environnements de travail et de soins plus sûrs, plus protecteurs, respectueux et inclusifs. Cette approche s'inscrit dans un processus d'intégration transversale, étroitement lié à la gestion hospitalière, à l'approche centrée sur la personne, aux systèmes de contrôle interne, à la sécurité des patients et du personnel, ainsi qu'aux engagements en matière de diversité, d'équité et d'inclusion (DEI).

Si la mise en œuvre de la politique de *safeguarding* est un processus à long terme, l'intégration progressive des plans d'action dans les feuilles de route des missions reflète des changements significatifs dans la pratique. Les cellules opérationnelles et les coordinateurs *safeguarding*, là où ils sont en place, contribuent activement à cette dynamique. Cependant, les progrès continuent de se dérouler à des rythmes variables selon les missions, en fonction des capacités disponibles. Les équipes mènent désormais des analyses de risques contextuelles axées sur les facteurs de vulnérabilité, déploient systématiquement des activités de sensibilisation à la prévention des abus à l'intention du personnel et des patients, et appliquent les principes de protection et d'inclusion tout au long des processus de recrutement, y compris pour les travailleurs journaliers. Elles continuent d'ajuster les mécanismes de signalement, de renforcer leur capacité à traiter les plaintes et d'œuvrer à la mise en œuvre effective des droits des patients.

En 2025, presque toutes les cellules opérationnelles ont nommé un coordinateur *safeguarding*, en utilisant des approches adaptées aux contextes nationaux. À la fin de 2025, le pool de protection comptait une douzaine de coordinateurs, dont huit étaient déployés sur le terrain. Dans les environnements opérationnels à fort volume, tels que la République démocratique du Congo, cette fonction est permanente, tandis que dans d'autres contextes (Pakistan, Tchad, Ouganda, Burkina Faso, Pool d'urgence...), elle apporte un soutien ciblé pour faciliter la mise en œuvre des plans d'action en matière de protection. Les compétences en matière de protection sont destinées à être progressivement intégrées dans les rôles des équipes de coordination.

Les efforts visant à renforcer l'accessibilité et la fiabilité des mécanismes de signalement se sont poursuivis tant sur le terrain qu'au siège. Cela a notamment consisté à améliorer les canaux de communication et de retour d'information destinés aux patients grâce à des consultations avec ces derniers, ainsi qu'à consolider les postes d'agent chargé des relations avec les patients dans des pays tels que le Tchad et la République démocratique du Congo afin de renforcer les liens entre les patients et les équipes de soins.

Les activités de sensibilisation destinées aux patients ont également été renforcées grâce à des outils de communication, notamment des affiches en langues locales adaptées aux contextes opérationnels, qui informent les patients sur le comportement attendu du personnel et sur leur droit de recevoir des soins dans un environnement sûr, exempt de toute forme d'abus. Ces outils sont également utilisés dans des séances de sensibilisation.

Plus précisément, plusieurs axes de travail ont mobilisé les équipes tout au long de l'année 2025 et se poursuivront en 2026. Ces initiatives visent à :

- Empêcher la réintégration des personnes ayant commis des abus grâce à la mise en place d'un mécanisme commun à l'ensemble du mouvement.
- Améliorer l'accessibilité, la cohérence, le suivi et la gestion des cas d'incidents signalés grâce à la mise en place d'une plateforme numérique.
- Veiller à ce que les partenariats respectent les principes du *safeguarding*, tant avec les ministères de la Santé qu'avec les prestataires de services.
- Renforcer la représentation des femmes au sein de l'organisation, tant en nombre qu'aux postes à responsabilité. Cette priorité stratégique nécessite une gouvernance efficace du plan d'action pour l'égalité des genres, l'utilisation d'outils existants tels que des ateliers sur le genre, la diversité et l'inclusion, ou encore la collaboration avec des réseaux de femmes (Mali, Niger, Tchad).

■ Détection et gestion des comportements abusifs

En 2025, la Cellule d'éthique pour la sensibilisation et la gestion des abus (EAMA) a reçu ou traité 205 plaintes, contre 169 en 2024, soit une augmentation d'environ 20 %. Cette hausse reflète une meilleure visibilité des mécanismes de signalement, un renforcement des capacités institutionnelles et une intensification des efforts de sensibilisation depuis 2024.

À la fin de l'année 2025, 12 % des plaintes faisaient toujours l'objet d'une enquête. 10 % des plaintes ont été classées après que les plaignants se sont retirés de la procédure, et 19 % ont abouti à des cas confirmés, soit 34 cas d'abus et 5 cas de comportement inapproprié, dont 22 allégations confirmées d'exploitation sexuelle, d'abus et de harcèlement. Une part importante des signalements (34 %) ne relevait pas de la catégorie des abus et concernait principalement des questions de ressources humaines, de mauvaise communication, des conflits au sein des équipes, des préoccupations liées au recrutement, des changements stratégiques ou des réorganisations insuffisamment accompagnées.

Les mécanismes de signalement ont été utilisés par des profils variés : 44 % des plaignants étaient des agents recrutés localement, 33 % des agents en mobilité internationale et 19 % des patients, des soignants ou des membres de la communauté. Les femmes représentaient 64 % des plaignants.

Parmi les événements majeurs de 2025 figurait l'intervention au Tchad, à la suite de signalements d'exploitation sexuelle touchant des femmes et des filles réfugiées soudanaises. Une action conjointe des sections opérationnelles a permis d'identifier 59 allégations et de licencier 18 membres du personnel dans les centres opérationnels concernés.

■ Soins centrés sur le patient

Entre 2021 et 2025, MSF OCP a progressivement renforcé son approche centrée sur la personne (PCA) afin de mieux aligner les pratiques médicales sur les besoins, les attentes et les droits des patients et des communautés.

La Charte des droits des patients a constitué un point d'entrée essentiel pour la mise en œuvre de cette approche, servant à la fois d'outil pratique et de cadre pour aider les équipes à examiner leurs activités et leurs pratiques sous l'angle des droits des patients. Les efforts se sont notamment concentrés sur l'amélioration de l'accès à des informations appropriées, le renforcement de la prise

en charge de la douleur, la prévention des abus, et le développement de systèmes de plainte et de retour d'information. Le déploiement de la Charte dans 15 projets a favorisé une plus grande sensibilisation et des changements initiaux dans les pratiques. Cependant, sa mise en œuvre est un processus continu nécessitant un engagement soutenu du personnel, des patients et des communautés, ainsi qu'une orientation stratégique claire. Les contraintes opérationnelles et un suivi inégal continuent de limiter l'application cohérente des droits des patients dans l'ensemble des projets.

MSF OCP a également renforcé l'intégration du soutien social dans les activités médicales afin de répondre aux besoins des patients. 19 projets intègrent désormais des composantes de travail social, impliquant 42 travailleurs sociaux dans différents contextes. Ces activités contribuent à traiter les questions de protection, à réduire les obstacles aux soins et à répondre aux déterminants sociaux plus larges de la santé, en particulier pour les patients atteints de maladies chroniques et les survivants de violences.

L'expérience des patients a continué de gagner en importance en tant qu'indicateur de la qualité des soins, grâce à des enquêtes, des entretiens et des discussions de groupe menés dans 17 projets. Treize projets impliquent aujourd'hui des pairs patients, en particulier dans le domaine des maladies chroniques et des soins aux adolescents. Des initiatives ont également été prises pour renforcer la participation des patients par le biais de consultations, de comités de patients dans trois projets et de la création d'une Commission des patients au niveau du Conseil d'administration de MSF OCP. Cependant, la participation effective des patients dans nos projets reste inégale et l'implication dans la prise de décision limitée.

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

Conformément à la feuille de route climatique et environnementale validée en 2023, MSF OCP a continué à se concentrer sur la réduction de son empreinte environnementale et carbone tout en renforçant son travail sur la santé environnementale et le plaidoyer.

La réduction et la gestion des déchets sont restées une priorité majeure. Des plans de gestion des déchets ont continué d'être déployés dans plusieurs pays, notamment au Malawi, en Ouganda, en République démocratique du Congo, au Nigeria, et au Tchad, avec des niveaux de mise en œuvre variables selon le contexte. Ces efforts reflétaient l'intérêt croissant des équipes de terrain et des cellules opérationnelles pour des approches plus structurées en matière de tri, de stockage et de traitement des déchets dangereux, ainsi que pour l'identification de prestataires de services appropriés. La collaboration entre les centres opérationnels s'est également intensifiée, notamment pour identifier des solutions locales et régionales concernant les anciens stocks de déchets dangereux, y compris au Soudan du Sud.

Des progrès ont également été réalisés en matière d'efficacité énergétique. Environ 70 % des compteurs d'énergie prévus ont été installés depuis 2024, ce qui a permis d'améliorer le suivi de la consommation d'énergie. Les projets se sont poursuivis pour remplacer les anciens systèmes de climatisation par des modèles à onduleur, intégrer l'efficacité énergétique dans les projets de construction et de réhabilitation, et améliorer l'isolation des bâtiments. Certaines initiatives ont déjà donné des résultats significatifs, notamment à Haydan (Yémen), où une installation solaire a permis d'économiser 16 000 litres de carburant en quatre mois, et à Koutiala (Mali), où l'optimisation des générateurs a permis d'économiser 21 000 litres sur 18 mois.

La transformation de la chaîne d'approvisionnement est également restée un levier important pour la décarbonisation. Les efforts visant à réduire la dépendance au fret aérien et à améliorer la planification des achats se sont poursuivis en 2025, la part du fret aérien dans les volumes d'approvisionnement

internationaux (en tonnes) passant de 32 % à 20 %. Ces efforts s'inscrivent dans une feuille de route plus large à l'échelle du Mouvement visant à améliorer et à optimiser l'empreinte de la chaîne d'approvisionnement. Les pratiques d'achat responsables ont également continué à progresser. Les principaux fournisseurs ont signé un code de conduite, tandis que les critères de durabilité ont été de plus en plus intégrés dans les processus d'approvisionnement. Leur application devrait être encore renforcée en 2026, tant pour les activités d'approvisionnement du siège que sur le terrain.

Dans le domaine médical, MSF OCP a continué à soutenir le projet intersectoriel « *Rethinking Single Use* », qui vise à réduire l'impact environnemental des dispositifs médicaux à usage unique. Ce travail consiste notamment à identifier, en collaboration avec les fournisseurs, des alternatives plus durables, à élaborer des critères de durabilité pour les principaux produits médicaux et à promouvoir des changements dans les pratiques médicales afin de réduire les déchets et la consommation inutile. Les réflexions actuelles portent notamment sur l'utilisation rationnelle des gants et des consommables, les pratiques de prévention et de contrôle des infections, l'optimisation des activités de laboratoire, ainsi que des efforts plus larges visant à réduire l'impact environnemental des soins médicaux, notamment en matière d'anesthésie régionale et de nouveaux produits thérapeutiques présentant une empreinte environnementale potentiellement plus faible.

8. Prises de paroles marquantes

■ Palestine

La guerre génocidaire menée par Israël à Gaza, ainsi que ses politiques d'occupation et d'apartheid en Cisjordanie, ont continué de nous mobiliser en 2025. La succession d'événements tragiques sur le terrain, les défis liés à nos prises de position, la gestion des attaques et des campagnes de dénigrement contre MSF, ainsi que les risques et l'exposition auxquels nos équipes ont été confrontées – dans un contexte où 15 collègues palestiniens ont été tués depuis octobre 2023, tandis qu'un collègue reste détenu en Israël – ont présenté des dilemmes extrêmement complexes et suscité des discussions internes souvent intenses. Malgré cela, MSF a continué à être un témoin privilégié de la campagne de destruction menée par l'armée israélienne contre la population palestinienne à Gaza, dans un contexte où l'accès de la presse internationale restait interdit, alors que plus de 250 journalistes palestiniens ont été tués depuis octobre 2023, et où la couverture médiatique du conflit en France a été fragmentaire, incohérente et souvent déséquilibrée.

Nous avons donc pris la parole, dénonçant fermement le siège total imposé par l'armée israélienne entre mars et mai 2025, qui a provoqué une crise nutritionnelle qualifiée de famine par l'IPC, et appelant au démantèlement de la *Gaza Humanitarian Foundation* (GHF), décrivant cette opération dès juin comme « un stratagème de distribution alimentaire factice qui engendre des massacres à l'échelle industrielle ». MSF a ensuite décrit les types de blessures infligées à la population, qui variaient selon les lieux, illustrant ainsi la nature délibérée et intentionnelle de la violence contre les civils, et contredisant ainsi le récit officiel de l'armée israélienne et de la GHF. En juillet, nous avons publié les résultats d'une enquête rétrospective sur la mortalité menée par Epicentre auprès du personnel de MSF et des membres de leur famille, documentant l'impact de la violence et du manque d'accès aux soins.

En France, ces déclarations ont bénéficié d'une importante couverture médiatique et d'une grande visibilité en ligne. Les événements (expositions, réunions, tables rondes) que nous avons organisés à Paris et ailleurs en France ont également suscité un vif intérêt et une forte participation.

Face aux contraintes de la couverture médiatique en France, nous avons continué à explorer d'autres moyens de partager les témoignages des patients et des professionnels de santé de MSF. Remarqué

par des artistes français et bénéficiant d'une grande visibilité, ce contenu a également donné lieu à un concert de solidarité pour la Palestine et en soutien à MSF au Zénith de Paris en novembre 2025. Nous avons également soutenu les efforts de Jean-Pierre Filiu, historien et spécialiste du Moyen-Orient, qui s'est rendu à Gaza avec des équipes de MSF et a ensuite publié en mai 2025 un livre de témoignages qui a bénéficié d'une large couverture médiatique en France, contribuant ainsi à mettre en lumière le calvaire enduré par les Palestiniens à Gaza.

MSF a également continué à se mobiliser autour de la situation en Cisjordanie, en documentant le quotidien de nos équipes et de nos patients à travers leurs propres voix et témoignages, et en rendant compte de l'impact de l'occupation israélienne sur la santé, y compris la santé mentale. En octobre 2025, MSF a qualifié de « nettoyage ethnique » le cycle de violence et de destruction des habitations forçant les Palestiniens à quitter certaines zones de Cisjordanie, telles que Masafer Yatta.

En septembre, l'ensemble du mouvement MSF a lancé une campagne de mobilisation publique sous le slogan « Les médecins ne peuvent pas arrêter un génocide. Nos dirigeants le peuvent. » Une deuxième phase de mobilisation à l'automne s'est concentrée sur l'accélération et l'augmentation du nombre d'évacuations médicales depuis Gaza. Cette dernière question a également fait l'objet de plusieurs initiatives de communication en 2025, s'appuyant notamment sur les témoignages et les récits de patients de Gaza traités dans notre hôpital de chirurgie reconstructive à Amman, en Jordanie. Plus généralement, tout au long de l'année, MSF s'est jointe à de nombreuses initiatives de plaidoyer (tribunes libres, communiqués de presse conjoints, lettres ouvertes et/ou correspondance adressée aux autorités françaises, manifestations) lancées par d'autres organisations, telles que la manifestation « *Red Line* » en juillet 2025, ou la Marche nationale du 29 novembre.

La campagne de dénigrement et les efforts visant à discréditer MSF – dont l'organisation fait l'objet depuis le début de la guerre, au même titre que de nombreux autres témoins des actions de l'armée israélienne – se sont considérablement intensifiés à la suite de la controverse entourant le processus de réenregistrement de l'organisation en Israël et l'obligation pour les ONG de communiquer les données personnelles de leur personnel. MSF a été la cible d'attaques en ligne d'une intensité et d'une sophistication sans précédent, menées par des sources officielles israéliennes et des comptes affiliés, accusant l'ONG et/ou certains membres de son personnel de collusion avec le Hamas. Ces accusations se sont intensifiées à l'approche de la date butoir de début janvier 2026, date après laquelle MSF ne sera plus enregistrée en Israël. Début 2026, MSF a également annoncé la suspension des activités non essentielles à l'hôpital Nasser, après que ses équipes ont constaté la présence d'hommes armés, des actes d'intimidation, des arrestations arbitraires de patients et la circulation possible d'armes au sein de l'hôpital. Cette annonce a été exploitée par les autorités israéliennes, qui y ont vu une confirmation de leurs accusations concernant le silence complice présumé de MSF face à l'utilisation des hôpitaux par des groupes armés, mais elle a également été critiquée par les milieux pro-palestiniens, qui estimaient qu'une telle annonce mettait en danger l'hôpital Nasser. Dans ce cas précis, comme tout au long de la guerre, nous avons choisi de rendre publiques les informations dont nous disposons – notamment via les rubriques « FAQ » de nos sites web – et d'expliquer de manière pédagogique et factuelle les conditions dans lesquelles nous opérons et les dilemmes auxquels nous sommes confrontés en Palestine.

■ Soudan / Tchad

En 2025, nous avons poursuivi nos efforts soutenus au Soudan, en utilisant tous les moyens et outils à notre disposition pour mettre en lumière la situation catastrophique dans la région d'El Fasher, au Nord-Darfour. En tirant la sonnette d'alarme dès le début de l'année sur la situation nutritionnelle des populations fuyant le siège d'El Fasher, notre objectif était de mobiliser – avant la saison des pluies – les donateurs internationaux, les Nations unies, les parties belligérantes et leurs alliés afin qu'ils agissent immédiatement pour éviter de nouvelles pertes humaines. C'est pourtant dans ce contexte

de famine généralisée et de besoins humanitaires immenses que nous avons été contraints d'annoncer, dans le même temps, la suspension de nos activités médicales dans le camp de Zamzam, près d'El Fasher, en raison de l'intensification des combats entre les Forces de soutien rapide (RSF) et les Forces conjointes, une coalition de groupes armés alliés aux forces armées soudanaises. Quelques semaines plus tard, entre le 11 et le 13 avril, le camp a été attaqué par les RSF, et 10 000 personnes sont arrivées à Tawila en trois jours, marquant le début d'une nouvelle phase de communication pour MSF, au cours de laquelle nous avons décrit l'extrême vulnérabilité de ces nouveaux arrivants – dont beaucoup étaient blessés ou souffraient de malnutrition – et la situation chaotique à l'hôpital de Tawila, débordé. Au cours des trois semaines suivantes, nos équipes ont soigné près de 780 personnes, dont 138 enfants et 187 patients dans un état critique, ont fourni de la nourriture aux cuisines communautaires locales, ont distribué des milliers de litres d'eau chaque jour et ont construit des centaines de latrines pour les milliers de personnes déplacées. Ce fut également l'occasion pour MSF de mettre en lumière les besoins, d'appeler à une intensification urgente de la réponse humanitaire et de demander aux Nations unies de renforcer leur présence sur le terrain afin d'organiser une réponse à la hauteur des besoins croissants. Juste avant l'attaque du camp de Zamzam, nous avons également dénoncé, dans un discours prononcé devant le Conseil de sécurité des Nations unies par le secrétaire général MSF deux années d'inaction et d'indifférence, appelant à la fin des violences contre les civils et à un engagement renouvelé pour leur fournir une aide vitale.

En juillet, après plusieurs mois de collectes de témoignages sur place, nous avons tenu une conférence de presse pour marquer la publication de notre rapport intitulé « Assiégés, attaqués, affamés : violences de masse contre les civils à El Fasher et Zamzam, au Darfour-Nord ». Compte tenu des violences ethniques de masse commises contre les Masalit au Darfour occidental en 2023, ainsi que des atrocités perpétrées dans le camp de Zamzam en avril, MSF a cherché à mettre en garde contre le risque réel d'un nouveau massacre à grande échelle, en particulier contre les Zaghawas, et d'une attaque probable contre la ville d'El Fasher. Malheureusement, comme nous l'avions prédit, cette attaque a eu lieu quelques mois plus tard, le 26 octobre, après 17 mois d'un siège total. Cinq jours plus tard, seules quelques milliers de personnes avaient réussi à atteindre Tawila, décrivant des civils retenus captifs, soumis à la torture, à des enlèvements contre rançon, à des violences sexuelles et à des exécutions sommaires à El Fasher, dans les villes voisines et le long des voies d'évacuation. Pour MSF, ce fut l'occasion de relayer ces témoignages, mais aussi d'exprimer publiquement notre stupéfaction face au faible nombre de personnes arrivées à Tawila, ce qui laissait présager une situation critique pour les populations piégées à El Fasher. Lorsque nos équipes sont enfin arrivées sur le terrain trois mois plus tard pour mener une évaluation rapide, nous avons pu constater la destruction de quartiers entiers, désormais vidés de leurs habitants. Pour les quelques milliers de survivants qui ont réussi à s'échapper, nous avons cherché à donner une voix à ces personnes déplacées, comme dans le documentaire « El Fasher : ville assiégée » que nous avons produit depuis le Tchad. Nour, Mawahib, Mohammed et Nasr sont tous originaires d'El Fasher ; ils avaient construit leur vie et leurs rêves dans cette ville, et ils racontent le siège, la destruction et l'exode.

Enfin, au-delà de ces moments clés de communication, nos activités régulières à Tawila nous ont permis d'observer la situation à El Fasher et de tirer régulièrement la sonnette d'alarme sur la situation nutritionnelle catastrophique – comme ce fut le cas lors de la chute de la ville – ainsi que sur le nombre élevé de victimes de violences sexuelles.

■ République démocratique du Congo

Le M23 contrôlant désormais de vastes portions du Nord-Kivu, y compris la capitale Goma, prise en janvier 2025, nos communications sur la République démocratique du Congo visaient à documenter les violences en cours et les conséquences du climat de terreur imposé par le M23 à la population. MSF a ainsi été l'une des rares organisations à dénoncer l'incursion de soldats du M23 à l'hôpital de

Kyeshero à Goma en avril 2025, qui a fait un mort. En juin, nous avons également alerté sur un nombre de victimes de violences sexuelles alarmant malgré l'évolution du contexte et la prétendue stabilisation de la sécurité à Goma et dans ses environs, et avons partagé les témoignages de survivantes dans un outil multimédia. Ces dénonciations nous ont une nouvelle fois exposés, au cours de l'année écoulée, aux critiques et aux intimidations du M23. En juillet, l'équipe de MSF basée à l'hôpital de Rutshuru a recueilli les témoignages de survivants des massacres commis par des hommes armés affiliés au M23 dans la région de Binza. Après d'intenses discussions internes, une déclaration de MSF a finalement été publiée en septembre 2025 — près de deux mois après les faits — et à un moment où d'autres organisations les avaient déjà dénoncés. Ces différentes déclarations ont également été mises en avant lors de la réunion d'information du Conseil de sécurité de l'ONU par le président international de MSF en décembre 2025.

■ Haïti

La crise en Haïti depuis plusieurs années reste au cœur de nos préoccupations et de nos efforts de communication : pour répondre aux vagues de violence et à la surpopulation chronique de notre hôpital de Tabarre ; pour mettre en lumière le nombre croissant de victimes civiles résultant des affrontements violents entre groupes armés et forces de police ; exprimer notre inquiétude face au déclin de l'offre de soins dans la capitale, où MSF reste un acteur clé du système de santé ; mettre en lumière le sort des 300 000 habitants déplacés de Port-au-Prince, entassés dans des abris de fortune ; donner la parole aux survivants de violences sexuelles et partager les expériences des habitants de Cité Soleil, le plus grand bidonville de la capitale, où MSF gère son hôpital depuis de nombreuses années. Ce faisant, nous parvenons à maintenir une couverture médiatique relativement bonne, principalement grâce aux équipes haïtiennes de MSF, qui accueillent régulièrement des équipes de journalistes et partagent leur quotidien au sein de nos structures de soins. La question de notre positionnement en Haïti reste complexe, en particulier au niveau local, où MSF est parfois perçue comme proche des gangs ou des groupes armés, ce qui nécessite un investissement important en communication locale pour soutenir les opérations – dont l'impact est difficile à mesurer.

■ Iran

Notre incapacité à communiquer sur l'Iran en 2025 et au début de 2026 a une nouvelle fois révélé les limites inhérentes à notre présence dans le pays. En juin, la guerre de 12 jours a éclaté avec Israël, et les deux pays se sont affrontés à coups de missiles et de frappes aériennes. À cette occasion, nous avons tenté de recueillir des témoignages auprès de notre personnel à Téhéran, Mashhad et Kerman afin de les rendre publics et de contribuer ainsi à la documentation de cette guerre. Cependant, compte tenu de la réticence marquée exprimée par nos collègues iraniens, nous avons décidé de ne pas aller plus loin. De plus, malgré les propositions d'intervention faites par MSF aux autorités iraniennes, aucune autorisation d'étendre nos activités n'a été accordée, nous obligeant ainsi à rester de simples observateurs des événements qui se déroulaient tout en poursuivant notre travail habituel auprès des réfugiés afghans et d'autres groupes vulnérables. La même situation s'est reproduite fin décembre 2025 lorsque des manifestations de grande ampleur ont éclaté dans tout le pays. Ainsi, la question de notre position en Iran – en termes d'opérations et de plaidoyer public – reste en suspens et continue de faire l'objet de débats à la lumière de la nouvelle guerre qui a éclaté en mars 2026.

■ Soudan du Sud

En 2025, la situation au Soudan du Sud s'est détériorée, avec une intensification des combats entre les partisans du président Salva Kiir et ceux du vice-président Riek Machar. Le 3 mai 2025, l'hôpital de MSF à Old Fangak, dans l'État de Jonglei, a été touché par un bombardement qui a complètement détruit

la pharmacie. MSF a publiquement condamné cette attaque, l'attribuant aux autorités sud-soudanaises. Les attaques se sont poursuivies sur le marché de la ville, faisant au total 7 morts et 20 blessés. Bien que cette série de communiqués ait conduit à une condamnation publique de la part de plusieurs ambassades, d'organisations internationales et des Nations unies, MSF ne s'est pas engagée dans une confrontation publique avec les autorités sud-soudanaises. Cependant, l'organisation s'est ensuite exprimée publiquement à plusieurs reprises au sujet des restrictions imposées par le gouvernement visant à empêcher l'aide humanitaire et médicale dans certaines zones contrôlées par l'opposition – notamment la suspension des vols humanitaires – et a dénoncé les ordres d'évacuation émis par l'armée sud-soudanaise, qui ont contraint des centaines de milliers de civils à fuir. C'est lors d'un de ces ordres d'évacuation que l'hôpital soutenu par MSF à Akobo a été pillé en mars 2026, à un moment où nous étions l'une des rares organisations encore présentes dans la région. Ces événements s'inscrivent dans une série d'attaques contre des structures de santé au Soudan du Sud, qui touchent toutes les sections de MSF OCP et que nous continuons de dénoncer. Depuis mars 2025, douze attaques ont visé le personnel de MSF OCP et les structures soutenues par l'organisation, forçant la fermeture de trois d'entre elles.

■ Syrie

L'année 2025 a également été marquée par un effort visant à documenter les conditions de vie des populations en Syrie, à la suite du renversement du régime de Bachar al-Assad en décembre 2024 par le groupe rebelle HTC. Dès le début, nos équipes, qui ont pu se rendre dans plusieurs régions anciennement contrôlées par Damas, ont été témoins de l'état de destruction du système de santé, réduit en ruines après des années de guerre. Dans un reportage intitulé « Syrie : le retour impossible », nous avons également décrit l'espoir que nourrissent encore les 7,2 millions de Syriens déplacés de pouvoir rentrer chez eux. Mais ceux qui ont tenté de retourner là où ils vivaient auparavant n'ont souvent trouvé que des ruines et la destruction. Enfin, nous avons cherché à documenter les efforts déployés pour prendre en charge les victimes de torture. En effet, au cours de près de 14 ans de guerre, les arrestations arbitraires se sont multipliées en Syrie, de nombreuses personnes ayant été détenues sans procès. De nombreux survivants souffrent de blessures physiques, de traumatismes psychologiques et de problèmes de santé chroniques dus à ces années d'abus, de torture et de négligence systématiques.

■ Yémen

Notre capacité à témoigner des réalités vécues par les populations et de nos efforts d'assistance reste limitée dans le contexte du Yémen. Dans le nord, le mouvement Ansar Allah continue d'exercer un contrôle strict sur les organisations internationales, qui sont peu nombreuses et régulièrement accusées d'être des agents étrangers. Malgré cela, MSF s'est efforcée de produire un rapport sur l'ampleur de la malnutrition et de sensibiliser aux besoins croissants qui dépassent de loin les capacités existantes. Plus de 35 000 enfants ont été pris en charge dans des structures de santé soutenues par MSF entre 2022 et 2024. Ces chiffres reflètent les difficultés quotidiennes auxquelles les familles sont confrontées pour se procurer de la nourriture et accéder aux soins de santé dans un pays marqué par des années de conflit et d'instabilité, ainsi que par la détérioration de son économie. Nous avons également fait le point sur la fermeture, en février 2025, de l'hôpital d'Aden, dans le sud du pays, où MSF assurait des services de chirurgie traumatologique depuis 12 ans. Au total, plus de 65 000 consultations d'urgence et près de 68 000 interventions chirurgicales y ont été réalisées. Pour rappel, cet hôpital figurait parmi les derniers établissements encore en activité dans la ville lorsque, en 2015, le mouvement Ansar Allah – opposé aux forces du président Abdrabbo Mansour Hadi – est entré dans la ville d'Aden. Entre mars et juillet 2015, l'établissement a pris en charge des milliers de personnes blessées pendant la guerre.

■ Nigeria

Présente dans l'État de Katsina depuis 2021, MSF n'a cessé de sensibiliser le public à l'ampleur de la crise nutritionnelle qui touche chaque année cet État du nord-ouest du Nigeria. À l'approche de la période de soudure, nous avons de nouveau signalé l'augmentation constante du nombre d'enfants souffrant de malnutrition, et avons porté la capacité d'accueil de notre centre de soins à 750 lits d'hospitalisation. En juillet 2025, au moment de cette alerte appelant à une mobilisation à grande échelle, une distribution d'urgence de compléments alimentaires était en cours pour plus de 66 000 enfants, tandis que plus de 650 enfants étaient déjà décédés dans nos structures depuis le début de l'année. Bien qu'il ait initialement provoqué d'importantes tensions avec les autorités locales et fédérales, notre communiqué de presse – qui a bénéficié d'une couverture médiatique relativement large – a par la suite été qualifié par le gouverneur de Katsina de « *wake-up call* » débouchant sur une prise de conscience collective. Il a ouvert la voie à une nouvelle phase de discussions et à une intensification des efforts de plaidoyer pour renforcer la lutte contre la malnutrition dans l'État de Katsina. Ces efforts ont culminé dans une conférence organisée à Abuja en novembre 2025 par MSF et les autorités locales afin de mobiliser largement les différentes parties prenantes et les bailleurs de fonds capables d'agir pour lutter contre la malnutrition. Cet événement a permis au gouverneur de reconnaître publiquement l'ampleur de la crise nutritionnelle et d'annoncer l'ouverture de plusieurs centres nutritionnels supplémentaires, une augmentation des fonds alloués à cette question et la création d'unités locales de production d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE).

■ Communication médicale

Plus largement, la lutte contre la malnutrition est un enjeu de mobilisation publique cette année. Le sommet *Nutrition for Growth*, un rendez-vous majeur dans le domaine de la nutrition, s'est tenu à Paris en mars 2025. Il a été l'occasion pour MSF de co-organiser un événement parallèle afin d'aborder la question du financement des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi et des solutions pour surmonter un système en crise. Dans cette optique, nous avons également publié une tribune libre avec un collectif d'organisations appelant la France à renouer avec sa tradition pionnière en matière de financement solidaire innovant, par exemple en instaurant une « taxe sur les sodas » pour lutter contre la malnutrition.

Parallèlement, nous avons cherché à documenter les effets combinés du désengagement financier et politique des États-Unis, ainsi que du désinvestissement relatif d'autres bailleurs de fonds internationaux, sur le système de l'aide et de la santé globale — par exemple, dans des contextes tels que la Syrie en avril 2025, ou concernant la réduction du financement du Fonds mondial en septembre. Nous avons également réagi publiquement et mené des actions de plaidoyer bilatérales lorsque, en juillet 2025, l'administration Trump a ordonné la destruction d'un stock de contraceptifs destinés aux pays africains et stockés en Europe, en condamnant cette décision et en proposant notre aide pour trouver des solutions – notamment en exprimant la volonté de MSF de servir d'intermédiaire auprès des ministères de la Santé des pays bénéficiaires.

Parmi les problèmes de santé sur lesquels nous continuons à concentrer nos efforts figure la tuberculose, en particulier les actions de sensibilisation liées au projet TACTiC (*Test, Avoid, Cure Tuberculosis in Children*), qui vise depuis son lancement en 2023 à lutter contre le sous-diagnostic chez les enfants. Plus de la moitié des enfants atteints de tuberculose ne sont jamais diagnostiqués, et un enfant meurt toutes les trois minutes de cette maladie infectieuse, la plus meurtrière au monde. À l'occasion de la Journée mondiale de la tuberculose et lors de la Conférence de l'Union sur la santé pulmonaire, MSF a continué de plaider en faveur de la mise en œuvre des algorithmes de décision thérapeutique recommandés par l'OMS pour permettre le démarrage d'un traitement antituberculeux. Nous avons également continué à appeler les donateurs et les pays à maintenir leurs engagements financiers, dans un contexte où le retrait des États-Unis fait craindre un revers majeur

dans la lutte contre la maladie. C'est un appel que nous avons réitéré à plusieurs reprises dans le cadre de nos projets de lutte contre la tuberculose au Pakistan et aux Philippines. Enfin, nous avons également organisé cette année un événement de plaidoyer marquant en facilitant la visite de John Green, écrivain américain et fervent défenseur de la lutte contre la tuberculose, sur notre projet à Tondo, l'un des plus grands bidonvilles de Manille. Nous avons ainsi pu tirer parti de sa notoriété pour amplifier les messages que nous relayons depuis de nombreuses années concernant les lacunes dans la prise en charge de la maladie.

En ce qui concerne le paludisme, nous avons choisi de mettre en avant certains aspects de l'innovation médicale. En effet, cette année, MSF a mis en œuvre, en collaboration avec les autorités sanitaires tchadiennes, une campagne innovante de prévention du paludisme. Le vaccin R21/Matrix-M™ a été ajouté à la campagne de prévention saisonnière (CPS) menée chaque année. L'objectif est double : mieux protéger les enfants et, grâce à une étude comparative, déterminer l'approche la plus efficace pour déployer ces nouveaux outils dans la lutte contre le paludisme à grande échelle dans les zones à forte transmission saisonnière.

Nous avons également lancé une série médicale intitulée Revolution(s) qui explore, dans un format innovant, une décennie d'avancées qui ont transformé les approches de soins développées par MSF OCP, ainsi que les innovations urgentes qui restent nécessaires aujourd'hui. Est-il possible de révolutionner la prise en charge du diabète, de la tuberculose pédiatrique, des cancers gynécologiques ou de la drépanocytose dans les pays aux ressources limitées, et comment nos équipes se battent-elles pour améliorer les soins aux patients ? C'est ce que cette série se propose d'explorer. Ce même format sera repris en 2026 pour aborder la résistance aux antibiotiques, la malnutrition et le choléra.

Enfin, le diabète est au cœur des préoccupations de MSF Access depuis plusieurs années, et nous nous efforçons de sensibiliser le public à cette question, en nous appuyant notamment sur nos projets menés dans des pays comme le Kenya et la République centrafricaine. L'objectif est de montrer à quel point la prise en charge quotidienne de cette maladie est complexe dans les pays aux ressources limitées, lors de crises humanitaires ou pour les personnes en déplacement. Mais il s'agit aussi de plaider en faveur de la mise à disposition d'outils, tels que les stylos à insuline, qui peuvent grandement simplifier la vie des patients mais dont les prix élevés fixés par les laboratoires pharmaceutiques limitent l'utilisation.

■ Migration

En 2025, notre communication sur nos activités en France a continué à compléter et à soutenir le plaidoyer en faveur de l'accueil des migrants – en particulier des mineurs non accompagnés (MNA) – en mettant en lumière les effets des politiques d'invisibilisation, d'exclusion et de harcèlement mises en œuvre par les autorités françaises ; ce fut le cas, par exemple, lors de l'élaboration et de la mise en œuvre d'accords entre la France et le Royaume-Uni concernant la coopération en matière de migration et les refoulements aux frontières. Nous avons également saisi d'autres occasions de plaidoyer, notamment en rejoignant des coalitions d'autres organisations, comme lors de l'occupation de la place devant l'Hôtel de Ville de Paris organisée en août par Utopia 56 pour réclamer des logements d'urgence, ou la déclaration inter-organisations dénonçant la réduction des financements publics pour la santé mentale des personnes exilées en octobre.

Enfin, en décembre 2025 à Calais, une équipe de MSF a été interpellée et agressée verbalement par des militants du groupe d'extrême droite britannique « *Raise the Colors* ». L'équipe a initialement opté pour une communication exclusivement réactive dans les jours qui ont suivi cet incident. Cependant, le dépôt par MSF OCP d'une plainte pour diffamation en mars 2025 a fait l'objet d'une communication publique proactive et a contribué à donner de la visibilité à cet épisode.

9. Ressources Humaines

■ D'un cycle stratégique RH à l'autre : renforcer les capacités, structurer, protéger

La reconfiguration rapide de l'environnement humanitaire en 2025 a eu un impact significatif sur les dynamiques de recrutement et de mobilité. Dans un secteur affaibli par la réduction des financements institutionnels, plusieurs tendances observées au sein de MSF reflètent également les réorientations plus larges en cours dans le secteur humanitaire.

Les conditions de mobilité internationale se sont considérablement détériorées. Les fermetures ou perturbations récurrentes de plusieurs espaces aériens, le durcissement des procédures de visa et le renforcement des exigences de profilage dans certains contextes affectent directement la capacité à déployer des équipes, allongent les délais de déploiement et augmentent la pression sur les rôles d'experts et de coordination.

Sur le plan opérationnel, l'année 2025 suit une trajectoire largement comparable à celle des années précédentes, avec des volumes d'activité stabilisés à des niveaux élevés et des contextes de crise durablement installés.

Des interventions initialement conçues comme des réponses d'urgence, comme en Palestine ou au Soudan, continuent de mobiliser d'importantes ressources humaines sur de longues périodes dans des environnements marqués par de sévères contraintes en matière d'accès, de mobilité et d'exposition des équipes.

Cette tendance met également à rude épreuve les mécanismes de gestion des ressources humaines conçus pour faire face à des situations exceptionnelles et temporaires, mais qui doivent désormais fonctionner sur le long terme, à la croisée de la protection des équipes, de la durabilité opérationnelle et de la continuité des activités.

Ces contextes confirment plusieurs tendances déjà observées ces dernières années, notamment le recours croissant à des profils d'experts, la nécessité de maintenir une évolutivité sur de longues périodes et des attentes accrues en matière d'agilité dans la planification, le redéploiement et le soutien des équipes.

Pour la fonction RH, le défi ne consiste plus simplement à répondre aux pics d'activité, mais à maintenir des équilibres suffisamment solides pour soutenir des opérations devenues à la fois plus complexes, plus spécialisées et plus instables.

Cette pression a un impact direct sur les viviers internationaux et sur la capacité à maintenir des parcours professionnels suffisamment fluides entre les postes d'entrée, intermédiaires et de coordination. La spécialisation croissante des programmes, le caractère chronique des crises et les contraintes de mobilité persistantes intensifient les pressions sur certains viviers et compliquent le maintien de trajectoires de carrière suffisamment durables dans plusieurs filières.

Ces évolutions ont renforcé la nécessité d'une gestion plus structurée des viviers et des parcours professionnels. Les travaux sur les filières se sont poursuivis en 2025, avec une coordination renforcée entre les RH, les opérations et les métiers afin d'améliorer la visibilité sur les viviers, les capacités de prévision et les besoins à moyen terme. Les filières médicales et paramédicales, en particulier, ont fait l'objet d'analyses approfondies qui ont identifié plusieurs domaines prioritaires en matière d'investissement et de continuité. La diminution des opportunités de déploiement pour les profils

généralistes a conduit à un repositionnement partiel de la stratégie de recrutement du personnel international depuis Paris, avec la suspension temporaire du recrutement continu au profit de campagnes ciblées pour certains profils très demandés, notamment les infirmiers, les médecins et les responsables RH et financiers. L'équipe de gestion des viviers a soutenu cette réorientation en facilitant 1 688 départs pour 980 postes pourvus, dont environ 14 % par le biais de transferts internes, confirmant ainsi la montée en puissance progressive de ce levier de continuité développé depuis plusieurs années.

Malgré ces progrès, des limites importantes subsistent dans la capacité à anticiper les besoins opérationnels, à prévoir la disponibilité des viviers et à sécuriser certains parcours critiques de manière durable.

Face à ces pressions émergentes ou persistantes qui redéfinissent profondément les attentes vis-à-vis de la fonction RH, le nouveau cycle stratégique RH s'articule autour de plusieurs enjeux devenus centraux pour l'organisation, notamment le renforcement des capacités de pilotage, la soutenabilité des parcours professionnels et des environnements de travail, ainsi que l'adoption d'une approche plus intégrée de la prévention, de la protection et de l'inclusion.

■ L'inclusion au cœur des pratiques

Les enjeux de diversité, d'équité et d'inclusion ont progressivement cessé d'être traités comme des sujets périphériques et sont au contraire devenus plus profondément intégrés aux fondements mêmes de l'organisation des RH (pratiques, politiques, structure), des pratiques de gestion et des dynamiques de parcours.

En ce qui concerne le handicap, les actions engagées à la suite de la motion associative votée en 2025 se sont poursuivies par l'intermédiaire d'un groupe dédié, avec des efforts continus pour structurer les questions d'accessibilité et d'inclusion au sein des pratiques RH et des parcours professionnels. Une coordination avec les opérations et le département médical a également été mise en place pour étendre efficacement cette approche sur le terrain.

En ce qui concerne les questions LGBTQIA+, plusieurs initiatives ont été lancées conformément à la position approuvée par le Conseil d'administration, notamment par le biais d'actions de sensibilisation, d'une attention accrue portée aux processus de mise en adéquation des profils et des postes et d'une volonté plus affirmée d'intégrer les questions de discrimination et d'inclusion dans les pratiques RH et managériales.

La question de la parité hommes-femmes continue de mettre en évidence des déséquilibres plus profonds dans les trajectoires de carrière et l'accès aux postes à responsabilité. La tendance à l'augmentation du nombre de femmes rejoignant le vivier de personnels internationaux s'est poursuivie en 2025, avec près de 60 % de femmes parmi les nouvelles recrues à Paris et des tendances similaires, à des degrés divers, à Dakar, Dubaï et dans la plupart des bureaux de recrutement.

La proportion de femmes parmi le personnel international sur le terrain a marqué un léger recul de 2% (38% en 2025) dans un contexte de contraction des opportunités de première affectation, qui sont à leur plus bas niveau observé ces dernières années.

Compte tenu de l'importance cruciale de l'équilibre de genre pour MSF, le maintien puis l'augmentation rapide de ce niveau restent une priorité stratégique majeure. Dans plusieurs contextes, notamment au Sahel ou en Afghanistan, ces dynamiques continuent de se heurter à des contraintes

sociales, sécuritaires et organisationnelles particulièrement importantes concernant l'accès des femmes à l'emploi, à la mobilité ou aux fonctions de responsabilités.

La situation actuelle exige désormais une action plus décisive à tous les niveaux de la chaîne de déploiement et de gestion, notamment par l'intégration plus explicite des objectifs de parité hommes-femmes dans les décisions relatives au recrutement, au déploiement et à l'accès aux postes de coordination ; un soutien renforcé aux contextes les plus vulnérables ; et la mise en œuvre généralisée de plans de genre adaptés au contexte au sein des différentes communautés de travail.

Les déséquilibres restent particulièrement marqués parmi le personnel recruté localement, mais aussi dans certaines fonctions clés au sein des viviers internationaux. Alors que la parité hommes-femmes s'améliore dans plusieurs rôles de coordination généralistes — avec 44 % de femmes parmi les nouvelles validations au poste de chef de mission et 58 % parmi les coordinateurs de projet —, aucune nouvelle validation de femmes n'a été enregistrée en 2025 sur les fonctions de coordination dans les domaines médical, logistique, de l'approvisionnement ou financier.

Par ailleurs, l'équipe Gestion de Pool & Parcours a davantage systématisé l'inclusion de candidates dans les processus de mise en adéquation des profils et des postes et renforcé les efforts conjoints avec les équipes de recrutement et des opérations afin de mieux répondre aux enjeux d'équilibre au sein des équipes, en particulier dans celles où les femmes sont susceptibles d'être largement minoritaires.

Les écarts observés confirment toutefois que les leviers de recrutement ou de déploiement ne suffisent pas à eux seuls à corriger des déséquilibres devenus profondément structurels dans certaines filières et contextes. Une réduction durable de ces écarts nécessite également des transformations plus profondes des pratiques managériales, des parcours professionnels et des environnements de travail.

■ La santé des équipes, une priorité structurelle

L'attention portée à la santé des équipes a continué à se renforcer en 2025, dans un contexte marqué par des crises chroniques, une exposition prolongée des équipes et des pressions opérationnelles s'intensifiant. Les questions de prévention, de santé au travail et de soutenabilité collective occupent désormais une place centrale dans les capacités de réponse de l'organisation.

Les travaux menés sur la santé du personnel ont notamment mis en évidence d'importantes vulnérabilités structurelles, en particulier pour les équipes nationales. Les données consolidées en 2025 brossent un tableau particulièrement préoccupant. Vingt-et-un collègues recrutés localement sont décédés au cours de l'année, dont seize de causes médicales — principalement cardiovasculaires —, avec un âge moyen de quarante-trois ans et des diagnostics souvent posés tardivement. L'analyse met également en évidence une forte concentration de ces cas parmi les collègues des échelons les plus bas, soulignant l'impact des inégalités d'accès à la prévention et aux soins dans les trajectoires de santé.

Au-delà des chiffres, ces résultats soulignent les effets durables des conditions de vie, des conditions de travail et de l'accès aux soins sur la santé de nos équipes. Ils renforcent la nécessité d'adopter des approches plus préventives, plus fermement ancrées dans les réalités opérationnelles de nos programmes.

L'activité au sein de l'Unité de soutien psychosocial (PSU) est restée à un niveau particulièrement élevé, avec plus de 2 900 consultations menées en 2025, soit une augmentation de 8 % par rapport à l'année précédente.

■ Les RH en 2025 : chiffres clés

Les tensions et les transformations décrites ci-dessus se reflètent également dans plusieurs indicateurs clés observés en 2025.

Activité opérationnelle : stabilité apparente, dynamiques contrastées

Les volumes d'activité sont restés globalement stables en 2025, avec une augmentation de 2 % des missions (1 723 contre 1 681 en 2024), une hausse de 3 % des déplacements internationaux (4 164 voyages contre 4 060) et un volume de visites sur le terrain pratiquement inchangé (380 contre 376). Cette stabilité masque toutefois d'importantes recompositions opérationnelles. Au Soudan, les effectifs sont passés de 291 à 369 Equivalents Temps Plein (ETP) entre 2024 et 2025, avec une hausse marquée du personnel international (de 24 à 38 ETP). Cette montée en charge, principalement portée par des profils expérimentés et de coordination, reflète la pression croissante exercée sur certains viviers spécialisés dans les contextes d'urgence prolongés.

La Palestine suit une trajectoire différente, avec une augmentation des effectifs de 388 à 568 ETP, presque exclusivement centrée sur les équipes nationales. La diminution progressive de la proportion de personnel international au sein des programmes laisse présager des changements plus profonds dans la composition des équipes et l'équilibre entre les équipes nationales et internationales, qui devraient s'accroître encore davantage en 2026.

Tendances en matière de recrutement

En 2025, les effectifs des programmes restent globalement stables, avec un total de 9 659 ETP contre 9 780 en 2024, dont 8 864 pour le personnel recruté localement et 795 pour le personnel mobile international. Les premières missions ne représentaient plus que 15 % des ETP de personnel international, contre 20 % en 2024 — un niveau historiquement bas qui reflète indirectement les réajustements opérationnels observés dans divers contextes, en particulier les situations d'urgence, ainsi que la dépendance croissante à du personnel expérimenté dans des fonctions internationales.

Cette tendance se reflète également dans l'augmentation des détachements, qui ont représenté près de 8 % des départs en 2025 (132) contre 5 % en 2024 (85), confirmant le recours croissant à des profils expérimentés et immédiatement mobilisables au sein du mouvement.

Dans un contexte de faible renouvellement des effectifs internationaux, cette contraction des flux entrants limite automatiquement les possibilités d'ajustement et de recomposition des viviers.

Origines du personnel international (IMS) : des équilibres en mutation

Sur les 1 723 départs de mission en 2025, les résidents français représentaient 442 départs, soit 26 % du total, devant la République démocratique du Congo (103) et le Japon (58), ce dernier passant de la 12^e à la 2^e place parmi les pays d'origine entre 2024 et 2025. Parmi les 276 premiers départs, les principaux pays d'origine étaient la France (78), le Japon (19), le Canada (14), l'Allemagne (13) et la République démocratique du Congo (12). Cela dit, près de 51 % des départs proviennent toujours de pays d'intervention, ce qui reflète la nécessité d'un pilotage constant.

Ces tendances confirment les efforts de rééquilibrage engagés depuis plusieurs années entre l'élargissement de l'accès aux parcours internationaux pour le personnel issu des pays d'intervention

et une attention plus forte à la nécessité de préserver le lien opérationnel pour les sections non opérationnelles. Elles mettent également en évidence certaines caractéristiques historiques et structurelles du vivier français, notamment la forte demande de profils bilingues requis pour les opérations et un volume de candidatures dépassant largement le nombre final de recrutements et de départs effectivement réalisés.

Apprentissage et développement : un ancrage croissant dans les programmes

En 2025, les activités d'apprentissage et de développement ont confirmé leur déplacement progressif vers les terrains. Les formats de formation sur site représentent 37 % des dispositifs déployés, ceux organisés dans les centres de formation (Bordeaux, Kampala) 35% et la formation entièrement à distance 27%.

Cette évolution s'accompagne d'une régionalisation croissante des capacités d'apprentissage et de développement, avec une augmentation de 100 % des ETP spécifiques au terrain demandés dans les projections 2025-2026 et une couverture désormais prévue pour tous les principaux contextes opérationnels.



@ Ante Bussmann/MSF

Rapport du Trésorier 2025

Rapport du Trésorier

■ Le rendu de compte financier de MSF France

Le rapport financier consolidé du groupe MSF France offre une synthèse complète des activités, des résultats, du patrimoine et de la trésorerie de toutes les entités de Médecins Sans Frontières en France. Il est basé sur les états financiers combinés, qui sont similaires aux comptes consolidés des sociétés d'un même groupe pour les organisations à but lucratif. Les comptes des sections américaine, australienne et japonaise de MSF, qui forment avec l'association MSF France le groupe OCP (Centre Opérationnel de Paris), ne sont pas inclus dans les états financiers du groupe MSF France. Cependant, le groupe OCP établit chaque année un budget consolidé de ses activités pour refléter sa contribution au mouvement Médecins Sans Frontières.

Les comptes annuels du groupe MSF France, de l'association Médecins Sans Frontières, de la SCI MSF, de la Fondation Médecins Sans Frontières, d'Epicentre, de Medicine Market Place (MMP Access DMCC) et de MSF Logistique ont été vérifiés et certifiés par les commissaires aux comptes Ernst & Young Audit. Le trésorier de l'Association arrête les comptes annuels de l'Association et du groupe MSF France. Ces comptes, ainsi que les comptes annuels de toutes les entités du groupe MSF, sont disponibles sur notre site internet www.msf.fr et peuvent être obtenus sur demande auprès de notre siège parisien.

■ Les activités de MSF France et leur financement

Les emplois et ressources combinés de l'année 2025

➤ Vue synthétique des comptes combinés annuels de MSF France

En millions d'euros	2025	2024	Variation		dont ressources issues de la générosité publique (GP) en 2025	
					Collectées	Affectées
Ressources privées issues de la recherche de fonds*	494,7	445,2	49,5	11 %	490,5 (1)	
Ressources institutionnelles	2,5	2,0	0,4	21 %		
Autres ressources*	134,6	135,0	-0,4	0 %		
Total ressources	631,8	582,2	49,6	9%	490,5	
Reprises de provisions	7,3	3,2	4,1	125 %		
Utilisation des fonds dédiés antérieurs	1,0	0,3	0,6	193 %	(1)	0,8
Total produits	640,0	585,8	54,2	9%		
Dépenses de missions sociales	556,1	506,5	49,6	9,8 %		
dont dépenses d'opérations	402,5	369,4	33,0	9 %		
Frais de recherche de fonds	30,4	24,2	6,2	25,5 %		
Frais de fonctionnement & impôts	38,8	39,8	-0,9	-2 %		
Total emplois	625,3	570,5	54,8	10%	(2)	477,2
Dotations aux provisions	5,8	7,9	-2,1	-27 %		
Reports en fonds dédiés de l'exercice	2,6	0,2	2,5	1356 %	(1)	-0,2
Total charges	633,7	578,6	55,1	10%		
Investissements de l'année					(2)	9,3
Excédent / déficit	6,3	7,2			(3)	4,6
Réserves disponibles (résultat de l'année inclus)	215,7	207,7				
dont ressources de générosité du public non utilisées	103,6	97,1				
Réserves disponibles en mois d'activité	4,5	4,4				

*Changement de présentation en 2025 => les ressources de parrainage et les financements TIC pour 3,1 M€ en 2024, ont été alloués aux ressources privées issues de la recherche de fonds en diminution des autres ressources.

(1) Total ressources GP y compris variation fds dédiés	(2) Total dépenses financées par GP
491,1	486,5
(3) GP non utilisée sur l'exercice : (1) - (2)	

Les produits combinés ont augmenté de 9,2% pour atteindre 640 M€ (+54,2 M€). Cette augmentation s'explique en quasi-totalité par une augmentation des ressources privées issues de la recherche de fonds, que cela soit en France ou en provenance des autres sections du mouvement MSF.

Pendant la même période, **les charges combinées** ont augmenté de 9,5 % (55,1 M€) pour atteindre 633,7 M€ dont 556,1 M€ de dépenses de missions sociales, en croissance de 9,8% par rapport à 2024 (+49,6 M€).

Le groupe MSF France enregistre ainsi un excédent de 6,3 M€ en 2025. Les réserves disponibles de l'ensemble combiné s'élèvent à 215,7 M€ au 31 décembre 2025. Cela équivaut à 4,5 mois d'activité (+0,1 mois Vs 2024), un niveau suffisant pour garantir la continuité des secours sur le terrain, faire face aux risques associés aux activités et financer les investissements.

Sur les 486,5 M€ de dépenses financées par la générosité du public, 428,1 M€ ont été dépensés pour la mission sociale, 28,8 M€ pour la recherche de fonds 20,4 M€, pour les dépenses de fonctionnement et 9,3 M€ pour l'investissement.

En d'autres termes, sur 100 euros d'utilisation de la générosité du public, 88 euros vont à la mission sociale, 5,9 euros à la recherche de fonds, 4,2 euros aux frais de fonctionnement et 1,7 euros en investissement.

➤ **Les activités du groupe MSF France**

Les dépenses liées aux missions sociales s'élèvent à 556,1 M€, enregistrant une augmentation de 49,6 M€. Ces dépenses englobent les coûts des opérations menées en France et à l'étranger, le soutien opérationnel, l'information et la sensibilisation du public, ainsi que les dépenses liées aux activités des satellites et les financements accordés à d'autres organisations humanitaires. Les dépenses liées aux opérations de l'Association sont détaillées dans une section spécifique du présent document.

Au sein des dépenses de missions sociales, les **dépenses d'opérations** connaissent une augmentation de 9,1%, atteignant 402,5 M€ (contre 369,4 M€ en 2024). Elles représentent désormais 64,4% des emplois combinés. Dans ces 402,5 M€, 378,9 M€ sont attribués aux opérations de MSF France (incluant 37 M€ d'opérations réalisées par WACA), tandis que 23,5 M€ sont alloués aux dépenses engagées par le groupe MSF France pour le compte des autres sections du Mouvement MSF. Ces dernières augmentent de 32,6 % et correspondent principalement aux frais salariaux du personnel expatrié sous contrat français, refacturés à l'euro, l'euro. Ces dépenses n'ont donc aucun impact sur le résultat du Groupe MSF France.

Les dépenses liées à la recherche de fonds ont augmenté de 25,5 %, ce qui représente un investissement supplémentaire de près de 5 M€ sur l'acquisition de nouveaux donateurs ainsi que 1 M€ de coûts transverses réalloués en interne à la suite d'un changement de clés de répartition. Cet investissement vise à acquérir de nouveaux donateurs, renforcer les dons réguliers grâce à des opérations de collecte en face à face, à développer des partenariats avec les entreprises, à explorer de nouveaux canaux de collecte et à poursuivre la digitalisation des campagnes d'appel aux dons, tout en favorisant une communication multicanaux avec les donateurs.

Les coûts de fonctionnement incluent en 2025 les dépenses de fonctionnement de WaCA (West & Central Africa) pour un total de 6,4 M€. Les coûts de fonctionnement du groupe s'élèvent à 38,4 M€ contre 38,7 M€ en 2024, représentant 5,9% des dépenses totales de l'année (6,7% en 2024). Ces coûts englobent principalement les frais d'administration générale des entités du groupe ainsi que la contribution de MSF France au fonctionnement du Bureau International du mouvement MSF.

Il est à noter que cette diminution est due à un changement de clés de répartition ainsi qu'au lancement de notre nouvel outil Finances-Achat, en février 2025, dont les coûts de maintenance sont

maintenant répartis sur toutes les rubriques du CROD alors qu'ils étaient les années précédentes uniquement sur la rubrique « dépenses de fonctionnement ».

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

La majeure partie du financement de MSF France provient des **ressources collectées par d'autres sections du Mouvement MSF et réattribuées à MSF France dans le cadre de la répartition des ressources du Mouvement MSF auxquelles s'ajoutent celles issues de la recherche de fonds réalisée en France**. Elles sont complétées par les **revenus des activités des satellites** (ventes de MSF Logistique et services d'Epicentre à d'autres sections du mouvement ou à d'autres organisations humanitaires), et d'autres ressources (refacturations entre les sections MSF, revenus des placements financiers, gains liés aux fluctuations de change et autres produits exceptionnels).

Les ressources collectées issues de la générosité du public s'élèvent à 491,1M€. **Elles représentent 99,3% de l'ensemble des ressources privées** issues de la recherche de fonds et sont en augmentation de 51,3 M€.

Cette variation vient majoritairement d'une augmentation des dons reversés par d'autres sections du Mouvement MSF dans le cadre de l'accord de partage des ressources définies dans le RSA4 avec l'ensemble des sections MSF pour un montant de 40,2 M€ ainsi que d'une augmentation du volume des dons et legs de 5,5M€ en France et aux Emirats

Les contributions des autres sections du Mouvement MSF totalisent 369,6 M€, soit 74,7 % du total des ressources provenant de la recherche de fonds. **Le financement accordé par MSF USA s'élève à 262,7 M€ en 2025 contre 231,4 M€ en 2024, soit une augmentation de 31,3 M€ (+13,5%).**

Les collectes directes issues de la générosité du public de MSF France en France et aux Émirats arabes unis s'élèvent à 118,2 M€, en croissance de 4,9%. Elles contribuent pour 18,7% aux ressources combinées.

Les ressources institutionnelles s'élèvent à 2,5 M€. La décision prise par le mouvement MSF en 2016 de suspendre l'acceptation de fonds publics de l'Union européenne ou de ses États membres a continué de s'appliquer en 2025, ce qui explique la part très limitée des subventions et autres contributions publiques dans les ressources totales de MSF France.

Les autres ressources de l'exercice s'élèvent à 134,6 M€, contre 135 M€. Elles comprennent notamment 80,4 M€ de produits des activités marchandes du satellite MSF Logistique ainsi que 30,8 M€ de produits de refacturations de l'association MSF France auprès d'autres entités internationales du mouvement MSF. Les gains de change s'élèvent à 8,7 M€.

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

MSF France était présent dans 28 pays en 2025, soit deux de moins qu'en 2024, suite à ses retraits du Libéria (transfert à WaCA) et de la Zambie (urgence liée au choléra).

En 2025, l'Association MSF France a mobilisé 342,5 M€ (315,9 M€ en 2024) pour ses opérations (hors interventions de WaCA) dans 28 pays et sur 92 projets. Les dépenses d'opérations de l'Association englobent les coûts des missions sur le terrain, de la coordination, des soutiens régionaux ainsi que les études menées par Epicentre. Elles ont augmenté de 26,6 M€ (+8,4%) par rapport à l'année précédente.

- Le nombre de projets d'urgence (ou de projets ayant basculé en phase d'urgence au cours de l'année) est passé de 27 à 32.
 - 13 projets ont été clôturés en 2024, dont 8 interventions liées à des épidémies (choléra, hépatite E et rougeole) en Afghanistan, au Tchad, en France, au Soudan, au Soudan du Sud,

en Zambie et au Yémen, 1 projet de distribution alimentaire au Soudan, 1 intervention suite à une catastrophe naturelle en Libye et 3 interventions en réponse à des conflits en RDC et au Soudan du Sud.

- 2 projets ont été transférés dans la catégorie des projets planifiés (fin de la phase d'urgence): l'urgence à Calais en France et l'intervention dans l'est du Tchad.
- 2 projets ont été transférés de la catégorie des projets planifiés vers celle des urgences : Katsina au Nigeria et Old Fangak au Soudan du Sud.
- 18 nouvelles interventions ont été ouvertes au cours de l'année, dont 7 interventions épidémiques en Afghanistan, au Tchad, au Soudan du Sud, en Ouganda et au Yémen, 1 projet de distribution alimentaire au Nigeria et 10 interventions en situation de conflit au Tchad, en RDC, en Palestine, au Soudan, au Soudan du Sud et en Syrie.

Parallèlement, 18 projets d'urgence ont été clôturés au cours de l'année : 1 en Afghanistan (rougeole à Herat), 2 au Tchad (réfugiés soudanais à Wadi Fira, choléra à Adre), 2 en RDC (Kalemie et Lubero), 1 en France (catastrophe naturelle à Mayotte), 2 au Nigeria (catastrophe naturelle à Borno, distribution alimentaire à Mashi), 4 au Soudan du Sud (intervention face aux violences à Juba et Old Fangak, 2 interventions contre le choléra, hépatite E à Aweil), 1 au Soudan (Kabashi), 2 en Syrie (dans la province d'Alep et à Tartous), 2 en Ouganda (interventions contre Ebola) et 1 au Yémen (choléra).

Le volume financier engagé pour répondre à l'ensemble de ces urgences s'élèvent à 85,8 M€ (+21% Vs 2024) représentant 25% des dépenses Opérationnelles en 2025.

- Le nombre de projets réguliers est resté stable à 60, avec les changements suivants :
 - 5 projets ont été clôturés en 2024 : le partenariat AMA en Afghanistan, l'intervention VIH à Goma en RDC, 2 projets au Libéria (santé mentale et soutien pédiatrique à Monrovia) et l'intervention à Misrata en Libye.
 - 2 projets ont été transférés de la catégorie des projets réguliers vers celle des urgences : nutrition à Katsina au Nigeria et Old Fangak au Soudan du Sud.
 - 2 projets ont été transférés dans la catégorie des projets réguliers (fin de la phase d'urgence) : l'intervention d'urgence à Calais en France et l'intervention dans l'est du Tchad.
 - 5 projets ont été lancés au cours de l'année : le projet de vaccination R21 au Tchad, l'intervention sur les migrations à Tripoli en Libye, une initiative contre le cancer à Morobe, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, et 2 projets liés au conflit en Syrie (réseau de soins aux grands brûlés et nord d'Alep).
 - En outre, 6 projets planifiés ont été clôturés au cours de l'année : 1 au Burkina Faso (Tougan), 1 en RDC (Binza), 1 en France (urgence à Calais), 2 en Syrie (réseau de soins aux grands brûlés et Idlib) et 1 au Yémen (Aden).

Les dépenses engagées sur les projets dits « réguliers » s'élèvent à 234,2 M€ (+3% Vs 2024) en 2025 représentant 68,9% des dépenses opérationnelles de 2025.

Sur le plan géographique, la croissance globale des opérations a été principalement attribuable à l'Afrique de l'Ouest et centrale (+16 M€, principalement au Nigeria), tandis que les hausses ont été plus modérées en Afrique de l'Est et australe (+5 M€, principalement au Soudan), en Asie-Pacifique (+3 M€, notamment en Afghanistan et en Papouasie-Nouvelle-Guinée) et en Amérique centrale et du Sud (+3 M€, en Haïti). En revanche, les dépenses engagées dans la région MENA ont considérablement diminué (-8 M€), principalement en raison du Yémen et de la Libye, une baisse partiellement compensée par des hausses en Palestine, tandis que les dépenses en Europe sont restées stables.

Compte tenu de l'évolution observée en 2025, la répartition des coûts entre les principaux axes opérationnels est la suivante (en incluant tous les types de dépenses, à l'exception des dépenses transversales) :

- La région MENA (8 pays : Iran, Irak, Jordanie, Libye, Palestine, Syrie, Yémen) a représenté 24 % des projets et des coûts de coordination (79 M€), soit une baisse de 5 points par rapport à 2024 (-8 M€). Cette baisse s'explique principalement par la réduction des dépenses au Yémen (fermeture du projet d'Aden, -12 M€) et en Libye (contraintes opérationnelles et réorientation, -3 M€), partiellement compensée par une augmentation des dépenses en Palestine (+5 M€) et en Syrie (+3 M€). La région représentait 14 % de l'effectif total (-2 points).
- L'Afrique a représenté 58 % des coûts liés aux projets et à la coordination (187 millions d'euros), soit une hausse de 4 points par rapport à 2024 (+24 millions d'euros). Cette croissance a été largement tirée par le Nigeria (en hausse de 9 %, soit + 11 millions d'euros), principalement en raison de l'intervention à Katsina et de la distribution alimentaire à Mashi, ainsi que par un déploiement accru au Soudan (en hausse de 7 %, soit + 4 millions d'euros) et par des dépenses plus élevées en RDC (en hausse de 9 %, soit + 4 millions d'euros). Alors que la RCA et le Tchad sont restés stables, le Soudan du Sud a reculé de 1 point (à 6 %) malgré des niveaux de dépenses stables. Les autres projets en Afrique sont restés stables, représentant 15 % des dépenses. Comme en 2024, 60 % de l'effectif total était affecté à cette région.
- La région Asie-Pacifique est restée stable, représentant 9 % du total des dépenses, tandis que sa part dans les effectifs a augmenté pour atteindre 17 % (+2 points). Dans les Amériques, la part des ressources financières a augmenté de 1 point (pour atteindre 7 %, soit +3 M€), tandis qu'en Europe, elle a diminué de 1 point (pour atteindre 1 %), les dépenses globales restant stables.

Sur la typologie des interventions, les dépenses liées aux projets menés dans des zones de conflit armé et des environnements instables ont augmenté de 8 % (passant de 141 millions d'euros à 166 millions d'euros), représentant 68 % du total des dépenses liées aux projets. De même, les dépenses consacrées aux projets menés dans des environnements stables ont augmenté (passant de 80 millions d'euros à 86 millions d'euros), représentant 33 % du total des coûts liés aux projets.

Les dépenses Opérationnelles comprennent en outre des dépenses transversales de l'ordre de 19,4 M€ (+0,7 vs 2024). Il s'agit principalement de consultations et recherche épidémiologiques, formations et frais transversaux.

A ces éléments, il faut ajouter 3,1 M€ d'écritures comptables principalement dues aux reprises de provisions sans impact de trésorerie.

■ La situation de trésorerie du groupe MSF France

Au 31 décembre de 2025, la trésorerie diminue de 18,1M€ d'euros par rapport à celle du 31 décembre 2024.

Cette évolution n'est pas en adéquation avec l'excédent de 6,3 M€, mais s'explique par la mise en place du nouvel outil finance qui a engendré un retard de facturation et donc d'encaissement vis-à-vis des autres sections MSF d'environ 10,5 M€ par rapport à 2024, auxquels s'ajoutent 14,2 M€ de créances supplémentaires sur les dons à recevoir (Grants) des autres sections MSF.

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

Au 31 décembre 2025, 98,1% des avoirs bancaires (hors soldes de trésorerie locale des missions) sont détenus par quatre banques. Ils sont libellés en euros (49,3 %), en dollars américains (50 %) et en yens japonais (0,2 %) et en Dirham des Émirats Arabes Unis (0,5 %). Sur les sites d'intervention, MSF travaille avec plusieurs banques internationales ou locales, en limitant le volume des dépôts bancaires aux besoins opérationnels d'un ou deux mois d'activité dans un souci de prudence.

MSF France est exposé aux fluctuations des taux de change, étant donné que la majorité de ses ressources et près de la moitié de ses dépenses opérationnelles sont libellées dans des devises étrangères.

Environ 71 % des ressources en devises étrangères hors euro de 2025 proviennent de MSF USA (298,6 M USD), 14 % de MSF Japon (7 988 M JPY et 7 853M Won sud-coréen) et 10% de MSF Australie (57,7 M AUD et 5,3 M NZD). Le yen japonais est partiellement utilisé pour couvrir les achats de MSF Logistique libellés dans cette devise, de même que les dollars américains reçus par MSF France sont principalement utilisés pour approvisionner les missions en dollars. Afin de réduire l'impact des fluctuations de devises sur la prévision de trésorerie et de garantir sa capacité à financer ses engagements opérationnels et ses investissements, l'association MSF, par l'intermédiaire du bureau international, met en place des couvertures de change visant à sécuriser les taux de change budgétés.

■ Les perspectives et enjeux

MSF France s'inscrit pleinement dans le mouvement international de Médecins Sans Frontières, qui rassemble l'ensemble des associations MSF autour d'une Charte commune. La cohérence de ce mouvement repose sur des politiques partagées et des accords internes élaborés collectivement, sous la coordination du Bureau International de Genève. Parmi ces accords, le nouveau SPARC (Strategic Planning And Ressources Cycle) définit notamment le cadre financier du mouvement afin d'assurer la continuité et le développement des missions de tous les centres opérationnels, dont celui de MSF France.

L'accord SPARC couvre la période 2026-2031. Il vise à consolider et concrétiser les engagements du mouvement en concentrant les efforts sur plusieurs priorités stratégiques communes : renforcer l'implication des patients et des communautés dans la qualité des soins, traduire les engagements climatiques en actions concrètes, développer les stratégies d'interopérabilité et de mutualisation, améliorer la prévention des abus et des violences dans nos espaces de soins et de travail, et renforcer les pratiques de sécurité pour les équipes.

L'allocation des ressources repose sur cinq principes directeurs : la centralité des opérations humanitaires (avec une priorité donnée à l'action médicale), la simplicité (notamment via la réduction de la charge administrative), la capacité d'adaptation aux évolutions internes et externes, la reconnaissance de l'interdépendance des décisions institutionnelles et la redevabilité envers nos partenaires.

Ce nouveau cadre stratégique doit permettre à MSF de répondre aux défis d'un monde en profonde transformation, marqué par un accès humanitaire de plus en plus restreint, une baisse des financements dédiés à l'aide internationale et une multiplication des tentatives de criminalisation de l'action humanitaire.

Les choix stratégiques déjà engagés par MSF France pour les budgets 2025 et 2026 devront être poursuivis afin de garantir la viabilité à long terme de l'association. Il s'agira de maximiser la capacité de réponse aux urgences et le déploiement opérationnel, tout en préservant un niveau d'investissement suffisant dans la recherche de fonds. Les budgets des années suivantes seront construits à partir de scénarios permettant de maintenir la dynamique opérationnelle et l'orientation stratégique du portefeuille, tout en assurant la pérennité financière de l'organisation.

Le pilotage financier demeure un enjeu essentiel pour MSF France. Nous analyserons avec attention nos dépenses et nos ressources afin de maximiser la part de l'aide directement consacrée à nos terrains d'intervention.

Depuis plus de 50 ans, les donateurs de MSF répondent présents face aux grandes crises humanitaires. Je souhaite les remercier chaleureusement au nom de toutes les équipes de Médecins Sans Frontières.

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



© Simon Rolin/MSF
©

Organisation et Gouvernance

Organisation et Gouvernance

Le Mouvement Médecins Sans Frontières

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

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

Les organes de gouvernance associative du Mouvement sont les suivants :

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

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

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

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

Les plateformes de gouvernance exécutive sont les suivantes :

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

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

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

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

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

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

Le Conseil d'administration nomme un directeur général, chargé met en œuvre les grandes orientations approuvées par le Conseil d'administration et de veiller à la bonne marche de

l'association, dont il suit la gestion courante. Le directeur général s'entoure d'une équipe de direction (opérations, médical, collecte, communication, ressources humaines, finance logistique, approvisionnement, systèmes d'information).

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

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

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

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



Les interventions de terrain

AFGHANISTAN	
Type d'intervention : santé primaire et secondaire	Personnels :
Nombre de projets : 3	Local : 610
Dépenses 2025 : 11 625k€	International : 27
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB, OCBA

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

L'Afghanistan reste sous le contrôle de l'Émirat islamique d'Afghanistan depuis la prise de pouvoir des Talibans en août 2021. Les autorités ont rétabli l'Émirat islamique et poursuivent l'application de restrictions sociales strictes, en particulier à l'égard des femmes et des filles, notamment à travers l'interdiction de l'éducation secondaire et supérieure et les limitations imposées à de nombreuses formes d'emploi. Malgré les engagements initiaux des autorités, les préoccupations relatives aux droits humains demeurent importantes.

La reconnaissance internationale du régime reste limitée, même si certains États ont poursuivi le développement de relations diplomatiques avec les autorités afghanes. Les relations avec les pays voisins demeurent tendues, en particulier avec le Pakistan, qui accuse toujours les Talibans d'abriter le Tehrik-i-Taliban Pakistan (TTP). Cette situation a donné lieu à plusieurs incidents le long de la frontière.

La situation économique reste marquée par une forte contraction, une pauvreté généralisée et une dépendance importante à l'aide internationale. Les activités des groupes armés d'opposition et de l'État islamique au Khorasan (ISKP), bien que contenues, continuent de représenter une menace pour la stabilité du pays.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

Le système de santé afghan demeure fortement dépendant des financements internationaux et de l'appui des organisations humanitaires. Mis en œuvre par le ministère de la Santé publique avec le soutien des Nations unies et des ONG, il fait face à d'importantes pénuries de personnel, de médicaments, d'équipements et de financements. Malgré une amélioration de certains indicateurs, la mortalité maternelle et infantile reste parmi les plus élevées au monde.

Les maladies évitables, la malnutrition et une couverture vaccinale insuffisante continuent de contribuer à une mortalité importante. Les femmes, les enfants, les personnes déplacées et les populations vivant dans les zones reculées demeurent les plus exposés aux difficultés d'accès aux soins. Les restrictions imposées aux femmes ont des conséquences directes sur leur santé, leur sécurité et leur accès aux services essentiels. Elles affectent également leur capacité à travailler dans le secteur de la santé. Selon une étude publiée en 2024, 98 % des femmes ne disposent pas de pouvoir décisionnel, 68 % présentent des problèmes de santé mentale et 64 % ne se sentent pas en sécurité lorsqu'elles quittent seules leur domicile. Les services de prise en charge des violences basées sur le genre ont largement cessé de fonctionner depuis la prise de pouvoir des Talibans.

En 2025, le retour ou le renvoi d'environ 1,5 million d'Afghans depuis l'Iran et le Pakistan a accentué la pression sur des ressources déjà limitées. La réduction des financements humanitaires, conjuguée à

une situation économique dégradée, continue d'affecter l'accès aux soins et aux services essentiels. Près de la moitié de la population vit dans la pauvreté et l'insécurité alimentaire demeure élevée. Les organisations humanitaires font face à des contraintes croissantes, notamment les restrictions imposées au personnel féminin et les nouvelles mesures visant les professionnelles de santé. Ces évolutions compliquent la mise en œuvre des programmes et menacent la continuité des services. Les besoins restent élevés en matière de santé maternelle et infantile, de nutrition, de vaccination, de santé mentale et de surveillance épidémiologique, notamment pour la rougeole, la poliomyélite et les diarrhées aqueuses aiguës.

PRÉSENCE MSF

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

À l'heure actuelle, MSF gère sept projets en Afghanistan, chacun situé dans une région distincte. Les projets incluent des unités de soins intensifs pédiatriques et des cliniques de thérapie nutritionnelle intensive à Herat (OCP), des services ruraux de santé à Bamyān (OCP), un hôpital de traumatologie à Kunduz (OCB), un hôpital maternité à Khost (OCB), une clinique tuberculose à Kandahar (OCA), un hôpital général à Lashkargah (OCA), ainsi que des services de maternité et de pédiatrie à Mazar-i-Sharif (OCBA).

Le partenariat avec l'Association afghane des sages-femmes (AMA), soutenu par OCP, a officiellement pris fin le 31 décembre 2024. Toutefois, face aux difficultés de financement rencontrées par l'organisation en 2025, MSF a assuré un soutien financier transitoire tout au long de l'année afin de permettre la continuité de ses activités.

PROJET : HERAT – ACCÈS AUX SOINS

■ Historique du projet

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

Les premières activités sont mises en place aux urgences du HRH. En 2019, MSF reprend la gestion du Centre Nutritionnel Thérapeutique Hospitalier (ITFC) afin d'assurer la continuité de la prise en charge nutritionnelle des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère. La même année, l'organisation ouvre la clinique de Khadestan afin de répondre aux besoins médicaux des populations déplacées internes et des communautés vulnérables installées dans les zones périphériques de la ville.

Entre 2020 et 2022, les équipes participent à la réponse à la pandémie de COVID-19 tout en poursuivant le développement des activités pédiatriques. À partir de 2021, le projet connaît une expansion importante avec la mise en place d'un système de triage pédiatrique, le renforcement des urgences, le développement des soins intensifs pédiatriques et des unités d'hospitalisation intermédiaire. Cette évolution permet à MSF de mettre en place un continuum de soins allant de l'accueil des patients à la prise en charge des cas les plus sévères.

Au fil des années, l'augmentation constante de la fréquentation du HRH confirme son rôle central dans la prise en charge pédiatrique de l'ouest du pays. Les activités nutritionnelles sont progressivement

renforcées afin d'assurer à la fois la prise en charge hospitalière et le suivi ambulatoire des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère.

La clinique de Khadestan ferme fin 2024. En 2025, les activités communautaires restantes sont recentrées sur la promotion de la santé et les liens avec les structures existantes avant d'être suspendues afin de permettre une réflexion sur leur réorientation future.

■ Configuration du projet

Le projet est mis en œuvre au sein de l'Hôpital Régional de Herat, principale structure tertiaire de l'ouest de l'Afghanistan.

MSF y soutient un continuum de soins pédiatriques comprenant un service de triage, des urgences pédiatriques, une unité de soins intensifs pédiatriques, une unité d'hospitalisation intermédiaire, un Centre Nutritionnel Thérapeutique Hospitalier (ITFC) et un Centre Nutritionnel Thérapeutique Ambulatoire (ATFC). Au total, 206 lits sont opérationnels au sein des différents services soutenus par MSF. Une salle d'observation a été mise en place aux urgences afin d'améliorer l'évaluation et le suivi des patients avant leur admission ou leur sortie.

Le projet cible les enfants de moins de 15 ans nécessitant des soins spécialisés. Environ 80 % des enfants vus au triage sont orientés vers les consultations externes du ministère de la Santé publique, tandis que MSF concentre ses activités sur les cas les plus sévères.

Une attention particulière est portée à la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, notamment chez les nourrissons de moins de six mois. Les activités ambulatoires assurent le suivi des patients après leur sortie de l'ITFC et renforcent les liens avec les structures nutritionnelles communautaires du système de santé.

Les activités sont mises en œuvre en étroite collaboration avec l'Hôpital Régional de Herat et le ministère de la Santé publique.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a été marquée par une augmentation importante de l'activité, avec une hausse de 31% du triage et de 23 % des urgences par rapport à l'année précédente.

Cette tendance se reflète de manière continue depuis 2021 et s'explique notamment par l'amélioration de la sécurité, la réduction de l'offre de soins primaires, la gratuité des soins, la croissance de la population urbaine et l'arrivée de personnes de retour d'Iran.

Face à cette pression constante, les équipes ont concentré leurs efforts sur la gestion des admissions et le renforcement des capacités des urgences. L'ouverture de la salle d'observation ainsi que le renforcement de la supervision médicale ont permis de réduire le taux d'admission depuis les urgences vers les services d'hospitalisation.

Les contraintes liées à l'espace disponible, aux capacités d'accueil et aux flux de patients sont restées un défi majeur tout au long de l'année. Les équipes ont poursuivi leurs efforts afin d'améliorer l'organisation des services et la qualité des soins.

L'année a également été marquée par une importante flambée de rougeole. Entre janvier et juillet, 2 176 cas compliqués ont été admis dans les structures soutenues par MSF.

	2021	2022	2023	2024	2025
Présentation aux urgences	1 503	56 826	76 584	101 455	125 481
Admissions en hospitalisation	2 684	10 744	15 949	21 806	19 477
Consultations anténatales	7 118	4 507	5 851	3 622	
Consultations postnatales	184	88	111	94	
Consultations de planning familial	1 873	1 942	2 391	1 995	
Centre Nutritionnel Thérapeutique Hospitalier	2 433	3 725	4 318	3 981	3 812
Centre Nutritionnel Thérapeutique Ambulatoire	637	858	2 807	876	177

PROJET: BAMYAN

■ Historique du projet

En 2021, MSF lance un projet de santé maternelle et infantile dans la province de Bamyan, choisie pour sa faisabilité opérationnelle, son acceptation par les communautés et les besoins importants observés dans les zones rurales isolées. Le projet vise à améliorer l'accès aux soins essentiels pour les populations vivant dans des zones reculées et difficiles d'accès.

Initialement, le projet prévoyait la création de Family Health Houses. Les consultations menées avec les communautés ont toutefois mis en évidence la nécessité de disposer de structures capables d'offrir une gamme plus large de soins. Le projet évolue ainsi vers un modèle reposant sur huit Community Health Facilities intégrées au système de santé de base.

Dès son lancement, le projet adopte une approche participative fondée sur l'implication des communautés. Les terrains accueillant les structures de santé sont mis à disposition par les communautés elles-mêmes et les Health Shuras sont progressivement identifiées comme les principales interfaces entre MSF et la population.

Depuis 2023, MSF soutient également une Maternity Waiting Area au sein de l'hôpital provincial de Bamyan afin de faciliter l'accès aux soins obstétricaux spécialisés pour les femmes vivant dans les zones les plus éloignées.

■ Configuration du projet

Le projet soutient huit Community Health Facilities réparties dans trois districts de la province, conformément aux standards du Basic Package of Health Services.

Ces structures proposent des consultations générales, des soins de santé maternelle et infantile, des consultations prénatales et postnatales, des activités de vaccination ainsi que des références vers les structures de niveau supérieur. Chaque structure est dotée d'une sage-femme, d'un infirmier, d'un gardien et d'un agent d'entretien à temps partiel.

Les Health Shuras jouent un rôle central dans les relations avec les communautés et dans le suivi des activités. Un Health Promotion Officer soutient les activités de promotion de la santé et le lien avec les communautés.

Depuis janvier 2023, MSF soutient également une Maternity Waiting Area composée de quatre lits au sein de l'hôpital provincial de Bamyan.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a été marquée par un renforcement de l'approche communautaire du projet. Les équipes ont poursuivi leur travail avec les Health Shuras afin de consolider leur rôle dans le fonctionnement des structures soutenues et de renforcer leur implication dans le suivi des activités. L'augmentation des visites du Health Promotion Officer et le renforcement des échanges avec les communautés ont contribué à améliorer la participation communautaire et le dialogue autour des services de santé.

Le développement des compétences du personnel a constitué un autre axe important de l'année. Plusieurs formations ont été organisées en santé reproductive, prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, qualité des soins, gestion pharmaceutique et sauvegarde. Les activités de supervision ont également été renforcées à partir de juillet 2025, avec une augmentation du nombre de visites dans les structures et la mise en place de missions avec nuitées à partir de septembre afin d'accroître le temps consacré à l'accompagnement des équipes dans les centres les plus éloignés.

	2023	2024	2025
Consultations	29 777	61 690	64 414
Consultations anténatales	1 533	1 471	1 187
Consultations postnatales	106	90	92
Consultations de planning familial	924	1 327	1 352
Accouchements	18	155	189

BANGLADESH	
Type d'intervention : populations réfugiées Nombre de projets : 3 Dépenses 2025 : 9 930 k€ Financements institutionnels : 591 k€ (Canada)	Personnels : Local : 645 + 179 personnels Rohinaya International : 24 Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Depuis août 2024, le Bangladesh est gouverné par une administration intérimaire mise en place à la suite des manifestations étudiantes et du mouvement de contestation qui ont conduit à la chute du gouvernement de Sheikh Hasina. Un gouvernement de transition dirigé par Muhammad Yunus a été chargé de rétablir l'ordre institutionnel, de restaurer le fonctionnement des institutions publiques et de préparer l'organisation d'élections nationales.

L'année 2025 s'est inscrite dans la continuité de cette transition politique. Les tensions liées aux violences ayant accompagné le changement de pouvoir sont restées vives, tandis que plusieurs incidents visant des minorités religieuses et des opposants politiques ont été signalés. Des accusations d'usage excessif de la force par les services de sécurité ont également continué à être rapportées.

La recomposition du paysage politique s'est accompagnée d'une montée en influence de mouvements religieux conservateurs. Plusieurs organisations ont alerté sur les risques de remise en cause des acquis en matière de droits des femmes, notamment à travers une pression accrue sur leur participation à la vie publique et politique.

La question rohingya demeure un enjeu majeur de la politique étrangère bangladaise. Les autorités ont poursuivi leurs efforts diplomatiques visant à obtenir le retour des réfugiés vers le Myanmar, tout en réaffirmant que celui-ci devait se faire de manière volontaire, sûre et digne. Malgré ces positions, les conditions sécuritaires dans l'État de Rakhine n'ont pas permis d'envisager un retour des populations réfugiées.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

La situation humanitaire des Rohingyas s'est encore dégradée en 2025 sous l'effet combiné de l'intensification du conflit au Myanmar, de l'arrivée de nouveaux réfugiés et de la réduction progressive des financements humanitaires.

Dans l'État de Rakhine, les affrontements entre les différents acteurs armés se sont poursuivis tout au long de l'année. Les populations civiles ont été exposées à des bombardements, des incendies d'habitations, des recrutements forcés et de graves violations des droits humains. Les conditions nécessaires à un retour volontaire, sûr et digne des réfugiés n'étaient toujours pas réunies.

La situation sécuritaire dans les camps de Cox's Bazar est demeurée préoccupante. Les affrontements entre groupes armés, les activités criminelles, les extorsions et les violences visant les réfugiés ont continué à affecter la vie quotidienne des habitants.

À la fin de l'année 2025, le Bangladesh accueillait près de 1,2 million de réfugiés rohingyas, dont plus de 144 000 personnes nouvellement enregistrées depuis la fin de l'année 2024. Cette augmentation de la population réfugiée est intervenue alors même que la réponse humanitaire faisait face à une

crise de financement majeure. Le plan de réponse conjoint pour la crise rohingya n'était financé qu'à hauteur de 46 % des besoins identifiés, soit 434,5 millions de dollars reçus sur les 934,5 millions demandés. Ce sous-financement a conduit à une réduction de plus de 30% des centres de santé primaires et postes de santé dans les camps et à une priorisation accrue des activités considérées comme vitales.

Les conséquences sur les structures de référence ont été immédiates. Les hôpitaux assurant les soins secondaires et spécialisés ont enregistré une augmentation constante de leur fréquentation. Les admissions hospitalières ont dépassé 82 000 en 2025, contre 73 000 l'année précédente. Les capacités pédiatriques, néonatales et obstétricales demeurent insuffisantes pour répondre à l'ensemble des besoins.

La situation sanitaire reste également marquée par la persistance d'épidémies récurrentes, telles que le choléra ou la dengue. Les maladies chroniques représentent par ailleurs une charge croissante pour les structures médicales. Une étude menée par MSF a estimé qu'environ 20 % des adultes rohingyas vivaient avec une infection active à l'hépatite C, soit près de 86 000 personnes nécessitant un traitement.

PRÉSENCE MSF

Trois sections de MSF sont présentes dans le district de Cox's Bazar, représentant près de la moitié de la "capacité globale de soins de santé secondaires", un des principaux acteurs des consultations externes et les seuls fournisseurs fiables de traitements pour les maladies non transmissibles. Ces trois sections mènent également une campagne de dépistage et de traitement de l'hépatite C à grande échelle dans l'ensemble des camps depuis avril 2025.

- MSF OCP a débuté ses opérations en 2017 avec l'ouverture des services médicaux dédiés à Palong Khali et, en 2022, a repris l'ancien hôpital maternel et infantile de Goyalmara d'OCBA ainsi que ses activités externes.
- MSF OCA possède le plus important volume d'opérations dans le district de Cox's Bazar, autour de l'hôpital de Kutupalong et d'une clinique spécialisée à Balukhali, avec un recentrage progressif sur les soins secondaires.
- MSF OCB soutient deux centres de soins de santé primaires dans les camps 14 et 15.

PROJET : PALONG KHALI (HOPITAL SUR LA COLLINE)

■ Historique du projet

À la suite de l'afflux massif de réfugiés rohingyas ayant fui les violences au Myanmar en 2017, MSF OCP a ouvert un programme médical dans le Méga-camp de Cox's Bazar afin de répondre aux besoins de santé des populations déplacées. Le projet de Palong Khali a progressivement développé une offre de soins primaires et secondaires couvrant principalement les camps situés dans la partie centrale et méridionale du Méga-camp.

Au fil des années, le projet s'est spécialisé dans la prise en charge des pathologies médicales adultes et des maladies chroniques, devenant l'un des principaux hôpitaux de référence pour les adultes dans les camps. Les activités de maternité ont été interrompues en 2019, à l'exception des soins prénataux et postnataux, tandis que les activités pédiatriques spécialisées ont été progressivement concentrées à Goyalmara. Face à l'augmentation continue de la population réfugiée et à l'insuffisance des capacités de soins spécialisées dans les camps, l'hôpital a néanmoins maintenu une capacité pédiatrique limitée destinée à stabiliser les enfants avant leur transfert vers les structures spécialisées.

Depuis 2021, le projet joue également un rôle central dans la prise en charge des maladies non transmissibles et dans le développement de la réponse à l'hépatite C au sein des camps rohingyas.

■ Configuration du projet

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

- L'Hôpital sur la Colline (Hospital on the Hill - HoH) est situé dans le camp 8W à proximité des camps 17 et 18. Il dispose de 47 lits en fonctionnement normal, capacité portée à 52 lits pendant la saison de pointe. L'établissement comprend des capacités d'hospitalisation, des lits d'isolement, une unité de soins intensifs ainsi qu'une unité pédiatrique de courte durée destinée aux enfants pris en charge aux urgences dans l'attente d'un transfert vers les hôpitaux spécialisés de Goyalmara ou de Kutupalong. L'hôpital dispose également d'un laboratoire, d'une pharmacie, de consultations de santé sexuelle et reproductive pour les femmes ainsi que d'un dispositif de prise en charge des survivant-es de violences sexuelles et basées sur le genre.
- L'OPD2, situé dans le camp 13, assure la prise en charge des maladies chroniques et des troubles de santé mentale.
- L'OPD3, implanté dans le camp 8W, constitue la principale structure ambulatoire du projet. Il propose des consultations médicales générales ainsi que des activités d'épidémiologie, de santé mentale, de prise en charge des maladies non transmissibles et de dépistage et traitement de l'hépatite C.
- Les activités de promotion de la santé et d'engagement communautaire complètent l'offre de soins. Depuis 2024, elles ont été progressivement réorganisées afin de renforcer les liens avec les différents programmes médicaux du projet et d'améliorer le suivi des patients interrompant leur prise en charge.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a été marquée par une augmentation de la pression exercée sur les structures de santé du projet dans un contexte de réduction progressive des capacités de nombreux acteurs de santé présents dans les camps. Les difficultés persistantes d'accès aux soins primaires et spécialisés ont entraîné une hausse de la fréquentation des consultations externes et des urgences, qui ont enregistré leur niveau d'activité le plus élevé depuis l'ouverture du projet.

La prise en charge des maladies non transmissibles est demeurée un défi majeur. Les limitations d'accès aux traitements spécialisés dans les structures de santé primaires ont contribué à une augmentation du nombre de patients présentant des complications sévères nécessitant une hospitalisation. Les maladies chroniques décompensées ont ainsi représenté une part importante des admissions adultes au cours de l'année.

Les activités de santé sexuelle et reproductive ont poursuivi leur développement. Les consultations ont augmenté de 23 % par rapport à 2024 et le programme de prise en charge des violences sexuelles et basées sur le genre a été renforcé. Cette évolution s'est traduite par une forte augmentation du nombre de survivant-es identifié-es et pris-es en charge, dans un contexte où les besoins de protection demeurent importants au sein des camps.

Face aux limites des capacités de référencement pédiatrique dans les camps, l'unité pédiatrique de courte durée de l'Hôpital sur la Colline a continué à jouer un rôle essentiel dans la stabilisation des enfants nécessitant des soins spécialisés. Les difficultés rencontrées par les structures de référence ont contribué à une augmentation des admissions pédiatriques au sein du projet.

L'année a également été marquée par le lancement de la campagne intersectionnelle de dépistage et de traitement de l'hépatite C. Déployée à grande échelle dans les camps rohingyas, cette initiative

constitue une étape importante dans l'amélioration de l'accès au traitement pour une pathologie dont la prévalence reste particulièrement élevée parmi la population réfugiée

Services de l'hôpital	2021	2022	2023	2024	2025
Présentation aux urgences	18 197	21 565	19 560	23 449	26 210
Hospitalisations	2 971	3 202	3 330	3 522	4 320
Hospitalisations pédiatriques	334	468	809	695	1 076
Taux d'occupation des lits	79%	90%	88%	85%	95%
Consultations anténatales	3 123	3 966	5 248	4 029	5 714
Interruptions de grossesse	167	73	122	233	423
Planning familial	4 705	4 685	7 865	6 150	5 773
Victimes de violences sexuelles	23	72	69	188	406
Consultations maladies chroniques	29 735	27 834	24 354	23 345	24 316
Consultations santé mentale	5 028	5 496	6 311	6 794	6 926

PROJET: GOYALMARA

■ Historique du projet

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

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

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

■ Configuration du projet

Situé à proximité du camp 15, l'hôpital de Goyalmara est une structure entièrement gérée par MSF. Il constitue l'un des principaux centres de référence pédiatriques, néonataux et maternels du district de Cox's Bazar pour les réfugiés rohingyas et les communautés hôtes.

Le projet s'organise autour de trois composantes complémentaires : les consultations externes, les services d'hospitalisation et les activités d'outreach. Les consultations externes (OPD) assurent des prises en charge en pédiatrie, en santé sexuelle et reproductive ainsi qu'en santé mentale. Elles constituent le principal point d'entrée des patients dans le dispositif de soins.

L'hôpital dispose de 58 lits en fonctionnement normal, capacité portée à 85 lits pendant la saison de pointe. Les services pédiatriques et néonataux comprennent une unité de soins intensifs pédiatriques, des services d'hospitalisation pédiatrique, un centre de traitement nutritionnel intensif ainsi que des unités de soins néonataux intensifs et intermédiaires. La composante d'hospitalisation comprend également un service de santé sexuelle et reproductive doté de 18 lits assurant les soins obstétricaux de base. L'hôpital dispose par ailleurs d'un laboratoire et de services d'imagerie médicale.

Les activités externes sont menées dans les camps et les zones hôtes. Elles couvrent les soins prénataux et postnataux, les alertes pédiatriques, les mécanismes de référencement, la santé mentale ainsi que la prise en charge des violences sexuelles et basées sur le genre. La planification familiale est assurée de manière décentralisée par les agents de santé communautaires, tandis que les équipes de promotion de la santé participent aux activités de suivi et de surveillance.

■ Bilan 2025

Dans un contexte marqué par la réduction progressive des capacités du système de santé dans les camps, la fréquentation des services est demeurée particulièrement élevée tout au long de l'année. Afin de répondre à l'augmentation saisonnière des besoins, les capacités d'hospitalisation pédiatrique et néonatale ont été renforcées pour la deuxième année consécutive. Malgré cette extension temporaire, les taux d'occupation sont restés très élevés, illustrant la pression croissante exercée sur les structures de référence spécialisées. Les difficultés rencontrées par les centres de santé primaires et les réductions de financement humanitaire ont également contribué à une augmentation du nombre de patients se présentant directement à l'hôpital.

Les activités de dépistage nutritionnel ont mis en évidence une augmentation de la malnutrition aiguë chez les enfants consultant à Goyalmara. Cette évolution s'inscrit dans un contexte plus large de détérioration des conditions de vie des réfugiés et de réduction progressive des ressources disponibles dans les camps.

Les services de santé sexuelle et reproductive ont poursuivi leur développement, notamment dans le domaine de la prise en charge des violences sexuelles et basées sur le genre. Le renforcement des mécanismes de référencement et l'adaptation des activités externes ont permis d'améliorer l'identification et l'orientation des survivant-es vers les services spécialisés.

	2022	2023	2024	2025
Consultations générales	52 384	57 976	46 013	59 422
Admissions pédiatriques	4 796	5 682	5 979	5 111
Accouchements	1 021	1 413	1 123	1 396
Consultations santé reproductive	12 621	15 746	12 839	16 658

PROJET : CAMPAGNE HEPATITE C

■ Historique du projet

Les premières activités liées à l'hépatite C ont été développées par MSF à Cox's Bazar à la suite d'études ayant mis en évidence une prévalence particulièrement élevée de l'infection parmi les réfugiés rohingyas. Au fil des années, les activités de dépistage, de diagnostic et de traitement ont été progressivement intégrées dans les programmes médicaux des différentes sections de MSF présentes dans les camps.

Une étude menée par MSF en 2023 a estimé que 19,6 % des adultes rohingyas étaient porteurs d'une infection active à l'hépatite C, soit près de 86 000 personnes susceptibles de nécessiter un traitement. Face à l'ampleur des besoins et aux limites des capacités existantes, les trois sections MSF présentes à Cox's Bazar ont développé une approche commune visant à élargir l'accès au dépistage et au traitement au sein des camps.

■ Configuration du projet

Le programme Hépatite C est mis en œuvre conjointement par les trois sections MSF présentes à Cox's Bazar. Contrairement aux projets de Palong Khali et de Goyalmara, il ne repose pas sur une structure de santé unique mais sur un réseau de services intégrés dans plusieurs établissements des camps.

Les activités comprennent le dépistage, la confirmation diagnostique, l'initiation et le suivi du traitement des patients atteints d'hépatite C. Les consultations et les traitements sont assurés au sein des structures MSF participant au programme, tandis que les activités communautaires contribuent à l'information des populations, à l'identification des patients et à leur orientation vers les services de prise en charge.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a marqué une étape majeure dans la prise en charge de l'hépatite C à Cox's Bazar avec le lancement d'une campagne de dépistage et de traitement à grande échelle menée conjointement par les trois sections MSF. Cette initiative constitue l'une des plus importantes interventions de santé publique actuellement mises en œuvre dans les camps rohingyas.

Le déploiement du programme a permis d'élargir significativement l'accès au diagnostic et au traitement dans un contexte où l'hépatite C demeure l'une des principales maladies chroniques affectant la population réfugiée. Les travaux de plaidoyer conduits par MSF au cours des années précédentes ont également contribué à renforcer l'engagement d'autres acteurs de santé dans la prise en charge de cette pathologie.

À partir d'avril 2025, MSF OCP a intensifié les activités dans les camps 8W, 17 et 18 avec pour objectif d'atteindre plus de 90 % de couverture thérapeutique dans sa zone d'intervention. Cette montée en puissance s'est appuyée sur un dépistage communautaire à grande échelle, des activités renforcées de promotion de la santé, le suivi des patients perdus de vue et des actions d'éducation thérapeutique. À fin 2025, les trois sections MSF avaient réalisé 57 158 dépistages dans les camps de Cox's Bazar. En février 2026, 16 302 patients avaient été initiés sous traitement parmi les 17 684 personnes identifiées comme éligibles. Les niveaux de couverture atteints dans les différentes zones d'intervention de MSF ont dépassé 90 %, confirmant la capacité du programme à déployer à grande échelle le dépistage et le traitement de l'hépatite C dans un contexte humanitaire prolongé.

BURKINA FASO	
Type d'intervention : conflit	Personnels :
Nombre de projets : 2	Local : 131
Dépenses 2025 : 4 161 k€	International : 21
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCBA, OCG

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Depuis 2015, le Burkina Faso est confronté à une insurrection armée persistante menée principalement par le Groupe de soutien à l'islam et aux musulmans (JNIM) et l'État islamique au Sahara (EIS). Initialement concentrés dans les régions du Nord et de l'Est, ces groupes ont progressivement étendu leur influence à l'ensemble du territoire. En 2025, le JNIM s'est imposé comme l'acteur armé dominant, contrôlant de vastes zones rurales, imposant des blocus et poursuivant son expansion vers les pays côtiers de la sous-région. L'EIS demeure actif dans la zone dite des trois frontières, mais sa capacité d'expansion reste plus limitée.

Entre septembre 2024 et septembre 2025, le pays a continué d'enregistrer un niveau de violence particulièrement élevé, avec environ 4 751 décès liés au conflit selon les données ACLED. Plus de 450 attaques majeures ont été recensées entre janvier et novembre 2025. Plusieurs attaques d'ampleur ont marqué l'année, notamment à Djibo, Diapaga, Solenzo, Tafagou et Nobiol, illustrant une intensification des violences contre les civils et les forces de sécurité.

Le conflit s'accompagne d'une évolution de la stratégie du JNIM, qui cherche à renforcer sa légitimité auprès des populations en développant un discours politique et social, notamment autour des exactions commises contre certaines communautés et des relations avec les acteurs humanitaires.

Face à cette menace, les autorités ont poursuivi la militarisation de leur réponse à travers la mobilisation générale, le renforcement des capacités militaires et l'intensification des opérations terrestres et aériennes. Cette évolution s'est accompagnée d'un resserrement de l'espace civique, marqué par des restrictions des libertés publiques, des pressions sur les médias et la société civile, ainsi que des arrestations arbitraires et des disparitions forcées.

Sur le plan diplomatique, le Burkina Faso a poursuivi son rapprochement avec la Russie, la Turquie et la Chine, tout en prenant ses distances avec ses partenaires occidentaux traditionnels. Avec le Mali et le Niger, il a consolidé l'Alliance des États du Sahel, devenue une confédération en 2024, avant de quitter officiellement la CEDEAO en janvier 2025.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

La crise humanitaire a atteint une ampleur dramatique et continue de se dégrader au fil de l'année 2025. Plus de deux millions de personnes déplacées internes sont estimées vivre dans le pays, tandis que les contraintes sécuritaires continuent de restreindre fortement l'accès humanitaire. Les déplacements de population, les blocus imposés par les groupes armés et l'insécurité persistante limitent l'accès aux services essentiels et compliquent l'intervention des organisations humanitaires.

L'espace humanitaire s'est encore rétréci en 2025 avec l'adoption d'une nouvelle loi sur la liberté d'association imposant des conditions plus strictes d'enregistrement et de fonctionnement des

organisations non gouvernementales. Dans un contexte déjà marqué par des restrictions d'accès, cette évolution risque de fragiliser davantage les capacités d'intervention humanitaire.

La situation sanitaire reflète l'impact direct de cette crise prolongée. Selon le ministère de la Santé, environ 37 % des structures du pays, étaient fermées ou fonctionnaient à minima dans dix régions sur treize, privant plus de quatre millions de personnes d'un accès régulier aux soins. Les attaques contre les infrastructures, le départ forcé du personnel de santé, les ruptures d'approvisionnement et l'insuffisance des ressources humaines continuent d'affaiblir le système de santé.

Cette dégradation intervient dans un contexte de diminution progressive de l'aide humanitaire et des financements internationaux observée depuis 2024 et accentuée en 2025. Dans la région de la Boucle du Mouhoun, où intervient MSF, les blocus prolongés et les restrictions de mouvement limitent fortement l'accès aux soins, notamment dans les provinces du Nayala et du Sourou. Plusieurs localités, dont Solenzo, Toma, Nouna, Tougan et Gassan, connaissent régulièrement des incidents sécuritaires et des déplacements de population.

Le paludisme reste la principale cause de morbidité avec plus de 6,7 millions de cas simples et 372 275 cas graves rapportés en 2025. La malnutrition aiguë demeure préoccupante, notamment chez les enfants de moins de cinq ans. Dans la province du Balé, la prévalence atteint 5,9 %, dont 0,3 % de formes sévères.

Le pays a également notifié 3 786 cas suspects de rougeole, 1 862 cas de méningite et 53 999 cas suspects de dengue en 2025. Parallèlement, les maladies non transmissibles progressent, notamment le diabète, les maladies cardiovasculaires et les troubles mentaux. La santé sexuelle et reproductive demeure sous-financée, tandis que les indicateurs de mortalité maternelle et infantile restent préoccupants malgré certaines améliorations observées au cours des dernières années.

PRÉSENCE MSF

MSF est présente au Burkina Faso à travers trois centres opérationnels. MSF-OCBA intervient dans les régions de l'Est, du Sahel et du Haut-Bassin avec des activités de soins de santé primaires et secondaires, des activités communautaires et des réponses aux urgences. MSF-OCG est active dans les régions du Centre-Nord et du Sahel, où elle soutient notamment les soins de santé primaire et secondaire, la santé mentale, la promotion de la santé et les réponses aux urgences.

MSF-OCP intervient dans les régions de Bankui (anciennement Boucle du Mouhoun) et du Sourou, principalement à Dédougou et Nouna. Les activités comprennent des soins de santé primaires et secondaires, la santé maternelle et infantile, les activités communautaires, la santé mentale, les références médicales et la réponse aux urgences.

PROJET : DEDOUGOU - BOUCLE DU MOUHOUN

■ Historique du projet

Le projet MSF a été lancé en juin 2021 à la suite de plusieurs missions exploratoires menées dans les régions de la Boucle du Mouhoun et du Sourou. Depuis son ouverture, l'intervention vise à répondre aux conséquences humanitaires de la dégradation sécuritaire, qui a entraîné des déplacements de population, une diminution de l'accès aux soins et une fragilisation progressive des services de santé.

En 2025, les régions de Bankui et du Sourou sont restées fortement affectées par l'insécurité. Dans le Sourou, les opérations militaires menées au début de l'année ont temporairement réduit la pression exercée par les groupes armés, mais les attaques, enlèvements et contrôles d'axes se sont poursuivis autour de Tougan et dans les zones rurales. Dans la région de Bankui, les provinces du Mouhoun et des Banwa sont demeurées particulièrement exposées aux déplacements de population et aux

contraintes d'accès humanitaire liées aux embuscades, aux blocus et à la dégradation des infrastructures routières.

La commune de Bondokuy est restée l'une des plus touchées par l'insécurité, avec plusieurs villages partiellement ou totalement vidés de leurs habitants et la fermeture de six formations sanitaires. À Bomborokuy, les attaques menées après une opération de réinstallation des populations ont provoqué de nouveaux déplacements vers Nouna. À Djibasso, les menaces liées aux embuscades et aux engins explosifs improvisés ont continué d'affecter les mouvements des populations et l'accès aux services.

■ Configuration du projet

MSF intervient en soutien au ministère de la Santé dans les districts sanitaires de Dédougou et de Nouna. Le projet principal est basé à Dédougou tandis que les activités de Nouna sont suivies à distance, avec des supervisions ponctuelles lorsque les conditions sécuritaires le permettent.

À Dédougou, les activités de soins de santé primaires sont mises en œuvre au Centre de santé et de promotion sociale (CSPS) du secteur 3. MSF y assure les consultations externes pour tous les âges ainsi qu'un ensemble d'activités de santé maternelle comprenant les consultations prénatales et postnatales, les consultations gynécologiques, les accouchements, les soins après avortement, la planification familiale, la vaccination et la prise en charge des violences sexuelles. Les patients souffrant d'hypertension artérielle ou de diabète y bénéficient également d'un suivi avant référencement lorsque leur état le nécessite. Le dispositif comprend également des activités de prévention et contrôle des infections, de promotion de la santé, de soutien psychosocial, de renforcement des capacités du personnel et de référencement des patients instables.

Deux cliniques mobiles, implantées dans les secteurs 5 et Sour, complètent cette offre de soins avec des consultations générales pour tous les âges, des consultations prénatales, le suivi des maladies non transmissibles, les soins de pansement, le soutien psychosocial, la promotion de la santé et le référencement des patients nécessitant des soins spécialisés. Les consultations pédiatriques incluent également le dépistage de la malnutrition aiguë. Les ressources humaines, les intrants médicaux et la maintenance des structures sont assurés par MSF.

Au Centre médical urbain de Dédougou, MSF soutient les soins de santé secondaires. L'hôpital dispose d'une capacité de 27 lits portée à 39 lits lors des périodes de forte affluence, répartis entre la pédiatrie, la médecine interne, le centre de réhabilitation nutritionnelle intensive et une unité d'isolement pour les maladies à potentiel épidémique. L'appui comprend l'approvisionnement en médicaments et intrants médicaux, le soutien financier à la gratuité des soins, l'appui au laboratoire pour les activités transfusionnelles, le référencement vers le Centre hospitalier régional, le renforcement de la prévention et du contrôle des infections, la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère ainsi que des activités de soutien psychosocial, de promotion de la santé et d'engagement communautaire.

MSF apporte également un appui au Centre hospitalier régional de Dédougou pour la prise en charge des afflux de blessés, le suivi des patients référés, le renforcement des capacités de réponse aux urgences sanitaires, ainsi qu'au Centre régional de transfusion sanguine.

À Bondokuy, les activités communautaires reposent sur un réseau d'agents de santé qui assurent la prise en charge du paludisme simple, de la diarrhée et le dépistage nutritionnel chez les enfants de moins de 15 ans, ainsi que la surveillance communautaire des maladies à potentiel épidémique.

À Nouna, MSF soutient la pédiatrie du Centre médical avec antenne chirurgicale pendant la période de pic du paludisme. Au CSPS communal 1, l'organisation assure des consultations générales pour tous les âges et le référencement des patients. Les activités communautaires sont mises en œuvre dans les aires de santé de Djibasso, Bâ et Bomborokuy à travers trente agents de santé communautaires

assurant la prise en charge du paludisme simple, de la diarrhée, le dépistage nutritionnel et la surveillance épidémiologique communautaire.

■ Bilan 2025

L'année 2025 s'est déroulée dans un environnement marqué par la poursuite de la dégradation sécuritaire et par une réduction progressive de l'accès humanitaire dans plusieurs zones d'intervention. Malgré ces contraintes, les équipes ont maintenu l'essentiel des activités médicales prévues et poursuivi leur soutien aux structures sanitaires des districts de Dédougou et de Nouna.

Les activités communautaires ont été renforcées grâce à l'extension du réseau d'agents de santé communautaires dans les deux districts. Cette mise à l'échelle a permis d'améliorer la couverture des activités communautaires malgré les contraintes d'accès à certaines localités.

Parmi les principales avancées de l'année figure également le démarrage des activités transfusionnelles au Centre médical urbain de Dédougou. Les activités de prise en charge pédiatrique au CMA de Nouna ont été maintenues pendant la période de forte transmission du paludisme grâce à un dispositif adapté au contexte sécuritaire.

L'année a également été marquée par la réorganisation progressive des activités de prise en charge des maladies non transmissibles au CSPS secteur 3, afin d'améliorer le suivi des patients et de préparer leur intégration renforcée au niveau du Centre médical urbain. Parallèlement, MSF a poursuivi son appui à la préparation et à la gestion des afflux massifs de blessés grâce au prépositionnement de kits dédiés dans plusieurs structures de santé et à l'organisation d'exercices de simulation en collaboration avec les autorités sanitaires.

	2021	2022	2023	2024	2025
Nb nouvelles hospitalisations (Pédiatrie+ Médecine adulte)	712	518	1 298	3 255	3 594
Nb de consultations prénatales	114	4 680	9 555	11 474	12 277
Nb de consultations générales	48 226	84 205	129 123	148 140	144 920
Nb de consultations par les agents communautaires	3 089	17 857	17 143	8 091	6 427
Nb victimes de violences sexuelles		8	20	13	54

PROJET : TOUGAN - BOUCLE DU MOUHOUN

■ Historique du projet

Le district sanitaire de Tougan est confronté depuis plusieurs années à une dégradation de la situation sécuritaire ayant entraîné des déplacements massifs de population, une réduction de l'accès aux soins et des difficultés croissantes d'approvisionnement. Afin de contribuer au maintien de l'accès aux soins dans ce contexte, MSF a ouvert en juillet 2024 un projet au Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) de Tougan.

Les activités ont été poursuivies jusqu'en juin 2025. Compte tenu de la fréquentation limitée des services hospitaliers et de l'évolution du contexte opérationnel, le soutien direct de MSF aux activités hospitalières a été interrompu à partir de juin 2025. L'organisation a toutefois maintenu un lien avec les équipes du CMA et du district sanitaire afin de pouvoir apporter un appui en cas de besoin.

■ Configuration du projet

En 2025, MSF intervenait en soutien au ministère de la Santé au sein du Centre médical avec antenne chirurgicale de Tougan. Le projet était centré sur les activités hospitalières et médico-chirurgicales du CMA. Les équipes assuraient un appui aux services d'hospitalisation, incluant la médecine interne, la pédiatrie et les urgences chirurgicales

L'organisation soutenait également les activités de référencement vers les structures de niveau supérieur lorsque cela était nécessaire. Dans le cadre de la préparation aux urgences, des kits destinés à la prise en charge d'afflux massifs de blessés ont été prépositionnés et les équipes ont bénéficié d'activités de renforcement des capacités.

■ Bilan 2025

Les activités hospitalières au CMA de Tougan ont été fortement contraintes par l'insécurité. Les difficultés d'accès, les restrictions de mouvement et la faible fréquentation des services ont limité le développement du projet.

Parallèlement à l'accompagnement des équipes hospitalières, MSF a poursuivi les activités de préparation aux urgences et contribué au renforcement des capacités du personnel. La fermeture du projet est intervenue en juin 2025, après réévaluation de la pertinence opérationnelle du dispositif dans un contexte sécuritaire demeurant particulièrement instable.

	2024 (6 mois)	2025 (6 mois)
Nb d'hospitalisations	564	388
Nd d'urgences chirurgicales hospitalisées	18	34

FRANCE	
Type d'intervention : populations réfugiées et migrantes, catastrophe naturelle Nombre de projets : 3 Dépenses 2025 : 5 954 k€ Financements institutionnels : 1 k€	Personnels : Local : 41 International : aucun Autres centres opérationnels MSF : aucun

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

En 2025, le durcissement des politiques migratoires s'est poursuivi en Europe avec la mise en œuvre du Pacte européen sur l'asile et la migration, le renforcement des contrôles aux frontières extérieures et la multiplication des accords de réadmission avec des pays tiers. Les politiques d'externalisation des frontières continuent d'exposer les personnes migrantes à des violences, à des refoulements et à des parcours migratoires toujours plus dangereux.

En France, la question migratoire s'est imposée comme un sujet majeur du débat public. Les gouvernements successifs ont adopté ou annoncé plusieurs mesures restrictives concernant les conditions de séjour, la régularisation, l'accès aux droits et la rétention administrative. Les mineurs non accompagnés (MNA) ont été particulièrement affectés par cette évolution, avec une remise en cause croissante du principe de présomption de minorité et un durcissement des pratiques d'évaluation.

Les violences institutionnelles envers les personnes exilées demeurent préoccupantes. L'évacuation forcée de la Gaîté Lyrique à Paris après plusieurs mois d'occupation par des jeunes exilés, ainsi que les critiques formulées par les instances nationales et internationales de défense des droits humains, illustrent la dégradation du cadre de protection des enfants et adolescents migrants.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

Bien que la France dispose d'un système de protection sociale développé, les capacités d'accueil et d'accompagnement des populations précaires restent insuffisantes. Les dispositifs d'hébergement d'urgence sont saturés dans de nombreux territoires et les associations de première ligne font face à des contraintes budgétaires croissantes. Les personnes exilées, et particulièrement les mineurs non accompagnés, se retrouvent fréquemment exclues des dispositifs de droit commun ou confrontées à des délais incompatibles avec leurs besoins immédiats. Cette situation se traduit par des parcours d'errance prolongés, une exposition accrue aux violences, à l'exploitation et à la précarité, ainsi qu'un recours croissant aux dispositifs associatifs pour répondre aux besoins fondamentaux de protection, d'hébergement et d'accès aux droits.

Le système de santé français demeure performant mais connaît des fragilités structurelles croissantes. Les difficultés d'accès aux soins concernent désormais une part importante de la population, mais elles affectent de manière disproportionnée les personnes migrantes et précaires. Les tensions sont particulièrement marquées dans les secteurs de la santé mentale, de la médecine de ville et de la pédiatrie. Pour les personnes exilées, les obstacles administratifs, linguistiques, sociaux et financiers continuent de limiter l'accès effectif aux soins. Les débats récurrents autour de l'Aide Médicale d'État (AME) contribuent également à renforcer l'incertitude et les risques d'exclusion sanitaire. Malgré certaines initiatives des Agences régionales de santé visant à améliorer la prise en charge des publics

précaires, les écarts entre les orientations politiques affichées et leur mise en œuvre restent importants.

PRÉSENCE MSF

Après la fermeture de l'opération Calais-Grande-Synthe en 2016, MSF a progressivement développé plusieurs projets destinés aux personnes exilées les plus vulnérables en France métropolitaine.

En Île-de-France, MSF intervient depuis 2017 auprès des mineures non accompagnées en recours de minorité. Le projet associe un accueil de jour pluridisciplinaire, un dispositif d'hébergement et une clinique mobile destinée aux populations précaires, principalement migrantes.

À Marseille, MSF accompagne des mineurs non accompagnés en recours de minorité à travers un dispositif d'hébergement, des activités d'accès aux soins et une participation à un accueil de jour inter-associatif.

À Calais et sur le littoral nord, le projet ouvert en 2023 combine un accueil de jour pour mineurs non accompagnés en transit, des activités de santé somatique et mentale menées en activité externe ainsi qu'un dispositif d'hébergement hivernal destiné aux publics les plus vulnérables.

MSF assure également une veille opérationnelle sur d'autres territoires accueillant des personnes exilées et peut apporter ponctuellement un soutien matériel ou technique à des acteurs de première ligne confrontés à une augmentation des besoins.

PROJET : ÎLE-DE-FRANCE

■ Historique du projet

À la suite des démantèlements des campements du nord de la France, MSF a identifié d'importants obstacles à l'accès aux soins et à la protection pour les mineurs non accompagnés (MNA) en recours de minorité. Afin de promouvoir la présomption de minorité, d'améliorer les conditions d'évaluation mises en œuvre par les départements et de garantir un accès effectif aux soins, l'organisation a ouvert en décembre 2017 un accueil de jour pluridisciplinaire à Pantin. La prise en charge psychologique y était alors assurée conjointement par des psychologues de MSF et du Comede.

En parallèle, MSF a développé un dispositif d'hébergement en soutien au programme Accueillons porté par Utopia56, destiné aux jeunes en attente d'une solution d'accueil. Après l'arrêt progressif de ce programme, l'organisation a remplacé l'hébergement hôtelier initial par deux maisons de dix places chacune destinées aux garçons mineurs non accompagnés en recours, financées par MSF et cogérées avec Utopia56. Un dispositif spécifique pour les jeunes filles a ensuite été développé avec cette même association afin de répondre à l'augmentation de leur présence parmi les jeunes accompagnés.

À partir de 2023, la fragilisation des dispositifs institutionnels de protection a entraîné une augmentation du nombre de jeunes filles mineures non accompagnées sans solution d'hébergement pendant leur recours. Dans ce contexte, le partenariat entre MSF et Utopia56 concernant les hébergements a pris fin et le projet a engagé une réorientation progressive de ses activités vers les jeunes filles. Cette évolution s'est accélérée en 2024, alors qu'un nombre important de jeunes filles demeuraient sans solution d'accueil et que la Ville de Paris annonçait l'ouverture d'un accueil de jour dédié aux garçons mineurs en recours. Depuis juillet 2024, les nouvelles admissions à l'accueil de jour et à l'hébergement concernent exclusivement des jeunes filles mineures en recours de minorité. Fin 2024, les différents hébergements ont été regroupés dans une maison unique située à Montreuil, qui constitue aujourd'hui le dispositif Passerelle.

Depuis son ouverture, le projet comprend également une activité de clinique mobile destinée aux populations précaires, principalement migrantes, afin de faciliter l'accès aux soins et de contribuer à la veille sanitaire dans l'est parisien.

■ Configuration du projet

Le projet repose sur trois dispositifs complémentaires : un accueil de jour pluridisciplinaire à Pantin, un dispositif d'hébergement à Montreuil et une clinique mobile à destination des populations précaires.

L'accueil de jour constitue le point d'entrée du programme. Les jeunes filles mineures non accompagnées en recours de minorité y bénéficient d'un accompagnement pluridisciplinaire associant un suivi social, juridique, médical et psychologique, ainsi que d'un espace de répit répondant à leurs besoins essentiels. Le projet s'appuie sur un réseau de partenaires associatifs, institutionnels, éducatifs et sanitaires pour compléter les parcours d'accompagnement et d'orientation.

Le dispositif d'hébergement « Passerelle », directement géré par MSF, comprend 20 places destinées aux jeunes filles les plus vulnérables suivies par l'accueil de jour. Les résidentes bénéficient d'un accompagnement renforcé visant à favoriser leur protection, leur autonomie et leur insertion, en lien avec les dispositifs de droit commun.

Enfin, une clinique mobile hebdomadaire est déployée à la Porte de la Villette. Elle propose des consultations médicales, un accompagnement social et une orientation vers les structures adaptées. Cette activité est menée en lien avec les acteurs associatifs et institutionnels participant à la veille sanitaire parisienne.

	2021	2022	2023	2024	2025
Nb de mineurs non accompagnés inclus	911	452	303	331	156
Nb de consultations paramédicales	2 491	3 381	2 394	2 600	1 879
Nb d'interventions en santé mentale	2 592	2 653	1 025	437	1 006
Nb de prises en charge à l'aide sociale à l'enfance	191	200	37	114	8
Clinique Mobiles : Nb consultations	n/d	1 293	823	1 385	1 270

PROJET : MARSEILLE

■ Historique du projet

Le projet MSF à Marseille trouve son origine dans les opérations d'hébergement d'urgence mises en œuvre entre 2019 et 2020 à Paris, Marseille, Montpellier et Bordeaux en réponse à la présence de nombreux mineurs non accompagnés (MNA) sans solution d'accueil. En janvier 2020, MSF ouvre à Marseille un centre d'hébergement et un accueil de jour destinés aux MNA primo-arrivants et en recours de minorité. L'objectif est alors de répondre aux besoins de protection d'un grand nombre de jeunes vivant à la rue dans un contexte aggravé par la crise sanitaire liée au Covid-19.

À partir de juillet 2020, l'amélioration relative de la prise en charge des primo-arrivants par les autorités conduit MSF à recentrer son intervention sur les mineurs non accompagnés en recours de minorité. En décembre 2021, la Ville de Marseille met à disposition un nouveau lieu d'hébergement permettant de poursuivre les activités auprès des jeunes les plus vulnérables. Le projet développe progressivement un volet d'activités externes consacré à l'accès aux soins, en réponse au constat d'un nombre important de jeunes non pris en charge par le Conseil départemental malgré leurs besoins médicaux et psychosociaux. Cette activité se structure progressivement et s'accompagne d'un renforcement des ressources humaines.

En 2024, MSF participe à l'ouverture de l'accueil de jour inter-associatif GR1, mis en œuvre avec plusieurs organisations partenaires et soutenu par la municipalité. Ce dispositif permet de renforcer les possibilités d'accompagnement, d'orientation et d'accès aux soins pour les mineurs non accompagnés présents sur le territoire marseillais.

■ Configuration du projet

Le projet s'articule autour de deux composantes principales : un dispositif d'hébergement destiné aux mineurs non accompagnés en recours de minorité et un ensemble d'activités externes visant à améliorer l'accès aux soins des jeunes vivant à la rue ou dans des conditions de grande précarité.

Le dispositif d'hébergement comprend 18 places ainsi que deux lits d'urgence. Les admissions reposent sur des critères de vulnérabilité médicale, psychologique ou sociale. Les jeunes accueillis bénéficient d'un accompagnement pluridisciplinaire associant suivi médical, soutien psychologique, accompagnement social et appui juridique.

Les activités externes se déclinent selon plusieurs modalités complémentaires. Des permanences médicales sont organisées au sein du GR1, tandis que des consultations sont également réalisées dans les squats et lors de maraudes auprès des jeunes vivant à la rue. Ces activités associent consultations médicales, médiation en santé et accompagnement vers les structures de droit commun. MSF apporte également un soutien ponctuel aux lieux de vie informels à travers la distribution de nourriture, d'articles non alimentaires et certaines interventions logistiques.

Enfin, les activités opérationnelles sont complétées par un travail de plaidoyer local avec différents acteurs institutionnels portant notamment sur l'accès aux soins des personnes précaires, les obstacles rencontrés dans les parcours de prise en charge et les conditions d'accueil des mineurs non accompagnés.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a été marquée par la poursuite des activités de prise en charge des mineurs non accompagnés en recours de minorité dans un contexte où les difficultés d'accès à la protection et aux soins demeurent importantes. Les équipes ont continué à cibler prioritairement les jeunes présentant les vulnérabilités médicales, psychologiques ou sociales les plus importantes. Le dispositif d'hébergement a permis la mise à l'abri de 142 jeunes en recours tandis que les activités externes ont assuré plus de 2 000 consultations au cours de l'année.

Le travail mené au sein du GR1 a poursuivi son développement. Ce dispositif, fruit d'un partenariat entre plusieurs acteurs associatifs et institutionnels, offre un lieu de répit et une prise en charge interdisciplinaire des jeunes. MSF y a poursuivi ses permanences d'accès aux soins ainsi que son activité collective de soutien psychologique initiée fin 2024.

En avril 2025, l'organisation a décidé de s'inscrire dans une démarche de passation des activités et de transfert des compétences développées auprès des acteurs locaux au cours des cinq années d'intervention du projet. Cette décision repose sur l'analyse selon laquelle, malgré la persistance des besoins des personnes exilées, les capacités locales se sont renforcées au cours des dernières années et permettent désormais de répondre à une partie de ces besoins.

	2022	2023	2024	2025
Nb de jeunes hébergés	59	34	24	19
Nb admissions	43	16	8	4
Nb de sorties	27	18	9	12
Nb de suivis médicaux	n:d	102	705	691
Nb de consultations psychologiques	n:d	229	445	246

PROJET: CALAIS LITTORAL NORD

■ Historique du projet

Après la fermeture des opérations de Calais et Grande-Synthe en 2016, MSF a maintenu une veille sur le littoral nord afin de suivre l'évolution de la situation humanitaire à la frontière franco-britannique. Malgré le renforcement continu des dispositifs de contrôle et de sécurisation de la frontière, les conditions de vie des personnes exilées sont restées extrêmement précaires, marquées par l'absence de solutions d'hébergement adaptées, des expulsions répétées, des difficultés d'accès aux soins et des violations récurrentes des droits fondamentaux.

Face à la persistance de ces besoins et à l'augmentation du nombre de personnes en transit présentes sur le littoral, MSF a ouvert en avril 2023 un projet basé à Calais qui s'est progressivement développé pour répondre à la diversité des vulnérabilités observées sur le territoire. Si les mineurs non accompagnés constituent un groupe prioritaire, les activités se sont également étendues aux femmes, aux enfants et aux personnes particulièrement exposées aux violences, aux risques liés aux tentatives de traversée de la Manche ou aux conséquences des politiques de contrôle migratoire.

Parallèlement aux activités médicales et de protection, MSF a développé un dispositif de mise à l'abri hivernale destiné aux personnes les plus vulnérables ainsi qu'un soutien ponctuel aux acteurs associatifs de première ligne.

■ Configuration du projet

Le projet combine quatre composantes complémentaires : un accueil de jour pour mineurs non accompagnés en transit, un volet de santé mentale, un volet de santé somatique et un dispositif de mise à l'abri hivernale destiné aux personnes les plus vulnérables.

L'accueil de jour propose aux mineurs non accompagnés un espace sécurisé leur permettant d'accéder à un accompagnement social et de protection, à des activités de répit ainsi qu'à une orientation vers les dispositifs existants. Les équipes assurent également l'identification des situations de vulnérabilité nécessitant un suivi spécifique.

Les activités de santé somatique sont menées principalement sous forme d'interventions mobiles dans les campements et lieux de vie informels et de permanences dans les accueils de jour. Elles comprennent des consultations infirmières, des activités de prévention, des orientations vers les structures de santé adaptées ainsi qu'un travail de coordination des parcours de soins.

Le volet santé mentale assure des consultations psychologiques individuelles ainsi qu'un accompagnement des personnes présentant des situations de détresse psychique importante, souvent en lien avec les violences subies au cours du parcours migratoire, les conditions de vie sur le littoral ou les conséquences de tentatives de traversée.

Enfin, durant la période hivernale, MSF met en œuvre un dispositif de mise à l'abri destiné aux personnes identifiées comme particulièrement vulnérables, notamment les femmes, les enfants et certaines personnes présentant des problèmes médicaux ou psychosociaux importants.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a été marquée par le renforcement du projet, avec un élargissement des activités et un renforcement des équipes.

L'activité auprès des mineurs non accompagnés est restée soutenue avec 312 jeunes rencontrés et 214 admis à l'accueil de jour, contre 177 en 2024. Les équipes ont poursuivi un important travail d'aller-vers et d'accompagnement médico-social auprès de jeunes souvent engagés dans des stratégies

d'invisibilisation liées à leur situation de transit. L'accueil de jour a confirmé son rôle de lieu de répit, de protection et d'orientation pour ce public particulièrement vulnérable.

Les activités de santé somatique et mentale ont poursuivi leur développement à travers des consultations dans les lieux de vie, les accueils de jour et les structures partenaires. Le lancement des maraudes littorales a permis de renforcer l'assistance aux personnes affectées par les tentatives de traversée de la Manche et leurs conséquences. Les équipes ont également développé des activités spécifiques à destination des femmes, des familles et des mineurs non accompagnés afin de faciliter leur accès aux soins, à la protection et aux dispositifs de mise à l'abri. Ce travail s'est appuyé sur une collaboration étroite avec les acteurs associatifs de première ligne présents sur le littoral, contribuant à améliorer l'identification et l'orientation des personnes les plus vulnérables.

Enfin, l'activité de mise à l'abri hivernale a été renforcée en 2025 avec une extension de sa capacité d'accueil et de sa durée d'ouverture.

	2024	2025
Nombre de jeunes suivis à l'accueil de jour	177	214
Nb de consultations de santé somatique	1 257	1 634
Nb d'actes en santé mentale	470	600

URGENCE: CYCLONE A MAYOTTE

À la suite du passage du cyclone Chido en décembre 2024, MSF a déployé une intervention d'urgence à Mayotte afin de répondre aux besoins des populations les plus touchées par la catastrophe. Des cliniques mobiles ont été mises en place dans plusieurs quartiers particulièrement vulnérables de Grande-Terre, où les destructions d'infrastructures et les difficultés d'accès aux services essentiels ont fortement limité l'accès aux soins. Entre décembre 2024 et mars 2025, les équipes ont réalisé plus de 6 600 consultations médicales.

L'intervention s'est concentrée sur la prise en charge des pathologies liées à la dégradation des conditions de vie après le cyclone, en particulier celles associées au manque d'accès à l'eau potable. En parallèle, des activités d'eau, hygiène et assainissement ont été menées afin de réhabiliter des installations hydrauliques endommagées et de rétablir l'accès à l'eau dans plusieurs quartiers.

Au-delà de la réponse d'urgence, cette intervention a mis en lumière les vulnérabilités structurelles qui affectent une partie importante de la population mahoraise. Les équipes ont constaté que les conséquences du cyclone étaient aggravées par des difficultés préexistantes d'accès aux soins, à l'eau et aux services de base dans les quartiers les plus précaires de l'île. Cette réponse a également permis de documenter et de témoigner des inégalités persistantes auxquelles sont confrontées les populations les plus vulnérables de Mayotte.

HAÏTI	
Type d'intervention : conflit	Personnels :
Nombre de projets : 2	Local : 779
Dépenses 2025 : 21 296 k€	International : 45
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Depuis l'assassinat du président Jovenel Moïse en 2021, Haïti traverse une crise politique et sécuritaire profonde marquée par l'effondrement des institutions étatiques et l'expansion du contrôle territorial des groupes armés. En mars 2024, les attaques coordonnées de coalitions de gangs ont conduit à la démission du Premier ministre Ariel Henry et à la mise en place d'un Conseil présidentiel de transition, lui-même fragilisé par des divisions internes. Les groupes armés, notamment au sein de la coalition Viv Ansam, contrôlent aujourd'hui une grande partie de Port-au-Prince ainsi que plusieurs axes stratégiques du pays.

Face à l'intensification des violences, la communauté internationale a soutenu le déploiement d'une force multinationale en appui à la Police nationale d'Haïti (PNH), dont les résultats sont restés limités. Les autorités haïtiennes ont parallèlement développé des partenariats sécuritaires avec des acteurs privés. Les affrontements, les attaques contre les infrastructures publiques, les déplacements de population et l'insécurité généralisée continuent d'affaiblir les capacités de l'État.

L'économie poursuit sa dégradation dans un contexte de forte insécurité. Les principaux axes routiers demeurent exposés aux violences et à l'extorsion, tandis que l'accès à Port-au-Prince reste fortement contraint. Cap-Haïtien a renforcé son rôle de point d'accès stratégique au pays depuis les perturbations affectant la capitale.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

La crise humanitaire continue de s'aggraver. Plus de 1,3 million de personnes sont déplacées à travers le pays sous l'effet des violences et de l'insécurité. Les mouvements de population, la détérioration des conditions de vie et la progression de l'insécurité alimentaire exercent une pression croissante sur des communautés déjà fortement vulnérables.

Le système de santé haïtien reste profondément fragilisé. La fermeture ou l'interruption d'activité de nombreuses structures de santé a réduit l'offre de soins dans plusieurs régions du pays. En 2025, l'hôpital de Mirebalais a notamment cessé ses activités à la suite de la progression des groupes armés dans la zone. Les fermetures des structures de Turgeau et Carrefour ont également accentué la pression sur les établissements encore opérationnels.

Les structures de MSF ont elles-mêmes été affectées par l'insécurité au cours des dernières années. Les activités ont été suspendues à plusieurs reprises à Cité Soleil et à Tabarre, tandis que l'ensemble des activités MSF à Port-au-Prince avait été interrompu en novembre 2024 après des agressions contre des patients et des membres du personnel. Malgré les engagements publics des autorités en faveur du respect des structures médicales, les risques sécuritaires demeurent élevés.

Sur le plan sanitaire, l'épidémie de choléra réapparue en 2022 reste préoccupante. En 2025, 1 467 cas suspects ont été enregistrés, dont 1 189 hospitalisations, 44 cas confirmés et 26 décès. Haïti présente

également l'un des taux de tuberculose les plus élevés de la région, tandis que les maladies chroniques continuent de progresser.

Les violences sexuelles connaissent une hausse particulièrement préoccupante. Plus de 6 000 cas ont été rapportés entre janvier et juillet 2025, contre près de 4 000 sur la même période l'année précédente. Cette détérioration s'accompagne d'une forte augmentation de la mortalité maternelle, principalement dans les départements de l'Ouest et du Centre

PRÉSENCE MSF

MSF est présent en Haïti depuis plus de trente ans et intervient dans le pays sur la base d'un protocole d'accord conclu avec les autorités haïtiennes. Après une première présence entre 1991 et 1999, MSF France est revenu en 2004 à la suite d'une catastrophe naturelle et a progressivement développé des activités de traumatologie puis de prise en charge spécialisée des brûlés.

Face à l'évolution de la violence urbaine, les différents centres opérationnels de MSF ont adapté leurs dispositifs. MSF-OCB a relocalisé ses activités d'urgence de Martissant vers Turgeau puis Carrefour, où un hôpital de traumatologie a été ouvert fin 2023. MSF-OCB soutient également l'hôpital communautaire de Port-à-Piment pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

MSF-OCA poursuit ses activités de prise en charge des victimes de violences sexuelles à Port-au-Prince et développe des activités mobiles et WASH auprès des populations déplacées. Après la fermeture de son projet dans l'Artibonite en 2024, MSF-OCA a également ouvert en 2025 la maternité de Chancerelles en partenariat avec ALIMA et le ministère de la Santé publique et de la Population.

MSF-OCP est positionné à Port-au-Prince sur deux structures médicales. À Tabarre, MSF-OCP gère un hôpital de référence spécialisé dans la prise en charge des traumatismes sévères et des grands brûlés, accueillant des patients provenant de l'ensemble de la zone métropolitaine ainsi que de tout le pays pour les brûlures graves. À Cité Soleil, MSF-OCP développe un projet d'accès aux soins associant urgences, hospitalisation, consultations externes, prise en charge des violences sexuelles et activités communautaires et WASH, destiné à répondre aux besoins d'une population particulièrement affectée par la violence.

L'année 2025 a été marquée par plusieurs incidents graves affectant MSF, notamment l'exécution de patients transportés dans une ambulance en novembre 2024 et des tirs contre un convoi de MSF-en mars 2025. Ces événements ont conduit à des suspensions temporaires d'activités et à l'arrêt du transport de patients dans les ambulances MSF. Pour renforcer la compréhension de son mandat médical, l'organisation a poursuivi un travail de sensibilisation auprès de différents acteurs sécuritaires, tout en maintenant un dialogue constant avec l'ensemble des parties prenantes afin de préserver son indépendance et sa neutralité.

PROJET : TABARRE

■ Historique du projet

L'hôpital de Tabarre, initialement ouvert par MSF-OCB en 2010 après le séisme, a été repris par OCP en 2019. Il a été développé comme structure de référence pour la prise en charge des traumatismes sévères liés à la violence et aux accidents. En 2021, l'activité brûlés a été transférée de Cité Soleil à Tabarre, une décision d'abord temporaire devenue permanente face à l'insécurité. L'unité de traitement des grands brûlés, unique en Haïti, reçoit des patients de tout le pays. MSF y propose notamment des soins spécialisés comme le masque 3D pour la restauration faciale.

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

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

■ Configuration du projet

L'hôpital de Tabarre est une structure entièrement gérée par MSF. Les patients sont accueillis dans un service d'urgences commun (accueil, postes déchoquage, salle d'observation), avant d'être orienté vers deux circuits distincts : la traumatologie (50 lits) et la brûlologie (25 lits), avec une capacité extensible à 65 et 30 lits en cas d'afflux massif. Chacune de ces filières comprend bloc opératoire, unité de soins intensifs, capacités d'hospitalisation et lits dédiés à l'isolement.

L'hôpital dispose également d'un service ambulatoire assurant le suivi post-opératoire des patients hospitalisés, comprenant consultations chirurgicales et médicales, suivi des pansements, séances de kinésithérapie, accompagnement psychologique et soutien social.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a été marquée par une forte augmentation de l'activité de l'hôpital. Les admissions en traumatologie ont progressé de 35% par rapport à 2024, tandis que le nombre d'interventions chirurgicales a augmenté de 20%. L'activité ambulatoire a également connu une hausse importante, avec une progression de 30% des séances de physiothérapie.

L'activité de prise en charge des brûlés a suivi la même tendance. Le nombre d'admissions a augmenté de 44% et les interventions chirurgicales de 33% par rapport à l'année précédente. Dans un contexte marqué par la fermeture d'autres structures assurant ce type de prise en charge, l'hôpital a consolidé son rôle de centre de référence national pour les grands brûlés.

Dans un contexte de violence, l'hôpital a continué à répondre aux afflux de blessés tout en maintenant une prise en charge multidisciplinaire associant chirurgie, soins intensifs, physiothérapie, accompagnement psychosocial et suivi social. Les défis sécuritaires restent importants, notamment en raison de la proximité des affrontements armés, des risques d'intrusion dans l'hôpital et des difficultés de transport des patients depuis l'arrêt des ambulances MSF.

	2021	2022	2023	2024	2025
TRAUMA					
Nb d'admissions	1 075	1 113	993	1 016	1 373
Nb d'interventions chirurgicales	4 278	4 180	3 451	3 825	4 593
Nb de séances physio en ambulatoire	NA	7 972	7 764	9 127	11 882
BRÔLES					
Nb d'admissions	1 211	240	263	256	368
Nb d'interventions chirurgicales	4 278	2 824	2 833	2 080	2 769
Nb de séances physio en ambulatoire	1 252	5 046	5 811	4 845	5 583

PROJET : CITE SOLEIL

■ Historique du projet

MSF est présent à Cité Soleil depuis 2011. Le projet a d'abord été développé autour d'un centre de traumatologie accueillant les victimes de violences, d'accidents de la route et de brûlures. Après la fermeture des services de médecine et de pédiatrie en 2013, les activités se sont progressivement recentrées sur la prise en charge des brûlures avec l'ouverture du Centre des Brûlés d'Haïti en 2015.

En 2021, la dégradation du contexte sécuritaire a conduit au transfert des activités brûlés vers Tabarre, tandis que les activités d'urgence étaient maintenues à Cité Soleil. À partir de 2022, le projet a connu plusieurs adaptations, avec la mise en place de cliniques mobiles et d'une réponse au choléra, dans un contexte marqué par des interruptions ponctuelles d'activité liées aux violences.

En 2024, le projet a élargi son offre de soins avec l'ouverture d'un service d'hospitalisation et d'un service de prise en charge des victimes de violences sexuelles. Les activités de cliniques mobiles ont ensuite été transférées à ALIMA, tandis qu'une consultation externe a été maintenue à Brooklyn. En 2025, la stabilisation des services d'urgence, d'hospitalisation, de consultations externes et de prise en charge des violences sexuelles a consolidé l'évolution du projet vers une offre intégrée de soins primaires et secondaires.

■ Configuration du projet

Le projet est mis en œuvre au sein d'une structure entièrement gérée par MSF, située au cœur de Cité Soleil. L'hôpital comprend un service d'urgences et de stabilisation de dix lits accueillant tous les patients, un service d'hospitalisation composé de 11 lits adultes, 11 lits pédiatriques, cinq lits de soins intensifs et quatre lits d'isolement, ainsi qu'un service de consultations externes proposant des soins de suivi et des pansements.

Le dispositif comprend également un service de prise en charge des victimes de violences sexuelles assurant les soins médicaux, le soutien en santé mentale, l'accompagnement social, le planning familial et les avortements médicalisés. Des services transversaux de promotion de la santé, laboratoire, radiologie, stérilisation, restauration des patients et buanderie complètent l'offre de soins.

En dehors du site principal, MSF gère un service de consultations externes à Brooklyn assurant le suivi des patients et les pansements. Le projet mène également des activités de chloration de l'eau dans huit points répartis dans les quartiers les plus exposés au choléra, des distributions ponctuelles de kits dans les sites de déplacés internes ainsi que des activités de surveillance communautaire, de sensibilisation et de collecte de retours communautaires à travers un réseau d'agents de santé.

Le projet travaille également en collaboration avec le Centre Ambulancier National pour les références, avec Sainte-Camille pour la prise en charge du VIH et de la tuberculose, ainsi qu'avec différents partenaires impliqués dans la protection et l'orientation des survivantes de violences sexuelles.

■ Bilan 2025

Dans un contexte marqué par une accalmie relative à Cité Soleil depuis la seconde moitié de 2024 et par la diminution de l'offre de soins dans le pays, l'activité du projet a fortement augmenté. Les passages aux urgences ont progressé de 33% par rapport à 2024, tandis que les admissions hospitalières ont plus que doublé. Les consultations externes ont également enregistré une hausse de 25%.

L'année a également été marquée par une réorganisation du dispositif hospitalier. Le regroupement des services dans un même bâtiment a permis de séparer les hospitalisations pédiatriques et adultes, de mettre en place une unité de soins intensifs et de renforcer les capacités d'isolement. Les critères

d'admission, d'orientation et de référence ont été révisés afin d'améliorer la prise en charge des patients les plus critiques.

Le nombre de nouveaux cas de violences sexuelles pris en charge a augmenté de 9% par rapport à 2024. Les activités liées aux soins d'avortement sécurisés se sont poursuivies tout au long de l'année. Parallèlement, les activités communautaires de surveillance, de sensibilisation et de promotion de la santé ont été maintenues, tandis que les activités WASH ont combiné soutien aux points de chloration, réparations de pompes, assainissement et distributions de kits d'hygiène.

	2023	2024	2025
Consultations	30 192	38 090	56 833
Passages aux urgences	5 443	9 770	12 989
Admissions en hospitalisation	414	610	1 669
Nb d'interventions chirurgicales	162		
Victimes de violences sexuelles	279	1 436	1 568

IRAN	
Type d'intervention : accès aux soins	Personnels :
Nombre de projets : 1	Local : 27
Dépenses 2025 : 828 k€	International : 2
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCG

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

L'année 2025 a été marquée par une dégradation du contexte politique, sécuritaire et économique iranien. Sur le plan international, l'Iran a fait face à un renforcement de son isolement diplomatique, notamment avec le rétablissement de sanctions des Nations unies à l'initiative du Royaume-Uni, de la France et de l'Allemagne. Cette évolution est venue accentuer les difficultés économiques du pays et les tensions avec plusieurs États européens. Dans le même temps, le cessez-le-feu conclu avec Israël est demeuré fragile, tandis que l'environnement régional est resté marqué par de fortes incertitudes et des rivalités persistantes. L'Iran a également dû composer avec plusieurs évolutions géopolitiques régionales affectant ses intérêts stratégiques, tout en poursuivant le renforcement de ses relations avec la Chine, la Russie ainsi qu'avec plusieurs pays arabes, notamment l'Arabie saoudite et l'Égypte.

À l'intérieur du pays, les autorités ont continué de faire face à des enjeux sécuritaires importants. Le groupe armé Jaish al-Adl a poursuivi ses attaques contre les forces de sécurité et les civils dans le sud-est du pays, tandis que des menaces transfrontalières en provenance d'Afghanistan ont également été signalées. La question migratoire s'est imposée comme un enjeu politique majeur. Les autorités iraniennes ont annoncé accueillir plus de six millions d'Afghans, documentés ou non. À partir de mars 2025, une vaste campagne d'expulsions a conduit au retour forcé de près de 1,5 million d'Afghans au cours de l'année. Les migrants sans statut légal demeurent exclus de plusieurs droits et services, notamment l'accès à l'éducation pour leurs enfants et aux dispositifs de santé subventionnés.

À la fin de l'année 2025, la dégradation de la situation économique a provoqué une vague de manifestations dans plusieurs régions du pays. Ce mouvement a rapidement pris une dimension politique plus large en remettant en cause les autorités de la République islamique. Cette contestation, qui a révélé l'ampleur des tensions sociales et politiques accumulées au cours des dernières années, a ouvert une période d'instabilité dont les répercussions sécuritaires et géopolitiques devaient fortement marquer le pays au cours de l'année 2026.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

L'Iran dispose d'un système de santé relativement développé, reposant sur les soins de santé primaires et plusieurs régimes publics d'assurance maladie. Toutefois, la combinaison des difficultés économiques, du poids croissant des maladies chroniques et des besoins des populations vulnérables exerce une pression croissante sur ce système. Les dépenses directes des ménages représenteraient entre 35 % et 40 % des dépenses de santé, tandis que certains services, notamment en santé mentale et pour les médicaments ambulatoires, restent insuffisamment couverts.

La consommation de drogues constitue l'un des principaux défis sanitaires du pays. Environ 2,8 millions de personnes consommeraient des drogues et l'usage de drogues injectables demeure un facteur majeur de transmission du VIH et de l'hépatite C. Bien que l'Iran ait développé des programmes de réduction des risques, leur couverture reste inégale et l'accès aux soins est entravé par la stigmatisation ainsi que par certaines dispositions répressives. La prévalence de l'hépatite C est estimée entre 0,3 % et 0,5 % dans la population générale, mais atteint environ 40 % parmi les usagers

de drogues. Les capacités nationales de production d'antiviraux ont amélioré l'accès au traitement, mais le dépistage demeure insuffisant et plusieurs obstacles persistent dans l'accès aux soins.

Les réfugiés et migrants, principalement afghans, restent confrontés à d'importantes difficultés d'accès aux services de santé. Si les réfugiés enregistrés peuvent bénéficier du système national d'assurance, la majorité des migrants non documentés dépendent d'organisations humanitaires ou doivent financer eux-mêmes leurs soins. Ces populations présentent des besoins importants en matière de santé mentale, de santé maternelle et infantile ainsi que de prise en charge des maladies transmissibles.

L'accès aux médicaments demeure affecté par les sanctions internationales, les difficultés d'approvisionnement en matières premières et la dépréciation monétaire, entraînant pénuries et hausse des prix. Les maladies non transmissibles représentent environ 80 % des décès dans le pays, notamment les maladies cardiovasculaires. Les troubles de santé mentale toucheraient près d'un adulte sur quatre, dans un contexte de pression socio-économique croissante et d'offre de soins insuffisante.

PRÉSENCE MSF

Les premières interventions de MSF en Iran remontent aux années 1990, en réponse à plusieurs catastrophes naturelles ainsi qu'aux besoins de santé des populations réfugiées. Après la fermeture en 2011 du projet de Zahedan, destiné aux réfugiés afghans dans la province du Sistan-et-Baloutchistan, MSF a développé à partir de 2012 des programmes ciblant les populations les plus vulnérables ayant un accès limité aux soins, notamment les personnes sans domicile, les usagers de drogues et les travailleurs et travailleuses du sexe. En 2019, l'organisation a également participé à la réponse aux inondations ayant touché plusieurs provinces du pays.

MSF est aujourd'hui présente en Iran à travers deux centres opérationnels. Depuis 2022, le projet de Téhéran Sud est géré par MSF-OCG, qui a également ouvert un projet à Kerman dans le sud-est de l'Iran en 2024. De son côté, MSF- OCP gère depuis 2018 le projet de Mashhad au nord-est de l'Iran, près de la frontière afghane, qui concentre ses activités sur l'accès aux soins de santé primaire, la santé mentale et le dépistage et traitement de l'hépatite C auprès des populations les plus vulnérables, notamment les migrants et réfugiés afghans, les personnes en situation de précarité et les usagers de drogues.

PROJET : MASHHAD

■ Historique du projet

MSF est intervenue une première fois à Mashhad à partir de 1996 pour fournir des soins de santé primaires, des activités d'éducation à la santé et des références vers des structures de soins secondaires destinées aux réfugiés afghans. Cette intervention s'est poursuivie pendant environ dix ans.

Après plusieurs années d'absence, MSF est revenue à Mashhad en 2017 et a ouvert le projet actuel en avril 2018. Celui-ci cible les populations les plus vulnérables ayant des difficultés d'accès aux soins, en particulier les migrants afghans et les usagers de drogues.

Depuis 2022, le projet met également en œuvre des activités de dépistage et de traitement de l'hépatite C dans des centres résidentiels obligatoires accueillant des usagers de drogues, élargissant ainsi la prise en charge proposée aux populations les plus exposées à cette pathologie.

■ Configuration du projet

MSF met en œuvre ses activités à Mashhad et dans ses environs en partenariat avec la Society for Recovery Support (SRS). Le projet vise à améliorer l'accès aux soins des populations les plus vulnérables, notamment les réfugiés et migrants afghans, les personnes en situation de précarité et les usagers de drogues.

Le dispositif s'articule autour d'une clinique fixe située à Golshahr, où sont proposés gratuitement des soins de santé primaires, des consultations psychologiques, des services sociaux, des références vers des structures de soins secondaires ainsi que le dépistage, le diagnostic et le traitement de l'hépatite C. Deux cliniques mobiles déployées à Sakhteman et Ghorghi complètent cette offre auprès de populations marginalisées ayant un accès limité aux soins, en proposant des consultations médicales et psychologiques, la dispensation de médicaments et des activités de promotion de la santé.

MSF intervient également dans deux centres résidentiels obligatoires accueillant des usagers de drogues, où l'organisation assure le dépistage et le traitement de l'hépatite C, des activités de réduction des risques ainsi qu'un accompagnement en santé mentale. En parallèle, le projet soutient des activités mises en œuvre par SRS à Torbat-e Jam dans le domaine de la santé mentale, ainsi que des activités de réduction des risques à Esmael Abad.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a été marquée par d'importantes contraintes administratives et sécuritaires. Combinées aux conséquences de la guerre de douze jours entre l'Iran et Israël, elles ont retardé plusieurs développements prévus, notamment l'extension des activités envisagées dans les centres d'accueil pour usagers de drogues.

Malgré ces difficultés, les activités médicales sont restées accessibles tout au long de l'année. Le renforcement du contrôle exercé sur les organisations internationales par le Center for Aliens and Foreign Immigrants Affairs (CAFIA) a continué de restreindre les marges de manœuvre opérationnelles et la mise en œuvre de nouvelles initiatives.

Les services de santé mentale ont été particulièrement affectés par les difficultés de recrutement, les besoins de renforcement des capacités du personnel et des capacités de supervision limitées. Plus largement, les expulsions massives de migrants afghans, la hausse du coût des médicaments, les difficultés d'approvisionnement liées aux sanctions et le départ continu de professionnels de santé ont continué de peser sur l'accès aux soins et sur les capacités opérationnelles du projet.

Indicateurs	2021	2022	2023	2024	2025
Consultations médicales en clinique mobile	7 619	9 645	16 259	15 874	16 599
Consultations médicales et de santé mentale à la clinique Golshahr	4 266	3 931	5 974	6 477	5 897
Patients traités pour l'hépatite C	386	408	347	293	273
Références vers des services de consultation externes	2 865	3 308	2 838	2 760	2 873
Références vers des services d'hospitalisation externes	47	55	20	23	22

JORDANIE	
Type d'intervention : accès aux soins pour victimes de conflit Nombre de projets : 1 Dépenses 2025 : 12 244 k€ Financements institutionnels : 33 k€ (collectivités locales suisses)	Personnels : Local : 209 International : 10 Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCBA, OCG

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Située au carrefour du Moyen-Orient, la Jordanie occupe une position géostratégique qui lui confère un rôle diplomatique et sécuritaire majeur dans la région. Malgré des ressources naturelles limitées, le Royaume hachémite a maintenu sa stabilité grâce à une politique étrangère pragmatique fondée sur la diplomatie et la coopération internationale. Amman accueille régulièrement des conférences et sommets internationaux et demeure un partenaire privilégié des acteurs internationaux engagés dans la recherche de stabilité régionale.

La Jordanie reste confrontée aux répercussions de l'instabilité régionale, notamment des conflits à Gaza et en Syrie, ainsi qu'aux menaces persistantes le long de ses frontières orientale et septentrionale. La proximité du pays avec plusieurs zones de conflit continue de renforcer l'importance de ses dispositifs sécuritaires et de ses capacités de renseignement, qui constituent un pilier de sa coopération avec de nombreux partenaires internationaux.

Sur le plan économique, les conséquences de la guerre à Gaza se sont ajoutées à des difficultés structurelles déjà importantes. Le maintien sur le territoire jordanien d'un grand nombre de réfugiés syriens continue de peser sur des ressources nationales limitées. Face à ces contraintes, le Royaume poursuit le renforcement de ses relations avec les pays du Golfe, dont l'appui financier demeure essentiel, tout en cherchant à consolider son rôle de corridor commercial et logistique entre le Levant et la péninsule Arabique.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

La Jordanie accueille l'une des plus fortes proportions de réfugiés au monde rapportée à sa population. Environ une personne sur quinze résidant dans le pays possède un statut de réfugié, ce qui continue d'exercer une pression importante sur les services publics et les ressources nationales.

Le conflit à Gaza a conduit la Jordanie à déployer une importante réponse humanitaire. Les Forces armées jordanienues ont déployé plusieurs hôpitaux de campagne dans la bande de Gaza et en Cisjordanie, où plus de 521 000 patients ont été pris en charge et plus de 21 000 interventions chirurgicales réalisées. Parallèlement, la Jordanie a organisé des ponts aériens, des largages humanitaires et des convois terrestres ayant permis l'acheminement de milliers de tonnes d'aide vers Gaza.

En février, le roi Abdallah II a annoncé l'évacuation vers la Jordanie d'environ 2 000 enfants originaires de Gaza nécessitant des soins spécialisés, notamment pour des cancers ou d'autres pathologies graves. Mise en œuvre avec l'appui de partenaires internationaux, cette initiative a toutefois suscité des critiques de plusieurs organisations humanitaires en raison de l'obligation faite aux patients de retourner à Gaza après leur traitement.

Le système de santé jordanien comprend 117 hôpitaux totalisant environ 14 000 lits, dont 69 établissements privés, 31 publics, 15 relevant des services médicaux militaires et deux hôpitaux universitaires. Malgré un ratio médecins-population favorable et un secteur privé développé, le système de santé reste toutefois confronté à des défis persistants en matière de soins de santé primaires, d'équité dans l'accès aux soins, de viabilité financière et de prise en charge des populations réfugiées.

PRÉSENCE MSF

La présence de Médecins Sans Frontières en Jordanie répond principalement à des besoins régionaux plutôt qu'au contexte humanitaire propre au pays. La Jordanie constitue depuis de nombreuses années une base opérationnelle et logistique permettant à MSF de soutenir des interventions dans plusieurs pays du Moyen-Orient.

Entre 2006 et 2011, MSF OCP a notamment assuré depuis la Jordanie le soutien à plusieurs projets en Irak, avant d'y coordonner à partir de 2012 des activités menées à distance en Syrie. Entre 2013 et 2020, plusieurs interventions ont également été développées en Jordanie en réponse à la crise syrienne, notamment un hôpital pédiatrique dans le camp de Za'atari ainsi que des activités de maternité, de néonatalogie, de santé mentale et de soutien psychosocial à Irbid puis à Mafraq. Ces activités ont progressivement été transférées ou fermées, mettant fin à la réponse opérationnelle directe liée à la crise syrienne dans le pays. Depuis 2006, le programme de chirurgie reconstructrice basé à Amman accueille des patients affectés par les conflits de la région, notamment originaires d'Irak, du Yémen, de Syrie et de Palestine, ainsi que des Jordaniens vulnérables.

La mission jordanienne joue également un rôle régional important en accueillant plusieurs fonctions de référence dans les domaines biomédical, énergétique, de la santé mentale, des systèmes d'information sanitaire ou encore de l'approvisionnement.

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

PROJET : AMMAN – HOPITAL DE CHIRURGIE RECONSTRUCTIVE

■ Historique du projet

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

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

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

■ Configuration du projet

Situé dans le quartier de Marka, à l'est d'Amman, le programme repose sur un hôpital privé de cinq étages dont MSF gère la quasi-totalité des activités. Seuls le laboratoire général et le service de radiologie restent sous la responsabilité de l'établissement hospitalier. Le projet s'appuie également sur un réseau de responsables de liaison médicale présents dans plusieurs pays d'origine des patients ainsi que sur un dispositif de suivi physiothérapeutique à distance.

L'hôpital dispose de 123 lits d'hospitalisation ainsi que de plus de 35 places destinées aux proches et accompagnateurs. Les services d'hospitalisation sont répartis sur plusieurs étages et comprennent notamment une unité d'isolement et une unité de soins intensifs. Face à l'augmentation du nombre de patients et d'accompagnants provenant de Gaza à partir du second semestre 2025, MSF a également mobilisé un hôtel à Amman offrant une capacité de 92 lits pour l'hébergement des patients ambulatoires et de leurs accompagnants.

Le département ambulatoire comprend une salle d'urgence, des salles de consultation, une pharmacie de dispensation et une salle de prélèvements. L'hôpital dispose également de deux blocs opératoires entièrement équipés, d'une troisième salle destinée aux interventions mineures, d'une salle de réveil, d'un service de stérilisation centrale et d'un cabinet dentaire.

La prise en charge associe les soins chirurgicaux à des activités de réadaptation physique, comprenant physiothérapie, ergothérapie et impression 3D de prothèses et d'orthèses. Un département de santé mentale et de soutien psychosocial propose un accompagnement psychologique ainsi que des activités récréatives et éducatives. L'infrastructure comprend également un laboratoire de microbiologie, une pharmacie centrale, une buanderie, un service de restauration, des ateliers biomédicaux et logistiques, des espaces d'accueil et des infrastructures dédiées aux enfants.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a été marquée par l'adaptation progressive du programme à l'arrivée de patients originaires de Gaza. À la fin de l'année, 35 patients gazaouis et 53 accompagnants avaient été admis dans le cadre des mécanismes d'évacuation médicale vers la Jordanie. Cette nouvelle population a entraîné une augmentation des besoins d'hébergement et de prise en charge pédiatrique, plusieurs enfants arrivant avec des situations de malnutrition aiguë modérée ou sévère nécessitant un accompagnement nutritionnel spécifique. Le nombre de mineurs pris en charge au sein du programme a ainsi augmenté au cours du second semestre. Les activités hospitalières sont demeurées soutenues avec 525 admissions, dont près des trois quarts relevaient de la chirurgie orthopédique.

L'une des principales difficultés rencontrées a concerné la prise en charge d'infections de plus en plus complexes. La hausse du nombre de patients porteurs d'organismes résistants, souvent déjà infectés ou colonisés avant leur admission, ainsi que la sévérité croissante des cas référés vers Amman, ont contribué à une augmentation marquée de la résistance aux antimicrobiens. Cette évolution a nécessité un renforcement des capacités d'isolement de l'hôpital et des mesures de prévention et de contrôle des infections.

Parallèlement, le projet a poursuivi le renforcement de son approche multidisciplinaire de réadaptation. Les équipes ont développé les activités d'éducation thérapeutique, renforcé les mécanismes d'amélioration de la qualité des soins et poursuivi les activités de physiothérapie, de suivi à distance et d'impression 3D. Le département de santé mentale et de soutien aux patients a également étendu ses activités de réinsertion sociale et professionnelle, avec notamment l'organisation de quatorze sessions de formation professionnelle au bénéfice de 88 patients, l'ouverture d'un atelier de couture et le développement d'activités artistiques destinées à améliorer la qualité de vie des patients durant leur séjour.

Depuis son ouverture en 2006, le programme a enregistré plus de 8 764 admissions pour plus de 5 700 patients et réalisé plus de 19 119 interventions chirurgicales.

	2021	2022	2023	2024	2025
Nb de traitements achevés	940	954	990	832	1 025
Nb moyens de passages au bloc par patients	1,9	1,5	1,4	1,6	1,6
Taux d'infections post-opératoires	4%	4%	5%	4%	3%

KENYA	
Type d'intervention : violences urbaines, maladies chroniques Nombre de projets : 2 Dépenses 2025 : 7 834 k€ Financements institutionnels : aucun	Personnels : Local : 208 International : 23 Autres centres opérationnels MSF : OCB, OCG

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Depuis son indépendance en 1963, le Kenya est marqué par un système présidentiel fort. L'adoption de la Constitution de 2010 a engagé un important processus de décentralisation des ressources et des responsabilités vers les comtés. Malgré cette évolution institutionnelle, les processus électoraux demeurent régulièrement contestés et constituent une source récurrente de tensions politiques.

Après les mobilisations massives de 2024, l'année 2025 a été marquée par la poursuite des contestations contre le gouvernement, notamment portées par une partie de la jeunesse urbaine. Plusieurs manifestations ont été réprimées par les forces de sécurité, provoquant des morts et des centaines de blessés, tandis que des organisations de défense des droits humains ont dénoncé des arrestations, des détentions arbitraires et des disparitions forcées de militants.

Sur le plan sécuritaire, Al-Shabaab demeure une menace persistante dans les régions frontalières avec la Somalie, malgré une intensité des attaques inférieure à celle observée en 2024. Parallèlement, la réduction progressive des financements extérieurs, accentuée en 2025 par l'arrêt de nombreux programmes financés par les États-Unis, continue d'exercer une pression importante sur les institutions publiques et les acteurs humanitaires.

■ Contexte Sanitaire

Le système de santé kényan fonctionne dans un cadre décentralisé où les comtés assurent la mise en œuvre des services de santé. Dans un contexte de diminution des financements internationaux, les autorités poursuivent des réformes visant à intégrer davantage la prise en charge des maladies transmissibles et non transmissibles.

Le VIH demeure un enjeu majeur de santé publique, avec une prévalence nationale de 3,3 %, atteignant 10,6 % dans le comté de Homa Bay. Les maladies non transmissibles représentent quant à elles 27 % des décès dans le pays et plus de la moitié des hospitalisations. L'hypertension touche 28,6 % des adultes et le diabète 3,3 % de la population. Les cancers, les maladies cardiovasculaires, le diabète et les maladies respiratoires chroniques représentent 57 % des décès liés aux maladies non transmissibles. La drépanocytose reste l'hémoglobinopathie la plus fréquente du pays. Les violences sexuelles et basées sur le genre demeurent également très répandues, près de la moitié des femmes déclarant en avoir été victimes au cours de leur vie.

L'année 2025 a été marquée par plusieurs urgences sanitaires, notamment des flambées de rougeole dans 19 comtés, de choléra dans cinq comtés et la poursuite de l'épidémie de mpox. Par ailleurs, environ 1,8 million de personnes étaient confrontées à une insécurité alimentaire aiguë, principalement dans les régions arides du nord du pays.

La mise en œuvre du nouveau système d'assurance santé sociale (SHA) a continué de limiter l'accès aux soins pour certaines populations vulnérables, notamment les personnes sans documents

d'identité et les ménages les plus précaires. Dans le même temps, l'arrêt de nombreux financements américains a fortement affecté le secteur de la santé : plus de 40 % des structures de santé rapportaient des perturbations de services en 2025, avec des conséquences particulièrement importantes pour les programmes VIH, de planification familiale et de vaccination.

PRÉSENCE MSF

MSF est présente au Kenya depuis 1987 et a ouvert son premier projet dans le pays en 1991 auprès des réfugiés originaires du Soudan du Sud et de Somalie. MSF OCP travaille à Nairobi depuis 1996 et concentre aujourd'hui ses activités sur la réponse aux violences urbaines dans les quartiers informels de Nairobi ainsi que sur la prise en charge des maladies chroniques dans le comté de Homa Bay.

MSF OCG poursuit ses activités dans le camp de réfugiés de Dadaab ainsi qu'à Mombasa. MSF OCB a progressivement réorienté ses activités vers la surveillance et la réponse aux urgences et prévoit son retrait opérationnel du pays.

Nairobi demeure un centre régional majeur pour MSF, accueillant plusieurs cellules opérationnelles décentralisées, des équipes de coordination régionales, des plateformes logistiques ainsi que le siège de MSF East Africa.

PROJET : EASTLANDS - RÉPONSE AUX VIOLENCES URBAINES

■ Historique du projet

MSF intervient dans les quartiers informels de Nairobi depuis 1996. Après avoir développé des activités de soins de santé primaires puis de prise en charge du VIH et de la tuberculose, l'organisation a progressivement réorienté ses activités vers la prise en charge des violences sexuelles et l'amélioration de l'accès aux soins d'urgence. Une étude menée en 2012 a mis en évidence l'ampleur des violences sexuelles et les obstacles à l'accès aux soins secondaires dans les quartiers d'Eastlands. Elle a conduit au développement d'un système d'ambulances médicalisées, d'un centre d'appels d'urgence et au renforcement de la prise en charge des survivantes de violences sexuelles.

Une étude de victimisation réalisée en 2015-2016 a par ailleurs montré la vulnérabilité particulière des adolescents et des jeunes, conduisant à l'ouverture en 2021 d'un centre de santé adapté aux jeunes à Dandora.

■ Configuration du projet

Le projet est mis en œuvre en partenariat avec le ministère de la Santé du comté de Nairobi. Il vise à améliorer l'accès aux soins dans les quartiers informels de l'est de Nairobi à travers trois volets complémentaires : la prise en charge des violences sexuelles, les soins médicaux d'urgence et la santé des adolescents et des jeunes.

La prise en charge des violences sexuelles est assurée depuis la clinique MSF Lavender House ainsi que deux cliniques Tumaini intégrées dans des structures publiques. Les survivant·e·s y bénéficient d'une prise en charge médicale et psychosociale, d'un accompagnement médico-légal et, si nécessaire, d'une orientation vers des services spécialisés. Lavender House propose également des services de santé sexuelle et reproductive, notamment l'avortement sécurisé.

Le volet d'urgence repose sur un centre d'appels gratuit fonctionnant 24h/24, des ambulances médicalisées et une salle de stabilisation des traumatismes située à Lavender House. Les équipes assurent les soins préhospitaliers, la stabilisation des patients et leur transfert vers des structures secondaires ou tertiaires. Le dispositif permet également de répondre aux incidents impliquant un afflux massif de victimes.

Enfin, le Youth Friendly Centre de Dandora, développé avec les jeunes et le ministère de la Santé, propose aux 10-24 ans des services de santé sexuelle et reproductive, de santé mentale, de prise en charge des violences sexuelles et des consultations médicales générales, complétés par des activités de sensibilisation et d'accompagnement social.

■ Bilan 2025

En 2025, MSF a poursuivi le développement de ses activités de santé sexuelle et reproductive à Lavender House. Le second espace de consultation est devenu pleinement opérationnel et le modèle d'avortement sécurisé à domicile s'est imposé comme la principale modalité de prise en charge, concernant plus de 95 % des patientes. Deux cliniques Tumaini ont par ailleurs été transférées au ministère de la Santé. Les équipes ont néanmoins dû faire face à des difficultés accentuées d'accès aux services de protection pour les survivant·e·s de violences sexuelles, aux ruptures de stocks de produits de planification familiale et aux effets de la mise en œuvre du nouveau système d'assurance santé.

Les services médicaux d'urgence ont été fortement mobilisés au cours de l'année, notamment lors des manifestations violentes de juin et juillet ainsi qu'à l'occasion de plusieurs réponses à des épidémies dans Nairobi. Les capacités des équipes ont été renforcées grâce à des formations spécialisées en traumatologie préhospitalière et à l'introduction de nouveaux outils de prise en charge des traumatismes.

Au Youth Friendly Centre de Dandora, MSF a renforcé la participation des jeunes à travers la création d'un conseil représentatif (Youth Advisory Council) et lancé des activités mobiles afin d'améliorer l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et de santé mentale. Des difficultés subsistent toutefois pour atteindre certains groupes particulièrement vulnérables, notamment les jeunes vivant dans la rue, et pour renforcer le recours des garçons aux services médicaux proposés par le centre.

	2021	2022	2023	2024	2025
Nb total de consultations	2 255	8 299	10 346	21 301	22 448
Nb de consultations aux urgences	13 880	15 956	15 785	15 215	19 046
Nb de consultations anténatales et planning familial		3 100	3 103	3 393	5 356
Nb de consultations en santé mentale	187	269	1 718	736	971
Nb de cas de violences sexuelles	3 185	3 365	3 458	3 550	3 156
Nb d'avortements sécurisés	555	1 425	2 479	3 300	5 124

PROJET : HOMA BAY – SOINS DE SANTE PRIMAIRES ET SECONDAIRES POUR LES MALADIES CHRONIQUES

■ Historique du projet

MSF a commencé ses activités à Homa Bay en 1997 pour répondre à la forte prévalence du VIH dans l'ancienne province de Nyanza et à l'absence de soins adaptés. Des services gratuits de dépistage, de conseil et de traitement des infections opportunistes ont été mis en place à l'hôpital de Homa Bay. En 2001, MSF a introduit les premiers antirétroviraux gratuits dans une structure publique au Kenya. L'accès aux traitements s'est amélioré progressivement, permettant une décentralisation des soins, et la clinique B a été transférée au ministère de la Santé en 2014.

En 2014, après une enquête épidémiologique menée à Ndhiwa révélant une incidence parmi les plus élevées au monde, MSF a lancé un projet pour réduire la transmission du VIH de 50 %, combinant stratégies biomédicales et dépistage mobile. En 2018, MSF a renforcé les soins pour adultes à l'hôpital

de Homa Bay, et en 2021, le projet s'est réorienté vers les maladies chroniques. Les activités VIH à Ndhiwa ont été transférées au Ministère de la Santé et à ses partenaires fin 2022.

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

■ Configuration du projet

MSF soutient les services de médecine adulte de l'hôpital universitaire et de référence de Homa Bay. L'intervention couvre quatre services d'hospitalisation totalisant 90 lits, les unités de tuberculose ainsi qu'une clinique post-hospitalisation créée pour améliorer le suivi des patients après leur sortie et réduire la mortalité post-hospitalière. Les équipes fournissent un appui en ressources humaines, en supervision clinique, en protocoles médicaux standardisés, en laboratoire hospitalier avec tests au point de service ainsi qu'aux activités de collecte et de gestion du sang. La clinique post-hospitalisation assure également la prise en charge des patients atteints de sarcome de Kaposi nécessitant une chimiothérapie.

Depuis 2020, MSF soutient également un système de triage hospitalier, des espaces de stabilisation et deux unités de soins à haute dépendance de six lits chacune intégrées aux services de médecine. Les soins sont assurés par une équipe multidisciplinaire composée de médecins, infirmiers, officiers cliniques, travailleurs sociaux, conseillers et nutritionnistes. Les soins palliatifs ont été intégrés aux objectifs du projet en 2024.

En parallèle, MSF met en œuvre avec le ministère de la Santé un modèle décentralisé de prise en charge intégrée des maladies chroniques dans deux structures de soins primaires, Marindi et Nyalkinyi. Ce dispositif repose sur des protocoles simplifiés, un réseau de référence renforcé entre les différents niveaux de soins et un volet communautaire destiné à favoriser sa pérennisation.

■ Bilan 2025

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

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

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

	2021	2022	2023	2024	2025
Nb total de consultations	25 202	28 944	92 445	15 832	34 946
Nb d'admissions en hospitalization	3 006	3 043	4 013	3 649	4 892
Nb de consultations de maladies chroniques		5 322	7 980	9 968	14 566
Nb de cas de tuberculose	626	622	734	715	551
Nb de cas de violences sexuelles				54	74

Par ailleurs, MSF a répondu à plusieurs urgences médicales au cours de l'année. Lors des manifestations violentes de juin, juillet et octobre, les équipes ont soutenu la prise en charge des blessés à Nairobi et dans l'ouest du pays par le prépositionnement d'ambulances, l'appui à des structures de santé et la réalisation d'interventions préhospitalières. MSF est également intervenue lors de plusieurs flambées de choléra à Nairobi, Kisumu et Narok, en mettant en place des unités de traitement, des activités de prévention et des interventions WASH. Enfin, les équipes ont soutenu une campagne de vaccination contre la rougeole dans les quartiers populaires de Nairobi afin d'améliorer la couverture vaccinale des populations les plus vulnérables.

LIBYE	
Type d'intervention : accès aux soins et protection Nombre de projets : 2 Dépenses 2025 : 4 693 K€ Financements institutionnels : aucun	Personnels : Local : 36 International : 9 Autres centres opérationnels MSF : aucun

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

La Libye demeure divisée entre les autorités de l'Est et de l'Ouest, sans avancée significative vers une réunification institutionnelle ou un processus électoral. En 2025, le Premier ministre Abdelhamid Dbeibah a renforcé sa position à Tripoli à la faveur d'une consolidation progressive des groupes armés alliés au Gouvernement d'unité nationale (GNU), notamment après l'assassinat d'Abdel Ghani al-Kikli. Malgré cela, les rivalités entre groupes armés et les tensions entre les différentes autorités du pays persistent. Les assassinats ciblés, enlèvements et autres incidents sécuritaires continuent d'affecter l'environnement opérationnel.

Les autorités libyennes ont par ailleurs renforcé leur contrôle sur l'espace humanitaire. À partir de mars 2025, plusieurs organisations internationales ont été suspendues avant que ces mesures ne soient progressivement levées à partir d'octobre. Les autorisations officielles de reprise n'ont été délivrées qu'entre la fin de l'année 2025 et le début de l'année 2026. Cette campagne de restrictions semble s'inscrire dans un contexte marqué par une montée des discours hostiles aux migrants ainsi que par les équilibres politiques entre les autorités libyennes et leurs partenaires européens.

Sur le plan international, l'Union européenne et l'Italie ont poursuivi leur soutien aux dispositifs libyens d'interception en mer et de détention des migrants tentant de rejoindre l'Europe. Dans le même temps, l'arrivée de réfugiés soudanais s'est poursuivie à un rythme soutenu, avec une population estimée à au moins 550 000 personnes présentes en Libye à la fin de l'année 2025.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

La Libye demeure à la fois un pays de transit et de destination pour les migrants et réfugiés. Les personnes migrantes sont confrontées à une exclusion quasi systématique des services de santé en raison de l'absence de protection juridique, du coût des soins et du risque permanent d'arrestation ou de détention. Cette situation est aggravée par des violences largement documentées, notamment les détentions arbitraires, les actes de torture, les violences sexuelles, les extorsions et la traite d'êtres humains.

Le système de santé libyen reste confronté à des capacités limitées. Les structures publiques disposent d'une offre de soins spécialisée mais souffrent de pénuries récurrentes et de difficultés d'accès pour les personnes migrantes, qui font souvent l'objet de discriminations. Les hôpitaux publics refusent régulièrement les patients dépourvus de documents administratifs, tandis que le secteur privé demeure coûteux, peu régulé et de qualité inégale.

L'arrivée continue de réfugiés soudanais exerce une pression supplémentaire sur les infrastructures sanitaires et les mécanismes de protection déjà fragiles.

PRÉSENCE MSF

MSF intervient en Libye en raison du niveau extrême de violence auquel sont exposés les migrants, réfugiés et demandeurs d'asile, ainsi que des obstacles majeurs qu'ils rencontrent pour accéder aux soins de santé et à la protection. L'organisation est présente dans le pays depuis 2011 et a progressivement réorienté ses activités vers les conséquences humanitaires des politiques migratoires et des régimes de détention.

À la suite du retrait des autres sections opérationnelles de MSF présentes dans le pays, OCP demeure la seule section active en Libye et en Tunisie, les deux principaux points de départ de la route migratoire de la Méditerranée centrale. Son action repose sur trois axes complémentaires : la fourniture de soins médicaux et de services de protection aux migrants et réfugiés, le soutien à des solutions de protection pour les personnes les plus vulnérables, et le témoignage sur les violences auxquelles ces populations sont exposées.

L'année 2025 a été marquée par la suspension par les autorités libyennes des activités de MSF et de plusieurs autres organisations internationales. Cette suspension a entraîné l'interruption des activités opérationnelles à partir du mois de mars ainsi que la perte d'accès aux infrastructures, aux ressources et aux patients. Les restrictions imposées aux organisations internationales n'ont commencé à être progressivement levées qu'à partir d'octobre 2025, tandis que les autorisations officielles permettant une reprise des activités n'ont été délivrées qu'entre la fin de l'année 2025 et le début de l'année 2026. Cette campagne de restrictions semble s'inscrire dans un contexte de montée des discours hostiles aux migrants en Libye et pourrait également refléter des dynamiques politiques liées aux relations entre les autorités libyennes et leurs partenaires européens.

PROJET : CÔTE OUEST

■ Historique du projet

À la suite de la fermeture des centres de détention couverts par le projet Nafusa en 2020, MSF a développé ses activités communautaires sur la côte ouest libyenne. À partir de 2021, les activités se sont progressivement structurées autour de soins de santé primaires, d'activités de protection et d'un soutien à la prise en charge de la tuberculose à Zuwara. Un centre de jour a été ouvert en 2023 afin de renforcer les services de santé mentale et de protection. En 2024, les consultations de soins de santé primaires, de gynécologie et de tuberculose étaient assurées en partenariat avec le centre de santé Al Baraka et le Centre national de contrôle des maladies (NCDC). Les activités de proximité avaient également repris au cours de l'année.

■ Configuration du projet

En 2025, le projet était centré sur l'amélioration de l'accès aux soins et à la protection pour les migrants et réfugiés présents à Zuwara. Avant la suspension des activités, MSF soutenait les consultations de soins de santé primaires et de gynécologie au centre Al Baraka, assurait des consultations liées à la tuberculose au sein du NCDC de Zuwara et gérait un centre de jour proposant des services de santé mentale et de protection. Les équipes assuraient également des références vers des structures de soins secondaires ainsi que vers des mécanismes de protection.

■ Bilan 2025

À la suite de la suspension imposée aux organisations internationales en mars 2025, les activités ont été interrompues. À la fin de l'année, le projet ne conservait qu'un bureau fonctionnel à Zuwara, sans activité médicale ni de protection en cours, dans la perspective d'une éventuelle reprise ultérieure.

	2021	2022	2023	2024	2025
Nb total de consultations	4 681	10 513	8 837	13 849	2 618
Nb de consultations prénatales, postnatales et de planning familial		1 211	1 885	2 767	666
Nb de consultations en santé mentale	122	1 444	1 338	1 916	
Nb de consultations en maladies chroniques	237	722	512	731	137
Nb de cas de tuberculose	135	85	25	49	183

PROJET : TRIPOLI MIGRATIONS

■ Historique du projet

Les activités de MSF à Misrata ont d'abord été centrées sur la prise en charge des migrants présents dans les centres de détention, aux points de débarquement et dans la région de Bani Walid. Une collaboration engagée en 2019 avec le Centre national de contrôle des maladies (NCDC) a conduit au développement de consultations externes, puis à l'ouverture, en 2020, d'une unité de prise en charge de la tuberculose associant soins médicaux, santé mentale et protection. En 2021, un abri destiné aux migrants les plus vulnérables a été mis en place à Misrata. En parallèle, les activités de prise en charge des personnes détenues et de lutte contre la tuberculose précédemment menées à Tripoli par d'autres sections de MSF ont progressivement été intégrées au projet.

■ Configuration du projet

En 2025, le projet reposait principalement sur le soutien apporté au système de prise en charge de la tuberculose à Misrata et sur les activités de référence et de protection destinées aux migrants et réfugiés présents à Tripoli. Les équipes travaillaient en collaboration avec le NCDC et d'autres partenaires afin de faciliter l'accès aux soins spécialisés et aux mécanismes de protection.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a été marquée par la suspension des activités de MSF à partir du mois de mars, interrompant les projets de développement prévus à Tripoli, le renforcement des références vers les hôpitaux publics et l'accompagnement du transfert de l'unité de tuberculose de Misrata aux autorités sanitaires. La fermeture planifiée de l'abri de Misrata a néanmoins été menée à son terme en mars.

Cette suspension a réduit l'accès des migrants aux soins liés à la tuberculose, aux références médicales et aux services de protection, alors même que les besoins augmentaient avec l'arrivée continue de réfugiés soudanais.

	2021	2022	2023	2024	2025
Nb total de consultations	14 204	15 776	14 119	5 953	425
Nb de consultations pré et post natales	6 648	5 245	3 935	n/a	
Nb de cas de tuberculose	124	202	83	208	24
Nb de consultations en santé mentale	463	2 133	3 153	2 366	

MALAWI	
Type d'intervention : oncologie, exclusion des soins Nombre de projets : 2 Dépenses 2025 : 7 147 k€ Financements institutionnels : aucun	Personnels : Local : 296 International : 25 Autres centres opérationnels MSF : aucun

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Indépendant depuis 1965, le Malawi demeure l'un des pays les plus pauvres au monde. Les élections multipartites organisées tous les cinq ans depuis 1995 se sont poursuivies dans un climat globalement stable. En 2025, les élections présidentielles se sont déroulées sans violences majeures et ont conduit au retour au pouvoir de l'ancien prési

L'économie du pays reste fortement dépendante de l'aide extérieure, qui représente une part importante des ressources nationales. Le Malawi est confronté à un déficit budgétaire chronique, tandis que l'agriculture emploie près de 80 % de la population et représente plus de 80 % des exportations. Cette dépendance renforce la vulnérabilité du pays aux aléas climatiques. Environ 71 % de la population vit avec moins de 2,15 dollars par jour.

Après plusieurs années de dévaluations monétaires successives, aucune dévaluation n'a été mise en œuvre en 2025. Cette situation, combinée aux conséquences de la sécheresse de 2024, a contribué à l'aggravation des difficultés économiques. La hausse du coût de la vie a provoqué plusieurs manifestations pacifiques dans l'ensemble du pays. Les perspectives économiques demeurent fragiles dans un contexte marqué par l'incertitude entourant l'évolution des financements internationaux.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

Le système de santé malawite reste fortement dépendant des financements extérieurs. En 2024, les dépenses publiques de santé représentaient environ 9 % du budget national, tandis que les bailleurs internationaux finançaient près de 55 % des dépenses du secteur. Cette dépendance structurelle expose le système de santé à d'importantes vulnérabilités. Le retrait soudain de certains financements américains a suscité de fortes inquiétudes quant à la continuité de plusieurs programmes de santé. Dans ce contexte, les États-Unis et le Malawi ont signé en janvier 2026 un protocole d'accord de coopération sanitaire de cinq ans prévoyant un financement de 792 millions de dollars destiné à soutenir la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies infectieuses ainsi que les capacités de surveillance et de réponse aux épidémies.

Malgré des progrès notables au cours des dernières décennies, notamment dans la lutte contre le VIH et dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile, le système de santé demeure fragile. La mortalité maternelle est passée de 444 à 349 décès pour 10 000 naissances vivantes et la mortalité des enfants de moins de cinq ans de 84 à 38 décès pour 1 000 naissances vivantes. Les jeunes femmes continuent toutefois à supporter une part importante du fardeau du VIH.

Le cancer du col de l'utérus constitue la première cause de décès par cancer chez les femmes au Malawi et représentait 37 % des nouveaux cancers féminins en 2020. Face à cette situation, le ministère de la Santé a adopté un plan stratégique national pour la période 2022-2026 visant à renforcer la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV), le dépistage et l'accès aux traitements.

Les travailleuses et travailleurs du sexe restent confrontés à d'importantes barrières d'accès aux soins. Bien que le travail du sexe soit légal, ces populations subissent des discriminations au sein des structures sanitaires et rencontrent des difficultés d'accès à des services adaptés, notamment en matière de prévention du VIH, de santé sexuelle et reproductive, de santé mentale ou encore de prise en charge des violences sexuelles et basées sur le genre. Les populations clés demeurent parmi les plus touchées par l'épidémie de VIH.

Le pays reste particulièrement exposé aux chocs climatiques, notamment aux sécheresses, aux inondations et aux cyclones. Après la tempête Freddy et l'épidémie de choléra de grande ampleur enregistrée en 2023, le choléra demeure une maladie endémique. Les crises climatiques récurrentes continuent également d'alimenter l'insécurité alimentaire, qui affecte régulièrement plusieurs millions de personnes.

PRÉSENCE MSF

MSF est présent au Malawi depuis 1986. L'organisation a d'abord travaillé auprès des réfugiés mozambicains dans le district de Mwanza avant de développer, à partir de 1994, des activités de lutte contre le VIH/sida. À Chiradzulu, MSF a été la première organisation à introduire les traitements antirétroviraux dans le pays en 2001. Après plusieurs années de décentralisation et de transfert progressif des activités, ce projet a été remis aux autorités sanitaires en septembre 2023.

Depuis 2017, MSF OCP développe, en partenariat avec le ministère de la Santé, un programme complet de prévention et de prise en charge du cancer du col de l'utérus dans les districts de Blantyre et Chiradzulu. En 2022, MSF OCP a également repris un projet initialement développé par MSF OCB auprès de deux organisations communautaires de travailleuses du sexe dans les districts de Dedza et Neno.

MSF a également participé à la réponse nationale au choléra en 2023 et a mené début 2025 une intervention de deux mois auprès de populations réfugiées en provenance du Mozambique. Depuis 2021, MSF OCP est le seul centre opérationnel MSF présent au Malawi.

PROJET : CANCER DU COL DE L'UTERUS

■ Historique du projet

MSF a lancé en 2017, en partenariat avec le ministère de la Santé et les autorités sanitaires de Blantyre et Chiradzulu, un programme visant à améliorer l'accès à la prévention, au dépistage et au traitement du cancer du col de l'utérus. Depuis la fin de l'année 2023, la stratégie de prévention s'est progressivement orientée vers le déploiement d'un nouveau modèle de dépistage reposant sur le test HPV.

Au Queen Elizabeth Central Hospital (QECH) de Blantyre, MSF soutient depuis 2019 les consultations gynécologiques, la chirurgie, la chimiothérapie, les soins palliatifs et, depuis 2024, l'intégration de la radiothérapie dans le parcours de soins grâce à l'ouverture de l'International Blantyre Cancer Centre (IBCC). La décentralisation des soins palliatifs, de certaines activités de dépistage et du suivi en physiothérapie a été progressivement développée afin de rapprocher les soins des patientes. Le laboratoire d'histopathologie, opérationnel depuis 2022, continue d'être renforcé.

Le projet s'est progressivement structuré autour d'un partenariat étroit avec le ministère de la Santé, le QECH, l'Université des sciences de la santé du Malawi (KUHeS), l'International Gynecologic Cancer Society (IGCS) ainsi que l'IBCC pour la radiothérapie, afin de renforcer l'offre de soins, la formation des professionnels de santé et le développement de modèles de prise en charge du cancer du col de l'utérus adaptés au contexte malawite.

■ Configuration du projet

Le projet est mis en œuvre en partenariat avec le ministère de la Santé au Queen Elizabeth Central Hospital (QECH) de Blantyre ainsi qu'au sein de structures de santé périphériques de la région Sud. Le QECH constitue l'un des principaux hôpitaux de référence du pays et reçoit des patientes adressées depuis les treize districts de la région Sud.

Les activités de prévention reposent sur le dépistage du cancer du col de l'utérus dans des centres de santé soutenus par MSF ainsi qu'au moyen d'un camion mobile. Le projet assure également le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses et participe aux activités de vaccination contre le HPV en appui aux autorités sanitaires.

Au QECH, MSF soutient les consultations gynécologiques spécialisées, la chirurgie oncologique, la chimiothérapie, les soins palliatifs, la physiothérapie, le soutien psychosocial et social ainsi que l'éducation thérapeutique. Les patientes peuvent également être orientées vers des services de radiothérapie au sein de l'IBCC. Un laboratoire d'histopathologie soutient les activités diagnostiques. Parallèlement aux activités hospitalières, MSF appuie la décentralisation des soins palliatifs dans plusieurs districts de la région Sud ainsi que certaines activités de physiothérapie et de prise en charge des lésions précancéreuses afin de rapprocher les soins des patientes.

■ Bilan 2025

En 2025, MSF a poursuivi le développement d'un modèle complet de prise en charge du cancer du col de l'utérus, allant de la prévention au traitement spécialisé. La transition vers une stratégie de dépistage fondée sur les tests HPV s'est poursuivie dans le cadre du projet PAVE, avec plus de 5 400 tests réalisés au cours de l'année. Cette évolution vise à renforcer la qualité du dépistage tout en préparant l'intégration du test HPV dans le standard de soins soutenu par MSF.

Au QECH, l'activité clinique est restée soutenue avec une augmentation continue du nombre de consultations gynécologiques. Les activités de chirurgie, de chimiothérapie, de radiothérapie, de physiothérapie et de soins palliatifs ont été maintenues malgré les contraintes pesant sur le système de santé. Les dispositifs de soutien psychosocial et social ont continué à jouer un rôle important dans le parcours de soins des patientes.

La décentralisation de certaines composantes du projet s'est poursuivie afin de rapprocher les soins des patientes et de réduire la pression sur l'hôpital de référence. Les soins palliatifs ont continué à être développés avec les autorités sanitaires locales, tandis que certaines activités de prise en charge des lésions précancéreuses et de physiothérapie ont été progressivement rapprochées des districts. L'année a également été marquée par le renforcement des partenariats avec le ministère de la Santé, l'université KUHeS, l'International Gynecologic Cancer Society et d'autres acteurs impliqués dans la lutte contre le cancer du col de l'utérus. MSF a poursuivi sa participation aux mécanismes nationaux de coordination et de réflexion stratégique sur cette pathologie.

	2021	2022	2023	2024	2025
Dépistage initial VIA (25-49 ans)	9 614	17 972	14 365	4 955	4 623
Dépistage HPV	Modification du protocole			6 041	5 446
Nb de consultations gynécologiques	3 157	4 799	5 829	7 739	8 190
Nb de traitements chirurgicaux	296	460	525	502	471
Nb d'inclusions soins palliatifs	441	474	359	339	451
Nb de patients sous radiothérapies	n:a	14	49	33	124
Nb de patients sous chimiothérapie	n:a	224	629	593	522

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

■ Historique du projet

Entre 2014 et 2020, MSF OCB a mis en œuvre le projet « Corridor » dans quatre districts, dont Neno, pour fournir aux travailleuses du sexe des services de santé sexuelle et reproductive ainsi que des soins liés au VIH et à la tuberculose. Ce modèle communautaire incluait un accompagnement non médical, des soins essentiels et un appui juridique de base. À la fin du projet, deux organisations communautaires ont été créées, Sex Workers Empowerment Alliance (SWEAD) à Dedza et Tikondane Care Group (TCG) à Zalewa, dans le district de Neno. En 2021, les deux organisations ont sollicité l'appui de MSF afin de répondre à des besoins médicaux insuffisamment couverts. MSF OCP a repris le projet et développé, en partenariat avec les organisations communautaires et les autorités sanitaires locales, une approche associant offre de soins, renforcement des capacités des CBO et collaboration avec les structures de santé publiques. Le projet poursuit aujourd'hui un double objectif : améliorer l'accès des travailleuses et travailleurs du sexe à des services de santé adaptés tout en renforçant progressivement les capacités des organisations communautaires et des autorités sanitaires locales afin de favoriser la pérennité de la prise en charge.

■ Configuration du projet

Le projet est mis en œuvre à Dedza et à Zalewa en partenariat avec les deux organisations communautaires et les autorités sanitaires des districts concernés. L'intervention repose sur un modèle de cliniques mobiles organisées conjointement par les organisations communautaires, les équipes de santé des districts et MSF.

L'offre de soins comprend la promotion de pratiques sexuelles plus sûres et les activités de promotion de la santé, le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles, la contraception, les soins d'avortement sécurisé, le conseil en santé mentale, la prévention du cancer du col de l'utérus avec auto-prélèvement HPV et orientation vers les soins, le dépistage du VIH, l'accès à la PrEP orale et injectable par cabotégravir ainsi que l'accompagnement des personnes sous traitement de longue durée.

Le projet repose sur une approche pair-à-pair et sur le renforcement progressif des capacités des organisations communautaires afin de favoriser leur autonomie et leur rôle dans l'amélioration de l'accès aux soins des travailleuses et travailleurs du sexe.

■ Bilan 2025

En 2025, les organisations communautaires soutenues par MSF ont poursuivi leurs activités de cliniques mobiles et de promotion de la santé auprès des travailleuses et travailleurs du sexe. Les membres des organisations et les pairs éducateurs ont bénéficié de formations et de mentorat, notamment en promotion de la santé et en santé mentale, leur permettant de participer davantage à la formation de nouveaux pairs.

Les deux organisations ont développé leurs liens avec d'autres acteurs locaux, notamment Self Help Africa à Dedza et la CBO Coalition of Malawi, afin d'élargir les possibilités d'accompagnement social proposées à leurs bénéficiaires. La collaboration avec les structures sanitaires des districts s'est renforcée, notamment pour les référencement liés au VIH, au dépistage du HPV et aux traitements. Les approvisionnements en contraceptifs, traitements des infections sexuellement transmissibles et PrEP orale ont progressivement reposé sur les structures publiques lorsque ceux-ci étaient disponibles.

L'année a également été marquée par l'introduction de la PrEP injectable par cabotégravir dans les zones rurales de Dedza et Zalewa, une première en dehors des principaux centres urbains du pays. Les

équipes ont parallèlement poursuivi les activités de santé mentale, de prévention du VIH et de prévention du cancer du col de l'utérus.

Toutefois, les discriminations dans les structures de santé, les pénuries de médicaments et de produits de santé, les difficultés d'accès aux services pour les personnes vivant dans les zones les plus éloignées, ainsi que les obstacles rencontrés par les hommes travailleurs du sexe et les mineurs ont continué à limiter l'accès aux soins. Les violences sexuelles demeurent une préoccupation importante, tandis que les organisations communautaires restent confrontées à des difficultés financières compromettant leur autonomie.

	2023	2024	2025
Nb de consultations	1 802	3 044	3 971
Nb de consultation de planning familial	597	1 024	1 930
Nb de personnes sensibilisées (promotion de la santé)	2 374	2 508	2 117
Dépistage HPV	351	231	291
Nb d'initiation à la PrEP	n:a	n:a	606
Nb d'avortements sécurisés	71	100	173

MALI	
Type d'intervention : conflit, oncologie	Personnels :
Nombre de projets : 3	Local : 457
Dépenses 2025 : 17 711 k€	International : 41
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCB, OCBA

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Depuis 2012, le Mali demeure confronté à une crise multidimensionnelle mêlant insécurité, instabilité politique et pressions socio-économiques. Les violences impliquant des groupes armés affiliés à Al-Qaïda et à l'État islamique, les conflits communautaires et la criminalité organisée continuent d'alimenter l'insécurité dans une grande partie du pays. Cette dynamique s'inscrit dans un contexte régional marqué par l'extension des violences vers les pays voisins du Sahel et du Golfe de Guinée.

Depuis le coup d'État de 2020, le Colonel Assimi Goïta dirige le pays. En 2025, la révision de la Charte de la Transition a autorisé un mandat présidentiel de cinq ans renouvelable et renforcé l'intégration du Mali au sein de la Confédération des États du Sahel (AES), créée avec le Burkina Faso et le Niger en juillet 2024. Le retrait du Mali de la CEDEAO est devenu effectif en janvier 2025. Parallèlement, les autorités ont poursuivi une diversification de leurs partenariats stratégiques, notamment avec la Russie, la Chine, la Turquie et l'Inde.

L'espace civique s'est encore réduit au cours de l'année avec la dissolution des partis politiques et la mise en place de plusieurs mesures restrictives. Les autorités justifient ces décisions par les impératifs sécuritaires et la consolidation de la transition.

Sur le plan sécuritaire, la situation demeure très volatile. Dans le nord, les affrontements ont repris autour de Kidal entre les Forces armées maliennes (FAMA), leurs alliés d'Africa Corps et le Front de Libération de l'Azawad. Dans le centre du pays, les affrontements se poursuivent entre groupes armés, forces progouvernementales et chasseurs Dozo. En juillet 2025, le Groupe de soutien à l'islam et aux musulmans (JNIM) a imposé une suspension temporaire des activités du CICR et de MSF dans certaines zones du centre et du sud du pays avant une reprise progressive à l'issue de négociations. Dans le sud, les régions de Koulikoro et de Sikasso ont connu une intensification des violences, faisant de cette zone l'un des nouveaux foyers d'extension du JNIM. Les perturbations logistiques liées aux pressions exercées sur les principaux corridors d'approvisionnement ont également entraîné des pénuries de carburant et une hausse des coûts de transport.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

La situation humanitaire demeure critique. Selon le Plan de réponse humanitaire 2026, 5,1 millions de personnes ont besoin d'une assistance multisectorielle. La dégradation de la sécurité, les déplacements forcés, et les effets du changement climatique ont accentué les vulnérabilités des populations. Cette situation est aggravée par la réduction des financements internationaux, notamment ceux de l'Agence américaine pour le développement international (USAID), qui représentaient près de 30 % du financement du Plan de réponse humanitaire. Plusieurs organisations humanitaires et agences internationales ont ainsi été contraintes de réduire ou de suspendre certaines activités, en particulier dans le secteur de la santé, fragilisant davantage les capacités de réponse dans plusieurs régions du pays.

Sous l'effet de la dégradation de la situation sécuritaire, les déplacements de population se poursuivent dans plusieurs régions du pays. En 2025, le nombre de personnes déplacées internes a dépassé 400 000 personnes tandis que le Mali accueillait près de 277 000 réfugiés, principalement originaires du Burkina Faso. Les femmes et demeurent particulièrement exposées aux conséquences des déplacements forcés, aux violences et aux risques de protection. La région de Koro continue notamment d'accueillir une importante population réfugiée.

Les effets du changement climatique aggravent la situation humanitaire. Après les inondations majeures de 2024, qui avaient conduit à la déclaration de l'état de catastrophe nationale, le pays a enregistré en 2025 au moins 44 épisodes d'inondation, ainsi que plusieurs événements climatiques violents.

Sur le plan sanitaire, le système de santé reste fragilisé par l'insécurité, les difficultés d'accès et le manque de ressources. Si la dengue a reculé par rapport à 2024, la rougeole demeure sous surveillance. Le pays a également été confronté à une épidémie de diphtérie ayant touché principalement les régions du nord et du centre, ainsi qu'à des cas de mpox à Bamako et Koulikoro.

La couverture vaccinale reste préoccupante dans les zones difficiles d'accès malgré l'introduction du vaccin contre le paludisme et une campagne de vaccination contre le papillomavirus (HPV). La mortalité maternelle a diminué par rapport à 2024, mais demeure élevée. La malnutrition reste également une préoccupation majeure, même si les enquêtes nationales ont montré une amélioration de la prévalence globale par rapport à l'année précédente. Les violences sexuelles et basées sur le genre constituent une menace croissante pour les populations vulnérables compte-tenu de la multiplication des exactions contre les civils et de l'augmentation des déplacements forcés.

PRÉSENCE MSF

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

MSF OCP mène depuis 2009 un projet médico-nutritionnel et pédiatrique à Koutiala, centré sur les enfants de zéro à cinq ans. À Tenenkou, depuis 2016, il met en œuvre un programme combinant soins de santé communautaires et secondaires, avec une attention particulière portée à la santé maternelle et infantile. À Bamako, il appuie depuis 2018 la prise en charge des cancers du col de l'utérus et du sein, en partenariat avec le ministère de la Santé et du Développement social et plusieurs structures hospitalières publiques.

MSF OCBA est actif à Ansongo depuis 2012, où il offre des soins de santé primaires et secondaires, appuyé par un important réseau communautaire. Depuis 2015, il soutient également plusieurs structures de santé à Kidal. À Douentza, il intervient depuis 2017 avec un programme de soins de santé de base et hospitaliers. À Koro, il a lancé en 2019 un projet en réponse aux violences communautaires. À Gao, depuis 2022, ses équipes répondent aux besoins médicaux liés aux déplacements de population provoqués par les affrontements entre groupes armés.

MSF OCB intervient à Niono depuis 2019 avec un programme associant soins d'urgence, pédiatrie, maternité, nutrition, soins primaires et activités communautaires. Les équipes développent également des activités de chirurgie générale et orthopédique. MSF OCB est également présent à Niafunké et Nampala, où il soutient l'accès aux soins de santé communautaires.

MSF poursuit également le renforcement des capacités des personnels de santé à travers l'initiative intersection MSF Académie, qui déploie plusieurs cursus de formation clinique au sein des projets soutenus par l'organisation.

PROJET : KOUTIALA

■ Historique du projet

Le projet Koutiala a été lancé à la suite de la crise nutritionnelle sahélienne de 2005. À partir de 2009, MSF développe progressivement une réponse médico-nutritionnelle puis pédiatrique visant à répondre aux pics saisonniers de paludisme et à la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de cinq ans.

Au fil des années, le projet s'est élargi à travers le soutien aux centres de santé communautaires, la mise en place d'un programme pilote de chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS), la création d'un laboratoire de bactériologie puis l'ouverture, en 2019, d'une unité pédiatrique de 185 lits au Centre de santé de référence (CSRef) de Koutiala. À partir de 2022, une réorientation stratégique a été engagée afin de réduire progressivement le nombre de CSCOM soutenus et d'accroître l'implication du ministère de la Santé dans la gestion des activités hospitalières. Cette dynamique s'est poursuivie en 2025 avec le transfert progressif de certaines responsabilités hospitalières et la réduction du nombre de CSCOM appuyés.

■ Configuration du projet

MSF intervient en partenariat avec les autorités sanitaires dans le district sanitaire de Koutiala. Le projet associe un volet de soins de santé primaires dans huit centres de santé communautaires (CSCOM) et un volet hospitalier au Centre de santé de référence (CSRef) de Koutiala.

Au CSRef, MSF soutient une unité pédiatrique dédiée à la prise en charge des enfants de moins de cinq ans. Cette structure comprend une unité de pédiatrie générale, une unité de récupération nutritionnelle intensive (URENI), un service d'urgences pédiatriques, une unité de soins intensifs et une unité de néonatalogie. Depuis juillet 2025, les unités de néonatalogie et de pédiatrie sont cogérées par le district sanitaire et MSF dans le cadre du processus de réorientation du projet. En période de faible activité, l'unité dispose de 71 lits ; cette capacité est progressivement augmentée jusqu'à plus de 200 lits pendant le pic de paludisme grâce à l'activation de huit bâtiments annexes situés à proximité de l'hôpital. Le soutien hospitalier comprend également le laboratoire de bactériologie géré par MSF, le renforcement de la banque de sang, la pharmacie hospitalière, la stérilisation, la buanderie, la maintenance biomédicale ainsi que la gestion des déchets. Les équipes accompagnent également les références de patients vers d'autres structures pour certaines prises en charge spécialisées.

Dans les CSCOM soutenus, MSF assure des supervisions formatives, l'approvisionnement en médicaments et intrants essentiels ainsi qu'un appui financier destiné à soutenir la gratuité des soins. Les activités couvrent notamment les consultations, la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère (URENAS), le suivi préventif des enfants, la vaccination et les salles de mise en observation. Parmi les huit CSCOM soutenus, quatre sont situés à proximité de la frontière avec le Burkina Faso.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a été marquée par la poursuite de la réorientation stratégique du projet. Le nombre de CSCOM soutenus est passé de seize à huit à la fin du mois de juillet, conformément au calendrier. Les supervisions présentiels ont repris dans les CSCOM frontaliers, permettant de renforcer l'accompagnement des équipes sanitaires, d'améliorer les pratiques d'hygiène et de réviser les mécanismes de référence vers le CSRef.

Plusieurs évaluations ont été réalisées afin de préparer l'élargissement du paquet d'activités dans les CSCOM frontaliers, notamment dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive, de la prise en charge des violences et des activités communautaires liées à l'eau, l'hygiène et l'assainissement. Une

mission exploratoire a également été conduite à Yorosso afin d'évaluer les besoins médico-humanitaires et de préparer une future intervention.

Au niveau hospitalier, le transfert progressif des activités de néonatalogie et de pédiatrie vers les autorités sanitaires s'est poursuivi. Les équipes ont accompagné la mise à disposition de personnel auprès du CSRef et poursuivi le renforcement des capacités du personnel. Trois salles annexes ont également été réhabilitées en prévision du pic palustre.

Malgré un contexte sécuritaire plus contraint dans la région et la poursuite des transformations du projet, les indicateurs hospitaliers sont restés globalement conformes aux objectifs fixés, avec un maintien de la mortalité hospitalière sous les seuils définis par le projet.

	2021	2022	2023	2024	2025
Nb de passages aux urgences	13 532	13 268	11 047	11 643	9 197
Nb d'admissions en pédiatrie	5 789	6 236	4 953	5 017	6 106
Nd d'admissions en néonatalogie	456	462	475	498	541
Nb d'hospitalisations en centre nutritionnel intensif	3 224	3 035	2 758	3 254	2 076
Nb d'admissions nutritionnelles en ambulatoire	3 815	2 770	1 724	1 737	857
Nb de consultations moins de 5 ans dans les centres de santé communautaires	128 813	115 197	58 301	59 737	38 224
Nb de consultations réalisées par les agents paludisme	15 921	19 727	20 873	17 533	Arrêt
Nb d'inclusion santé préventive de l'enfant	18 467	21 374	10 364	9 826	6 906

PROJET : TENENKOU

■ Historique du projet

Lancé en 2016, le projet Ténenkou vise à améliorer l'accès aux soins et à réduire la morbi-mortalité de la population, en particulier des femmes et des enfants.

Initialement centré sur les cliniques mobiles et l'appui au Centre de santé de référence (CSRef), il a progressivement intégré la prise en charge du paludisme saisonnier puis étendu son soutien à la pédiatrie, à la médecine interne et aux urgences.

À partir de 2022, la dégradation de la situation sécuritaire a conduit au renforcement d'une stratégie communautaire reposant sur un réseau d'agents de santé communautaires. En 2024, les cliniques mobiles et les supervisions de proximité ont repris tandis que le projet élargissait son soutien aux activités pédiatriques et poursuivait la réhabilitation du CSRef. En 2025, le dispositif a été consolidé à travers le renforcement des activités communautaires, l'appui à plusieurs centres de santé communautaires et la poursuite des travaux d'extension et de réhabilitation des infrastructures du CSRef.

■ Configuration du projet

MSF soutient le district sanitaire de Ténenkou à travers une prise en charge gratuite au niveau communautaire et au Centre de santé de référence (CSRef). Le projet associe un important réseau communautaire composé d'agents de santé communautaires, de matrones et d'agents paludisme, ainsi qu'un appui aux structures de santé.

Au CSRef, MSF soutient les urgences, les consultations destinées aux femmes, la néonatalogie, la médecine interne, la pédiatrie, la maternité, le village maman, le bloc opératoire, le laboratoire, la

banque de sang ainsi que plusieurs services de support, notamment la stérilisation, la buanderie et la gestion des déchets. MSF assure également les références vers les hôpitaux de Ségou et Mopti lorsque cela est nécessaire.

Les activités communautaires comprennent les consultations réalisées par les agents de santé communautaires, le dépistage nutritionnel, la prise en charge des cas simples de paludisme, de diarrhée et d'infections respiratoires aiguës ainsi que la référence des cas graves. Les matrones assurent des activités de sensibilisation, d'orientation des femmes enceintes et allaitantes et de distribution de fer-acide folique. Les cliniques mobiles sont déployées en fonction des besoins liés aux mouvements de population, aux inondations ou aux négociations d'accès. Depuis 2025, MSF soutient également le CSCOM central de Ténenkou ainsi que les CSCOM de Diafarabé, Sossobé et Kadiabé.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a été marquée par la consolidation des activités existantes malgré un contexte sécuritaire toujours très contraignant. Plusieurs initiatives visant à améliorer la qualité des soins ont été mises en œuvre, notamment une enquête de satisfaction des patients, le renforcement des dispositifs de suivi de la qualité des soins infirmiers et la réactivation de plusieurs comités hospitaliers.

Les équipes ont poursuivi le développement des capacités médicales du projet à travers la formation des équipes infirmières et sage-femmes par MSF Académie, la dispense d'une formation à l'échographie clinique au lit du patient (POCUS), l'introduction de la prise en charge psychologique des patients et l'aménagement d'une salle de réveil postopératoire. Les travaux de construction et de réhabilitation du CSRef se sont poursuivis, avec notamment la finalisation du nouveau bloc opératoire et plusieurs réhabilitations de services.

Au niveau communautaire, les activités des agents de santé communautaires et des matrones se sont poursuivies, tandis que l'appui aux CSCOM a été progressivement étendu. Les contraintes sécuritaires ont toutefois continué à limiter les déplacements des équipes et la mise en œuvre des cliniques mobiles. Malgré la disponibilité d'un dispositif de prise en charge des survivantes de violences sexuelles, le recours à ces services demeure faible et reste un défi important pour le projet.

	2021	2022	2023	2024	2025
Nb de passages aux urgences	2 558	2 756	2 845	3 799	3 289
Nb d'admissions en néonatalogie	321	299	380	447	459
Nb d'hospitalisations Médecine interne et pédiatrie	1 657	1 654	1 843	2 052	1 912
Nb de consultations générales et spécialisées gynéco	12 447	16 296	19 898	19 239	17 712
Nb de consultations obstétriques (pré et post natales, planning familial)	9 669	11 111	11 682	12 673	13 729
Nb d'admissions en Maternité (Gynéco-obstétrique)	1 574	1 665	1 711	2 117	1 919
Nb d'accouchements	1 139	1 243	1 260	1 562	1 426
Nb de femmes référées par les matrones	n/a	2 009	8 112	17 870	17 980
Nb de patients activités de santé communautaire	n/a	12 220	26 210	36 579	41 073

PROJET : ONCOLOGIE

■ Historique du projet

Face à la forte prévalence des cancers du sein et du col de l'utérus au Mali et aux difficultés d'accès au diagnostic et au traitement, MSF a lancé en 2018 un projet d'oncologie à Bamako. L'intervention a débuté par un appui ponctuel aux activités de radiothérapie, avant l'ouverture d'un programme de soins de support et palliatifs au CHU du Point G.

À partir de 2020, le projet a progressivement élargi son champ d'action à la chimiothérapie, aux activités de diagnostic, au dépistage, à la santé mentale et à la prise en charge chirurgicale. En 2021, l'ouverture d'un laboratoire d'anatomopathologie renforcé et la création d'une unité de liaison dédiée à la coordination du parcours de soins ont constitué des étapes majeures du projet. En 2022, l'intervention a été recentrée sur les cancers du sein et du col de l'utérus.

En 2024, MSF a engagé avec les autorités sanitaires un processus de transition visant à préparer la reprise progressive de certaines activités. Toutefois, l'évaluation conjointe des capacités de reprise et les échanges menés avec le ministère de la Santé et du Développement social ont conduit à prolonger l'appui de l'organisation au-delà du calendrier initialement envisagé. Depuis 2025, le projet évolue ainsi dans le cadre d'une réflexion conjointe avec les autorités sanitaires visant à définir les modalités de poursuite et d'évolution du dispositif tout en garantissant la continuité des soins.

■ Configuration du projet

MSF intervient en partenariat avec le ministère de la Santé et du Développement social et les structures hospitalières publiques de Bamako. Le dispositif s'articule autour du CHU du Point G, principal site de prise en charge, avec des liens fonctionnels avec l'Hôpital du Mali pour la radiothérapie.

Le projet associe plusieurs composantes complémentaires : diagnostic anatomopathologique, chimiothérapie, chirurgie, soins de support et palliatifs, coordination du parcours de soins via l'Unité de liaison et de soins oncologiques (ULSO), gestion des médicaments et renforcement des capacités des équipes. MSF assure également la prise en charge financière des patientes incluses dans la cohorte ainsi que le suivi des activités avec les autorités sanitaires.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a constitué une phase charnière pour le projet. Alors qu'une transition progressive des activités vers les autorités sanitaires était engagée depuis 2024, les échanges menés avec le ministère de la Santé et du Développement social ont conduit à poursuivre la réflexion sur les modalités d'évolution du dispositif afin de garantir la continuité des soins.

Dans ce contexte, les équipes ont maintenu l'ensemble des activités de diagnostic et de traitement des cancers du sein et du col de l'utérus, incluant la chimiothérapie, la chirurgie, les soins de support et palliatifs ainsi que l'accompagnement du parcours de soins. Plusieurs indicateurs ont dépassé les objectifs fixés pour l'année, notamment le nombre de nouvelles patientes incluses dans la cohorte et le volume d'actes thérapeutiques réalisés. Les équipes ont également poursuivi le travail conjoint avec les structures hospitalières partenaires et le ministère de la Santé afin de préparer les prochaines étapes du projet.

	2021	2022	2023	2024	2025
Nb de femmes dépistées	81 612	88 874	70 044	13 789	n:a
Nb de femmes incluses dans la cohorte de prise en charge du cancer du sein/cancer du col de l'utérus	645	712	559	266	172
Nb de nouvelles consultations Soins de support et palliatifs	525	472	459	469	478
Nb total de consultations Soins de support et palliatifs	5 799	5 325	5 786	6 284	6 063
Nb d'actes de traitements spécifiques patientes cancer du sein/col de l'utérus (chimiothérapie, chirurgie)	2 135	2 427	2 705	2 107	1 806

MAURITANIE	
Type d'intervention : populations réfugiées et migrantes Nombre de projets : 1 Dépenses 2025 : 3 706 k€ Financements institutionnels : aucun	Personnels : Local : 39 International : 14 Autres centres opérationnels MSF : WaCA

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

La Mauritanie, pays sahélien dont l'économie repose principalement sur l'extraction minière, la pêche et l'élevage, demeure confrontée à d'importants défis socio-économiques. Malgré ses ressources naturelles, la pauvreté reste élevée, en particulier dans les zones rurales, tandis que la dépendance aux importations alimentaires demeure forte dans un contexte de sécheresses récurrentes affectant les moyens de subsistance des populations. Les inégalités territoriales restent marquées, notamment dans les régions de l'est du pays où l'accès aux services de base et aux infrastructures demeure limité. La région du Hodh El Chargui, frontalière du Mali, est particulièrement exposée en raison de son caractère pastoral, de sa vulnérabilité aux aléas climatiques et des mouvements de population qui la traversent.

Sur le plan politique, la Mauritanie conserve une stabilité relative dans un environnement régional marqué par l'insécurité. Cette situation repose sur une stratégie combinant renforcement militaire, contrôle des frontières, surveillance et coopération avec des partenaires internationaux. Cette approche a permis au pays d'éviter toute attaque majeure sur son territoire depuis plus d'une décennie, contrairement à plusieurs pays voisins du Sahel.

Les difficultés sécuritaires demeurent néanmoins importantes dans l'est du pays. La proximité avec le Mali expose la région du Hodh El Chargui aux risques liés aux trafics transfrontaliers, aux incursions de groupes armés et aux conséquences de la crise malienne. L'arrivée continue de réfugiés maliens exerce une pression croissante sur les ressources locales, notamment l'eau, les pâturages et les services publics, dont le système de santé. Selon le HCR, au moins 100 000 personnes supplémentaires sont arrivées depuis fin 2023, majoritairement en dehors du camp de Mbera. Cette situation pourrait fragiliser des équilibres sociaux déjà précaires.

Sur le plan diplomatique, la Mauritanie maintient une position de relative neutralité dans le dossier du Sahara occidental. Les relations avec le Maroc se sont récemment renforcées autour d'intérêts économiques et sécuritaires communs, tandis que celles entretenues avec l'Algérie demeurent historiquement solides malgré quelques tensions ponctuelles.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

La situation humanitaire est fortement influencée par la crise malienne. Depuis les années 2010, la Mauritanie accueille des réfugiés maliens, dont le nombre a fortement augmenté à la suite de la détérioration de la situation sécuritaire au Mali. En 2025, les estimations font état de 200 000 à 270 000 réfugiés maliens dans le pays selon les sources, dont près de 110 000 dans le camp de Mbera. Plusieurs dizaines de milliers d'autres se sont installés sur des sites dispersés hors camp dans le Hodh El Chargui, souvent dans des conditions particulièrement précaires.

Parallèlement, la Mauritanie occupe une place croissante dans les routes migratoires vers l'Europe. La route atlantique vers les îles Canaries a connu une forte augmentation des départs ces dernières années et demeure l'une des routes migratoires les plus meurtrières. Le pays constitue à la fois un espace de transit et un point de départ pour des migrants originaires de plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest, mais également d'autres régions du continent et d'Asie.

Le système de santé mauritanien reste confronté à de nombreuses limites. L'offre de soins spécialisés demeure concentrée à Nouakchott tandis que les régions rurales souffrent d'un manque d'infrastructures, de ressources humaines qualifiées et de médicaments essentiels. Le financement des soins repose largement sur les ménages, qui assurent près de la moitié des dépenses de santé.

Les maladies transmissibles demeurent parmi les principales causes de morbidité et de mortalité. Le paludisme, la tuberculose et les infections respiratoires aiguës restent fréquents, tandis que la malnutrition aiguë globale touchait 11% des enfants de moins de cinq ans. Une enquête menée en 2025 auprès des réfugiés a montré des niveaux de malnutrition nettement plus élevés parmi ces populations. Les maladies chroniques, notamment l'hypertension artérielle et le diabète, sont en augmentation mais restent insuffisamment prises en charge. Des épidémies de diphtérie et de fièvre de la Vallée du Rift ont également été signalées en 2025.

Dans le Hodh El Chargui, la concentration de réfugiés exerce une pression importante sur un système de santé déjà fragile. L'insécurité alimentaire, les difficultés d'accès à l'eau potable et l'insuffisance des infrastructures sanitaires aggravent les besoins humanitaires. L'enquête de santé réalisée début 2025 a notamment mis en évidence des barrières financières importantes à l'accès aux soins, une faible couverture vaccinale, l'absence de mécanismes de référencement gratuits pour les réfugiés hors camp, ainsi que des besoins importants en santé mentale et dans la prise en charge des violences.

PRÉSENCE MSF

MSF est intervenue une première fois en Mauritanie dans les années 1990, à Bassikounou, en réponse à l'arrivée de réfugiés maliens. Cette mission, portée par MSF OCP, s'est achevée en 1998 à la suite de l'amélioration du contexte sécuritaire au Mali et du retour d'une grande partie des réfugiés.

Entre 2012 et 2018, MSF OCB a conduit un programme de grande ampleur dans la région, assurant notamment la gestion des activités de santé dans le camp de Mbera et un appui à la structure de santé de Bassikounou.

Face à la reprise des déplacements de population provoqués par la dégradation du conflit malien, MSF OCP mène depuis 2024 dans le Hodh El Chargui un projet de santé destiné aux réfugiés maliens installés hors camp et aux communautés hôtes. L'intervention est centrée sur l'accès aux soins de santé primaire, la prise en charge des victimes de violence, la santé mentale et les mécanismes de référencement vers les structures de soins secondaires. Parallèlement, MSF WaCA poursuit, depuis 2024 également, un projet consacré aux migrations dans la région de Nouadhibou.

PROJET : BASSIKOUNOU

■ Historique du projet

En réponse à l'intensification du conflit au Mali et à l'augmentation des déplacements de population vers l'est de la Mauritanie, OCP a lancé une mission exploratoire à Bassikounou en juin et juillet 2024. Cette intervention visait à évaluer les besoins des réfugiés maliens ayant fui les violences et à mieux comprendre les conséquences humanitaires de la détérioration du contexte sécuritaire dans la zone frontalière. Une phase d'« explo-action » a ensuite été engagée à partir d'août 2024 afin d'apporter une première réponse aux besoins les plus urgents tout en approfondissant l'analyse de la situation.

Les activités opérationnelles ont démarré en novembre 2024 et une enquête de santé multi-indicateurs a été réalisée entre janvier et mars 2025.

Le projet cible prioritairement les réfugiés maliens installés hors du camp de Mbera depuis octobre 2023, tout en incluant les réfugiés déjà présents et les communautés hôtes mauritaniennes. La prise en charge des conséquences des violences liées au conflit constitue l'un des axes structurants de l'intervention.

■ Configuration du projet

MSF intervient en soutien au système de santé dans le département de Bassikounou auprès des réfugiés maliens installés hors du camp de Mbera et des communautés hôtes. À partir d'octobre 2025, le projet s'articule autour d'un appui à plusieurs structures de santé situées sur deux axes couvrant le nord et le sud du département, autour de Fassala, Aghor, Tinwaguetine et Doueinkara. Ces structures assurent des consultations ambulatoires pédiatriques et de santé des femmes, la prise en charge de l'hypertension et du diabète, des activités de santé mentale et de soutien psychosocial, l'identification et l'accompagnement des victimes de violence, ainsi que les référencement médicaux vers Bassikounou et Néma. Le poste de santé avancé de Doueinkara est créé et géré par MSF.

MSF apporte également un appui ciblé à l'hôpital de Bassikounou, notamment aux services d'urgence, et prend en charge les coûts des patients référés vers l'hôpital de Bassikounou, le centre hospitalier régional de Néma ou, lorsque nécessaire, vers Nouakchott. Un couloir de référence médicale permet par ailleurs l'évacuation et la prise en charge de blessés et de patients en provenance du Mali vers les structures de santé soutenues par le projet.

Le dispositif est complété par des activités communautaires menées auprès des populations réfugiées et hôtes, centrées sur la promotion de la santé, le repérage des situations de violence, l'orientation vers les soins et la prise en charge communautaire de certaines pathologies courantes. Une clinique mobile est maintenue afin de répondre aux nouvelles arrivées de réfugiés et aux urgences sanitaires dans la zone d'intervention.

■ Bilan 2025

En 2025, le projet de Bassikounou a poursuivi sa réponse aux besoins des réfugiés maliens installés hors camp et des communautés hôtes dans un contexte marqué par la poursuite des arrivées en provenance du Mali et la dispersion des populations sur de nombreux sites du département. L'enquête de santé réalisée au premier trimestre a confirmé l'ampleur des besoins humanitaires et sanitaires, mettant notamment en évidence d'importantes barrières financières et géographiques à l'accès aux soins, une faible couverture vaccinale, des niveaux élevés de malnutrition aiguë et des besoins importants en santé mentale et dans la prise en charge des violences.

Les activités déployées à travers les cliniques mobiles ont permis d'améliorer l'accès à une offre de soins gratuite pour des populations disposant de peu d'alternatives. Toutefois, les contraintes logistiques du dispositif et sa difficulté à répondre à l'ensemble de la demande ont conduit MSF à revoir sa stratégie opérationnelle au cours du second semestre. À partir d'octobre, l'intervention a progressivement évolué vers un modèle associant appui à des structures de santé fixes, renforcement des activités communautaires et maintien d'une capacité mobile de réponse rapide.

La prise en charge des victimes de violence s'est progressivement affirmée comme un axe structurant du projet. Les activités médicales, psychosociales et les mécanismes de référencement ont été renforcés afin d'améliorer l'identification et l'accompagnement des personnes affectées par les violences liées au conflit au Mali. Dans le même temps, MSF a poursuivi le développement de son système de référencement vers les structures de soins secondaires, en assurant la prise en charge des patients référés vers les hôpitaux de Bassikounou et de Néma et en renforçant le suivi de ces patients au sein du centre hospitalier régional de Néma.

Dans une région confrontée à des besoins sanitaires importants et à des risques récurrents de nouveaux déplacements de population, le projet a également poursuivi le développement de capacités de réponse aux urgences et le renforcement des liens entre les structures de santé soutenues par MSF et les communautés réfugiées et hôtes.

	2024	2025
Nb de consultations	2 280	27 857
Dont de moins de 5 ans	18%	16%
Dont % de réfugiés	72%	58%
Nb de consultations malnutrition aigüe sévère	50	121
Nb de consultations gynéco-obstétriques	258	4 363
Dont % de réfugiés	58%	61%

NIGER	
Type d'intervention : Prise en charge médico-nutritionnelle pédiatrique Nombre de projets : 1 Dépenses 2025 : 8 724 k€ Financements institutionnels : aucun	Personnels : Local : 238 International : 15 Autres centres opérationnels MSF : OCBA, OCG, WaCA

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Depuis le coup d'État du 26 juillet 2023, le Niger est dirigé par les autorités militaires du Conseil national pour la sauvegarde de la patrie (CNSP), sous l'autorité du général Abdourahmane Tiani. Les Assises nationales organisées en 2025 ont défini une transition de cinq ans et confirmé la poursuite d'un processus politique marqué par une centralisation accrue du pouvoir et une militarisation progressive de l'administration civile. Sur le plan diplomatique, le retrait de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et de l'Organisation internationale de la Francophonie (OIF) s'est accompagné d'un rapprochement avec de nouveaux partenaires, notamment la Russie, la Turquie et l'Iran, notamment en matière de coopération sécuritaire.

Cette réorientation a renforcé l'isolement régional du pays. La fermeture prolongée de la frontière avec le Bénin, principal corridor d'approvisionnement du Niger, ainsi que le recours à des itinéraires alternatifs ont continué à perturber les chaînes d'approvisionnement et à accroître les coûts logistiques. Dans ce contexte, le coût de la vie est resté élevé et a accentué la vulnérabilité de ménages déjà fragilisés par la dégradation des services sociaux et l'instabilité sécuritaire.

La situation sécuritaire s'est également détériorée. Les groupes armés demeurent particulièrement actifs dans la région de Tillabéri tandis que les régions de Tahoua et de Dosso sont confrontées à des incursions armées croissantes. À l'est, Boko Haram et l'État islamique en Afrique de l'Ouest (ISWAP) poursuivent leurs activités dans la région de Diffa. La criminalité transfrontalière continue par ailleurs de se développer dans la région de Maradi. Les dynamiques entre les principaux groupes armés évoluent également, avec une extension de l'influence de l'État islamique vers les régions de Tahoua et de Dosso, tandis que le Groupe de soutien à l'islam et aux musulmans (JNIM) maintient sa présence dans les zones frontalières avec le Burkina Faso et le Bénin.

Cette dégradation du contexte a eu des conséquences directes sur l'espace humanitaire. Certaines zones sont devenues plus difficiles d'accès et l'espace opérationnel s'est progressivement restreint, obligeant les organisations à adapter leurs modalités d'intervention. Parallèlement, les autorités ont renforcé leur contrôle sur les organisations internationales à travers l'imposition d'escortes militaires dans certaines zones, la multiplication de contraintes administratives et l'expulsion de plusieurs organisations, dont le CICR. Dans un contexte marqué par un discours nationaliste et souverainiste plus affirmé, les conditions d'accès et d'intervention des acteurs humanitaires demeurent particulièrement contraintes.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

Avec une population estimée à près de 28 millions d'habitants, le Niger demeure l'un des pays les plus jeunes au monde. Les moins de cinq ans représentent environ un habitant sur cinq et la croissance démographique reste particulièrement élevée, avec un taux annuel de 3,9 %.

Les épidémies de choléra, de rougeole et de méningite sont fréquentes malgré l'existence d'un programme élargi de vaccination. Le paludisme demeure la première cause de mortalité et de morbidité chez les enfants de moins de cinq ans, avec une recrudescence saisonnière pendant et après la saison des pluies. La région de Maradi présente la deuxième incidence la plus élevée du pays, tandis que le district sanitaire de Madarounfa figure parmi les districts les plus touchés.

L'insécurité alimentaire chronique et la malnutrition continuent d'affecter durablement les populations. À l'échelle nationale, 47 % des enfants de moins de cinq ans présentent un retard de croissance, 12,2 % souffrent de malnutrition aiguë globale, 2,4 % de malnutrition aiguë sévère et 55,5 % d'anémie. La région de Maradi demeure l'une des plus affectées du pays, en particulier chez les enfants âgés de 6 à 23 mois.

La crise politico-sécuritaire a continué de perturber l'approvisionnement en médicaments et en intrants nutritionnels, provoquant des ruptures de stock et une augmentation du nombre d'enfants pris en charge dans les programmes nutritionnels. Dans le même temps, les stratégies nationales de prise en charge de la malnutrition ont évolué vers des approches davantage communautaires et intégrées, dans un contexte de réduction ou de réorientation de certains financements internationaux. Le plan national de contingence nutritionnelle est demeuré largement sous-financé, limitant la couverture des besoins, notamment pour la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée et les activités préventives.

PRÉSENCE MSF

MSF est intervenue pour la première fois au Niger en 1985 et y maintient une présence permanente depuis 2001. Cette année-là, MSF OCP a lancé le projet de Madarounfa, marquant le début de la prise en charge médicale de la nutrition. Les premières années ont été marquées par des innovations majeures, notamment lors de la crise de 2005, avec l'introduction du traitement ambulatoire et du Plumpy Nut. Entre l'expulsion d'OCP en 2008 et son retour en 2014, l'ONG FORSANI a poursuivi les activités. En 2021, un afflux massif de patients venus du nord du Nigeria (Katsina) a ravivé l'attention sur la crise nutritionnelle, conduisant à l'ouverture en 2022 du plus grand projet nutritionnel d'OCP dans ce pays.

D'autres sections de MSF sont également actives au Niger : MSF OCBA intervient à Agadez (migrants), Tillabéry (soins primaires) et Diffa (maternité et hospitalisation) ; MSF OCG est présente à Zinder (nutrition et paludisme) et Torodi (soins primaires) ainsi que des interventions d'urgence contre le paludisme à Niamey et Zinder ; MSF WACA mène des projets nutrition et paludisme dans les régions de Maradi (Guidan Roumji) et Tahoua (Madaoua). Enfin, Epicentre dispose d'un centre de recherche à Maradi, renforçant l'expertise et la capitalisation scientifique de MSF dans le pays.

PROJET : MADAROUNFA

■ Historique du projet

Le projet nutritionnel et pédiatrique de Madarounfa a été lancé en 2014 à la suite de la passation des activités menées par l'ONG FORSANI, qui avait repris le projet après l'expulsion de MSF en 2008. Dès son ouverture, il s'est concentré sur la prise en charge des enfants de moins de cinq ans à travers un dispositif hospitalier complété par un réseau ambulatoire implanté dans cinq centres de santé intégrés (CSI) : Madarounfa, Safo, Gabi, N'Yelwa et Dan Issa.

Au fil des années, le projet a connu plusieurs évolutions. Des relais communautaires ont été introduits à partir de 2017, tandis que la pédiatrie ambulatoire a été intégrée dans les CSI en 2019. L'année 2020 a été marquée par une recrudescence exceptionnelle du paludisme à la suite d'une pluviométrie

importante. En 2021, un afflux massif d'enfants souffrant de malnutrition sévère en provenance de l'État nigérien de Katsina a fortement accru la pression sur les capacités du projet.

Face à cette situation, une réorientation stratégique a été engagée en 2022. Elle s'est traduite par la fermeture de la néonatalogie, l'extension des activités de récupération nutritionnelle ambulatoire pour la malnutrition aiguë modérée (CRENAM), un engagement renforcé dans la chimioprévention saisonnière du paludisme et la réorganisation de l'unité pédiatrique autour d'une capacité de 60 lits intégrant urgences, soins intensifs et récupération nutritionnelle intensive (CRENI). Cette évolution visait à renforcer l'articulation entre prise en charge curative, prévention nutritionnelle et réponse aux pics saisonniers de paludisme et de malnutrition.

■ Configuration du projet

Le projet est mis en œuvre en partenariat avec le ministère de la Santé au sein du district sanitaire de Madarounfa. Son dispositif s'articule autour de l'hôpital de district de Madarounfa, structure publique de 142 lits répartis entre les services de pédiatrie, maternité, médecine et chirurgie. MSF y soutient la prise en charge des enfants de moins de cinq ans dans les services d'urgences, de soins intensifs, de pédiatrie, de Centre de récupération nutritionnelle intensive (CRENI), d'isolement et de suivi des pathologies chroniques, ainsi qu'au niveau de la banque de sang, du laboratoire et de l'imagerie. L'organisation appuie également le Programme élargi de vaccination (PEV) et la mise en œuvre d'une approche centrée sur le patient. Afin de répondre aux pics saisonniers de paludisme et de malnutrition, les capacités pédiatriques et nutritionnelles sont renforcées au cours de l'année et peuvent atteindre plus de 300 lits au sein de l'hôpital pendant les périodes de forte activité. Les cas nécessitant une prise en charge spécialisée sont référés vers le Centre hospitalier régional et le Centre de référence mère-enfant de Maradi.

En périphérie, MSF soutient cinq centres de santé intégrés — Dan Issa, Madarounfa, Safo, Gabi et N'Yelwa — où sont assurées les activités de Centre de récupération nutritionnelle ambulatoire pour la malnutrition aiguë sévère (CRENAS) et modérée (CRENAM), les consultations pédiatriques, la promotion de la santé et les activités du Programme élargi de vaccination. Une case de santé située à In Rhadi complète ce dispositif pour le suivi nutritionnel et les consultations pédiatriques. Pendant la période de pic du paludisme, une unité d'hospitalisation saisonnière de 120 lits est ouverte à Dan Issa afin de renforcer les capacités de prise en charge pédiatrique du district. Depuis la mise en place des restrictions de déplacement imposées aux ONG, les références et contre-références entre les structures soutenues ainsi que les évacuations médicales vers Maradi sont assurées par le district sanitaire, avec un appui logistique de MSF comprenant notamment la fourniture de carburant ainsi que l'entretien et la maintenance des ambulances.

Au niveau communautaire, MSF appuie 65 relais communautaires répartis dans quatre aires de santé. Ces relais assurent le dépistage nutritionnel, la prise en charge du paludisme non compliqué et de la diarrhée, ainsi que des activités de promotion de la santé.

■ Bilan 2025

À l'hôpital de district, les efforts ont porté sur l'amélioration de la qualité des soins à travers le renforcement de la formation des équipes, l'organisation régulière de revues de morbi-mortalité et la poursuite des actions visant à améliorer la prise en charge de la douleur. Les modalités de collaboration avec le ministère de la Santé ont également été renforcées afin d'accroître l'implication des équipes nationales dans la gestion des services et les activités de formation. La prise en charge de la drépanocytose a poursuivi son développement avec l'extension de la cohorte de patients sous hydroxyurée.

En revanche, plusieurs activités prévues ont été ralenties ou reportées en raison de contraintes opérationnelles. Les ruptures de stocks de tests ont limité l'amélioration attendue du dépistage VIH chez les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère compliquée. L'introduction de nouvelles

activités d'imagerie par échographie n'a pas pu être réalisée en raison des restrictions de mouvement imposées aux ONG.

Dans les structures périphériques, les activités CRENAM, CRENAS et les consultations pédiatriques ont été maintenues. Les mécanismes de supervision ont été adaptés afin de tenir compte des contraintes d'accès. Les unités de mise en observation ont été renforcées durant la période de pic du paludisme avec l'ouverture de nouvelles capacités à Madarounfa et N'Yelwa. Quant aux activités communautaires, elles ont fait l'objet d'une réorganisation, avec un renforcement des réseaux de contacts.

	2021	2022	2023	2024	2025
Nb consultations relais communautaires	40 418	40 541	33 985	33 325	45 990
Nb d'admissions en CRENAM	-	17 411	36 667	30 270	26 416
Nb d'admissions en CRENAS	27 167	18 542	24 901	29 162	23 984
Nb d'hospitalisations en CRENI	9 601	5 305	5 165	9 858	8 351
Nb de consultations pédiatriques	92 359	120 731	125 254	120 051	125 090
Nb d'hospitalisations pédiatriques	9 229	7 744	10 736	14 323	15 713
Nb de présentations aux urgences	16 806	14 999	18 104	26 002	26 559
Nb d'admissions aux soins intensifs	5 288	4 462	5 468	7 238	8 929
Nb d'inclusions - drépanocytose		242	287	246	290

NIGERIA	
Type d'intervention : santé maternelle et néonatale, fistules obstétricales, nutrition, soins pédiatriques, réponse aux épidémies Nombre de projets : 7 Dépenses 2025 : 27 017 k€ Financements institutionnels : aucun	Personnels : Local : 1 212 International : 58 Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB, OCBA, OCG, WaCA

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Avec une population estimée à 237,5 millions d'habitants, le Nigeria demeure le pays le plus peuplé d'Afrique. La vie politique reste dominée par le All Progressives Congress (APC) et le People's Democratic Party (PDP), même si l'African Democratic Congress (ADC) s'est progressivement imposé comme une nouvelle force d'opposition. Élu en février 2023, le président Bola Ahmed Tinubu poursuit la mise en œuvre de réformes économiques engagées depuis son arrivée au pouvoir, dans un contexte où les préparatifs de l'élection présidentielle de 2027 ont déjà commencé.

L'économie nigériane demeure fortement dépendante du secteur pétrolier, qui représente plus de 70% des recettes d'exportation et plus de la moitié des revenus publics. La suppression des subventions aux carburants en 2023, combinée à la dépréciation du naira, a provoqué une forte hausse du coût de la vie et aggravé la pauvreté. Si l'inflation a commencé à diminuer après le pic atteint en 2024, les inégalités restent marquées entre les régions du nord, plus pauvres et moins dotées en infrastructures, et les grands centres urbains du sud.

La situation sécuritaire demeure particulièrement préoccupante. Dans le nord-est, les groupes armés Boko Haram et l'État islamique en Afrique de l'Ouest (ISWAP) poursuivent leurs activités. Le nord-ouest et le centre-nord restent affectés par les violences liées aux groupes armés pratiquant enlèvements contre rançon et attaques contre les populations civiles, tandis que des mouvements séparatistes restent actifs dans le sud du pays. Le Nigeria figure parmi les pays les plus touchés par la criminalité organisée en Afrique, notamment en raison de la corruption, des trafics, de la traite des êtres humains et du vol de pétrole.

Les conflits prolongés, l'insécurité persistante, les chocs climatiques récurrents et les difficultés de gouvernance continuent de fragiliser de larges portions du territoire. Les inondations récurrentes et l'irrégularité des précipitations affectent les moyens de subsistance des populations rurales et contribuent à l'aggravation des crises alimentaires et humanitaires. Les capacités de réponse des autorités et des acteurs humanitaires demeurent limitées par les contraintes d'accès, les difficultés institutionnelles et le sous-financement chronique de l'aide.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

La situation humanitaire continue de se dégrader sous l'effet combiné des conflits, de la pauvreté, de l'inflation et des aléas climatiques. Selon le Cadre harmonisé, 34,7 millions de personnes devraient être confrontées à une insécurité alimentaire durant la période de soudure de 2026, principalement dans les régions du nord-ouest, du centre-nord et du nord-est. Le Nigeria accueille également environ 3,7 millions de personnes déplacées internes, soit le plus grand nombre en Afrique de l'Ouest.

La réduction progressive des financements humanitaires accentue les difficultés. Le plan de réponse humanitaire 2025 n'a reçu qu'environ un tiers des financements nécessaires, laissant d'importants besoins sans réponse. Cette contraction des ressources intervient alors que les besoins humanitaires demeurent massifs dans plusieurs régions du pays.

Le système de santé nigérian reste confronté à des contraintes structurelles majeures. Les infrastructures sont souvent insuffisantes, particulièrement dans les zones touchées par les conflits. Les établissements de santé souffrent régulièrement de coupures d'électricité, d'un accès limité à l'eau et d'un manque chronique de ressources. Les dépenses de santé représentent près de trois quarts des dépenses directes des ménages, tandis que moins de 10 % de la population bénéficie d'une couverture d'assurance maladie. L'accès aux soins primaires de qualité demeure limité, avec une couverture estimée entre 40 et 45 % de la population. Ces difficultés sont particulièrement marquées dans les États du nord-est et du nord-ouest, où l'insécurité et le sous-financement limitent fortement l'accès aux soins.

Les principaux défis sanitaires concernent la malnutrition, le paludisme, la mortalité maternelle et les épidémies récurrentes. La couverture vaccinale reste faible dans plusieurs États du nord du pays, exposant les enfants à des maladies évitables. Selon l'analyse du Cadre harmonisé de mars 2025, plusieurs États du nord-ouest, notamment Sokoto, Zamfara et Katsina, demeurent classés en situation de crise ou d'urgence alimentaire.

La santé maternelle reste particulièrement préoccupante. Le Nigeria concentre à lui seul entre 20 et 30 % des décès maternels enregistrés dans le monde. Les fistules obstétricales demeurent également un problème majeur de santé publique, avec plus de 400 000 femmes vivant avec une fistule non traitée.

PRÉSENCE MSF

MSF OCP est présente au Nigeria depuis 1996. En 2025, elle gère trois projets : un projet de santé maternelle et néonatale à Jahun (État de Jigawa), un projet de soins pédiatriques à Maiduguri (État de Borno) et un projet de nutrition à Katsina. Le projet de Maiduguri, ouvert en 2014 en réponse au conflit dans le nord-est du pays, a poursuivi ses activités en 2025 avant sa fermeture effective en janvier 2026. Depuis juillet 2023, OCP collabore également avec la Kalthum Foundation for Peace (KFP) pour la mise en œuvre d'interventions médicales rurales dans l'État de Borno.

Les autres centres opérationnels de MSF sont présents dans 12 États du pays. MSF OCA intervient à Zamfara (nutrition et soins pédiatriques), Benue (santé primaire) et Sokoto (prise en charge du noma) et MSF OCB à Borno (nutrition et de santé reproductive) et Kebbi (nutrition). MSF OCBA est présent à Zamfara (pédiatrie, santé maternelle et nutrition) et à Gwoza (soutien aux activités d'urgence et aux références médicales). MSF OCG intervient à Bauchi (nutrition, fièvre de Lassa), et MSF WaCA à Kano (nutrition, soins obstétricaux et néonataux de base), Cross River (soins de santé primaires) et Lagos (interventions d'urgence).

PROJET : JAHUN

■ Historique du projet

Lancé en 2008 à l'hôpital général de Jahun, le projet visait initialement à soutenir le ministère de la Santé de l'État de Jigawa dans la prise en charge des fistules vésico-vaginales, une pathologie dont le Nigeria supporte une part importante du fardeau mondial. Face à l'ampleur des besoins en santé maternelle dans le nord-ouest du pays, MSF a progressivement élargi son intervention en intégrant une composante de soins obstétricaux et néonataux complets d'urgence (CEmONC) afin de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Pour améliorer l'accès aux soins obstétricaux et

néonataux et limiter l'afflux de patientes vers l'hôpital général de Jahun, MSF a ensuite étendu son soutien à des centres de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (BEmONC).

Dans la continuité de cet engagement, un atelier organisé en 2023 avec les autorités sanitaires de l'État et les partenaires du secteur a permis d'élaborer une feuille de route visant à réduire la morbidité et la mortalité maternelles dans l'État de Jigawa. En 2025, le projet s'est inscrit dans la mise en œuvre de l'initiative gouvernementale MAMII (Maternal and Neonatal Mortality Reduction Innovation Initiative), lancée par le ministère de la Santé de l'État pour renforcer la réponse aux enjeux de santé maternelle et néonatale.

■ Configuration du projet

Le projet de Jahun est mis en œuvre en partenariat avec le ministère de la Santé de l'État de Jigawa. Il s'articule autour de l'hôpital général de Jahun, où MSF soutient les soins obstétricaux et néonataux complets d'urgence (CEmONC) ainsi que la prise en charge des fistules vésico-vaginales. La structure dispose d'une capacité de 187 lits incluant les services de fistules et de néonatalogie. Les patientes y sont prises en charge pour les complications obstétricales et néonatales nécessitant des soins spécialisés, ainsi que pour les interventions chirurgicales liées aux fistules.

Le dispositif comprend également quatre centres de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (BEmONC) répartis dans trois zones administratives locales. Ces structures, soutenues par MSF en collaboration avec les autorités sanitaires de l'État, participent à l'offre de soins maternels et néonataux du projet.

En complément des soins obstétricaux et néonataux, le projet comprend des activités de prise en charge des violences sexuelles, de santé mentale et de physiothérapie.

Des activités de promotion de la santé sont menées dans les zones couvertes par le projet afin de favoriser le recours aux soins maternels et de renforcer les liens entre les structures de santé et les communautés.

■ Bilan 2025

L'année a été marquée par un renforcement du dialogue avec les autorités sanitaires de l'État de Jigawa autour des enjeux de santé maternelle et néonatale. Le lancement de l'initiative MAMII (Maternal and Neonatal Mortality Reduction Innovation Initiative) a constitué une évolution importante de l'environnement institutionnel du projet.

Plusieurs actions ont porté sur l'amélioration de la qualité des soins. Une stratégie pharmaceutique couvrant l'ensemble des centres BEmONC a été déployée afin d'améliorer la disponibilité des médicaments essentiels. L'approche centrée sur les patientes et la mise en œuvre de la Charte du patient ont également été introduites, avec un accent particulier porté sur les services de pré-travail et les urgences obstétricales.

Les activités de promotion de la santé ont été renforcées dans les zones couvertes par les BEmONC, contribuant à une augmentation de leur fréquentation. Les services destinés aux survivantes de violences sexuelles sont restés opérationnels après une suspension temporaire au cours de l'année. Des actions de communication autour des fistules obstétricales ont également été menées à travers des émissions radiophoniques, un documentaire, des activités d'autonomisation sociale et des rencontres communautaires.

La congestion persistante de certains services de l'hôpital, ainsi qu'un manque de personnel du ministère de la Santé et à une forte rotation des équipes, ont toutefois continué de peser sur la qualité des soins et les mesures de prévention et contrôle des infections. Les ruptures récurrentes de certaines méthodes contraceptives ainsi que les difficultés rencontrées pour la mise en œuvre des activités liées

aux violences sexuelles et aux soins d'avortement sécurisé ont également constitué des défis importants au cours de l'année.

	2021	2022	2023	2024	2025
Hospitalisation gynéco-obstétrique	12 219	12 621	13 919	14 360	16 871
Admissions néonatalogie	2 197	1 912	1 868	1 968	2 211
Accouchements hors césariennes	5 356	5 985	6 448	5 864	7 392
Accouchements sous césariennes	2 337	1 960	1 911	1 949	2 047
Premières consultations prénatales (BEmONCs)	17 691	19 344	18 940	22 968	71 110
Total accouchements (BEmONCs)	8 757	9 557	9 308	11 931	14 538
Nb passages au bloc	2 976	2 545	2 531	2 661	2 643
Admissions fistules	335	330	328	330	295
Nb chirurgies fistules	263	250	276	307	224
Nb de victimes de violences sexuelles		1	10	35	30
Nb d'avortements sécurisés	10	23	20	99	81

PROJETS : BORNO / MAIDUGURI

■ Historique du projet

Le projet de Borno a été lancé en 2014 en réponse à la crise provoquée par l'insurrection de Boko Haram dans le nord-est du Nigeria et aux déplacements massifs de population vers Maiduguri. Entre 2014 et 2017, MSF a déployé plusieurs interventions d'urgence dans différentes localités de l'État de Borno, notamment à Maiduguri, Bama, Dikwa et Monguno, afin de répondre aux besoins médicaux des populations affectées par le conflit.

À partir de 2016, l'intervention s'est progressivement recentrée sur Maiduguri avec l'ouverture d'activités au centre de santé primaire de Gwange III. Après une première implication dans la prise en charge nutritionnelle intensive, OCP a développé une offre de soins pédiatriques secondaires destinée aux enfants âgés d'un mois à 15 ans. Le projet a ensuite intégré des activités saisonnières de dépistage et de traitement du paludisme.

Face aux difficultés d'accès aux zones rurales affectées par l'insécurité, MSF a élargi son approche en 2023 à travers un partenariat avec la Kalthum Foundation for Peace (KFP). Cette collaboration a permis le déploiement d'interventions médicales rurales (RUMEDI) dans plusieurs localités difficiles d'accès de l'État de Borno, avec pour objectif de rapprocher les soins des populations vivant hors des principaux centres urbains et de renforcer les mécanismes de référence vers les structures de santé secondaires.

L'année 2025 a marqué une étape importante dans l'évolution du projet avec la préparation de la fermeture progressive des activités pédiatriques de Maiduguri, effective en janvier 2026. Dans ce contexte, le partenariat avec KFP a pris une importance croissante, permettant de maintenir une présence médicale dans des zones où l'accès humanitaire demeure limité et où les besoins restent importants.

■ Configuration du projet

En 2025, le projet de Borno reposait sur deux volets complémentaires : des soins pédiatriques secondaires à Maiduguri et des interventions médicales rurales mises en œuvre en partenariat avec la Kalthum Foundation for Peace (KFP).

À Maiduguri, MSF était intégrée au centre de santé primaire de Gwange III, où étaient proposés des soins pédiatriques secondaires gratuits pour les enfants âgés d'un mois à 15 ans. Les activités comprenaient les consultations externes, les urgences pédiatriques, l'hospitalisation des cas nécessitant une prise en charge spécialisée ainsi que des activités saisonnières de dépistage et de traitement du paludisme.

Le projet disposait également d'une composante externe visant à améliorer l'accès aux soins pendant les périodes de forte transmission du paludisme à travers des sites de dépistage et de traitement dédiés. Ces activités permettaient de désengorger les structures hospitalières et de faciliter une prise en charge précoce des cas.

En complément, MSF soutenait depuis 2023 des interventions médicales rurales (RUMEDI) mises en œuvre avec la Kalthum Foundation for Peace (KFP) dans plusieurs localités difficiles d'accès de l'État de Borno.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a été marquée par la préparation de la fermeture du projet de Maiduguri après plus d'une décennie de présence opérationnelle dans l'État de Borno. Les équipes ont travaillé avec les autorités sanitaires afin de préparer le transfert progressif des activités et d'assurer la continuité de la prise en charge des patients.

Parallèlement à cette transition, les activités pédiatriques se sont poursuivies tout au long de l'année. Plus de 40 000 consultations d'urgence et près de 49 000 consultations externes ont été réalisées, tandis que plus de 16 000 enfants ont été hospitalisés. Les activités de dépistage et de traitement du paludisme ont également été maintenues afin de répondre à l'augmentation saisonnière des besoins. Le partenariat avec la Kalthum Foundation for Peace (KFP) a continué de jouer un rôle important dans l'accès aux soins des populations vivant dans des zones difficiles d'accès avec plus de 51 000 consultations et 900 références vers des structures de soins secondaires.

	2021	2022	2023	2024	2025
Projet de Maiduguri					
Consultations aux urgences	26 634	26 803	39 223	41 529	40 376
Consultations générales	18 509	34 663	41 492	42 286	48 558
Paludisme : Test et traitement (activité de proximité)	7 581	46 553	80 240	72 437	39 085
Admissions en hospitalisation	15 556	16 553	17 025	19 263	16 105
Projet RUMEDI - Fondation Kalthum pour la Paix					
Consultations générales			14 840	32 644	51 580
Nb de cas de malaria			5 060	14 329	10 744

L'année a également été marquée par une importante épidémie de diphtérie dans l'État de Borno. Entre juillet et décembre 2025, 3 758 cas ont été pris en charge et les structures soutenues par MSF ont accueilli près de 89 % des cas signalés dans l'État. Alors que l'épidémie était toujours en cours au moment de la fermeture du projet de Gwange, MSF a maintenu sa réponse en reprenant le centre de traitement de la diphtérie ainsi que les activités de prise en charge à domicile. Une campagne de vaccination de masse a ensuite été menée début 2026 afin de limiter la gravité des cas et de renforcer la protection des populations les plus exposées. Cette intervention s'est toutefois déroulée dans un contexte de pénurie d'antitoxine diphtérique et de vaccins, auquel se sont ajoutées d'importantes difficultés liées à la couverture vaccinale.

PROJETS : KATSINA & MASHI

■ Historique du projet

MSF OCP a mené une première intervention nutritionnelle dans l'État de Katsina en 2005, avant que le projet ne soit interrompu à la suite du non-renouvellement du protocole d'accord par les autorités. Seize ans plus tard, l'afflux important d'enfants nigériens pris en charge dans le projet de Madarounfa, au Niger, combiné à la détérioration de la situation sécuritaire et économique dans le nord-ouest du Nigeria, a conduit MSF à réévaluer les besoins dans l'État. Les constats réalisés lors des missions exploratoires ont conduit à la reprise des activités en 2021 avec l'ouverture de quatre centres ambulatoires de traitement de la malnutrition aiguë sévère (ATFC) dans la zone de Jibia.

Face à l'augmentation rapide des besoins, le projet a progressivement étendu ses capacités. Un centre nutritionnel intensif (ITFC) et un centre ambulatoire ont été ouverts dans la ville de Katsina en 2021, puis un nouvel ATFC à Mashi et un second ITFC à l'hôpital Turai Yar'Adua en 2022. La même année, une clinique dédiée aux mères a été intégrée à l'ITFC de Kofar Sauri afin de proposer des consultations médicales, des services de planification familiale, un soutien en santé mentale ainsi qu'une prise en charge des violences sexuelles.

L'organisation du projet a continué d'évoluer au fil des besoins et des capacités des autres acteurs. Transféré à Première Urgence Internationale (PUI) en 2023, l'ATFC de Mashi a été repris par MSF en mai 2025 dans un contexte de détérioration de la situation nutritionnelle et de capacités de réponse limitées. Il représente aujourd'hui une composante importante du dispositif nutritionnel mis en œuvre par MSF dans l'État de Katsina.

■ Configuration du projet

Le projet nutritionnel de MSF à Katsina repose sur une approche intégrée combinant traitement hospitalier de la malnutrition aiguë sévère, prise en charge ambulatoire et services médicaux complémentaires à destination des femmes et des enfants.

Le dispositif repose sur deux centres nutritionnels intensifs (ITFC) situés dans la ville de Katsina : le centre de Kofar Sauri et celui de l'hôpital Turai Yar'Adua, représentant ensemble une capacité pouvant atteindre 650 lits. Ces structures assurent la prise en charge hospitalière des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère.

Le projet comprend également quatre centres ambulatoires de traitement de la malnutrition aiguë sévère (ATFC) : Daddara et Magama dans la zone de Jibia, Kofar Marusa dans la zone de Katsina et Mashi dans la zone du même nom. Ces structures assurent le dépistage, le suivi et la prise en charge ambulatoire des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère.

En complément des activités nutritionnelles, MSF met en œuvre des activités de dépistage et de traitement du paludisme dans les structures soutenues pendant les périodes de forte transmission. Des consultations externes, des services de santé des femmes, de planification familiale, de santé mentale et de prise en charge des violences sexuelles sont proposés aux accompagnantes d'enfants hospitalisés ainsi qu'aux survivantes de violences sexuelles. Le projet assure également une préparation et une réponse aux épidémies, notamment de choléra, de rougeole, de méningite et de diphtérie.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a été marquée par une aggravation sans précédent de la crise nutritionnelle dans l'État de Katsina. Face à un afflux massif d'enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère, MSF a considérablement renforcé son dispositif de prise en charge. Les capacités d'hospitalisation des deux centres nutritionnels intensifs ont été progressivement augmentées, passant de 460 à 600 puis à 745 lits au plus fort de la période de soudure.

Afin d'adapter la réponse à l'ampleur des besoins, MSF a mis en œuvre plusieurs évolutions dans la prise en charge. Un protocole simplifié fondé sur la mesure du périmètre brachial (MUAC) a été déployé pour l'admission et le suivi des enfants, tandis que le programme « Family MUAC » a été introduit afin de renforcer la détection précoce de la malnutrition au niveau des familles et des communautés. Face à la dégradation de la situation nutritionnelle et aux capacités limitées des autres acteurs, MSF a par ailleurs repris en mai la gestion du centre ambulatoire de Mashi.

La zone de Mashi, particulièrement touchée par la crise nutritionnelle, a fait l'objet d'une intervention d'urgence spécifique. Pendant la période de soudure, plus de 600 tonnes de produits nutritionnels ont été distribuées à environ 70 000 enfants âgés de 3 à 59 mois lors de trois cycles de distribution menés entre juillet et septembre. En parallèle, un programme d'aide financière a été mis en place au bénéfice des accompagnantes d'enfants hospitalisés dans les centres nutritionnels intensifs afin d'aider les familles à couvrir leurs besoins essentiels pendant la durée du traitement et de préserver l'utilisation des produits nutritionnels destinés aux enfants pris en charge.

L'année a également été marquée par un important travail de plaidoyer autour de la crise nutritionnelle dans le nord-ouest du Nigeria. À Katsina, MSF a accueilli une délégation de parlementaires français aux côtés de Global Health Advocates et d'ALIMA afin de sensibiliser les décideurs à l'ampleur des besoins. Au niveau national, une conférence de haut niveau réunissant notamment le gouverneur de l'État de Katsina a permis de renforcer la mobilisation politique autour des enjeux nutritionnels.

	2022	2023	2024	2025
Nb total de consultations	106 410	227 684	414 557	636 342
Nb d'admissions en centres nutritionnels ambulatoires	97 594	78 204	95 150	146 303
Nb d'admissions centres nutritionnels intensifs	13 511	15 225	23 198	25 613
Nb de consultations paludisme	52 430	7 826	25 438	30 501
Nb de violences sexuelles		72	79	72
Nb d'avortements sécurisés		31	27	45

OUGANDA	
Type d'intervention : accès aux soins, épidémies Nombre de projets : 2 Dépenses 2025 : 3 294 k€ Financements institutionnels : aucun	Personnels : Local : 86 International : 13 Autres centres opérationnels MSF : OCG

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Depuis son indépendance en 1962, l'Ouganda a traversé plusieurs décennies d'instabilité marquées par des coups d'État, des régimes militaires et des conflits armés, avant l'arrivée au pouvoir de Yoweri Museveni en 1986. Sous sa présidence, le pays a retrouvé une stabilité politique relative et connu une croissance économique soutenue, malgré des critiques récurrentes concernant les atteintes aux droits humains et l'implication de l'Ouganda dans plusieurs crises régionales. L'insurrection menée par l'Armée de résistance du Seigneur (LRA) et les Forces démocratiques alliées (ADF) a pris fin dans les années 2000, même si les ADF demeurent actives dans la région et ont été impliquées dans plusieurs attaques meurtrières ces dernières années.

À l'échelle régionale, l'Ouganda continue de jouer un rôle politique et militaire important, notamment dans le cadre de la mission de l'Union africaine en Somalie contre Al-Shabaab. Le pays reste toutefois fortement exposé aux conséquences des conflits qui affectent ses voisins, en particulier le Soudan du Sud et l'est de la République démocratique du Congo (RDC), où son implication militaire demeure significative.

Sur le plan politique, le Mouvement de résistance nationale (NRM) domine la vie publique depuis près de quarante ans. Les élections de 2021 ont été marquées par une forte contestation de l'opposition conduite par Bobi Wine et son parti, la Plateforme de l'unité nationale (NUP), dans un contexte de violences électorales et de restrictions des libertés publiques. La situation des personnes LGBTQI+ reste également préoccupante depuis l'adoption, en 2023, d'une législation renforçant la criminalisation de l'homosexualité. Si la Cour constitutionnelle a annulé certaines dispositions de cette loi en 2024, notamment celles portant atteinte au droit à la santé, à la vie privée et à la liberté de religion, le cadre législatif demeure particulièrement répressif.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

L'Ouganda accueille près de deux millions de réfugiés et demandeurs d'asile, principalement originaires de la République démocratique du Congo, du Soudan du Sud et du Soudan, ce qui en fait l'un des principaux pays d'accueil du continent. Entre janvier et avril 2026, plus de 138 000 nouveaux réfugiés et demandeurs d'asile ont été enregistrés, soit une augmentation de 33 % par rapport à la même période de l'année précédente. Parallèlement, les importantes réductions des financements internationaux ont fragilisé la réponse humanitaire et le système de santé. Fin 2025, le plan de réponse aux réfugiés n'était financé qu'à hauteur de 25 %, limitant l'accès à l'alimentation, aux soins et aux services de protection.

Les besoins demeurent particulièrement importants en matière de santé sexuelle et reproductive. Malgré une diminution de la prévalence des grossesses chez les adolescentes, celle-ci concernait encore 13,6 % des jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans selon le recensement de 2024. Chaque année,

environ 6 000 femmes et adolescentes meurent de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement, tandis que les avortements non sécurisés restent fréquents.

L'Ouganda reste également confronté à une forte charge de drépanocytose, avec environ 20 000 enfants naissant chaque année avec la maladie et plusieurs milliers de décès infantiles associés. Le pays demeure par ailleurs exposé à des risques épidémiques récurrents, comme l'a illustré l'épidémie d'Ebola survenue entre janvier et avril 2025, qui a comptabilisé 12 cas confirmés et deux cas probables. Les effets du changement climatique, notamment l'augmentation du risque d'inondations et leurs conséquences sur la sécurité alimentaire et la santé, constituent également un défi croissant.

PRÉSENCE MSF

MSF est présente en Ouganda depuis 1980, avec une première réponse à une crise nutritionnelle dans le Karamoja. Au fil des décennies, l'organisation est intervenue dans de nombreuses régions pour répondre à des urgences médicales, humanitaires et épidémiques, notamment auprès des réfugiés rwandais, congolais et sud-soudanais, mais aussi lors d'épidémies majeures telles que l'Ebola, le choléra, la rougeole, ou encore la CoViD-19. MSF a également mené des projets structurants dans la prise en charge du VIH/TB, de la malnutrition, de la santé mentale, des violences sexuelles, et dans l'accompagnement des adolescents ou des communautés de pêcheurs. Les dernières années ont été marquées par des interventions en contexte de grands déplacements de population, avec des activités mobiles, hospitalières et communautaires dans les zones frontalières, les centres de transit et les camps de réfugiés.

Trois entités de MSF sont présentes en Ouganda, centrées sur les opérations (MSF OCP), l'approvisionnement régional (MSF OCG), et la recherche (Epicentre en collaboration avec l'Université de Mbarara).

PROJET : KASESE – CLINIQUE POUR ADOLESCENTS

■ Historique du projet

À la suite d'une évaluation et d'une étude anthropologique menées entre 2014 et 2015 dans les districts de Kasese, Rubirizi et Kamwenge, MSF a lancé ses activités dans l'ouest de l'Ouganda afin de répondre aux difficultés rencontrées par les adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive, notamment les grossesses précoces, les violences sexuelles et les avortements non sécurisés.

En 2020, la Kasese Adolescent Clinic (KAC) a été intégrée au centre de santé municipal de Kasese dans l'objectif de mieux inscrire ses activités au sein de l'offre publique de soins. Les évaluations externes réalisées par la suite ont mis en évidence la nécessité de renforcer les approches centrées sur les patients ainsi que la participation des adolescents à leur propre prise en charge. À partir de 2022, le projet a élargi son champ d'intervention avec l'introduction d'activités de santé mentale et de prise en charge de la drépanocytose. La même année, les activités VIH menées auprès des communautés de pêcheurs ont été transférées aux autorités sanitaires du district et à leurs partenaires. Ce processus s'est poursuivi jusqu'en 2024 avec le transfert au ministère de la Santé, soutenu par Baylor Uganda, de la cohorte d'adolescents vivant avec le VIH suivie à la KAC.

En 2025, MSF a poursuivi le développement de son programme drépanocytose à travers la mise en place de consultations hebdomadaires décentralisées dans les centres de santé de Hima et de Nyabirongo, l'introduction de l'hydroxyurée dans les protocoles thérapeutiques et l'extension de la prise en charge aux enfants de moins de dix ans.

■ Configuration du projet

Le projet est mis en œuvre par MSF en collaboration avec le ministère ougandais de la Santé et les autorités sanitaires du district de Kasese. Il repose sur une approche dite de « One-Stop », visant à proposer aux adolescents âgés de 10 à 19 ans une prise en charge intégrée regroupant différents services au sein d'un même dispositif de soins.

La Kasese Adolescent Clinic constitue le cœur du projet. Les consultations externes y prennent en charge les pathologies courantes rencontrées chez les adolescents, tout en offrant un ensemble de services spécialisés en santé sexuelle et reproductive. Les adolescentes enceintes bénéficient de consultations prénatales et postnatales, tandis que les survivants de violences sexuelles ont accès à une prise en charge médicale spécifique. Le projet propose également des services de contraception, la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, des soins liés à l'avortement sécurisé, ainsi que des activités de santé mentale.

La drépanocytose constitue la seconde composante majeure du projet. En plus des consultations spécialisées assurées à la KAC, MSF soutient un modèle de prise en charge décentralisée à travers des consultations hebdomadaires dans les centres de santé de Hima et de Nyabirongo. Les patients bénéficient du diagnostic, du suivi clinique, de traitements incluant l'hydroxyurée ainsi que d'un système de référencement lorsque des soins complémentaires sont nécessaires.

Le projet comprend également un laboratoire permettant la réalisation d'examens diagnostiques ainsi qu'un espace récréatif et éducatif destiné à favoriser l'accès aux soins, l'information et la participation des adolescents aux activités de la clinique.

■ Bilan 2025

La fréquentation de la Kasese Adolescent Clinic (KAC) est restée élevée avec plus de 21 000 consultations générales et de santé sexuelle et reproductive réalisées au cours de l'année.

La prise en charge de la drépanocytose a connu un développement important au cours de l'année. MSF a poursuivi la décentralisation des soins à travers des consultations hebdomadaires dans les centres de santé de Hima et de Nyabirongo, tout en renforçant les activités spécialisées au sein de la KAC. L'introduction de l'hydroxyurée dans les protocoles thérapeutiques et l'extension de la prise en charge aux enfants de moins de dix ans ont contribué à améliorer l'accès aux soins pour les jeunes patients.

Les activités de santé mentale ont également été renforcées grâce au développement d'outils dédiés et à l'élargissement de la prise en charge aux enfants de moins de dix ans. Cette approche intégrée vise à mieux répondre aux besoins médicaux, psychologiques et sociaux des patients suivis au sein du projet.

Dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, les besoins sont demeurés élevés. Les équipes ont continué à prendre en charge les conséquences des grossesses précoces, des violences sexuelles et des grossesses non désirées, qui restent des problématiques majeures dans le district de Kasese. Dans le même temps, le recours à la contraception chez les adolescents a diminué, illustrant les obstacles persistants à l'accès à l'information et aux services de santé sexuelle et reproductive. Les activités d'avortement sécurisé ont poursuivi leur développement au cours de l'année, dans un environnement où la stigmatisation et les réticences sociales continuent de limiter l'accès aux soins.

	2021	2022	2023	2024	2025
Nb de consultations générales et de santé sexuelle et reproductive	14 618	21 972	22 063	20 733	21 024
Nb de victimes de violences sexuelles	82	131	89	59	97
Nb d'avortements sécurisés	667	747	878	1 409	1 662
Nb de consultations anténatales	6 026	6 278	6 576	7 764	8 090
Nb de consultations au planning familial	598	613	1 448	1 379	1 188
Nb de consultations en santé mentale (nouveaux patients)		153	138	118	168
Nb de consultations drépanocytose		880	1 547	1 154	2 856
Nb de références	819	1 322	1 631	1 245	1 862

L'année a également été marquée par la réponse à l'épidémie de maladie à virus Ebola (souche Soudan) déclarée en janvier 2025. Alors que le pays demeure exposé à des flambées épidémiques récurrentes, MSF a contribué à la réponse mise en œuvre par les autorités sanitaires. L'épidémie, déclarée terminée en avril 2025, a comptabilisé 12 cas confirmés et deux cas probables, dont quatre décès. Cette intervention a confirmé l'importance de maintenir des capacités de préparation et de réponse rapide face aux urgences sanitaires dans le pays.

PAKISTAN	
Type d'intervention : tuberculose, leishmaniose, santé maternelle et soins de santé primaires. Nombre de projets : 4 Dépenses 2025 : 3 749 k€ Financements institutionnels : aucun	Personnels : Local : 186 International : 15 Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Le Pakistan demeure confronté à des défis politiques, économiques et sécuritaires persistants. Après plusieurs années d'instabilité, l'année 2025 a été marquée par une relative amélioration de la situation macroéconomique, favorisée par un accord de financement conclu avec le Fonds monétaire international en septembre 2024 et par l'adoption de mesures budgétaires et monétaires restrictives ayant contribué à ralentir l'inflation.

Les tensions entre le gouvernement provincial du Khyber Pakhtunkhwa (KP), dominé par le Pakistan Tehreek-e-Insaf (PTI), et les autorités fédérales se sont toutefois maintenues, notamment autour des questions sécuritaires, de la gestion de la frontière afghane et du rapatriement forcé des réfugiés afghans. Dans le cadre du plan de rapatriement des étrangers lancé en 2023, les deuxième et troisième phases du processus ont été mises en œuvre en 2025. Plus de 1,7 million d'Afghans ont quitté le Pakistan depuis le début du programme, dont 44 % au cours de la seule année 2025. Les restrictions imposées à l'accès aux visas et aux services bancaires, et la fermeture progressive de certains camps ont accentué les difficultés rencontrées par cette population.

L'environnement sécuritaire régional s'est également dégradé. Les affrontements entre le Pakistan et l'Inde en mai puis en octobre 2025 ont provoqué des victimes et des déplacements de population le long de la ligne de contrôle au Cachemire. Parallèlement, les relations entre le Pakistan et l'Afghanistan se sont fortement détériorées après des frappes transfrontalières pakistanaïses contre des cibles présumées du Tehrik-e-Taliban Pakistan (TTP), suivies de représailles et d'affrontements le long de la frontière. Malgré plusieurs tentatives de médiation, les tensions se sont poursuivies jusqu'à la fin de l'année sous la forme d'un conflit de faible intensité marqué par des incidents récurrents.

À l'intérieur du pays, les opérations de contre-insurrection se sont intensifiées face à la recrudescence des groupes armés. Dans le district de Bajaur, une offensive militaire a entraîné le déplacement d'environ 20 000 familles. Les débats autour de nouvelles opérations dans les zones tribales demeurent une source importante de tensions politiques et sociales.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

Le système de santé pakistanais reste fragilisé par un sous-investissement chronique et de fortes inégalités d'accès aux soins. Les conflits armés, les déplacements de population et les contraintes d'accès dans plusieurs régions du pays continuent de limiter la disponibilité des services de santé et de perturber les chaînes d'approvisionnement médicales.

Les indicateurs de santé maternelle et néonatale demeurent préoccupants. Le taux de mortalité néonatale est estimé entre 38 et 42 décès pour 1 000 naissances vivantes. Plus de 190 000 mortinaissances sont enregistrées chaque année, principalement en raison d'hémorragies du post-partum, de troubles hypertensifs ou d'infections évitables. Les disparités entre zones urbaines et rurales restent particulièrement marquées.

L'année 2025 a également été marquée par une réduction significative de l'aide internationale. Les États-Unis ont suspendu plus de 845 millions de dollars de projets financés par l'USAID, tandis qu'ECHO et OCHA ont réduit leur présence dans le pays. Ces réductions ont affecté plusieurs programmes de santé publique, notamment dans les domaines de la poliomyélite, de la tuberculose, du VIH, de la santé maternelle et infantile ainsi que du renforcement des infrastructures sanitaires.

Le Pakistan demeure l'un des cinq pays les plus touchés par la tuberculose dans le monde. Selon l'OMS, environ 686 000 nouveaux cas ont été estimés en 2023. La prise en charge de la tuberculose multirésistante reste insuffisante avec seulement 44 % des cas diagnostiqués et mis sous traitement.

Les catastrophes climatiques continuent d'aggraver les besoins humanitaires. Les inondations de 2025 ont déplacé plus de 2,9 millions de personnes et causé plus de 1 000 décès, dont plus de la moitié dans la province du Khyber Pakhtunkhwa. Elles ont également accru les risques d'épidémies, notamment de dengue, de maladies diarrhéiques et d'infections cutanées.

PRÉSENCE MSF

MSF est présent au Pakistan depuis les années 1980, initialement pour soutenir les réfugiés afghans. L'organisation est ensuite intervenue lors de plusieurs crises majeures, notamment le séisme de 2005, les déplacements de population de 2009 et les inondations de 2010.

Aujourd'hui, MSF OCP mène des activités de lutte contre la tuberculose multirésistante, la leishmaniose cutanée, de soins de santé primaires ainsi que de santé maternelle, néonatale et infantile dans les provinces du Khyber Pakhtunkhwa et du Pendjab.

MSF OCA intervient au Baloutchistan dans les domaines de la nutrition, de la santé maternelle et infantile, de la prise en charge de la leishmaniose cutanée et des urgences. MSF OCB est présent dans la province du Sindh avec un projet de tuberculose pédiatrique à Karachi.

PROJETS AU KHYBER PAKHTUNKHWA

■ Historique des projets

Leishmaniose cutanée : MSF prend en charge la leishmaniose cutanée au Pakistan depuis 2008. Face à la forte charge de la maladie et aux capacités limitées de la réponse nationale, l'organisation a développé un programme au Khyber Pakhtunkhwa avec l'ouverture d'un premier site au Government Naseerullah Khan Babar Memorial Hospital (GNKBMH) de Peshawar en 2018, puis à Bannu en 2019. Deux sites supplémentaires ont été ouverts à Badabher et Telaband en 2021 mais fermés depuis.

Soins de santé primaires à Tirah : en 2022, MSF a ouvert un projet de soins de santé primaires dans la vallée de Tirah afin de répondre aux besoins des populations revenues après plus de huit années de déplacement liées au conflit. Le projet a fait l'objet d'une extension avec une activité de clinique mobile dans la région de Surkhas en 2024.

Santé maternelle, néonatale et infantile à Dogra : à la suite de la fermeture de l'hôpital maternel et néonatal de Peshawar, MSF a engagé le développement d'un projet à l'hôpital de Dogra, dans le district de Khyber, afin de renforcer l'offre de soins maternels et néonataux dans une zone insuffisamment couverte. Le protocole d'accord conclu avec le ministère de la Santé a été signé en janvier 2025 pour une durée de trois ans.

■ Configuration des projets

Les activités de prise en charge de la leishmaniose cutanée sont assurées dans trois structures publiques : le Government Naseerullah Khan Babar Memorial Hospital (GNKBMH) de Peshawar, le

Khaleefa Gul Nawaz Memorial Hospital de Bannu et l'hôpital de Dogra. Les équipes réalisent l'évaluation clinique initiale, le diagnostic de laboratoire, le conseil et l'éducation des patients, la mise sous traitement, la prise en charge des co-infections, le soutien à l'observance thérapeutique ainsi que le suivi des patients absents aux rendez-vous.

Dans la vallée de Tirah, MSF soutient une clinique de soins de santé primaires située à Kham Kaley, qui dessert une population estimée entre 25 000 et 35 000 habitants en hiver, pouvant atteindre 60 000 personnes durant l'été. La structure propose des consultations ambulatoires, des services de santé maternelle et infantile, le dépistage nutritionnel, des activités d'éducation à la santé, la vaccination en collaboration avec le ministère de la Santé, la distribution gratuite de médicaments, des examens de laboratoire de base, des références vers des structures de niveau supérieur à Peshawar ainsi qu'une prise en charge limitée des urgences et des accouchements.

À l'hôpital de Dogra, qui dessert une population d'environ 800 000 personnes dans le tehsil de Bara et le sud du district d'Orakzai, MSF intervient en partenariat avec le ministère de la Santé avec un appui à l'unité de soins néonataux. Les activités obstétricales hospitalières et le soutien au bloc opératoire ne sont pas encore mis en œuvre, les restrictions d'accès au personnel international limitant le déploiement du projet.

■ Bilan 2025

Dans le programme de lutte contre la leishmaniose cutanée, MSF a poursuivi la réorganisation de ses activités autour des sites de Peshawar, Bannu et Dogra. L'essai clinique portant sur de nouvelles modalités thérapeutiques a été abandonné faute d'autorisation réglementaire, tandis que les équipes ont poursuivi leur plaidoyer pour améliorer l'accès au méglumine, dont les pénuries continuent de limiter la prise en charge de la maladie dans les structures publiques.

Dans la vallée de Tirah, les activités de soins de santé primaires ont été maintenues malgré un contexte sécuritaire difficile. Le transfert de la clinique vers Kham Kaley a permis d'assurer la continuité des services, tandis que les équipes ont renforcé leur capacité de réponse, notamment grâce au recrutement de personnel médical féminin. En revanche, les contraintes d'accès n'ont pas permis la reprise des activités mobiles au cours de l'année.

À Dogra, la signature du protocole d'accord avec le ministère de la Santé au début de l'année 2025 a permis le lancement du partenariat à l'hôpital de Dogra. Toutefois, les restrictions d'accès au personnel international ont conduit à une mise en œuvre progressive du projet. MSF a ainsi concentré son appui sur l'unité de soins néonataux, tandis que le déploiement des autres composantes des soins maternels et obstétricaux a été différé.

Activité	Indicateurs	2022*	2023	2024	2025
Leishmaniose cutanée	Nb d'admissions	2 010	3 709	5 081	2 624
Services de santé primaires (Tirah)	Consultations générales	14 085	26 265	41 519	30 455

PROJET : PUNJAB TUBERCULOSE

■ Historique du projet

Dans un pays où la tuberculose constitue un enjeu majeur de santé publique, MSF a ouvert en décembre 2021 un site de gestion programmatique de la tuberculose multirésistante (PMDT) à l'hôpital universitaire de Gujranwala, en partenariat avec le ministère de la Santé, les programmes national et provincial de lutte contre la tuberculose et les autorités sanitaires locales.

Initialement centré sur le diagnostic et la prise en charge des patients, le projet a progressivement renforcé les activités communautaires de dépistage et de suivi, développé une approche de soins centrés sur le patient, élargi ses partenariats et engagé des activités de recherche opérationnelle, tout en améliorant les mécanismes de référencement et la coordination avec les services spécialisés de l'hôpital.

■ Configuration du projet

Le projet de prise en charge de la tuberculose multirésistante est mis en œuvre à l'hôpital universitaire de Gujranwala, en partenariat avec le ministère de la Santé, les programmes national et provincial de lutte contre la tuberculose ainsi que les autorités sanitaires locales. Il repose sur une approche de soins centrés sur le patient associant activités hospitalières et communautaires.

Les activités hospitalières comprennent les consultations médicales, le traitement de la tuberculose multirésistante, le soutien psychosocial, la promotion de la santé, les examens diagnostiques, la gestion des comorbidités, le référencement des patients, le suivi des approvisionnements médicaux ainsi que des activités de recherche opérationnelle. Les activités communautaires reposent sur les visites à domicile, le dépistage des contacts, le conseil aux patients, le suivi des traitements et la livraison des médicaments.

Le projet collabore également avec Mercy Corps et la Pakistan Anti-TB Association (PATA) afin de renforcer le dépistage, le référencement des patients et les activités de sensibilisation.

■ Bilan 2025

En 2025, le projet de prise en charge de la tuberculose multirésistante a poursuivi sa consolidation à Gujranwala. Le projet a également poursuivi le déploiement du programme TACTIC, visant à renforcer le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose pédiatrique, tout en développant la prise en charge des comorbidités, notamment grâce à l'ouverture d'une consultation dédiée au diabète.

Les soins centrés sur le patient sont demeurés au cœur du projet. Les groupes de soutien, les mécanismes de retour d'expérience et le comité de soins centrés sur le patient, composé majoritairement de patients et de leurs accompagnants, ont favorisé une plus grande participation des bénéficiaires à l'amélioration des services. Les activités communautaires ont également évolué afin de renforcer le dépistage, d'améliorer le référencement des patients et d'assurer leur suivi tout au long du parcours de soins, notamment grâce à un recours accru au test GeneXpert.

L'année a également été marquée par la poursuite des activités de recherche opérationnelle et le renforcement des partenariats avec le Programme provincial de lutte contre la tuberculose, Mercy Corps, la Pakistan Anti-TB Association et les autorités sanitaires locales. Ces collaborations ont permis d'engager les travaux préparatoires à la décentralisation de la prise en charge de la tuberculose multirésistante vers le district de Gujrat.

	2021	2022	2023	2024	2025
Nb de patients enregistrés dans la cohorte	7	139	136	210	161

PALESTINE	
Type d'intervention : conflit	Personnels :
Nombre de projets : 3	Local : 532
Dépenses 2025 : 36 808 k€	International : 45
Financements institutionnels : 323 k€ (collectivités locales)	Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB, OCBA

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

La Palestine couvre une superficie de 6 020 km², répartie entre la Cisjordanie (5 655 km²) et la bande de Gaza (365 km²). Sa population est estimée à environ 5,48 millions d'habitants, dont près de 60 % vivent en Cisjordanie et 40 % dans la bande de Gaza. Depuis l'occupation par Israël de la Cisjordanie, de Jérusalem-Est et de Gaza en 1967, les territoires palestiniens occupés connaissent une crise prolongée, marquée par l'occupation militaire, le blocus imposé à la bande de Gaza depuis 2007, les divisions politiques palestiniennes et des épisodes récurrents de violence. Les accords d'Oslo ont conduit à la création de l'Autorité palestinienne, qui exerce des compétences limitées en Cisjordanie, tandis que le Hamas contrôle la bande de Gaza depuis 2007. Le report des élections palestiniennes prévues en 2021 a prolongé le blocage politique interne.

En Israël, les évolutions politiques engagées ces dernières années se sont poursuivies. Depuis 2022, la coalition conduite par Benyamin Netanyahu, associant notamment des partis nationalistes religieux et d'extrême droite, a poursuivi l'expansion des colonies en Cisjordanie. Les projets de réforme du système judiciaire ont également continué d'alimenter les tensions politiques internes.

Le 7 octobre 2023, une attaque menée par le Hamas en Israël a fait plus de 1 200 morts et conduit à l'enlèvement de 252 personnes. La réponse militaire israélienne a entraîné une intensification des opérations dans la bande de Gaza et provoqué des destructions massives des infrastructures civiles. En 2024, la Cour internationale de Justice a rendu plusieurs ordonnances enjoignant notamment à Israël de faciliter l'acheminement de l'aide humanitaire et de prendre des mesures pour prévenir les actes susceptibles de relever de la Convention sur le génocide. La même année, la Cour pénale internationale a délivré des mandats d'arrêt contre le Premier ministre israélien Benyamin Netanyahu, l'ancien ministre de la Défense Yoav Gallant et le dirigeant militaire du Hamas Mohammed Deif pour crimes de guerre et crimes contre l'humanité. Malgré l'annonce d'un cessez-le-feu en octobre 2025, les violences se sont poursuivies, tandis que les destructions d'habitations et d'infrastructures ainsi que les restrictions imposées à l'entrée des biens et de l'aide humanitaire sont restées importantes.

En Cisjordanie, la situation sécuritaire s'est encore détériorée en 2025. En janvier, l'armée israélienne a lancé l'opération « Iron Wall » dans plusieurs gouvernorats du nord de la Cisjordanie, notamment à Jénine, Tulkarem, Tubas, Qalqilya et Naplouse. Les opérations militaires, les arrestations, les destructions d'habitations, les déplacements de population ainsi que les restrictions de circulation se sont intensifiés, perturbant durablement la vie quotidienne et l'accès aux services essentiels. Les incursions militaires dans les villes, villages et camps de réfugiés sont devenues plus fréquentes. L'année a également été marquée par la poursuite de l'expansion des colonies israéliennes en Cisjordanie, de nouvelles confiscations de terres et une augmentation des violences commises par des colons. Dans le même temps, la situation économique a continué de se dégrader sous l'effet du gel des transferts de recettes fiscales destinées à l'Autorité palestinienne, de la suspension de nombreux

permis de travail en Israël et des difficultés croissantes rencontrées par les institutions publiques palestiniennes. Les organisations humanitaires internationales ont également été confrontées à un durcissement des procédures administratives encadrant leur présence et leurs activités, dans un contexte de restrictions accrues affectant les déplacements des personnels et l'acheminement des secours.

■ Contexte humanitaire et sanitaire

Dans la bande de Gaza, plus de deux années de conflit ont provoqué une catastrophe humanitaire d'une ampleur sans précédent. Les déplacements répétés de population, les destructions massives des infrastructures civiles et les restrictions imposées à l'acheminement de l'aide continuent d'aggraver une situation déjà critique. Au 19 octobre 2025, plus de 68 000 personnes avaient été tuées et près de 170 000 blessées selon le ministère palestinien de la Santé et l'Organisation mondiale de la Santé avait recensé plus de 900 attaques contre des structures de santé. Malgré le cessez-le-feu annoncé en octobre 2025, les violences, les destructions d'habitations et d'infrastructures ainsi que les déplacements de population se sont poursuivis, tandis que les besoins en eau, nourriture, abris et produits d'hygiène demeurent considérables.

Le système de santé de Gaza a fait l'objet d'une destruction systématique depuis le début du conflit. Plus de 90 % des hôpitaux ont été endommagés et seuls les hôpitaux de campagne demeurent pleinement opérationnels. Plus de 1 700 professionnels de santé ont été tués depuis octobre 2023, dont quinze collaborateurs de MSF. Les autorités israéliennes continuent de restreindre fortement l'entrée de carburant, d'eau, de nourriture et de fournitures médicales, limitant considérablement les capacités de prise en charge. Le 22 août 2025, la Classification intégrée de la sécurité alimentaire (IPC) a confirmé une situation de famine dans la ville de Gaza, tandis que deux autres gouvernorats étaient classés en phase d'urgence. Les restrictions à l'acheminement de l'aide ont profondément limité les distributions alimentaires. Les centres de distribution gérés par la Gaza Humanitarian Foundation, mise en place avec le soutien d'Israël et des États-Unis, ont été marqués par de nombreux épisodes de violence ayant causé la mort ou blessé des personnes venues chercher de la nourriture, aggravant encore les risques auxquels est confrontée la population civile.

En Cisjordanie, la dégradation de la situation sécuritaire a eu des conséquences croissantes sur la situation humanitaire et l'accès aux soins. L'offensive lancée au début de l'année 2025 dans les gouvernorats de Jénine, Tubas et Tulkarem, suivie d'une intensification des opérations militaires au cours des mois suivants, a provoqué d'importants déplacements de population, notamment dans les camps de réfugiés, ainsi que la destruction d'habitations et d'infrastructures. Les violences commises par des colons, les restrictions de circulation et la multiplication des checkpoints ont encore limité l'accès des populations aux services essentiels et retardé les transferts de patients ainsi que les interventions des services d'urgence. Les difficultés financières de l'Autorité palestinienne affectent également le fonctionnement du système de santé, entraînant retards dans le versement des salaires, pénuries de médicaments, et difficultés de recrutement. Les restrictions de circulation compliquent les déplacements des patients, des ambulances et du personnel de santé, y compris les transferts vers les hôpitaux de Jérusalem-Est. Si l'ensemble des points de prestation de soins demeure ouvert, moins de la moitié fonctionnent pleinement et de nombreux centres de santé primaires ne peuvent maintenir leurs activités que grâce à des équipes mobiles. Les besoins en santé mentale continuent par ailleurs d'augmenter, en particulier chez les femmes et les jeunes exposés aux violences et à l'insécurité, alors que les capacités de prise en charge spécialisées restent insuffisantes.

PRÉSENCE MSF

MSF est présente en Palestine depuis 1989. Les activités de l'organisation sont déployées dans la bande de Gaza et en Cisjordanie afin de répondre aux conséquences du conflit sur les populations et de maintenir l'accès aux soins. L'intervention de MSF est assurée par quatre centres opérationnels (OCP,

OCB, OCBA et OCA). En 2025, les opérations se sont poursuivies dans un environnement marqué par d'importantes contraintes sécuritaires et administratives. À la fin de l'année, les autorités israéliennes ont refusé de renouveler l'enregistrement de MSF et de 36 autres organisations internationales dans les territoires palestiniens occupés. Cette décision a fait l'objet d'un recours devant la Haute Cour de justice israélienne, qui en a suspendu provisoirement l'exécution en février 2026 dans l'attente d'un examen au fond.

Dans la bande de Gaza, les quatre centres opérationnels de MSF mettent en œuvre une réponse complémentaire. OCP intervient principalement dans la chirurgie, la traumatologie, la prise en charge des brûlures et des plaies complexes, la physiothérapie, la santé mentale et l'approvisionnement en eau. OCA assure la gestion de l'hôpital de campagne modulaire de Deir al-Balah, ainsi que des activités d'eau, d'assainissement et d'hygiène et un appui à plusieurs partenaires locaux. OCBA contribue aux soins de santé primaires, à la santé mentale, à la physiothérapie et au traitement des plaies. OCB participe également à la réponse de MSF dans la bande de Gaza, notamment en mobilisant des équipes médicales et du personnel spécialisé en soutien aux opérations.

En Cisjordanie, les interventions sont également réparties entre plusieurs centres opérationnels. OCP met en œuvre un programme de santé mentale dans les gouvernorats de Naplouse, Tubas et Qalqilya. OCB intervient principalement à Hébron, où il assure des soins médicaux, psychologiques et sociaux aux personnes affectées par les violences, tout en renforçant les capacités des services d'urgence. OCBA est présent dans le nord de la Cisjordanie, où il soutient les soins de santé primaires, la santé mentale et les activités de réadaptation, notamment à Jénine.

PROJET : GAZA

■ Historique du projet

Présente dans la bande de Gaza depuis 1989, MSF y a d'abord développé un programme de santé mentale avant d'élargir progressivement son intervention en réponse aux conflits successifs et aux insuffisances croissantes du système de santé. À partir de 2017, l'organisation est devenue l'un des principaux acteurs de la prise en charge des brûlures, en développant une approche multidisciplinaire associant chirurgie reconstructrice, soins infirmiers spécialisés, physiothérapie et soutien psychologique. Les manifestations de la Grande Marche du Retour en 2018 et 2019 ont conduit à la création d'un programme spécialisé dans le traitement des traumatismes complexes et de l'ostéomyélite, tandis que la pandémie de Covid-19 a amené les équipes à soutenir les services de soins intensifs du ministère palestinien de la Santé.

Depuis le déclenchement du conflit en octobre 2023, le projet a été profondément réorganisé afin de maintenir l'accès aux soins malgré les destructions d'infrastructures, les déplacements de population et l'évolution des opérations militaires. Les équipes ont progressivement développé un dispositif multisites combinant appui aux structures hospitalières, gestion directe de structures de soins et activités ambulatoires, afin d'assurer la continuité de la prise en charge des patients victimes de traumatismes, de brûlures et de leurs complications.

■ Configuration du projet

Le projet repose sur un dispositif intégré destiné à assurer la continuité des soins entre la phase aiguë des traumatismes et le suivi à long terme des patients. Il combine un appui aux structures du ministère palestinien de la Santé et la gestion directe de structures de soins par MSF.

Au complexe médical Nasser, à Khan Younès, MSF soutient le ministère palestinien de la Santé dans les services d'orthopédie, de chirurgie plastique et de prise en charge des brûlures. Les équipes assurent les interventions chirurgicales, les soins postopératoires, le traitement des infections ostéo-articulaires complexes ainsi qu'un appui au laboratoire de microbiologie.

MSF gère par ailleurs une consultation spécialisée à Gaza-ville dédiée aux soins des plaies complexes, aux pansements, à la physiothérapie et au soutien en santé mentale, ainsi que l'hôpital de campagne de Deir al-Balah, qui assure des activités d'hospitalisation et de consultation pour les patients traumatisés ou brûlés lorsque les contraintes sécuritaires limitent le fonctionnement des autres structures. Le dispositif est complété par deux centres de soins de santé primaires soutenus par MSF, où sont proposées des activités de traitement des plaies, de physiothérapie et de santé mentale.

Parallèlement aux activités médicales, MSF met en œuvre un important programme de production et de distribution d'eau potable, régulièrement adapté à l'évolution des déplacements de population et des contraintes d'accès, afin de limiter les conséquences sanitaires de la crise humanitaire.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a été marquée par une adaptation permanente de l'intervention aux évolutions du conflit. Face à l'intensification des opérations militaires dans le sud de la bande de Gaza, les équipes ont transféré en juin une partie des activités du complexe médical Nasser vers l'hôpital de campagne de Deir al-Balah afin d'assurer la continuité des soins. À partir de la mi-août, les activités hospitalières ont progressivement repris à Nasser, tandis que la gestion de l'hôpital de campagne était transférée à OCA. Les opérations militaires menées dans la ville de Gaza entre août et octobre ont par ailleurs conduit à une suspension temporaire de la clinique de Gaza-ville. Après l'entrée en vigueur du cessez-le-feu le 10 octobre, les consultations ont repris et une clinique mobile a été ouverte dans le nord de la bande de Gaza afin de maintenir l'accès aux soins des populations déplacées.

Malgré ces réorganisations successives, MSF a maintenu une prise en charge continue des patients traumatisés et brûlés, depuis la chirurgie hospitalière jusqu'au suivi ambulatoire, en intégrant la physiothérapie, la santé mentale et la promotion de la santé. Les équipes ont réalisé plus de 56 700 consultations postopératoires ambulatoires, près de 57 200 consultations externes, plus de 57 000 pansements et plus de 68 000 séances de physiothérapie. L'appui au complexe médical Nasser a permis la prise en charge de près de 3 000 admissions chirurgicales, tandis que près de 15 000 consultations individuelles de santé mentale ont été assurées au cours de l'année. Malgré les fortes contraintes pesant sur les sorties médicales de Gaza, MSF est également parvenue à faciliter 66 évacuations médicales vers le Regional Specialized Hospital d'Amman, permettant à des patients nécessitant des soins hautement spécialisés de poursuivre leur prise en charge.

Les activités d'eau, d'assainissement et d'hygiène ont également été continuellement adaptées à l'évolution du contexte. Les équipes ont réorganisé les sites de distribution, renforcé les capacités de traitement grâce à l'installation de nouveaux équipements d'osmose inverse et développé le transport d'eau par camions afin d'approvisionner les zones les plus difficiles d'accès. Au total, plus de 123 millions de litres d'eau potable ont été produits et distribués au cours de l'année.

	2024	2025
Nb de consultations générales	67 828	92 788
Nb de consultations en santé sexuelle et reproductive	6 316	5 425
Nb de présentations aux urgences	3 060	2 743
Nb d'admissions en hospitalisation chirurgicale	2 224	2 951
Nb d'admissions en hospitalisation pédiatrique	1 001	883
Nb d'interventions chirurgicales	5 775	9 728
Nb de sessions de physiothérapie	52 359	36 772
Nb de pansements	45 828	57 233
Nb de sessions individuelles de santé mentale	4 021	14 909

PROJET : NAPLOUSE

■ Historique du projet

MSF est présente en Cisjordanie depuis 1994 à travers des activités de santé mentale destinées aux personnes affectées par les violences liées au conflit. En 2004, face à la multiplication des incursions militaires, à l'expansion des colonies israéliennes, au renforcement des restrictions de circulation et à l'insuffisance de l'offre de soins spécialisés, MSF a ouvert un projet à Naplouse centré sur la prise en charge des troubles psychologiques modérés à sévères, un domaine dans lequel peu d'acteurs intervenaient alors. Le projet a ensuite progressivement étendu sa couverture aux gouvernorats de Qalqilya à partir de 2010, puis de Tubas en 2020, tout en développant un programme de formation destiné à renforcer les capacités locales en psychologie clinique.

À la suite de l'escalade du conflit à partir d'octobre 2023, le projet a été réorienté afin de répondre à la dégradation rapide de l'accès aux soins en Cisjordanie. Aux activités historiques de santé mentale se sont ajoutés des formations aux premiers secours en traumatologie pour les personnels de santé et les volontaires, un appui aux points de stabilisation préhospitaliers ainsi que des consultations mobiles dans les centres de santé du ministère palestinien de la Santé afin de maintenir l'accès aux soins malgré les restrictions de circulation.

■ Configuration du projet

Le projet vise à améliorer l'accès aux soins des communautés palestiniennes exposées aux violences liées aux opérations militaires israéliennes et aux violences de colons dans les gouvernorats de Naplouse, Tubas et Qalqilya. Il repose sur deux composantes complémentaires.

La première consiste en une prise en charge multidisciplinaire de la santé mentale assurée dans trois cliniques gérées par MSF à Naplouse, Tubas et Qalqilya. Les équipes y proposent des consultations de psychologie clinique, un suivi psychiatrique, un accompagnement social ainsi qu'une prise en charge des survivantes de violences sexuelles. En parallèle, des équipes interviennent dans six centres de santé primaires du ministère palestinien de la Santé afin d'offrir des consultations de santé mentale au plus près des communautés les plus affectées. Cette collaboration s'accompagne d'un programme de formation et d'encadrement de psychologues en lien avec le ministère de la Santé et les universités.

Le deuxième volet est consacré au renforcement de la réponse préhospitalière. MSF forme les secouristes, ambulanciers et personnels des services d'urgence à la prise en charge des traumatismes et soutient plusieurs points de stabilisation dans les zones les plus exposées aux violences afin d'améliorer la prise en charge des blessés avant leur transfert vers les hôpitaux.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a été marquée par une forte dégradation de la situation sécuritaire en Cisjordanie, caractérisée par l'intensification des opérations militaires israéliennes, la multiplication des restrictions de circulation et l'augmentation des violences de colons. Dans ce contexte, les activités de santé mentale se sont poursuivies dans les trois cliniques de Naplouse, Tubas et Qalqilya, tandis que les consultations décentralisées dans six centres de santé du ministère palestinien de la Santé ont permis de toucher des patients rencontrant des difficultés croissantes pour rejoindre les structures urbaines en raison des checkpoints et des restrictions de mouvement.

Les activités de soins de santé primaires et de santé sexuelle et reproductive ont été réorientées au cours de l'année. L'expérience acquise a montré que la principale difficulté résidait moins dans la disponibilité des consultations que dans les ruptures d'approvisionnement en médicaments et les difficultés de fonctionnement du système de santé. MSF a donc progressivement recentré son intervention sur la santé mentale, la prise en charge des violences sexuelles et l'accompagnement psychosocial, domaines dans lesquels les besoins demeurent insuffisamment couverts.

Le renforcement des capacités de réponse aux urgences s'est poursuivi en partenariat avec le ministère palestinien de la Santé et le Croissant-Rouge palestinien. Plus de 900 volontaires avaient été formés fin 2025 aux premiers secours en traumatologie, au support vital de base et aux soins avancés, tandis que plusieurs points de stabilisation ont bénéficié d'un appui technique et matériel.

	2021	2022	2023	2024	2025
Nb de sessions (psychologues)	2 783	2 387	2 107	2 895	3 189
Nb de consultations travailleurs sociaux	1 156	2 180	1 791	1 153	920
Nb de consultations psychiatriques	862	651	369	574	749
Nb de consultations victimes de violences sexuelles			62	63	96
Nb de consultations générales				2 092	2 508

PAPOUASIE NOUVELLE GUINEE	
Type d'intervention : violences, oncologie	Personnels :
Nombre de projets : 2	Local : 29
Dépenses 2025 : 2 226 k€	International : 14
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : aucun

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

La Papouasie-Nouvelle-Guinée a célébré en 2025 le cinquantième anniversaire de son indépendance. Pays marqué par une très grande diversité culturelle et de fortes identités tribales, il demeure confronté à une instabilité politique chronique liée à la faiblesse des institutions, à la fragmentation des partis, aux gouvernements de coalition et à la corruption, malgré plusieurs réformes récentes destinées à renforcer les mécanismes de contrôle et la transparence. Les élections, notamment les dernières élections nationales de 2022, ont été marquées par des violences importantes, et des inquiétudes persistent quant à l'organisation des prochains scrutins, y compris à Bougainville.

Malgré d'importantes ressources minières et gazières, les fortes inégalités économiques persistent et une grande partie de la population demeure exclue des bénéfices de cette croissance. Les services publics restent insuffisamment développés, particulièrement dans les zones rurales. Cette fragilité institutionnelle contribue à une situation sécuritaire très dégradée, caractérisée par une criminalité parmi les plus élevées au monde, des conflits tribaux récurrents, des violences basées sur le genre et une application limitée de l'État de droit.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

Le système de santé est confronté à des difficultés structurelles importantes liées à l'isolement géographique d'une grande partie du territoire, au sous-financement, au manque de personnel qualifié et à l'insuffisance des infrastructures sanitaires. Ces contraintes limitent fortement l'accès aux soins, en particulier dans les provinces montagneuses.

Le pays fait face à un double fardeau sanitaire, combinant une forte prévalence des maladies transmissibles et une augmentation rapide des maladies non transmissibles. La tuberculose demeure l'une des principales maladies infectieuses, tandis que le VIH a été déclaré crise nationale en 2025 en raison d'une recrudescence des nouvelles infections. Après vingt-cinq années d'absence, la poliomyélite a également réémergé, entraînant le lancement d'une campagne nationale de vaccination d'urgence.

Les violences constituent un enjeu majeur de santé publique. Les violences sexuelles et basées sur le genre restent largement sous-déclarées, dans un contexte où les femmes et les filles sont particulièrement exposées aux violences domestiques, aux violences sexuelles et aux accusations de sorcellerie. Les affrontements intercommunautaires demeurent fréquents dans les Hautes-Terres et entraînent des déplacements de population, des blessures traumatiques et des besoins importants en matière de prise en charge médicale et psychosociale.

Parallèlement, le cancer représente une charge sanitaire croissante. Les cancers sont le plus souvent diagnostiqués à un stade avancé, alors que les capacités de diagnostic, de traitement et de soins palliatifs restent très limitées à l'échelle nationale.

PRÉSENCE MSF

MSF OCP est intervenue pour la première fois en Papouasie-Nouvelle-Guinée en 1993 dans la région autonome de Bougainville, avant de revenir à plusieurs reprises, notamment lors de la première épidémie de choléra enregistrée dans le pays en 2011. En réponse à la déclaration de la tuberculose comme urgence nationale, deux projets consacrés à la tuberculose ont ensuite été développés à Kerema puis dans le District de la Capitale Nationale, avant d'être progressivement remis aux autorités sanitaires en 2022 et 2023.

En parallèle, MSF OCA a conduit des projets consacrés à la prise en charge des survivants de violences sexuelles et familiales à Lae puis à Tari entre 2006 et 2016.

Depuis 2024, MSF OCP développe une nouvelle présence dans le pays autour de deux axes prioritaires. Dans la province de Jiwaka, les équipes mettent en œuvre un projet visant à améliorer l'accès aux soins des victimes de violences. En 2025, cette présence a été complétée par le lancement d'un projet consacré au développement d'un continuum de soins en cancérologie dans la province de Morobe, centré sur l'hôpital ANGAU de Lae et le renforcement des soins palliatifs.

PROJET : JIWAKA

■ Historique

À la suite d'une exploration menée dans les Hautes-Terres en 2023, MSF a lancé un projet dans la province de Jiwaka afin d'améliorer l'accès aux soins des victimes de violences liées aux conflits tribaux, aux violences sexuelles et basées sur le genre ainsi qu'aux violences domestiques. La province a été retenue en raison de son système de santé encore peu développé et de l'importance des besoins liés aux violences.

En octobre 2024, un protocole d'accord a été signé avec les autorités sanitaires provinciales de Jiwaka. La stratégie a ensuite évolué au cours de l'année 2025. En janvier, le projet s'est recentré sur le district de Minj comme site pilote pour le développement d'un Family Support Centre et d'un réseau de volontaires de santé communautaires. En mai, son champ d'intervention a été élargi afin d'intégrer le renforcement de la qualité des soins dans les structures de santé ainsi qu'une meilleure compréhension des réalités communautaires et des parcours de soins des patients. En juillet, il a été décidé de concentrer progressivement les activités de formation relatives aux violences sexuelles et basées sur le genre sur le seul district de Minj, tout en maintenant la prise en charge des autres victimes de violences dans les structures soutenues.

■ Configuration

Le projet est mis en œuvre en partenariat avec les autorités sanitaires provinciales de Jiwaka. Les activités sont centrées sur le centre de santé de Minj et les communautés environnantes, comprenant quatre postes de santé. MSF intervient également auprès de trois centres de santé dans le district de Jimi et de neuf centres de santé dans celui de North Waghi.

L'intervention associe des activités en structures de santé et des activités communautaires. Au centre de santé de Minj, MSF soutient la prise en charge des survivants de violences sexuelles et basées sur le genre et accompagne l'amélioration de la qualité des soins, notamment en matière de confidentialité, de dignité des patients, d'organisation du parcours de soins, de prévention et contrôle des infections, de stérilisation ainsi que d'eau, hygiène et assainissement.

Les activités communautaires reposent sur un réseau de volontaires de santé villageois développé avec la division de promotion de la santé des autorités sanitaires provinciales. Ces volontaires assurent des actions de sensibilisation, dispensent les premiers secours et orientent les survivants de violences vers

les structures de santé. Parallèlement, MSF mène des activités de promotion de la santé et de renforcement des compétences des personnels de santé.

■ **Bilan 2025**

Le renforcement des capacités des structures de santé a constitué l'un des principaux axes de l'intervention. Les équipes ont développé un programme de formation couvrant les premiers secours, la prise en charge des plaies, les bases de l'orthopédie et les premiers secours psychologiques, dispensé dans quinze structures de santé. En parallèle, le projet a poursuivi le développement de son approche communautaire à travers un réseau de volontaires de santé villageois chargés des activités de sensibilisation, des premiers secours et de l'orientation des survivants vers les structures de santé. Les équipes ont également poursuivi la mise en place du Family Support Centre de Minj et les actions visant à améliorer la qualité des soins, notamment en matière de confidentialité, de dignité des patients, d'organisation des circuits de soins et de prévention des infections.

Le projet reste toutefois confronté à un recours limité des victimes aux services de santé, aussi bien dans les communautés que dans les structures soutenues. Ce constat a conduit les équipes à engager un travail d'analyse des schémas de violence, des besoins médicaux, des zones les plus touchées et des comportements de recours aux soins afin d'adapter progressivement l'intervention aux réalités locales.

	2025
Activités communautaires	
Nb de survivants de violences pris en charge	531
Activités en structures de santé	
Nb de survivants de violences pris en charge	306
Nb de consultations médicales	245
Nb de consultations en santé mentale	129

PROJET : PRISE EN CHARGE DU CANCER À MOROBE

À la suite d'une étude de faisabilité menée en 2024 au centre de cancérologie de l'hôpital ANGAU, à Lae, les autorités sanitaires de la province de Morobe ont sollicité l'appui de MSF pour renforcer les soins palliatifs. MSF a proposé une approche plus large visant à accompagner le développement progressif d'un continuum de soins en cancérologie. Cette initiative, coordonnée par un groupe de travail technique réunissant les principaux acteurs de la prise en charge du cancer, a été officiellement lancée en mars 2025. Un protocole d'accord entre MSF, l'autorité sanitaire provinciale de Morobe et le Département national de la santé a ensuite été signé en septembre.

Le projet est déployé au sein du centre de cancérologie de l'hôpital ANGAU, principal centre de référence du pays pour la prise en charge du cancer et seul établissement disposant d'un service de radiothérapie. Il associe un appui à la gouvernance et à la coordination du développement des services de cancérologie, assuré à travers le groupe de travail technique, et un soutien direct au développement des soins palliatifs. Celui-ci comprend notamment le renforcement des effectifs, la formation des équipes soignantes, l'élaboration de protocoles cliniques ainsi qu'un appui limité dans le temps à la mise à disposition de médicaments et de matériel essentiels, avec une première attention portée à la prise en charge de la douleur et des plaies tumorales.

L'année 2025 a principalement été consacrée à la mise en place du projet. Après la signature du protocole d'accord, les équipes ont recruté le personnel international, installé les infrastructures nécessaires au démarrage des activités et structuré le groupe de travail technique autour de sept sous-groupes couvrant les différentes composantes du continuum de soins en cancérologie. Les premières activités de soins palliatifs ont été engagées à partir d'octobre, avec le renforcement des capacités des

équipes infirmières, l'élaboration de protocoles cliniques et le renforcement des effectifs du service. Des premiers partenariats ont également été initiés dans les domaines de l'anatomopathologie, du dépistage et du traitement. Cette première année a ainsi permis de poser les bases institutionnelles, opérationnelles et partenariales du développement progressif du projet.

PHILIPPINES	
Type d'intervention : tuberculose	Personnels :
Nombre de projets : 1	Local : 44
Dépenses 2025 : 1 536 k€	International : 5
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : aucun

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Les Philippines connaissent un contexte politique marqué par un renforcement de leur rôle régional, illustré par la présidence de l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est (ASEAN) en 2026, tandis que le rapprochement stratégique avec les États-Unis et la modernisation des capacités militaires alimentent les tensions avec la Chine autour de la mer de Chine méridionale. Sur le plan intérieur, des accusations de corruption dans des projets de contrôle des inondations ont suscité des manifestations localisées. Dans la région autonome Bangsamoro, la diminution globale de l'intensité du conflit ne met pas fin aux affrontements entre les forces armées et les groupes rebelles communistes dans certaines zones, tandis que les premières élections régionales prévues dans cette région font craindre des violences électorales.

■ Contexte et Sanitaire

Les Philippines demeurent l'un des pays les plus exposés aux effets du changement climatique. L'intensification des pluies et des typhons accroît la fréquence des catastrophes naturelles, favorise les maladies à transmission vectorielle et met sous pression les capacités nationales de réponse. Malgré l'adoption de politiques sanitaires généralement alignées sur les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé, leur mise en œuvre reste inégale dans un système de santé fortement décentralisé, entraînant d'importantes disparités d'accès aux soins entre territoires. Les populations vivant dans les quartiers urbains défavorisés, les zones isolées, les régions exposées aux catastrophes naturelles ou aux conflits armés restent particulièrement vulnérables. La diminution des financements internationaux, notamment du Fonds mondial et de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), affecte les capacités de réponse des autorités sanitaires comme des organisations humanitaires. La tuberculose demeure un problème majeur de santé publique avec une incidence nationale estimée à 643 cas pour 100 000 habitants, atteignant des niveaux deux à cinq fois plus élevés dans les quartiers urbains défavorisés. Parallèlement, les nouvelles infections par le VIH continuent d'augmenter, tandis que la couverture du traitement antirétroviral reste limitée. Les insuffisances de la couverture vaccinale exposent également certaines régions, notamment Bangsamoro, à un risque accru d'épidémies de maladies évitables par la vaccination.

PRÉSENCE MSF

MSF est présent aux Philippines depuis 1984 pour répondre aux urgences humanitaires. À la suite du typhon Haiyan/Yolanda en 2013-2014, MSF OCP a établi une présence permanente dans le pays et développé plusieurs programmes, notamment dans les quartiers défavorisés de Tondo autour de la santé sexuelle et reproductive, des enfants des rues puis de la lutte contre la tuberculose, ainsi qu'un projet de soins de santé primaires dans la région autonome Bangsamoro entre 2017 et 2023. En 2025, la mission repose principalement sur le projet communautaire de lutte contre la tuberculose à Tondo, tout en poursuivant des activités de préparation et de réponse aux catastrophes naturelles visant à renforcer les capacités locales d'intervention. Les populations vivant dans les quartiers urbains défavorisés, les communautés touchées par les catastrophes naturelles, les effets du changement

climatique ou les conflits armés constituent les principaux groupes ciblés. Depuis 2025, MSF OCG est également présent dans le pays avec un projet implanté à Valenzuela City.

PROJET : TONDO

■ Historique du projet

Le projet a été lancé en 2021 afin de développer un modèle complet de prise en charge communautaire de la tuberculose dans les quartiers urbains défavorisés de Tondo. Au-delà de la prise en charge médicale des patients, il vise à promouvoir des approches innovantes en matière de diagnostic, de prévention, de recherche opérationnelle et de plaidoyer afin de faire évoluer les politiques de lutte contre la tuberculose. Au cours de sa mise en œuvre, le projet a assuré la recherche active des cas, leur orientation vers les soins, le traitement, les activités de prévention ainsi que plusieurs travaux de recherche ayant contribué à l'adaptation des activités opérationnelles et au plaidoyer.

À partir de 2024, dans la perspective du transfert du projet au Département de la santé de Manille et aux autres acteurs locaux, MSF a engagé une rationalisation progressive de son dispositif, comprenant notamment un recentrage géographique de l'intervention et une adaptation de la stratégie afin de favoriser la pérennisation du modèle de soins. Cette transition s'est poursuivie tout au long de l'année 2025.

■ Configuration du projet

Le projet est mis en œuvre dans le district 1 de Tondo, à Manille, en étroite collaboration avec le Département de la santé de Manille et d'autres partenaires. Il repose sur une approche communautaire intégrée couvrant l'ensemble du continuum de soins de la tuberculose.

Les activités comprennent la recherche active des cas au moyen de radiographies thoraciques interprétées par assistance informatique et de tests GeneXpert, l'orientation des patients vers les soins, l'initiation et le suivi du traitement antituberculeux, le conseil pour l'observance thérapeutique ainsi que la prévention, à travers le traitement préventif de la tuberculose et l'investigation des contacts. Le projet mène également des activités de recherche sur la tuberculose pédiatrique et des actions de plaidoyer portant sur les politiques nationales de lutte contre la tuberculose et leur mise en œuvre. En partenariat avec Upskills Foundation, un soutien nutritionnel est proposé aux contacts des patients atteints de tuberculose.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a été marquée par une nouvelle étape dans la préparation du transfert progressif du projet aux autorités sanitaires locales. Les équipes ont poursuivi la mise en place d'un modèle de soins davantage porté par les centres de santé et les communautés, avec une implication croissante des personnels de santé et des comités communautaires de lutte contre la tuberculose. Initialement accueillie avec prudence, cette approche a permis de renforcer la recherche active des cas et de consolider les capacités locales en vue de la pérennisation des activités.

Le projet a également renforcé son approche centrée sur les patients en développant des collaborations avec des organisations de patients et d'autres acteurs engagés dans la lutte contre la tuberculose à Tondo. Les activités de recherche sur la tuberculose pédiatrique se sont poursuivies, tout comme les actions de plaidoyer en faveur de l'amélioration des politiques et de leur mise en œuvre. L'année est toutefois restée marquée par des difficultés d'approvisionnement en médicaments antituberculeux. Le faible taux d'initiation du traitement demeure un défi important, en raison notamment de la stigmatisation de la maladie, de la mobilité des patients, de contraintes socio-économiques et d'une faible acceptation du diagnostic chez certaines personnes asymptomatiques. Face à ces difficultés, MSF a renforcé les actions d'information destinées aux patients ainsi que son

plaidoyer auprès des autorités sanitaires afin d'améliorer les conditions de prise en charge et de préparer le transfert progressif des activités.

	2022	2023	2024	2025
Nb de personnes dépistées	3 282	11 591	19 125	11 318
Nb de cas de tuberculose sensible diagnostiqués	249	700	609	508
Nb de patients sous traitements	186	476	427	340
Nb de contacts domestiques ayant commencé la Thérapie Préventive	108	173	163	38

En parallèle, les équipes ont été mobilisées à plusieurs reprises pour répondre à des catastrophes naturelles et à d'autres situations d'urgence. Elles sont intervenues à la suite d'inondations dans la région métropolitaine de Manille, d'un incendie ayant déplacé près de 7 000 personnes à Tondo, d'un super typhon affectant Luçon et Masbate ainsi que de séismes à Mindanao. Ces interventions ont notamment comporté des distributions de biens de première nécessité, des dons de fournitures médicales ainsi qu'un soutien en santé mentale et des formations aux premiers secours psychologiques destinées aux acteurs locaux.

REPUBLIQUE CENTREAFRICAIN	
Type d'intervention : accès aux soins	Personnels :
Nombre de projets : 3	Local : 776
Dépenses 2025 : 18 755 k€	International : 71
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB, OCBA

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Le président Faustin-Archange Touadéra a été réélu pour un troisième mandat à l'issue des élections de fin 2025. Si l'opposition a contesté le processus électoral et appelé à un dialogue politique, elle demeure fragmentée et dispose d'une capacité de mobilisation limitée. Sur le plan économique, le pays poursuit ses efforts de relance, notamment à travers l'exploitation de ses ressources minières. La levée de l'embargo sur les diamants centrafricains par le Processus de Kimberley fin 2024 ouvre de nouvelles perspectives, mais le chômage, l'accès à l'éducation et aux soins ainsi que les difficultés de gouvernance continuent de freiner le développement du pays.

La situation sécuritaire est restée relativement stable en 2025 grâce à la poursuite du processus de paix engagé avec plusieurs groupes armés. Après les accords conclus en avril 2025 sous médiation tchadienne, les dirigeants des groupes 3R et UPC ont officiellement annoncé la dissolution de leurs mouvements et rejoint l'Accord politique pour la paix et la réconciliation de 2019. Les programmes de désarmement, démobilisation et réintégration ont repris dans plusieurs préfectures, tandis que d'autres groupes armés demeurent actifs dans certaines zones du pays. Les forces armées centrafricaines poursuivent leurs opérations avec l'appui de la Mission multidimensionnelle intégrée des Nations unies pour la stabilisation en République centrafricaine (MINUSCA), des forces rwandaises et du groupe Africa Corps, successeur de Wagner, dont la transition reste en cours.

Le contexte régional continue d'influencer la situation intérieure. La préfecture de la Vakaga, frontalière du Soudan, est devenue une zone de transit logistique pour les Forces de soutien rapide soudanaises, tandis que les relations avec le Tchad se sont renforcées autour de la médiation du processus de paix et de la création d'une force conjointe destinée à sécuriser les zones frontalières et les mouvements transfrontaliers. Malgré cette amélioration, le pays demeure fragile et l'évolution du processus de désarmement reste incertaine, dans un contexte marqué par les répercussions du conflit au Soudan et les tensions liées aux mouvements de transhumance.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

La République centrafricaine demeure confrontée à une crise sanitaire structurelle, avec des indicateurs parmi les plus dégradés au monde. L'espérance de vie est estimée à 58 ans, la mortalité infantile atteint 116 décès pour 1 000 naissances vivantes et la mortalité maternelle 882 décès pour 100 000 naissances. Le paludisme reste la première cause de morbidité et de mortalité malgré l'introduction du vaccin R21 en 2024, tandis que la malnutrition chronique demeure très élevée. La tuberculose et le VIH continuent également de représenter un enjeu majeur de santé publique.

Le Plan de réponse humanitaire estime à 2,3 millions le nombre de personnes ayant besoin d'une assistance en 2026, alors que son financement ne couvre que 17 % des besoins identifiés. Le système de santé reste fortement dépendant des financements internationaux, notamment de la Banque mondiale, du Fonds mondial, des agences des Nations unies et des organisations non

gouvernementales. Les réductions de financements consécutives à la fermeture de l'USAID et à la baisse des contributions européennes fragilisent davantage les capacités du système sanitaire. Malgré les mécanismes de financement basés sur la performance mis en œuvre dans plusieurs districts sanitaires, le pays continue de faire face à un nombre insuffisant de structures de santé, à un déficit important de personnel qualifié, ainsi qu'à des difficultés récurrentes d'approvisionnement, de fonctionnement et de financement. Dans ce contexte, l'accès aux soins demeure limité, coûteux et de qualité insuffisante pour une grande partie de la population.

PRÉSENCE MSF

Médecins Sans Frontières est présente en République centrafricaine depuis 1997. Quatre centres opérationnels (OCA, OCB, OCBA et OCP) y mettent en œuvre dix projets.

Les interventions couvrent un large éventail d'activités médicales, notamment les soins de santé primaires et hospitaliers, la chirurgie, la pédiatrie, la santé maternelle, la prise en charge du paludisme, du VIH, de la tuberculose et des maladies chroniques, ainsi que les soins destinés aux survivants de violences sexuelles et les soins d'avortement sécurisé. La majorité des projets sont conduits en partenariat avec le ministère de la Santé publique.

OCA intervient à Bambari et Bossangoa. OCBA est présente à Bangui, où elle développe notamment des activités de prise en charge des violences sexuelles, ainsi qu'à Batangafo. OCB soutient plusieurs services hospitaliers du Centre hospitalier universitaire communautaire de Bangui, notamment en gynécologie-obstétrique et en médecine interne, et mène également un projet à Bangassou.

Pour OCP, les activités sont concentrées sur trois projets complémentaires. À Carnot, MSF appuie l'hôpital de district et plusieurs centres de santé dans les domaines de la pédiatrie, des maladies infectieuses et chroniques et des violences sexuelles. À Bria, l'organisation soutient l'hôpital régional universitaire ainsi qu'un réseau de structures périphériques afin d'améliorer l'accès aux soins pédiatriques et à la prise en charge des survivants de violences sexuelles. Enfin, à Bangui, l'hôpital chirurgical SICA constitue un centre de référence pour les urgences chirurgicales et traumatologiques complexes.

PROJET : BRIA

■ Historique du projet

En juillet 2013, MSF ouvre un projet à l'hôpital de Bria afin d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires et secondaires pour la population de la préfecture de la Haute-Kotto. À partir de 2016, les flambées de violences entraînent une partition de la ville, rendant une partie de la population inaccessible aux structures de santé. En réponse, MSF met en place dès 2017 des cliniques mobiles dans plusieurs localités, qui évolueront progressivement vers un soutien durable aux formations sanitaires périphériques.

L'amélioration progressive du contexte sécuritaire conduit ensuite à une réorientation de cette stratégie. À partir de 2024, MSF réduit progressivement son dispositif sur certains axes et recentre son appui sur les zones où les besoins demeurent les plus importants. En 2025, l'organisation met fin à son soutien aux centres de santé de Mbeti et Kolaga, désormais couverts par une autre organisation, tout en étendant son intervention vers les centres de santé de Ouadda et Yalinga ainsi que le poste de santé de Mbihi, situés dans des zones particulièrement enclavées. La même année, les consultations externes de l'hôpital régional universitaire de Bria sont transférées au district sanitaire et le dispensaire du site de déplacés de PK3 ferme définitivement.

Le projet est désormais centré sur le renforcement des soins pédiatriques, tant à l'hôpital régional universitaire de Bria que dans les structures de santé périphériques, tout en assurant la prise en charge des survivants de violences sexuelles et le soutien à certaines pathologies chroniques et infectieuses.

■ Configuration du projet

À Bria, MSF intervient en partenariat avec le ministère de la Santé publique au sein de l'hôpital régional universitaire. L'organisation soutient les services pédiatriques, qui disposent de 48 lits d'hospitalisation, auxquels s'ajoutent 16 lits de néonatalogie, renforcés de 20 lits supplémentaires pendant le pic palustre. Depuis 2021, une clinique assure également le suivi des maladies chroniques non transmissibles chez les enfants de moins de 15 ans. MSF apporte par ailleurs un appui au district sanitaire pour la prise en charge du VIH et de la tuberculose, fournit un soutien technique et logistique aux services de laboratoire et de radiologie dans le cadre d'un système de cogestion avec la direction de l'hôpital, et assure les références des patients vers Bangui lorsque des soins spécialisés sont nécessaires.

En périphérie, MSF soutient deux centres de santé (Ouadda et Yalinga), deux postes de santé (Mbihi et Kpava) ainsi que quatre points de prise en charge communautaire. Cet appui comprend le renforcement des compétences des équipes soignantes, la fourniture régulière de médicaments essentiels et le versement de primes au personnel. Des activités communautaires de sensibilisation sont également organisées afin d'améliorer le recours précoce aux soins pour les survivants de violences sexuelles et de promouvoir les soins d'avortement sécurisé.

■ Bilan 2025

L'année 2025 marque une nouvelle étape dans la réorganisation du projet, avec un recentrage des activités externes afin de concentrer les ressources sur les zones les plus difficiles d'accès et d'éviter les doublons avec les autres acteurs présents dans le district. Le désengagement de certains centres de santé s'est accompagné d'un renforcement du soutien apporté aux structures situées sur les axes de Ouadda et de Yalinga, où les besoins d'accès aux soins demeurent importants.

La prise en charge des survivants de violences sexuelles a constitué l'un des principaux axes de développement du projet avec une intensification des activités de sensibilisation. Cette stratégie s'est accompagnée d'un renforcement des collaborations avec les acteurs de protection présents dans la région, d'une cartographie des services disponibles et de formations destinées aux matrones des structures soutenues.

Le projet a également poursuivi ses efforts pour améliorer la qualité des soins hospitaliers. Un protocole de cogestion du laboratoire et de la radiologie a été conclu avec la direction de l'hôpital régional universitaire, accompagné de formations destinées au personnel hospitalier et de l'intégration de nouveaux techniciens de laboratoire. Les équipes ont développé le recours à la télémedecine et actualisé le plan de préparation aux afflux massifs de blessés. Un appui ponctuel a également été apporté à la prise en charge des cas chirurgicaux adultes, notamment grâce à l'intervention d'équipes du projet SICA pour la mise à niveau des pratiques orthopédiques et des soins de plaies.

Enfin, le développement de la prise en charge des maladies chroniques s'est poursuivi, en particulier pour le diabète de type 1, avec la poursuite des activités d'autonomisation des patients.

	2021	2022	2023	2024	2025
Nb total de consultations	92 311	101 750	112 671	88 085	25 026
Nb passage aux urgences	220	5 352	9 197	14 737	11 357
Nb d'admissions en hospitalisation	4 376	4 362	4 309	4 373	3 766
Nb consultations maladies non transmissibles	364	1 171	1 169	1 166	182
Nb consultations pour violences sexuelles	182	243	231	202	263
Nb interruptions de grossesse	70	7	31	153	203

PROJET : CARNOT

■ Historique du projet

MSF ouvre un projet d'urgence nutritionnelle à Carnot en 2009. À partir de 2011, l'intervention évolue progressivement vers un appui au district sanitaire, avec la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et de la tuberculose à l'hôpital de district de Carnot, avant d'être étendue aux services de pédiatrie et de médecine interne. La décentralisation de la prise en charge du VIH débute en 2016 afin de rapprocher les soins des patients, tandis que les maladies non transmissibles sont intégrées au projet à partir de 2019 avec la création d'une clinique de suivi. Les activités destinées aux survivants de violences sexuelles sont développées à partir de 2021 et un mini-laboratoire de microbiologie est inauguré la même année.

À partir de 2019, le dispositif est progressivement recentré : le soutien au centre de santé de Mboula prend fin en 2024, tandis que celui apporté aux centres de santé de Mbelou et de Ndingui est suspendu en 2025. Parallèlement, la stratégie de décentralisation et passation du VIH au ministère de la Santé publique est poursuivie avec le transfert progressif des patients stables vers quatre centres de santé urbains de Carnot.

Le projet vise aujourd'hui à améliorer l'accès à des soins hospitaliers de qualité pour les enfants, les personnes vivant avec le VIH, les patients atteints de tuberculose ou de maladies non transmissibles, ainsi que les survivants de violences sexuelles, tout en accompagnant la décentralisation de certaines prises en charge au sein du district sanitaire de Carnot.

■ Configuration du projet

À Carnot, MSF intervient en partenariat avec le ministère de la Santé publique au sein de l'hôpital de district. L'organisation soutient les urgences et les services pédiatriques, qui disposent de 73 lits d'hospitalisation répartis entre la néonatalogie, les soins intensifs, la pédiatrie générale, le centre nutritionnel thérapeutique hospitalier et une unité d'isolement. Elle appuie également le service de médecine interne, doté de 28 lits, l'unité d'isolement tuberculose ainsi qu'une clinique de suivi assurant la prise en charge du VIH, des maladies non transmissibles et des survivants de violences sexuelles. Les enfants nécessitant une prise en charge spécialisée ou chirurgicale sont référés vers le Complexe hospitalier universitaire pédiatrique de Bangui. MSF soutient également le service de chirurgie par la fourniture de matériel et l'organisation des références vers le projet SICA à Bangui.

Le soutien apporté à l'hôpital comprend également l'approvisionnement en eau et en électricité, la gestion des déchets ainsi que la fourniture d'intrants au laboratoire, au service de radiologie et à la salle de pansements. En parallèle, quatre centres de santé urbains participent à la passation de la prise en charge des patients vivant avec le VIH. MSF continue enfin d'assurer le système de référencement des patients pédiatriques, des personnes vivant avec le VIH et des patients atteints de tuberculose provenant des centres de santé périphériques auparavant soutenus par le projet.

■ Bilan 2025

L'activité hospitalière est restée soutenue en 2025, avec des indicateurs d'utilisation globalement satisfaisants. Toutefois, la mortalité observée en médecine interne a constitué l'un des principaux défis de l'année. Le renforcement de l'accompagnement clinique des équipes, assuré par un interniste puis un infectiologue, ainsi que plusieurs actions ciblées ont permis de réduire ce taux de mortalité de moitié au cours du premier semestre.

L'année 2025 a été marquée par plusieurs évolutions structurelles du projet. À l'hôpital de district, la mise en service du nouveau bâtiment de pédiatrie et la poursuite des travaux de réhabilitation de la médecine interne, du bloc opératoire et de la maternité ont constitué une étape importante dans la modernisation du dispositif hospitalier. En parallèle, les équipes ont poursuivi leurs efforts pour améliorer la qualité des soins, tout en restant confrontées à des défis persistants en matière de prévention et de contrôle des infections ainsi que de développement de l'approche centrée sur la personne.

Le projet a également poursuivi sa réorganisation en périphérie. Le soutien aux centres de santé de Mbelou et de Ndinguri a été suspendu, tandis que la décentralisation de la cohorte de patients vivant avec le VIH vers quatre centres de santé urbains a été engagée avec le district sanitaire. Cette stratégie n'a toutefois pas donné les résultats escomptés et devra être réévaluée.

	2022	2023	2024	2025
Nb de passages aux urgences pédiatriques	36 079	8 663	8 167	8 321
Nb total d'hospitalisations	5 516	5 815	5 984	7 187
Nb d'hospitalisation médecine interne	920	1 002	1 087	1 224
Nouveaux cas de victimes de violences sexuelles	70	105	161	166
Nb consultations maladies non transmissibles	11 966	10 462	8 356	
Nb d'hospitalisation de patients VIH	246	271	314	
Nb interruptions de grossesse	180	257	333	353
Nb de références	1 278	1 182	933	

PROJET : SICA

■ Historique du projet

Ouvert en 2013 à la suite des violences ayant touché Bangui, le projet SICA avait initialement pour objectif de prendre en charge les blessés liés au conflit. D'abord implanté à l'hôpital communautaire de Bangui, il est transféré au Centre national hospitalier universitaire de Bangui en 2014, avant d'être relocalisé en 2017 sur le site privé de SICA. Au fil des années, le projet évolue progressivement d'une réponse aux urgences liées au conflit vers un centre de référence pour les traumatismes, les accidents de la voie publique et les pathologies chirurgicales complexes. Son offre de soins s'enrichit progressivement avec le développement de la kinésithérapie, de la santé mentale, d'un laboratoire de microbiologie, de consultations ambulatoires ainsi que de la prise en charge des infections à bactéries multirésistantes. Les critères d'admission et la capacité d'accueil sont également adaptés au fil de l'évolution du contexte et des besoins.

En 2025, le projet entre dans une nouvelle phase avec la préparation de sa fermeture programmée et la perspective d'un transfert des activités chirurgicales vers le futur hôpital universitaire Maman Elisabeth Domitien de Bimbo, en partenariat avec le ministère de la Santé publique.

Le projet vise aujourd'hui à offrir des soins chirurgicaux spécialisés, gratuits et de qualité aux adultes nécessitant une prise en charge en urgence, tout en constituant un hôpital de référence pour les traumatismes et les pathologies chirurgicales complexes à Bangui.

■ Configuration du projet

L'hôpital SICA est entièrement géré par MSF. Implanté sur un site privé à Bangui, il assure gratuitement la prise en charge des urgences chirurgicales orthopédiques et viscérales chez les patients âgés de 15 ans et plus. L'établissement dispose d'une capacité de 72 lits, extensible à 90 en cas d'afflux massif de blessés. Il comprend un service des urgences avec pré-triage, un bloc opératoire de deux salles, une salle de réveil, une unité de soins intensifs ainsi que quatre unités d'hospitalisation dédiées respectivement à l'orthopédie, à la chirurgie viscérale, aux infections à bactéries multirésistantes et aux soins de suite et de réadaptation.

Le dispositif est complété par des consultations ambulatoires, des services de kinésithérapie, de santé mentale, de radiologie, un laboratoire général, un laboratoire de microbiologie et une pharmacie hospitalière. Au-delà de ses propres activités, l'hôpital constitue un centre de référence pour les autres structures sanitaires de Bangui et accueille également des patients référés par d'autres projets MSF en province ainsi que par des organisations partenaires.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a été marquée par la préparation progressive de la fermeture du projet et de son transfert vers une nouvelle structure hospitalière. Dans ce contexte, les équipes ont poursuivi le développement de l'approche centrée sur la personne à travers plusieurs initiatives destinées à améliorer l'expérience des patients, notamment le renforcement de la communication soignants-patients, la mise en place d'une enquête de satisfaction, et l'élaboration d'une charte du patient.

Le projet a parallèlement renforcé son intégration au sein du système de santé de Bangui. Une collaboration a été mise en place avec le Centre de rééducation pour handicapés moteurs afin de développer le suivi ambulatoire et la rééducation des patients. Une évaluation de la qualité des soins a également été conduite au Complexe hospitalier universitaire pédiatrique, débouchant sur un plan d'action élaboré avec les autorités hospitalières et leurs partenaires.

Les équipes ont enfin poursuivi leurs efforts pour améliorer la qualité des soins, notamment à travers le renforcement de la prise en charge de la douleur, la création d'un poste d'infirmier anesthésiste et la décentralisation de certains suivis ambulatoires. Elles ont toutefois été confrontées à une augmentation des complications postopératoires pour certaines fractures complexes, illustrant les défis persistants liés à la prise en charge des cas chirurgicaux les plus lourds.

	2021	2022	2023	2024	2025
Nb d'admissions aux urgences	2 639	2 900	3 517	5 922	7 077
Nb d'admissions en hospitalisation	1 173	951	720	1 018	1 150
Nbre d'interventions chirurgicales	3 332	4 254	5 061	5 587	4 873
Nb de consultations	11 725	11 964	12 580	17 678	16 632
Nb de consultations individuelles en santé mentale	471	1 814	2 211	2 260	2 093

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO	
Type d'intervention : conflit armé, épidémie / endémie	Personnels :
Nombre de projets : 6	Local : 519
Dépenses 2025 : 27 589 k€	International : 83
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB, OCBA, OCG, WaCA

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

La République démocratique du Congo (RDC), dont la population est estimée à 113 millions d'habitants en 2025, demeure confrontée à une crise politique et sécuritaire durable dans un contexte de grande fragilité socio-économique. Malgré l'abondance de ses ressources naturelles, le pays reste marqué par une pauvreté élevée, un sous-développement des infrastructures publiques et une instabilité institutionnelle chronique. À Kinshasa, les tensions autour de la gouvernance se sont accentuées, notamment avec la condamnation de l'ancien président Joseph Kabila, son rapprochement avec le Mouvement du 23 mars (M23), les arrestations intervenues au sein de l'état-major militaire et les crispations à l'Assemblée nationale.

Dans l'est du pays, l'évolution du conflit a profondément modifié les équilibres territoriaux. Après plusieurs années de progression, le M23, soutenu par les Forces de défense rwandaises (Rwanda Defence Force), a poursuivi son offensive en 2025 en prenant successivement Goma, Bukavu puis Walikale. Ces conquêtes ont conduit à l'installation d'une administration de facto portée par l'Alliance Fleuve Congo (AFC)/M23, qui cherche à mettre en place ses propres structures administratives, policières, judiciaires et fiscales tout en revendiquant la continuité de l'État face aux autorités de Kinshasa. Les affrontements se poursuivent néanmoins avec les Forces armées de la République démocratique du Congo (FARDC), leurs alliés ainsi qu'avec plusieurs groupes armés locaux, notamment les Forces démocratiques de libération du Rwanda (FDLR), les Wazalendo, les Volontaires pour la Défense de la Patrie (VDP) et d'autres milices actives dans la région. Les tentatives de médiation internationale, notamment dans le cadre des négociations de Doha et de l'accord de Washington, n'ont pas permis d'enrayer la poursuite des combats.

L'insécurité demeure également élevée dans d'autres provinces. En Ituri, malgré une diminution des attaques attribuées aux Allied Democratic Forces (ADF) et à la Cooperative for Development of the Congo (CODECO), les affrontements et la criminalité continuent de peser sur les populations. Au Sud-Kivu, l'avancée du M23 s'est accompagnée de la prise d'Uvira et d'une recrudescence des violences armées. Dans le Tanganyika, l'activité des groupes armés, la criminalité et les exactions commises par certains éléments des forces de sécurité entretiennent un climat d'insécurité persistant. Dans la région du Grand Bandundu, la milice Mobondo demeure active malgré plusieurs redditions partielles.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

Les conséquences humanitaires du conflit continuent de s'aggraver en République démocratique du Congo. L'insécurité persistante, les déplacements répétés de population et la destruction des moyens de subsistance limitent fortement l'accès des populations aux services essentiels. En mars 2026, le pays comptait 5,3 millions de personnes déplacées internes. Les populations civiles restent exposées aux violences, aux pillages, aux extorsions, aux violences sexuelles, à l'insécurité alimentaire ainsi qu'à un accès de plus en plus difficile aux soins de santé.

Le système de santé congolais demeure confronté à des difficultés structurelles majeures. La mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle, adoptée en 2022, reste entravée par une forte dépendance aux financements extérieurs, des difficultés de gouvernance, des ruptures d'approvisionnement en intrants, un manque de personnel qualifié et des ressources insuffisamment allouées au secteur de la santé. La suspension de plusieurs financements internationaux en 2025 a encore fragilisé cette situation, entraînant des perturbations dans l'approvisionnement des programmes consacrés au VIH, à la tuberculose, au paludisme et à la nutrition. Les conflits, les déplacements de population et la précarité économique limitent l'accès aux soins, aggravent l'insécurité alimentaire et favorisent la recrudescence d'épidémies récurrentes, notamment de choléra, de rougeole, de Mpox et de fièvres hémorragiques virales. Chez les enfants de moins de 14 ans, le paludisme, la pneumonie et les maladies diarrhéiques demeurent les principales causes de décès, tandis que chez les adultes de 15 à 49 ans, les accidents de la route, la tuberculose et le VIH prédominent. Les décès maternels restent la première cause de mortalité chez les femmes. Dans la province du Nord-Kivu, où la violence figure désormais parmi les principales causes de décès, les violences sexuelles constituent également un enjeu humanitaire majeur.

La faiblesse de la couverture vaccinale et la dégradation des conditions de vie favorisent la survenue d'épidémies récurrentes. Une nouvelle flambée de rougeole a touché plusieurs régions du pays en 2025, tandis que le choléra est resté endémique avec d'importants foyers épidémiques. La République démocratique du Congo a par ailleurs poursuivi sa réponse au Mpox avant que la fin de l'épidémie ne soit déclarée en avril 2026. La tuberculose et le VIH demeurent également des enjeux majeurs de santé publique, en particulier dans l'est du pays où les difficultés d'accès au diagnostic et au suivi biologique persistent. Dans ce contexte marqué par une insécurité alimentaire élevée, la malnutrition reste particulièrement préoccupante dans les zones de conflit du Nord-Kivu et dans les provinces du Grand Katanga, où elle contribue à accroître la vulnérabilité des populations face aux épidémies.

PRÉSENCE MSF

Médecins Sans Frontières est présent en République démocratique du Congo depuis 1981. MSF OCP intervient principalement dans la province du Nord-Kivu, où les équipes répondent aux conséquences des conflits armés, aux déplacements de population et aux épidémies, ainsi que dans les quatre provinces du Grand Katanga (Tanganyika, Haut-Lomami, Haut-Katanga et Lualaba), où le projet URGEPI est consacré à la surveillance, à la prévention et à la réponse aux épidémies de rougeole et de choléra. La mission dispose également d'une capacité permanente de préparation et de réponse aux urgences, notamment lors d'afflux massifs de blessés ou de flambées épidémiques.

Les cinq autres centres opérationnels de MSF sont également actifs dans le pays. MSF OCB intervient notamment à Kinshasa à travers un projet consacré au VIH et dispose d'un pool d'urgence couvrant plusieurs provinces ; il mène également des activités liées aux conflits dans le Mai-Ndombe ainsi qu'au Nord-Kivu. MSF OCA est présent dans le Nord-Kivu et au Sud-Kivu avec des activités de prise en charge des personnes déplacées, des survivantes de violences sexuelles, d'eau, hygiène et assainissement ainsi que des capacités de réponse d'urgence. MSF OCBA intervient au Sud-Kivu et au Maniema dans des zones affectées par les conflits. MSF OCG est principalement actif en Ituri, où il répond aux conséquences des violences armées, et assure également des interventions en réponse aux épidémies dans le Tshopo et les provinces voisines. Enfin, MSF WaCA mène un projet consacré au handicap à Kinshasa, tout en intervenant également à Gemena et à Goma dans les domaines du choléra et de l'appui aux structures de santé.

PROJETS : RUTSHURU BINZA

■ Historique du projet

MSF est présent dans le territoire de Rutshuru depuis 2005, avec des activités centrées sur les urgences médicales et chirurgicales, la malnutrition, la santé reproductive, les soins de santé primaires et la réponse aux épidémies. Jusqu'en 2017, MSF appuyait l'ensemble des services de l'Hôpital Général de Référence de Rutshuru. Après son retrait, la dégradation de la qualité des soins et les difficultés d'approvisionnement ont conduit à une reprise ciblée de l'appui, concentrée sur certains services médicaux et transversaux. Le projet s'est ensuite adapté à l'évolution du conflit et aux déplacements de population dans le territoire de Rutshuru. Des projets satellites ont été ouverts à Bambo et Kibirizi, puis à Binza, avant d'être progressivement réorganisés. En 2024, le projet Binza a fermé, mais certaines activités de prise en charge des violences sexuelles, de soins d'avortement sécurisé et de nutrition ont été reprises depuis Rutshuru.

Le projet actuel vise à contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité dans la zone de santé de Rutshuru, à travers l'accès aux soins d'urgence, à la chirurgie, à la prise en charge des survivantes de violences sexuelles, aux soins de santé reproductive, à la nutrition pédiatrique et à la réponse aux épidémies.

■ Configuration du projet

MSF intervient à l'Hôpital Général de Référence de Rutshuru, géré par le ministère de la Santé publique, en appui aux urgences, aux soins intensifs, à la chirurgie, à l'unité nutritionnelle thérapeutique intensive, aux soins pour les victimes de violences sexuelles, à la contraception et aux soins d'avortement sécurisé. L'appui comprend également plusieurs services transversaux, notamment le laboratoire, l'imagerie, la stérilisation, la buanderie, la prévention et le contrôle des infections, l'eau, l'hygiène et l'assainissement, ainsi que la promotion de la santé. L'hôpital dispose de 134 lits, dont 10 en soins intensifs, 94 en chirurgie, 10 pour les brûlés et 30 en nutrition intensive. Une capacité de six lits est également dédiée aux bactéries multirésistantes.

En périphérie, MSF collabore avec le Bureau central de la zone de santé dans plusieurs centres de santé de la zone de Rutshuru et dans la zone de Binza. Les activités comprennent la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère, les soins pour les victimes de violences sexuelles, la contraception, les soins d'avortement sécurisé, les consultations externes dans certaines structures de Binza et l'orientation des patients nécessitant une prise en charge spécialisée. Un système de référence et de contre-référence relie l'Hôpital Général de Référence de Rutshuru aux hôpitaux de Bambo, Kibirizi et Binza.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a été marquée par une activité soutenue dans un environnement sécuritaire particulièrement instable. Les tensions liées au conflit entre le M23 et les forces gouvernementales ont continué de peser sur l'accès aux soins, les déplacements des populations et le fonctionnement des structures de santé. Dans ce contexte, MSF a maintenu son appui à l'Hôpital Général de Référence de Rutshuru et aux activités périphériques, tout en adaptant ses réponses aux besoins de la zone de santé de Binza, notamment à travers des consultations externes, la prise en charge nutritionnelle, les soins de santé reproductive, les donations d'intrants et le référencement.

Plusieurs mesures ont visé à améliorer la qualité des soins et l'organisation du dispositif. Le mécanisme de retour des patients et de suivi des plaintes a été mis en œuvre, des formations ont été organisées sur la relation entre soignants et patients, et une supervision de nuit par des infirmiers superviseurs a été introduite trois fois par semaine. Le projet a également renforcé l'appui au triage, la gestion des urgences, les capacités managériales des superviseurs MSF et du ministère de la Santé, ainsi que le parc biomédical.

Le projet a aussi conservé une capacité de réponse aux urgences avec des réponses à plusieurs épisodes épidémiques, notamment de Mpox, de rougeole et de choléra.

Rutshuru	2021	2022	2023	2024	2025
Nb de passage aux urgences	9 384	12 492	10 250	11 047	12 644
Nb d'actes chirurgicaux	3 236	3 978	5 534	5 118	4 948
Nb d'admissions en chirurgie	2 231	2 715	2 249	2 355	2 744
Nb de passages en soins intensifs	1 064	1 118	1 065	1 127	1 215
Nb d'admissions en nutrition ambulatoire (UNTA)	2 433	4 709	4 404	3 650	2 827
Nb d'admissions en nutrition intensive (UNTI)	1 112	1 359	970	1 187	1 504
Nb de cas de violences sexuelles	634	790	1 154	1 507	1 691
Nb d'avortement sécurisés	12	36	144	1 133	992

PROJET : BAMBO

■ Historique du projet

MSF intervient dans la zone de santé de Bambo depuis 2018 afin de répondre aux conséquences des conflits armés et des déplacements de population dans le nord-ouest du territoire de Rutshuru et le sud du territoire de Lubero. Initialement mise en œuvre en réponse aux violences intercommunautaires, l'intervention a progressivement évolué avec la dégradation du contexte sécuritaire. La reprise de l'offensive du Mouvement du 23 mars (M23) à partir de 2022, marquée notamment par le massacre de Kishishe, a entraîné d'importants déplacements de population et une forte augmentation des besoins en soins d'urgence, en prise en charge nutritionnelle et en soins destinés aux survivantes de violences sexuelles. Après une relative stabilisation observée en 2024, la reprise de la ville de Bambo par le M23 en mai 2025 et l'intensification des affrontements dans les localités environnantes ont conduit MSF à adapter de nouveau son dispositif afin de maintenir l'accès aux soins dans un contexte marqué par de nouveaux déplacements de population et une aggravation de la crise humanitaire. Le projet vise aujourd'hui à garantir un accès continu à des soins de santé primaires et hospitaliers de qualité, tout en assurant la prise en charge de la malnutrition, des survivantes de violences sexuelles et des principales urgences sanitaires.

■ Configuration du projet

MSF apporte un appui à l'Hôpital Général de Référence de Bambo, géré par le ministère de la Santé, ainsi qu'à quatre aires de santé (Mushababwe, Faraja, Kirumba et Kishishe).

L'Hôpital Général de Référence comprend des services d'urgences, d'observation et de stabilisation, une unité de soins intermédiaires de 19 lits, un service de pédiatrie de 33 lits, une unité nutritionnelle thérapeutique intensive de 19 lits, un laboratoire ainsi qu'un service dédié à la prise en charge des survivantes de violences sexuelles. Des capacités d'isolement sont également prévues pour les maladies à potentiel épidémique, notamment la rougeole, et les patients nécessitant des soins spécialisés peuvent être référés vers l'Hôpital Général de Référence de Rutshuru.

Les centres de santé assurent les consultations de soins de santé primaires, la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère, la vaccination, les soins de santé mentale, les services de contraception, les soins destinés aux survivantes de violences sexuelles ainsi que les soins d'avortement sécurisé, avec référencement vers l'hôpital lorsque nécessaire.

Le projet s'appuie également sur un réseau d'activités communautaires assuré par des relais communautaires et deux sites de soins communautaires, qui contribuent au dépistage de la malnutrition, à la prise en charge des cas simples de paludisme, aux premiers soins destinés aux

survivantes de violences sexuelles et au référencement des patients vers les structures de santé appuyées par MSF.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a été marquée par une forte augmentation des besoins médicaux et humanitaires dans un contexte d'insécurité persistante et de déplacements répétés de population. Les activités ont dû être régulièrement adaptées aux évolutions du contexte.

Une importante riposte contre la rougeole a été menée entre janvier et mai, associant prise en charge des patients et campagne de vaccination ayant permis de vacciner plus de 46 000 enfants âgés de 6 à 59 mois. Face aux déplacements de population, MSF a également mis en place une réponse spécifique dans la ville de Bambo, en soutenant le centre de santé de Cebce et les capacités des urgences hospitalières de l'Hôpital Général de Référence à travers des consultations de soins primaires pour les adultes, et en installant latrines et douches sur les sites accueillant les personnes déplacées.

Le pillage du centre de santé de Mushababwe a conduit à sa fermeture en mai, tandis que les mouvements de population ont entraîné une forte augmentation de la fréquentation des structures soutenues au cours du dernier trimestre. Les équipes ont parallèlement poursuivi la prise en charge de la malnutrition aiguë, des urgences pédiatriques et des survivantes de violences sexuelles, dont le nombre a continué d'augmenter au cours de l'année.

L'année a également été mise à profit pour améliorer la qualité des soins, notamment dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive, de la prévention et du contrôle des infections, de la gestion des déchets et des infrastructures, ainsi que des relations avec les communautés.

	2021	2022	2023	2024	2025
Nb de passages aux urgences	3 669	5 377	9 158	8 258	9 175
Nb de consultations	40 099	54 952	107 376	119 668	150 632
Nb d'admissions en nutrition ambulatoire (UNTA)	1 575	2 493	3 763	3 628	4 083
Nb d'admissions en nutrition intensive (UNTI)	514	893	1 382	1 446	1 521
Nb d'admissions en pédiatrie	1 869	2 437	4 856	4 862	5 313
Nb de cas de violences sexuelles	143	200	412	873	1 484
Nb d'avortements sécurisés	22	162	344	293	378

PROJET : KIBIRIZI

■ Historique du projet

MSF intervient dans la zone de santé de Kibirizi depuis 2017 afin de répondre aux conséquences des conflits armés et des déplacements de population dans le sud du territoire de Lubero et l'est du territoire de Rutshuru. Les affrontements entre le Mouvement du 23 mars (M23) et les Forces armées de la République démocratique du Congo (FARDC), appuyées par leurs alliés, se sont intensifiés à partir de 2024 dans la zone de Kibirizi et jusque dans la cité, entraînant d'importants mouvements de population. En 2025, la poursuite des combats au sud de Kibirizi, l'insécurité persistante sur les axes routiers et le déplacement des populations ont conduit MSF à maintenir une réponse flexible afin d'assurer la continuité de l'accès aux soins dans un environnement particulièrement instable.

Le projet vise aujourd'hui à garantir l'accès à des soins de santé primaires et hospitaliers de qualité, à la prise en charge de la malnutrition, des survivantes de violences sexuelles et aux réponses aux urgences médicales et épidémiques.

■ Configuration du projet

MSF appuie l'Hôpital Général de Référence de Kibirizi, le centre de santé de référence de Kibirizi ainsi que quatre centres de santé (Kalongé, Kibingu, Kashalira et Kasoko), en partenariat avec le ministère de la Santé. Les centres de santé assurent des consultations de soins de santé primaires, la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère, la vaccination, ainsi que les services de santé sexuelle et reproductive, incluant la contraception, les soins destinés aux survivantes de violences sexuelles et les soins d'avortement sécurisé. Les patients nécessitant une prise en charge spécialisée sont référés vers l'hôpital de Kibirizi.

L'Hôpital Général de Référence assure les urgences médico-chirurgicales, les soins intensifs pédiatriques, l'hospitalisation pédiatrique, une unité nutritionnelle thérapeutique intensive, un laboratoire, ainsi qu'un service dédié aux survivantes de violences sexuelles et à la santé mentale. Il dispose d'une capacité de 45 lits hors pic et est doté d'une capacité d'isolement pour la prise en charge du choléra et de la rougeole.

Le projet comprend également des activités de santé communautaire et de promotion de la santé dans les aires de santé appuyées et à l'hôpital, notamment pour le dépistage de la malnutrition, l'orientation des survivantes de violences sexuelles et le référencement des patients vers les structures de santé.

■ Bilan 2025

L'année 2025 s'est déroulée dans un contexte d'insécurité persistante, marqué par des affrontements récurrents, une recrudescence des actes de banditisme sur la RN2 et des déplacements continus de population. Cette dégradation de la situation sécuritaire a conduit notamment au pillage du centre de santé de Kasoko et à la suspension temporaire de ses activités. Les équipes ont maintenu la continuité des soins et observé une forte augmentation du recours aux services, notamment en termes de prise en charge des survivantes de violences sexuelles et de soins d'avortement sécurisés, une évolution qui reflète à la fois l'aggravation des violences dans la zone et l'effet des actions de sensibilisation communautaire. Les activités des centres de santé ont également enregistré une hausse des consultations externes et des admissions en unité nutritionnelle thérapeutique ambulatoire.

Les équipes ont renforcé la préparation aux situations d'urgence, notamment à travers la consolidation du plan de réponse aux afflux massifs de blessés, l'amélioration des mécanismes de référencement entre les centres de santé et l'Hôpital Général de Référence, ainsi que le développement des activités communautaires de dépistage, de référencement nutritionnel et d'accompagnement des survivantes de violences sexuelles. La qualité des soins a également été consolidée grâce au renforcement des capacités des équipes, à l'amélioration de l'organisation hospitalière et à la poursuite des travaux sur l'approche centrée sur le patient et le mécanisme de gestion des plaintes.

	2021	2022	2023	2024	2025
Nb de passages aux urgences	7 187	6 892	7 462	5 547	6 295
Nb de consultations	43 681	53 329	125 497	113 913	74 343
Nb d'admissions en soins intensifs				976	1 183
Nb d'admissions nutrition UNTA	1 052	1 343	1 774	1 084	2 390
Nb d'admissions nutrition UNTI	475	548	1 174	679	1 033
Nb admissions pédiatrie	5 301	4 373	3 824	3 265	2 856
Nb de cas de violences sexuelles	86	191	819	2 948	4 352
Nb d'avortements sécurisés	0	69	489	1 072	2 129

PROJET : GOMA

■ Historique du projet

MSF est présent à Goma depuis 2015 afin d'améliorer l'accès aux soins des populations les plus vulnérables de la ville, en particulier les personnes vivant avec le VIH, les survivants de violences sexuelles et les populations marginalisées. À partir de 2022, l'intensification du conflit dans le Nord-Kivu et les déplacements massifs de population ont progressivement conduit le projet à intégrer une importante composante d'urgence en faveur des personnes déplacées.

La prise de Goma par le M23 au début de l'année 2025 a profondément modifié le contexte opérationnel. La fermeture progressive des sites de déplacés a entraîné un retour partiel des populations vers leurs zones d'origine ou leur dispersion dans les quartiers périphériques de la ville. Face à cette évolution, MSF a rapidement adapté son dispositif en transférant ses activités hors des camps vers des structures de santé urbaines, notamment le centre de santé de Mugunga III ainsi que les centres de santé de Makombo et Kausa dans la zone de santé de Kirotshe, tout en maintenant ses activités à Kyeshero, Murara et au Centre de Consultation Communautaire Lac Vert (CCLK). En mai 2025, le projet d'urgence a été intégré au projet régulier, avec la reprise de l'ensemble des activités, y compris le volet eau, hygiène et assainissement.

■ Configuration du projet

Le projet repose sur un partenariat avec le ministère de la Santé et combine des activités de soins primaires, de soins hospitaliers, de santé sexuelle et reproductive, de prise en charge des survivants de violences sexuelles, de nutrition, de santé mentale et de réponse aux urgences.

Les soins de santé primaires sont assurés principalement au Centre de Consultation Communautaire Lac Vert (CCLK) ainsi que dans les centres de santé de Kanyaruchinya. Les équipes y prennent en charge les pathologies aiguës, la malnutrition aiguë sévère en ambulatoire, les infections sexuellement transmissibles, la contraception, les soins d'avortement sécurisé et les survivants de violences sexuelles. Le CCLK dispose également de trois lits d'observation et de cinq lits dédiés aux soins d'avortement sécurisé. Des activités de vaccination, de promotion de la santé, de santé mentale, d'accompagnement social et de référencement vers les structures hospitalières complètent ce dispositif.

Les soins hospitaliers sont assurés en appui à l'Hôpital Général de Référence de Kyeshero, où MSF soutient notamment les urgences médico-chirurgicales pédiatriques, une unité nutritionnelle thérapeutique intensive de 50 lits, les services destinés aux survivants de violences sexuelles, la santé mentale ainsi que les hospitalisations pédiatriques. Une capacité d'isolement est maintenue pour les maladies à potentiel épidémique telle que le choléra et la rougeole. Le projet conserve également une capacité permanente de réponse à un afflux massif de blessés au sein de l'hôpital.

Le projet se distingue également par un département de protection et de soutien social, qui complète l'approche centrée sur le patient en répondant aux besoins non médicaux susceptibles de limiter l'accès ou la continuité des soins. Il assure notamment l'orientation vers d'autres acteurs, l'accompagnement des personnes déplacées, des aides financières ciblées (transport, protection) et contribue à une meilleure compréhension des conditions de vie des patients afin d'adapter les interventions de MSF.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a été dominée par l'offensive du M23 et la prise de Goma, qui ont profondément modifié les besoins humanitaires ainsi que les modalités d'intervention de MSF. La fermeture rapide des camps de déplacés a conduit les équipes à réorganiser leur dispositif afin d'assurer la continuité des soins au sein des structures de santé urbaines et dans les zones de retour des populations. Cette réorganisation

a permis de maintenir l'accès aux soins primaires, aux services de santé sexuelle et reproductive, à la prise en charge des survivants de violences sexuelles et aux soins nutritionnels malgré un contexte extrêmement instable.

Les activités hospitalières à Kyeshero ont également été maintenues, tout en conservant une capacité de réponse aux afflux massifs de blessés et aux épidémies. Les équipes ont poursuivi la prise en charge des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère, des urgences pédiatriques et des survivants de violences sexuelles, tout en assurant des activités de santé mentale, de promotion de la santé et d'accompagnement social.

Enfin, l'évolution du contexte a mis en évidence la fragilité croissante du système de santé local. La réduction du nombre d'acteurs humanitaires, les difficultés d'approvisionnement liées à la suspension de plusieurs financements internationaux et les contraintes imposées par les autorités de facto ont conduit MSF à engager une réflexion sur l'adaptation de son implantation afin de maintenir un accès aux soins au plus près des populations les plus vulnérables.

	2024	2025
Nb total de consultations	163 798	130 809
Nb d'hospitalisations	1 659	2 041
Nb de consultations en nutrition ambulatoire	8 400	5 196
Nb d'admissions en nutrition intensive	1 525	1 321
Nb de consultations de planning familial	5 602	12 139
Nb de cas de violences sexuelles	16 597	11 938
Nb d'avortements sécurisés	1 519	3 647
Nb de consultations individuelles en santé mentale	6 362	12 226

PROJET : URGEPI

■ Historique du projet

Les provinces du Grand Katanga connaissent des épidémies récurrentes de rougeole et de choléra, malgré des couvertures vaccinales administratives élevées. Afin de mieux anticiper ces flambées et d'en réduire l'ampleur, MSF a lancé le projet URGEPI, consacré à la prévention et à la réponse aux urgences épidémiques dans les provinces du Tanganyika, du Haut-Lomami, du Haut-Katanga et du Lualaba. Le projet poursuit deux objectifs complémentaires : développer des stratégies permettant d'agir en amont des épidémies et améliorer la rapidité ainsi que la qualité des réponses opérationnelles, en étroite collaboration avec le ministère de la Santé.

La création du projet répondait à plusieurs limites observées lors des précédentes flambées : retards dans la détection et la confirmation des épidémies, difficultés de coordination avec les autorités sanitaires, contraintes logistiques importantes dans les zones rurales, accès limité aux vaccins, ainsi qu'interrogations sur l'efficacité des stratégies de vaccination réactive lorsque les interventions étaient engagées tardivement. Les analyses menées ont montré que les pics épidémiques de 2018, 2022 et 2025 résultaient d'une combinaison de facteurs, notamment une faible couverture vaccinale réelle, des faiblesses du système de surveillance, un engagement communautaire insuffisant et des difficultés de mise en œuvre des stratégies vaccinales.

■ Configuration du projet

Le projet couvre les quatre provinces du Grand Katanga (Tanganyika, Haut-Lomami, Haut-Katanga et Lualaba) et est mis en œuvre en partenariat étroit avec le ministère de la Santé. Son dispositif repose sur cinq composantes complémentaires.

La première consiste en une surveillance épidémiologique renforcée et des investigations rapides des alertes dans 18 zones de santé prioritaires pour la rougeole et six zones prioritaires pour le choléra. La

deuxième vise à renforcer les capacités diagnostiques par un appui aux laboratoires, notamment à Lubumbashi, afin de réduire les délais de confirmation des épidémies. Le projet conduit également des campagnes de vaccination préventive contre la rougeole dans deux zones de santé prioritaires chaque année, en dehors des périodes épidémiques. En cas de flambée, MSF appuie les autorités sanitaires dans les campagnes de vaccination de riposte et dans la prise en charge médicale des patients atteints de rougeole ou de choléra. Enfin, le projet développe des activités de recherche opérationnelle destinées à améliorer les stratégies de prévention et de réponse, en collaboration avec Epicentre, le ministère de la Santé et la Fondation Gates.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a été marquée par un important pic épidémique de rougeole dans le Grand Katanga, confirmant le caractère cyclique des flambées observées dans la région. Les équipes ont conduit huit ripostes contre la rougeole, permettant de vacciner plus de 500 000 enfants et de prendre en charge plus de 5 000 cas. Elles sont également intervenues sur plusieurs foyers de choléra, notamment à Lubumbashi et Kalemie, où plus de 8 800 patients ont été pris en charge.

Cette année de forte activité a conduit MSF à faire évoluer sa stratégie d'intervention. Les expériences acquises lors des ripostes ont confirmé l'intérêt d'une approche plus anticipatrice, articulant surveillance épidémiologique, vaccination préventive, amélioration de la qualité de la prise en charge médicale et renforcement des capacités des autorités sanitaires. Elles ont également conduit à intégrer davantage la prise en charge du paludisme et de la malnutrition dans les futures interventions de riposte.

	2021	2022	2023	2024	2025
Nb d'enfants vaccinés (riposte rougeole)	524 007	733 455	103 342	120 776	530 962
Nb d'enfants vaccinés (prévention rougeole)				61 376	61 376
Nb de cas de rougeole traités	5 164	11 021	1 732	281	5 333
Nb cas pédiatriques pris en charge (rougeole)	435	1 495	269	491	2 313
Nb d'enfants vaccinés PENT-PCV13				4 175	0
Nb de cas choléra pris en charge	1 892	500	2 597	1 829	5 260
Nb d'échantillons analysés	1 104	1 037	750	1 535	2 234

SOUDAN	
Type d'intervention : conflit	Personnels :
Nombre de projets : 4	Local : 337
Dépenses 2025 : 22 685 k€	International : 38
Financements institutionnels : 6 k€ (collectivités locales)	Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB, OCBA, OCG

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Vingt ans après le début de la guerre au Darfour, une nouvelle phase du conflit soudanais s'est ouverte en avril 2023 avec l'affrontement entre les Forces armées soudanaises (Sudanese Armed Forces, SAF), dirigées par le général Abdel Fattah al-Burhan, et les Forces de soutien rapide (Rapid Support Forces, RSF), commandées par Mohamed Hamdan Dagalo, dit « Hemedti ». Déclenchés le 15 avril 2023 à Khartoum, les affrontements se sont progressivement étendus à une grande partie du territoire, notamment au Darfour, au Kordofan et au Nil Bleu.

L'année 2025 a été marquée par une intensification des combats. Au Darfour, les RSF ont pris le contrôle d'El Fasher le 26 octobre, à l'issue d'une offensive ayant provoqué des massacres de grande ampleur et le déplacement massif des populations zaghawas. De nouvelles attaques ont ensuite visé le Dar Zaghawa, entraînant d'importants mouvements de population vers le Tchad. Les combats se sont également intensifiés au Kordofan, où les affrontements terrestres se sont accompagnés d'un recours croissant aux drones, tandis que le Nil Bleu est devenu un nouveau front actif avec l'implication des forces du Sudan People's Liberation Movement-North (SPLM-N).

Le conflit conserve une forte dimension régionale. L'Égypte et l'Iran soutiennent principalement les SAF, tandis que les Émirats arabes unis demeurent le principal soutien des RSF. Le Tchad, malgré une position officielle de neutralité, continue de jouer un rôle logistique majeur, tandis que la Russie, l'Érythrée, l'Éthiopie, l'Arabie saoudite et la Turquie exercent également une influence sur l'évolution du conflit ou les tentatives de médiation.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

Le conflit a donné naissance à ce que les Nations unies qualifient de plus grande crise humanitaire au monde. Les estimations font état de plus de 150 000 décès et d'environ 14 millions de personnes déplacées, dont près de neuf millions de déplacés internes et quatre millions de réfugiés dans les pays voisins. Les principales concentrations de personnes déplacées se trouvent au Darfour, dans le Nil Bleu et dans l'État d'Al Jazira, où les camps surpeuplés favorisent la propagation des maladies.

Le système de santé, déjà fragile avant le conflit, s'est encore détérioré. Selon l'Organisation mondiale de la santé, 70 % des structures de santé situées dans les zones de conflit ne sont plus fonctionnelles. Les établissements encore opérationnels souffrent de pénuries de personnel, de médicaments, d'équipements et d'électricité, tandis que l'accès aux soins reste particulièrement limité pour les personnes atteintes de maladies chroniques et pour les femmes enceintes. Parallèlement, les besoins en eau potable, en assainissement et en abris demeurent considérables alors que le financement humanitaire ne couvre qu'environ un quart des besoins identifiés.

La situation nutritionnelle reste extrêmement préoccupante. Selon le dernier rapport du Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC), 41 % de la population se trouve en phase 3 ou plus,

tandis que 145 000 personnes sont exposées à un risque de famine. Les épidémies continuent également de peser lourdement sur le système de santé. L'épidémie nationale de choléra, déclarée en août 2024, a touché les dix-huit États du pays avant d'être déclarée terminée en mars 2026. Dans le même temps, la rougeole a fortement affecté le Darfour en 2025, dans un contexte où la couverture vaccinale est tombée à 46 % depuis le début de la guerre, conduisant au lancement d'une campagne de rattrapage ciblant six millions d'enfants.

PRÉSENCE MSF

Cinq des centres opérationnels de Médecins Sans Frontières sont présents au Soudan et interviennent dans la plupart des régions du pays.

À Khartoum, ils sont engagés dans la remise en fonctionnement et le soutien de plusieurs hôpitaux et centres de santé. OCP intervient au Turkish Hospital, où elle assure des activités d'urgence, de pédiatrie, de maternité et de réponse aux épidémies. OCB soutient l'hôpital Bashair dans les domaines de la santé maternelle, obstétricale et néonatale ainsi que de la prise en charge des survivants de violences sexuelles. OCA, OCBA et OCG appuient également plusieurs structures de santé à travers des activités de soins pédiatriques, de nutrition, de santé sexuelle et reproductive, de santé mentale, de vaccination et de réponse aux épidémies.

Au Darfour, où se concentre une grande partie de la réponse médicale de MSF, ils interviennent dans les cinq États de la région. OCP est présente au Darfour-Nord avec les projets de Tawila et d'Um Baru. OCA intervient principalement au Darfour-Sud, OCG au Darfour-Ouest, tandis que OCBA développe des activités au Darfour-Nord et au Darfour central. Ensemble, les équipes assurent des consultations externes, des soins hospitaliers adultes et pédiatriques, des soins obstétricaux, la prise en charge de la malnutrition, des traumatismes liés au conflit, des épidémies, des violences sexuelles ainsi que des activités communautaires.

Dans les autres régions du pays, OCA est présente dans les États de Gedaref et du Darfour-Sud, notamment pour la prise en charge de la leishmaniose viscérale, tandis que OCB intervient dans le Nil Bleu et OCBA dans le Nil Blanc et le Kordofan, avec des activités de soins de santé primaires et secondaires, de nutrition, de santé maternelle et infantile, de lutte contre les épidémies et de promotion de la santé.

PROJET : KHARTOUM

■ Historique du projet

Le projet de Khartoum a été lancé à la fin du mois de mai 2023 en réponse au déclenchement du conflit. Il visait initialement à assurer la continuité des soins dans une capitale où l'effondrement du système de santé avait entraîné la fermeture de la majorité des hôpitaux et fortement limité l'accès aux soins. Les équipes ont progressivement développé une stratégie d'intervention centrée sur le Turkish Hospital, l'un des rares établissements encore fonctionnels, en renforçant d'abord les services d'urgence et le bloc opératoire, puis en élargissant progressivement leur soutien à la médecine interne, à la pédiatrie et à la gynécologie-obstétrique. En parallèle, MSF a contribué au rétablissement du réseau d'ambulances et soutenu plusieurs structures de santé afin de maintenir l'accès aux soins essentiels.

L'évolution de la situation sécuritaire au cours de l'année 2025 a conduit à une réorganisation du dispositif. Après l'arrêt du soutien au Turkish Hospital en février, une mission exploratoire a été menée dans les zones redevenues accessibles de Khartoum, aboutissant à l'ouverture d'activités à l'hôpital de Kabashi. L'amélioration progressive de l'accès à la capitale a ensuite permis la reprise des activités au Turkish Hospital à partir de septembre 2025. Le projet a désormais pour objectif de contribuer au

rétablissement de l'offre de soins hospitaliers tout en conservant une capacité de réponse rapide aux urgences sanitaires et aux épidémies.

■ Configuration du projet

Le projet est mis en œuvre en soutien au ministère de la Santé. Depuis septembre 2025, les équipes interviennent au Turkish Hospital où elles appuient les services d'urgences adultes, le département de pédiatrie comprenant les urgences, l'hospitalisation, les soins intensifs, la néonatalogie et l'unité nutritionnelle thérapeutique intensive, ainsi que le service de maternité, qui comprend les consultations prénatales et postnatales, les salles d'accouchement, les urgences obstétricales et la prise en charge des survivantes de violences sexuelles. Le projet conserve également une capacité de réponse aux épidémies.

En parallèle, MSF intervient à l'hôpital de Kabashi afin de soutenir la reprise progressive des services de santé dans une zone où les populations ont commencé à revenir après la reprise du contrôle par les Forces armées soudanaises. Les activités comprennent des consultations externes, des soins de santé sexuelle et reproductive ainsi que le dépistage de la malnutrition chez les jeunes enfants.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a marqué une inflexion dans la nature de l'intervention de MSF à Khartoum. Après une longue période durant laquelle l'accès à la capitale était fortement contraint, les équipes ont progressivement retrouvé une capacité d'intervention directe, leur permettant d'accompagner la reprise des services hospitaliers tout en conservant une forte capacité de réponse aux urgences sanitaires. Cette évolution s'est traduite par une coexistence permanente entre activités de réhabilitation du système de santé et réponses d'urgence, illustrée notamment par la riposte à l'épidémie de choléra survenue au printemps.

Cette évolution opérationnelle s'est accompagnée de défis organisationnels importants. La conduite simultanée des activités à l'hôpital de Kabashi et au Turkish Hospital, situés dans deux secteurs éloignés de la capitale, dans un contexte de gestion largement à distance et de présence internationale limitée, a compliqué le suivi des opérations. Les délais d'obtention des visas ont renforcé la nécessité de s'appuyer davantage sur les équipes nationales et mis en évidence l'importance du développement de leurs capacités pour assurer la continuité des activités.

Enfin, le projet a joué un rôle important dans la réponse à l'épidémie de choléra qui a touché Khartoum au printemps 2025. L'intervention conduite au Turkish Hospital a permis d'accompagner le ministère de la Santé dans la prise en charge des patients tout en rétablissant une collaboration qui a facilité la reprise des activités hospitalières quelques mois plus tard. En parallèle, les activités développées à Kabashi ont permis d'offrir un accès aux soins à plusieurs milliers de patients dans une zone progressivement réinvestie par ses habitants après les combats.

Khartoum	2023	2024	2025
Nb total de consultations	26 170	44 900	14 005
<i>Dont consultations anténatales</i>	<i>4 200</i>	<i>6 792</i>	<i>1 500</i>
<i>admissions en unité nutritionnelle ambulatoire</i>	<i>4 536</i>	<i>n/a</i>	<i>985</i>
Nb total d'hospitalisations	2 335	5 704	1 550
Nb d'admissions en unité nutritionnelle intensive	n:a	121	181
Nb de passage en salle d'urgence	13 163	12 857	12 131
Nb d'accouchements	1 111	1 539	635
Nb d'interventions chirurgicales	716	910	910

PROJETS : DARFOUR NORD, TAWILA

■ Historique du projet

Le projet de Tawila a été ouvert en octobre 2024 afin de répondre à l'afflux de personnes déplacées dans cette localité située à l'ouest d'El Fasher, alors que les activités devenaient de plus en plus contraintes dans le camp de Zamzam. Une mission exploratoire menée quelques semaines auparavant avait mis en évidence l'état de dégradation de l'hôpital de Tawila ainsi que l'importance des besoins médicaux et nutritionnels des populations déplacées et des communautés hôtes. Le projet s'est d'abord concentré sur les consultations externes, la prise en charge nutritionnelle et le soutien au service de pédiatrie de l'hôpital.

L'évolution rapide du contexte a conduit à une extension progressive des activités. En février 2025, les services d'hospitalisation pour adultes ainsi que la maternité ont été intégrés au dispositif. Après l'attaque du camp de Zamzam en avril, l'afflux massif de déplacés a nécessité l'ouverture d'un poste médical avancé puis le développement des capacités chirurgicales de l'hôpital. Au second semestre, la prise de contrôle d'El Fasher par les RSF a conduit MSF à étendre son dispositif vers les localités situées au nord de Tawila, avec l'ouverture d'activités à Gerne et un appui nutritionnel à Korma afin de maintenir un accès aux soins dans les zones devenues accessibles.

Le projet vise aujourd'hui à assurer une offre gratuite de soins hospitaliers et ambulatoires aux populations de Tawila et des localités environnantes tout en conservant une forte capacité de réponse aux crises sanitaires et aux nouveaux déplacements de population.

■ Configuration du projet

MSF intervient au sein de l'hôpital de Tawila, dont les capacités ont été progressivement développées pour atteindre 208 lits. L'établissement comprend un service des urgences, des services d'hospitalisation pédiatrique et de médecine adulte avec unités de soins intensifs et d'isolement, une unité de néonatalogie, une unité nutritionnelle thérapeutique intensive, un service de gynécologie-obstétrique assurant les consultations de santé sexuelle et reproductive, les accouchements et les césariennes, ainsi qu'un bloc opératoire et une unité d'hospitalisation chirurgicale.

Les activités ambulatoires comprennent des consultations externes pour toutes les classes d'âge, la prise en charge nutritionnelle ambulatoire et la vaccination de routine. Le dispositif est complété par des activités de promotion de la santé et une capacité de réponse aux épidémies.

En dehors de Tawila, des activités de santé sexuelle et reproductive ainsi que de prise en charge nutritionnelle ambulatoire sont assurées à Gerne, tandis qu'un appui est apporté aux activités nutritionnelles de Korma.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a été marquée par une transformation profonde du projet, sous l'effet des déplacements successifs de population provoqués par les attaques contre le camp de Zamzam puis par la chute d'El Fasher. Tawila est progressivement devenue l'un des principaux pôles humanitaires du Darfour, accueillant entre 600 000 et 800 000 personnes déplacées. Cette évolution s'est traduite par une augmentation continue des capacités hospitalières, accompagnée d'une adaptation permanente de l'organisation des soins afin de répondre à des besoins médicaux en constante évolution.

Les équipes ont dû faire face à plusieurs urgences sanitaires successives. Pendant la saison des pluies, une importante épidémie de choléra a conduit à l'ouverture d'un centre de traitement de 200 lits. Quelques mois plus tard, l'intensification des combats autour d'El Fasher s'est traduite par une forte augmentation de l'arrivée de blessés de guerre, exerçant une pression considérable sur les services d'urgence et les capacités chirurgicales. En fin d'année, une épidémie de rougeole a nécessité

l'ouverture d'un centre de traitement dédié, illustrant la succession rapide des crises auxquelles le projet a dû s'adapter.

La chute d'El Fasher a également conduit MSF à adapter son positionnement opérationnel. Anticipant un afflux important de populations vers les localités environnantes, les équipes ont développé des activités à Gerne et renforcé leur présence à Korma afin de maintenir un accès aux soins dans les zones accessibles. Les mouvements de population se sont toutefois révélés différents des scénarios envisagés, la majorité des personnes ayant rejoint Tawila, le Tchad ou le Djebel Marra plutôt que les villages situés au nord d'El Fasher. Cette capacité d'adaptation a permis de maintenir une offre de soins au plus près des populations accessibles malgré l'évolution rapide du contexte.

Cette montée en puissance s'est accompagnée de défis structurels importants. L'expansion rapide des activités a mis sous tension les fonctions logistiques, l'approvisionnement, la gestion des déchets hospitaliers, les systèmes de communication ainsi que les capacités administratives du projet. Dans le même temps, le développement des activités a confirmé la nécessité de poursuivre le renforcement des pratiques de *safeguarding*, de la qualité des soins et de l'accompagnement des équipes dans un environnement opérationnel particulièrement instable.

El Fasher, Zamzam, Tawila	2023	2024	2025
Nb total de consultations	126 413	249 263	186 335
<i>Dont consultations anténatales</i>	<i>17 362</i>	<i>19 436</i>	<i>24 009</i>
<i>admissions en unité nutritionnelle ambulatoire</i>	<i>2 355</i>	<i>20 637</i>	<i>5 608</i>
<i>paludisme</i>	<i>29 783</i>	<i>34 268</i>	<i>53 525</i>
Nb total d'hospitalisations	7 871	8 853	13 374
<i>Dont admissions en unité nutritionnelle intensive</i>		<i>907</i>	<i>1 471</i>
Nb de passage en salle d'urgence	8 113	12 502	37 118
Nb d'interventions chirurgicales	452	622	1 666
Nb de cas de violences sexuelles	5	2	1 018
Nb de doses – vaccination de routine	33 296	29 325	23 757

PROJET : UM BARU

■ Historique du projet

MSF est déjà intervenue à Um Baru et dans les localités voisines entre 2010 et 2017, avant de transférer ses activités au ministère de la Santé. Face à la dégradation de la situation humanitaire provoquée par les combats autour d'El Fasher et aux déplacements de population vers le Dar Zaghawa, un nouveau projet a été ouvert en août 2025 à l'issue de plusieurs missions exploratoires. L'objectif est de répondre aux besoins sanitaires et nutritionnels des populations déplacées tout en réhabilitant les structures de santé afin de garantir l'accès aux soins essentiels.

Le dispositif repose sur une présence opérationnelle à Um Baru, complétée par un appui à distance aux activités de Muzbat. Il vise à renforcer progressivement l'offre de soins de santé primaires, la prise en charge nutritionnelle, la santé sexuelle et reproductive ainsi que les capacités de préparation aux urgences sanitaires.

■ Configuration du projet

À Um Baru, MSF intervient au sein des structures de santé en appui au ministère de la Santé. Les équipes assurent des consultations externes, la prise en charge nutritionnelle ambulatoire, la vaccination de routine, les activités de santé sexuelle et reproductive, la prise en charge des survivantes de violences sexuelles ainsi que des consultations médicales d'urgence. Le projet comprend également la réhabilitation des infrastructures sanitaires, la formation du personnel

soutenu par le ministère de la Santé et une capacité de préparation à une éventuelle épidémie de choléra.

À Muzbat, MSF apporte un appui à distance comprenant la fourniture de médicaments et de matériel, le versement d'incitations au personnel, des formations ainsi que des visites régulières des équipes.

■ Bilan 2025

L'ouverture du projet est intervenue dans un contexte de déplacements de population provoqués par le siège puis la chute d'El Fasher. Les équipes ont rapidement développé une offre de soins dans une zone où les services de santé étaient extrêmement limités et où très peu d'acteurs humanitaires étaient présents de façon permanente. Les activités ont notamment permis d'améliorer l'accès aux consultations médicales, à la prise en charge nutritionnelle et aux soins de santé sexuelle et reproductive, tout en renforçant progressivement les capacités des structures de santé locales.

Le contexte sécuritaire a toutefois fortement influencé le déroulement du projet. Les attaques de drones puis les affrontements terrestres observés à partir de l'automne ont provoqué des déplacements répétés de la population ainsi que l'évacuation des personnels de santé. Dans ces conditions, l'objectif initial de développer une capacité de prise en charge des blessés de guerre n'a pas pu être pleinement atteint, les structures de santé étant régulièrement vidées de leurs équipes lors des épisodes de violence.

Malgré ces contraintes, les équipes ont maintenu les activités aussi longtemps que les conditions de sécurité l'ont permis, notamment grâce à la poursuite de l'appui apporté à Muzbat. L'évacuation des équipes à la fin du mois de décembre illustre les difficultés d'intervenir dans une zone directement affectée par l'évolution du conflit, tout en soulignant l'importance d'une réponse médicale dans une région jusque-là très peu couverte par les acteurs humanitaires.

Khartoum	2025
Nb total de consultations	18 478
<i>Dont consultations anténatales</i>	<i>1 725</i>
<i>admissions en unité nutritionnelle ambulatoire</i>	<i>421</i>
Nb de consultations de maladies non transmissibles	456

SOUDAN DU SUD	
Type d'intervention : conflit	Personnels :
Nombre de projets : 3	Local : 614
Dépenses 2025 : 20 042 k€	International : 57
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB, OCBA, OCG

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Le Soudan du Sud demeure engagé dans une transition politique particulièrement fragile. L'accord de paix de 2018 a permis la mise en place d'un gouvernement de transition d'unité nationale en 2020, mais les retards accumulés dans l'unification des forces armées, la création des institutions prévues par l'accord, l'organisation du recensement et la résolution de la question des déplacements de population ont conduit au report des élections à décembre 2026.

L'année 2025 a été marquée par une dégradation significative de la situation politique. Le président Salva Kiir a procédé à un remaniement de son gouvernement en remplaçant plusieurs représentants du SPLM-IO par des personnalités proches du pouvoir, tandis que la promotion de Benjamin Bol Mel a été largement interprétée comme s'inscrivant dans une préparation de la succession présidentielle. En mars, le placement en résidence surveillée du premier vice-président Riek Machar, suivi de l'arrestation de plusieurs hauts responsables du SPLM-IO poursuivis pour trahison, a accentué les divisions politiques. Les affrontements entre les forces gouvernementales, les groupes d'opposition et la White Army se sont intensifiés dans plusieurs régions du pays, notamment dans l'Upper Nile, le Jonglei et l'Équatoria, avec des bombardements aériens touchant également des zones civiles. En septembre, l'ouverture du procès de Riek Machar et de plusieurs responsables du SPLM-IO a encore ravivé les tensions et favorisé l'extension de la contestation armée à des régions jusque-là relativement épargnées.

Cette instabilité politique s'est accompagnée d'une forte dégradation de la situation économique. La dépréciation rapide de la monnaie nationale, les interruptions des exportations pétrolières, les perturbations commerciales liées au conflit au Soudan voisin, l'arrivée de réfugiés et de personnes de retour ainsi que la diminution des financements internationaux ont accentué la fragilité du pays.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

La situation humanitaire au Soudan du Sud s'est fortement dégradée en 2025 sous l'effet conjugué des conflits, des déplacements de population, des inondations récurrentes et de la diminution des financements internationaux. Entre avril 2023 et septembre 2025, plus de 1,2 million de personnes ont franchi la frontière depuis le Soudan, dont environ 70 % de Sud-Soudanais de retour dans leur pays. Ces arrivées s'ajoutent aux près de deux millions de personnes déjà déplacées à l'intérieur du pays, dans un contexte marqué par la persistance des violences intercommunautaires et des inondations parmi les plus importantes des dernières années. En 2025, 9,3 millions de personnes, soit près de 70 % de la population, avaient besoin d'une assistance humanitaire, tandis que 6,4 millions de personnes faisaient face à une insécurité alimentaire sévère.

La crise alimentaire et les dysfonctionnements du système de santé ont entraîné une aggravation de la situation nutritionnelle, particulièrement chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes

enceintes ou allaitantes. Les États du Jonglei et du Northern Bahr el Ghazal figuraient parmi les plus touchés, en raison de l'insécurité, des inondations, de l'isolement de nombreuses zones et de la fermeture de plusieurs centres nutritionnels à la suite des réductions de financement. La baisse de la production agricole, la hausse des prix alimentaires et les diminutions des distributions du Programme alimentaire mondial laissent également présager une poursuite de cette dégradation.

Le système de santé demeure chroniquement sous-financé et largement dépendant de l'aide internationale. Pour l'exercice 2025-2026, le gouvernement n'a consacré que 1,5 % de son budget national au secteur de la santé, tandis que les dépenses directes des ménages représentent plus de la moitié des dépenses de santé. Mis en place en 2024 pour succéder au Health Pooled Fund, le Health Sector Transformation Project n'a pas permis de résorber les difficultés structurelles, les établissements de santé restant confrontés à des pénuries de personnel, de médicaments et de capacités logistiques. Dans ce contexte, le pays a connu sa plus importante épidémie de choléra depuis son indépendance, avec plus de 88 000 cas et 1 500 décès recensés à travers 55 des 79 comtés du pays.

L'environnement humanitaire est également devenu plus dangereux. Les organisations humanitaires ont été confrontées à une augmentation des pillages, embuscades, enlèvements et actes de harcèlement, dans un contexte marqué par la multiplication des affrontements armés et la dégradation de la sécurité. Entre janvier et août 2025, MSF a enregistré huit incidents graves, contre trois en 2024.

PRÉSENCE MSF

MSF est l'un des principaux acteurs humanitaires intervenant au Soudan du Sud. Cinq des six centres opérationnels y conduisent entre treize et quinze projets, principalement dans les zones affectées par les conflits, les déplacements de population et les épidémies. Les équipes interviennent aussi bien dans les territoires contrôlés par le gouvernement que dans ceux sous contrôle de groupes d'opposition, en assurant des soins de santé primaires et secondaires, des activités communautaires et mobiles, ainsi que des réponses aux urgences.

MSF OCP concentre son intervention dans les États du Northern Bahr el Ghazal et du Jonglei, à travers trois projets complémentaires. Les activités couvrent la prise en charge hospitalière de référence en santé maternelle et pédiatrique, la nutrition, les soins de santé primaires, les activités communautaires, la prise en charge du VIH, ainsi que la préparation et la réponse aux urgences, notamment lors des pics saisonniers de paludisme, des épidémies et des déplacements de population.

PROJET : AWEIL

■ Historique du projet

Ouvert en 2008 après plusieurs interventions de MSF dans le Northern Bahr el Ghazal, le projet d'Aweil visait à améliorer l'accès aux soins maternels et pédiatriques et à assurer une capacité de réponse aux urgences dans cet État. Si les activités de soins de santé primaires ont été transférées à d'autres acteurs dès 2011, MSF a conservé son engagement au sein de l'hôpital d'État d'Aweil, devenu progressivement une structure de référence pour les soins pédiatriques, obstétricaux, chirurgicaux et nutritionnels.

Face à l'augmentation continue des besoins et aux difficultés persistantes du système de santé, le projet a progressivement fait évoluer son organisation. Depuis 2023, un vaste programme de réhabilitation et d'extension des infrastructures hospitalières accompagne cette évolution. En parallèle, MSF a engagé un travail avec le ministère de la Santé et d'autres partenaires afin de renforcer progressivement les structures périphériques et de décentraliser certaines activités, notamment dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive et de la lutte contre le paludisme.

Aujourd'hui, le projet a pour objectif d'améliorer l'accès à des soins hospitaliers de qualité en santé maternelle et infantile dans le Northern Bahr el Ghazal, tout en soutenant le développement progressif de l'offre de soins périphérique et en maintenant une capacité de réponse aux urgences.

■ Configuration du projet

Le projet est centré sur l'hôpital d'État d'Aweil, hôpital de référence desservant une population estimée à 1,4 million de personnes dans le Northern Bahr el Ghazal. La structure dispose d'une capacité de 210 lits, dont 186 dédiés à la pédiatrie, répartis entre les services d'hospitalisation, l'unité d'isolement, le centre nutritionnel thérapeutique intensif, les soins intensifs, la chirurgie, la néonatalogie, et la maternité. Afin de répondre aux variations saisonnières, cette capacité est adaptée au cours de l'année, notamment par l'extension du centre nutritionnel thérapeutique intensif et l'ouverture de lits supplémentaires pendant les pics de paludisme.

L'hôpital assure une prise en charge complète des urgences pédiatriques et néonatales, de la malnutrition sévère, de la chirurgie, des soins obstétricaux et gynécologiques, des soins intensifs, de la vaccination, des examens de laboratoire et d'imagerie ainsi que de la physiothérapie. Le projet prend également en charge le diabète de type 1 chez l'enfant et développe progressivement un dispositif de décentralisation des soins obstétricaux et de lutte contre le paludisme en collaboration avec le ministère de la Santé et ALIMA. Cette organisation s'inscrit dans un contexte où les structures de santé périphériques restent insuffisamment fonctionnelles, conduisant l'hôpital d'Aweil à accueillir un nombre important de patients référés.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a marqué le lancement de la nouvelle orientation du projet avec le début de la transition progressive d'une partie du personnel hospitalier vers le ministère de la Santé et la mise en place d'un partenariat avec ALIMA pour le développement de structures de soins obstétricaux et néonataux de base ainsi que de sites de dépistage et de traitement du paludisme. Ces évolutions s'inscrivent dans un contexte où les défaillances persistantes des structures de santé périphériques continuent d'exercer une forte pression sur l'hôpital d'Aweil.

Sur le plan médical, aucune épidémie majeure de rougeole n'a été observée en 2025, contrairement aux années précédentes. Les admissions pour malnutrition sévère ont légèrement diminué par rapport à 2024, évolution attribuée à une meilleure préparation du pic nutritionnel, tandis que les cas de paludisme se sont révélés moins nombreux et moins graves. Malgré cette évolution favorable, l'hôpital a maintenu un niveau d'activité très élevé, confirmant son rôle de structure de référence dans un État où l'offre de soins reste insuffisante.

L'année a également été marquée par l'achèvement de la nouvelle unité de néonatalogie et la poursuite du vaste programme de réhabilitation des infrastructures hospitalières.

	2021	2022	2023	2024	2025
Nb de passages aux urgences		27 597	28 793	31 457	26 673
Nb d'hospitalisations	19 162	24 360	24 160	25 276	23 693
Nb d'admissions pédiatriques	7 744	10 611	8 996	11 967	10 616
Nb d'admissions en néonatalogie	1 913	2 221	2 673	2 721	2 598
Nb d'admissions en unité nutritionnelle intensive	748	887	1 222	1 829	1 755
Nb d'accouchements	6 054	6 875	7 762	7 892	8 332
Nb d'interventions chirurgicales	3 305	4 452	5 110	5 154	5 077
Nb de consultations paludisme	41 450	47 601	60 266	50 421	15 340

PROJET : FANGAK

■ Historique du projet

MSF a lancé ses activités à Old Fangak en 2014 afin de répondre à l'afflux de plus de 20 000 personnes déplacées et de soutenir l'unique structure de santé du comté. Initialement conçue comme une réponse d'urgence, l'intervention s'est progressivement transformée en un projet plus pérenne, avec le renforcement de l'hôpital d'Old Fangak, le développement d'une offre complète de soins de santé primaires et secondaires ainsi que d'activités communautaires destinées à améliorer l'accès aux soins dans cette région particulièrement isolée. Au fil des années, le dispositif a également évolué pour intégrer des cliniques mobiles et des activités de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, tandis qu'un appui était développé au centre de santé de Toch et qu'une clinique fixe était construite à Lingere-Haat.

En 2025, le bombardement de l'hôpital d'Old Fangak, suivi quelques mois plus tard d'importantes inondations, a profondément transformé le projet. Les équipes ont relocalisé leur base opérationnelle à Toch, renforcé leur présence à Paguir, où une grande partie de la population s'était déplacée, et maintenu leurs activités communautaires à Haat. Aujourd'hui, le projet a pour objectif de garantir l'accès aux soins essentiels et aux réponses d'urgence pour les populations affectées par les conflits et les inondations dans le comté de Fangak, en s'appuyant sur un dispositif réparti entre Toch, Paguir et Haat et développé en collaboration avec le ministère de la Santé et ses partenaires.

■ Configuration du projet

Depuis mai 2025, le dispositif est organisé autour de trois sites complémentaires. À Toch, devenu la base principale du projet, MSF appuie le centre de santé primaire en fournissant des médicaments, un appui aux personnels du ministère de la Santé, la réhabilitation des infrastructures ainsi que les services d'eau et d'énergie. Une unité de stabilisation permet la prise en charge initiale des urgences médicales, chirurgicales et obstétricales avant leur transfert vers les hôpitaux d'Akobo ou de Bentiu.

À Paguir, où une grande partie de la population s'est déplacée après le bombardement d'Old Fangak puis les inondations, MSF poursuit son partenariat avec South Sudan Medical Relief en apportant un soutien en ressources humaines, approvisionnement, logistique et eau, hygiène et assainissement. Les activités comprennent les consultations externes, l'hospitalisation, les urgences, la prise en charge du choléra ainsi que le maintien d'une capacité d'hospitalisation de 25 lits. À Lingere-Haat, une clinique fixe est complétée par des activités communautaires de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, désormais également déployées à Toch et Paguir afin d'atteindre les populations vivant sur les îles les plus isolées.

■ Bilan 2025

Suite au bombardement de l'hôpital d'Old Fangak en mai puis par aux importantes inondations survenues quelques mois plus tard, le projet a été complètement réorganisé, avec le transfert des activités vers Toch et le renforcement des interventions à Paguir afin d'assurer la continuité des soins dans le comté.

Malgré ces contraintes, les équipes ont maintenu une capacité de prise en charge des urgences grâce à la mise en place d'une unité de stabilisation à Toch, à l'ouverture d'un service d'hospitalisation à Paguir, au maintien de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et à la poursuite des références médicales. Les négociations conduites avec les différents acteurs politiques, militaires et communautaires ont également permis de préserver l'accès aux populations dans un environnement particulièrement instable.

L'année a également été marquée par d'importants défis logistiques et opérationnels. Les affrontements armés, les inondations, l'isolement de la région, les difficultés d'approvisionnement et la réduction de la présence du personnel international ont limité les capacités du projet, en particulier pour les soins secondaires. Cette évolution a conduit à réorienter progressivement le dispositif vers les soins de santé primaires, les activités communautaires, la préparation aux urgences et le maintien des capacités de référencement des cas les plus graves.

	2021	2022	2023	2024	2025
Nb de consultations	41 092	45 636	53 676	49 844	27 300
Nb d'hospitalisations	2 888	2 576	2 578	2 838	890
Nb d'accouchements	504	476	591	579	113

En parallèle, MSF a conduit entre avril et juillet 2025 une réponse d'urgence aux violences à Juba et dans le comté de Fangak. Les équipes ont assuré plus de 11 300 consultations ambulatoires, pris en charge 223 blessés de guerre, réalisé 54 interventions chirurgicales mineures à Fangak et organisé 133 références chirurgicales vers des structures adaptées. Cette intervention a permis de maintenir l'accès aux soins pour les populations affectées par les affrontements malgré un contexte sécuritaire particulièrement dégradé.

PROJET : AKOBO

■ Historique du projet

MSF a lancé ses activités à Akobo en mars 2025 afin de répondre à une épidémie de choléra, en mettant en place un centre de traitement du choléra de 100 lits au sein de l'hôpital d'Akobo et en apportant un appui à cinq unités de traitement. À l'issue de cette intervention d'urgence, les demandes formulées par les autorités sanitaires et les communautés ont conduit MSF à réaliser une évaluation des besoins dans le comté d'Akobo. Celle-ci a mis en évidence les conséquences du retrait de plusieurs acteurs humanitaires, la faiblesse des structures de santé, l'importance du paludisme saisonnier et les difficultés d'accès aux soins, conduisant à la mise en place d'un projet plus durable.

Le projet a ainsi évolué vers un dispositif associant le renforcement des soins de santé primaires, l'appui à l'hôpital d'Akobo et la préparation aux urgences. Il a aujourd'hui pour objectif d'améliorer l'accès aux soins pour les populations du comté d'Akobo, en particulier pendant les pics saisonniers de paludisme et les situations d'urgence, tout en renforçant les capacités de référencement et la prise en charge des populations déplacées.

■ Configuration du projet

Le projet s'appuie sur un dispositif articulé entre l'hôpital d'Akobo et trois centres de santé primaires situés à Thokwath (Gakdong), Burmath (Bilkey) et Meer (Nyandit). À l'hôpital d'Akobo, MSF soutient les consultations externes consacrées au diagnostic et au traitement du paludisme ainsi que le service de pédiatrie, dont la capacité a été portée à 50 lits grâce à la construction de deux nouveaux bâtiments. Les équipes apportent également un soutien en ressources humaines, médicaments, réhabilitation des infrastructures et équipements.

Le projet comprend également un appui au système de référencement des patients, assuré notamment par la mise à disposition d'un bateau et de carburant pour les évacuations médicales. MSF soutient par ailleurs le County Health Department dans l'évacuation des blessés de guerre provenant du comté voisin de Nasir vers l'hôpital d'Akobo. Les consultations dans les centres de santé sont complétées par le dépistage de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans et leur orientation vers les programmes nutritionnels adaptés. Le projet est mis en œuvre en coordination avec les autorités sanitaires et les autres organisations présentes afin d'assurer la complémentarité des

interventions, notamment dans les domaines de la nutrition, de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement.

■ Bilan 2025

Le projet a débuté à la fin du mois d'août 2025, après une première intervention d'urgence conduite entre mars et avril en réponse à l'épidémie de choléra, au cours de laquelle 2 231 patients ont été pris en charge. Durant cette première phase de déploiement, les équipes ont progressivement renforcé les capacités de l'hôpital d'Akobo et de trois centres de santé primaires, en développant la prise en charge du paludisme, le soutien au service de pédiatrie et le système de référencement des patients.

Le projet s'est rapidement structuré autour d'un appui au système de santé local. Les équipes ont mis en place un dépistage systématique de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans, renforcé les capacités de prise en charge des urgences grâce au prépositionnement de matériel dédié et poursuivi leur coordination avec le County Health Department et les autres acteurs présents afin d'assurer la complémentarité des interventions. Les travaux d'extension du service de pédiatrie de l'hôpital, la réhabilitation des centres de santé soutenus et l'installation de la nouvelle base opérationnelle ont accompagné cette montée en puissance. Malgré un démarrage tardif, plus de 23 000 consultations externes et 893 hospitalisations ont été réalisées au cours des quatre derniers mois de l'année.

Cette première année s'est toutefois déroulée dans un environnement particulièrement complexe. Les déplacements de population liés aux affrontements dans les comtés voisins, les conséquences des réductions de financement ayant affecté plusieurs organisations humanitaires, les faibles capacités du ministère de la Santé, les difficultés d'approvisionnement pendant la saison des pluies ainsi que les pressions exercées par les autorités locales lors du lancement des activités ont constitué les principaux défis opérationnels du projet.

	2025
Nb de consultations	23 083
Nb de cas de malaria	11 130
Nb d'hospitalisations	893

SYRIE	
Type d'intervention : conflit	Personnels :
Nombre de projets : 5	Local : 126
Dépenses 2025 : 9 571 k€	International : 21
Financements institutionnels : 27 k€ (collectivités locales suisses)	Autres centres opérationnels MSF : OCB, OCBA

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Après plus de treize années de conflit, la Syrie est entrée dans une nouvelle phase politique à la suite de la chute du régime de Bachar Al-Assad en décembre 2024. Le gouvernement de transition dirigé par Ahmed al-Sharaa s'est progressivement imposé sur une grande partie du territoire, mais le pays demeure profondément fragmenté sur les plans politique, militaire et administratif. Les violences continuent d'affecter plusieurs régions et les divisions internes fragilisent la capacité des nouvelles autorités à rétablir une gouvernance unifiée.

Le gouvernement contrôle aujourd'hui l'essentiel des régions du sud, de l'ouest et du centre du pays. Le nord reste toutefois marqué par la présence de plusieurs autorités de fait. La Turquie maintient une zone d'influence le long de sa frontière méridionale, tandis que les Forces démocratiques syriennes (FDS) conservent le contrôle d'une grande partie du nord-est à travers leur administration autonome. Malgré un accord négocié avec Damas, les discussions sur leur intégration au sein d'un État syrien unifié demeurent dans l'impasse. Dans le sud, les tensions persistent autour du gouvernorat de Suweida, où les désaccords entre les autorités de transition et certaines autorités druzes alimentent une instabilité récurrente. Sur la côte méditerranéenne, notamment dans les gouvernorats de Lattaquié et Tartous, les affrontements survenus en mars 2025 ont illustré la persistance de fortes tensions entre les forces gouvernementales, des groupes insurgés et les communautés locales.

Cette recomposition interne s'inscrit dans un environnement régional où plusieurs puissances continuent d'exercer une influence déterminante sur l'évolution du pays. La Turquie conserve une importante présence militaire dans le nord de la Syrie, tandis qu'Israël poursuit ses opérations militaires et renforce son contrôle dans la région du Golan. La Russie maintient ses bases militaires de Tartous et Hmeimim afin de préserver son influence, alors que les États-Unis réduisent progressivement leur présence militaire. Parallèlement, l'Union européenne, le Qatar et l'Arabie saoudite accompagnent la transition syrienne par un soutien financier et diplomatique, tout en conditionnant leur engagement aux évolutions politiques du pays.

■ Contexte humanitaire et sanitaire

Malgré le changement de régime intervenu fin 2024, la Syrie demeure confrontée à une crise humanitaire majeure. En 2025, 16,5 millions de personnes ont besoin d'une assistance humanitaire et 15,9 millions nécessitent un soutien sanitaire urgent. Le pays compte encore 7,1 millions de personnes déplacées à l'intérieur de ses frontières et 3,7 millions de réfugiés dans les pays voisins, même si d'importants mouvements de retour ont été observés au cours de l'année. Les violences persistantes dans plusieurs régions continuent de provoquer de nouveaux déplacements et de limiter l'accès des populations aux services essentiels.

La situation sanitaire reste extrêmement préoccupante. Après plus de quatorze années de conflit, seuls 57 % des hôpitaux et 37 % des centres de soins de santé primaires sont fonctionnels. Les structures encore en activité font face à d'importantes pénuries de personnel, de médicaments, de matériel médical et d'électricité. Les principales menaces sanitaires demeurent les traumatismes et les besoins en réadaptation, les maladies non transmissibles, les infections respiratoires aiguës, le choléra et les diarrhées aqueuses aiguës, la malnutrition ainsi que les troubles de santé mentale. Les régions du nord-ouest et du nord-est restent parmi les plus insuffisamment couvertes, où les services de santé maternelle, de traumatologie, de santé mentale et de prise en charge des maladies chroniques demeurent particulièrement fragiles.

La crise est aggravée par une réduction importante des financements humanitaires. En 2025, le plan de réponse humanitaire des Nations unies n'était financé qu'à hauteur de 42,5 %, tandis que les programmes du Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés en Syrie ont été réduits de près de moitié. Dans un contexte où la sécheresse, l'insécurité alimentaire et les difficultés d'accès à l'eau persistent, ces réductions limitent l'accès aux soins, aux services de protection et aux autres formes d'assistance essentielles, accentuant la vulnérabilité de populations déjà fortement affectées par des années de conflit.

PRÉSENCE MSF

Médecins Sans Frontières intervient en Syrie depuis 2011 à travers plusieurs centres opérationnels, dont les activités couvrent une grande partie du pays. En 2025, la chute du régime de Bachar Al-Assad a profondément modifié les conditions d'intervention des organisations humanitaires. Pour OCP, cette évolution s'est traduite par l'ouverture d'une coordination permanente à Damas, mettant fin à plus de dix années de gestion à distance, ainsi que par la fin des partenariats qui permettaient jusqu'alors de maintenir une présence opérationnelle en Syrie et une implantation légale en Turquie.

Les activités d'OCP sont principalement concentrées dans le nord-ouest du pays. À Idlib, elles associent une unité spécialisée dans la prise en charge des brûlés à des activités de soins de santé primaire, de santé mentale, de santé sexuelle et reproductive, de prise en charge des maladies non transmissibles et de cliniques mobiles. Dans le nord du gouvernorat d'Alep, OCP soutient l'accès aux soins de santé primaire des populations déplacées et des communautés hôtes à travers des centres de santé et des cliniques mobiles. Des interventions ponctuelles ont également été conduites en 2025 à Sheikh Maqsooud, Tartous et Suweida, ainsi que dans plusieurs structures de santé de Damas.

Les autres centres opérationnels de MSF sont également présents dans plusieurs régions du pays. OCB intervient notamment dans le gouvernorat d'Idlib à travers un hôpital chirurgical et des cliniques mobiles, ainsi que dans les régions rurales d'Alep et de Damas. OCBA soutient des centres de soins de santé primaire dans les gouvernorats d'Alep, Homs et Deraa, où elle développe notamment des activités de santé sexuelle et reproductive et des formations à la prise en charge des afflux massifs de blessés. OCA appuie un centre de soins de santé primaire dans la région rurale de Damas ainsi que les services d'urgences, de traumatologie et de laboratoire de l'hôpital national de Deir ez-Zor, tout en soutenant les activités d'urgence et de santé maternelle à l'hôpital d'Al Bokamal. OCG mène enfin des missions exploratoires dans plusieurs gouvernorats afin d'évaluer le développement de nouvelles activités.

PROJET : IDLIB

■ Historique du projet

La présence de MSF à Idlib a débuté en 2012 avec l'ouverture d'un centre de chirurgie, transformé dès 2013 en unité spécialisée dans la prise en charge des brûlés. Après plusieurs années de gestion à distance consécutives à l'enlèvement de collaborateurs de MSF en 2014, le projet s'est

progressivement structuré autour de deux composantes complémentaires : une activité hospitalière spécialisée à Atmeh et des activités de soins de santé primaire destinées aux populations déplacées du nord-ouest syrien. Les services de santé mentale ont été intégrés aux activités externes en 2021, suivis des activités de santé sexuelle et reproductive. En 2023, le soutien aux centres de Tal Al Karama et Al Barakah a été recentré sur la prise en charge des maladies non transmissibles, tandis qu'un partenariat a été engagé avec l'organisation Al Ameen pour soutenir le centre de soins de santé primaire d'Ariha. En 2025, le projet a été étendu au gouvernorat de Hama avec un appui au centre de soins de santé primaire d'Al Qosour.

Le projet vise aujourd'hui à améliorer l'accès à des soins spécialisés pour les brûlés tout en développant une offre de soins de santé primaire dans plusieurs zones insuffisamment couvertes du nord-ouest syrien.

■ Configuration du projet

Le projet s'articule autour de quatre composantes : une unité spécialisée dans la prise en charge des brûlés à Atmeh, des activités médicales externes dans les camps de déplacés de la région d'Aldana-Deir Hassan, un appui au centre de soins de santé primaire d'Al Qosour à Hama et un soutien au centre de soins de santé primaire d'Ariha.

L'hôpital des brûlés d'Atmeh est entièrement géré par MSF. Il dispose de 23 lits hors pic et comprend un service d'urgences, un bloc opératoire assurant notamment la chirurgie reconstructrice et les greffes cutanées, des consultations post-opératoires, des activités de physiothérapie intégrant la fabrication d'orthèses faciales par impression 3D ainsi qu'un accompagnement en santé mentale. Les patients nécessitant des soins spécialisés indisponibles sur place peuvent être référés vers la Turquie lorsque les conditions de passage de la frontière le permettent. Deux postes avancés de prise en charge des brûlés, situés à Sarmada et Jisr Al-Shoughour, facilitaient le suivi des patients éloignés, celui de Jisr Al-Shoughour ayant été fermé en juillet 2025.

Les activités médicales externes sont organisées autour de deux cliniques mobiles qui interviennent dans sept camps de déplacés et auprès des communautés hôtes de la région de Deir Hassan. Elles proposent des consultations de médecine générale, des services de santé sexuelle et reproductive, de santé mentale, de prise en charge des maladies non transmissibles ainsi que des activités de promotion de la santé. Une clinique dédiée aux maladies non transmissibles est également maintenue à Tal Al Karama, où est suivie une cohorte d'environ 1 000 patients.

À Hama, MSF apporte un appui complet au centre de soins de santé primaire d'Al Qosour, comprenant la fourniture de médicaments, la prise en charge des coûts de fonctionnement et le renforcement des capacités des équipes. À Ariha, MSF poursuit son soutien au centre de soins de santé primaire en partenariat avec l'organisation Al Ameen. La structure propose des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base, des consultations générales et pédiatriques, des activités de physiothérapie, d'hémodialyse, de santé mentale ainsi que de promotion de la santé. Dans ce partenariat, MSF assure principalement un soutien financier à l'organisation partenaire.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a été marquée par une transformation importante du projet à la suite du changement de contexte politique en Syrie. Après plusieurs années de gestion à distance, l'installation permanente des équipes internationales à Idlib a permis d'élargir la présence opérationnelle de MSF et de conduire des évaluations dans de nouvelles zones d'intervention. Cette évolution s'est notamment traduite par l'ouverture d'un appui au centre de soins de santé primaire d'Al Qosour, dans le gouvernorat de Hama. L'unité des brûlés d'Atmeh a poursuivi son développement dans le nouveau bâtiment mis en service à la fin de l'année précédente. Face aux difficultés de référencement vers la Turquie, sa capacité d'accueil a été augmentée. La prise en charge de la réadaptation a été renforcée grâce à l'introduction

de la fabrication d'orthèses faciales par impression 3D. Parallèlement, des dons de kits de traumatologie, de matériel médical et de biens de première nécessité ont été réalisés au profit de plusieurs structures de santé afin de soutenir la réponse aux besoins d'urgence.

Les activités médicales externes ont également évolué pour s'adapter aux mouvements de population observés après la chute du régime. Le retour progressif d'une partie des personnes déplacées a conduit à l'arrêt, en août 2025, des activités de promotion de la santé menées dans les zones couvertes par les cliniques mobiles, celles-ci n'étant plus considérées comme adaptées au contexte. Dans le même temps, une revue stratégique des activités a conduit à mettre fin, le 31 décembre 2025, au partenariat avec l'organisation Al Ameen pour le centre de soins de santé primaire d'Ariha.

	2021	2022	2023	2024	2025
Unités de Brûlés					
Nb de présentations aux urgences	5 794	6 327	7 853	8 340	6 899
Nb d'hospitalisations	488	473	697	670	680
Nb de passages au bloc	1 327	1 463	2 258	2 222	2 381
Nb de nouveaux patients en physiothérapie	2 643	2 473	2 257	2 684	2 139
Activités externes					
Nb de consultations générales	101 656	110 211	72 370	64 541	64 423
Nb de consultations maladies chroniques	6 351	5 008	4 497	4 154	4 165
Nb de consultations de santé sexuelle et reproductive	8 476	15 742	12 015	11 549	30 067

PROJET : ALEP NORD

■ Historique du projet

Le projet d'Alep Nord a été développé afin d'améliorer l'accès aux soins de santé primaire des populations déplacées internes et des communautés hôtes dans les régions d'Afrin, d'Azaz et d'Al-Bab, où plus d'une décennie de conflit a fortement dégradé l'offre de soins. Son objectif est de maintenir une offre de soins de proximité dans une région accueillant une importante population déplacée et confrontée à des besoins médicaux persistants.

Le projet s'est construit autour d'un modèle de partenariat avec des organisations locales, adapté aux contraintes d'accès qui prévalaient dans le nord de la Syrie. Selon les zones d'intervention, les activités étaient mises en œuvre avec l'organisation syrienne Al Ameen ou avec des partenaires turcs, selon des modalités d'appui différentes. Cette organisation a permis de développer progressivement une offre de soins couvrant la médecine générale, la prise en charge des maladies non transmissibles, la santé sexuelle et reproductive, la santé mentale ainsi que, dans certaines structures, les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base.

La chute du régime syrien à la fin de l'année 2024 a ouvert une nouvelle phase pour le projet. L'accès direct aux zones d'intervention a conduit à une révision progressive de ces modalités de mise en œuvre et des partenariats historiques développés durant les années de gestion à distance. Le projet vise aujourd'hui à assurer un accès aux soins de santé primaire dans plusieurs zones du nord du gouvernorat d'Alep où les besoins demeurent importants.

■ Configuration du projet

Le projet intervient dans deux zones du nord du gouvernorat d'Alep.

Dans la région d'Afrin, deux centres de soins de santé primaire sont soutenus en partenariat avec l'organisation Al Ameen, à Raju et Baadanli. Ils proposent des consultations générales, la prise en

charge des maladies non transmissibles, des services de santé sexuelle et reproductive ainsi que, pour le centre de Raju, des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base.

Dans la région d'Al-Bab, MSF gère directement une clinique mobile intervenant dans cinq sites accueillant des personnes déplacées. Celle-ci assure des consultations de médecine générale, pédiatriques, de santé sexuelle et reproductive, de santé mentale et de prise en charge des maladies non transmissibles, complétées par des activités de promotion de la santé.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a été marquée par une réorganisation progressive des activités afin de tenir compte de l'évolution des mouvements de population dans le nord du gouvernorat d'Alep. La baisse du nombre de personnes déplacées dans certains camps a conduit à réduire la fréquence des passages de la clinique mobile dans le camp de Sosinbat, tandis que l'augmentation du nombre de familles revenues à Tadiiff a justifié un renforcement des consultations dans cette localité. À partir d'octobre, cette adaptation s'est traduite par une transition progressive d'une offre mobile vers des consultations assurées au sein du centre de soins de santé primaire de Tadiiff.

Parallèlement, plusieurs évaluations ont été menées dans les zones urbaines et rurales du gouvernorat d'Alep afin d'identifier les besoins de santé et les lacunes de l'offre de soins dans un contexte profondément modifié par la transition politique.

	2022	2023	2024	2025
Al Ameen – Centre de soins de Raju et Baadanli				
Nb total de consultations générales	67 606	71 967	66 303	42 498
Nb de consultations maladies chroniques	9 847	10 950	10 210	7 402
Nb de consultations santé sexuelle et reproductive	29 277	28 104	23 146	12 295
Clinique mobile d'Albab				
Nb de consultations générales	24 111	28 553	28 076	22 513
Nb de consultations maladies chroniques	4 320	7 882	10 264	5 242
Nb de consultations santé sexuelle et reproductive	184	9 391	8 975	7 367

INTERVENTIONS PONCTUELLES

En complément de ses projets réguliers, MSF a conduit plusieurs interventions ponctuelles en 2025 afin de répondre à des besoins spécifiques ou d'évaluer de nouvelles modalités d'intervention.

À la suite des violences survenues sur la côte syrienne, les équipes ont apporté un appui de mars à septembre à l'hôpital national de Tartous. L'intervention a permis de renforcer les capacités du service des urgences à travers la mise en place d'un système de triage, des formations à la gestion des afflux massifs de blessés, des travaux de réhabilitation ainsi que des dons de médicaments et de matériel médical. Sur cette période, le service des urgences a pris en charge 47 140 passages, tandis que 377 professionnels de santé ont bénéficié des formations dispensées par MSF. Le projet a également soutenu le service de dialyse par la fourniture de cinq générateurs d'hémodialyse et d'une unité d'osmose inverse.

Au début de l'année, MSF est également intervenu pendant trois mois à Sheikh Maqsood, à Alep, en soutenant l'hôpital principal de la zone grâce à des dons de médicaments et de consommables médicaux, et au financement de plusieurs postes de personnel soignant. Cette intervention a pris fin lorsque les habitants ont de nouveau pu être orientés vers d'autres structures de santé à la faveur de l'amélioration de l'accès à la zone.

Enfin, s'appuyant sur l'expertise développée à l'unité des brûlés d'Atmeh, MSF a lancé une initiative visant à renforcer les capacités de cinq unités spécialisées du ministère de la Santé à travers la réhabilitation des infrastructures et la fourniture d'équipements biomédicaux, de médicaments et de consommables spécialisés.

TCHAD	
Type d'intervention : accès aux soins, réponses aux urgences, réfugiés Nombre de projets : Dépenses 2025 : 17 102 k€ Financements institutionnels : 591 k€ (Canada)	Personnels : Local : 622 International : 62 Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB, OCBA, OCG, WaCA

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Situé au carrefour du Sahel, de l'Afrique centrale et du Soudan, le Tchad demeure au cœur d'un environnement régional marqué par des crises sécuritaires persistantes. Le conflit au Soudan continue d'exercer une forte pression sur le pays, tant par l'accueil de réfugiés que par la présence de groupes armés dans les régions frontalières et les tensions suscitées par le positionnement des autorités tchadiennes vis-à-vis du conflit.

Sous une apparente stabilité institutionnelle, le pouvoir de Mahamat Idriss Déby demeure confronté à des fragilités internes. Malgré un affaiblissement de l'opposition politique, marqué notamment par l'emprisonnement de son principal dirigeant depuis mai 2025 et un contrôle renforcé de la société civile, des divergences au sein du pouvoir autour du conflit au Darfour et de l'exploitation des ressources minières du Tibesti entretiennent des risques de nouvelles tensions dans le nord et l'est du pays. Le soutien financier des Émirats arabes unis contribue toutefois au maintien du régime et de ses principaux équilibres politiques.

La situation socio-économique reste difficile. L'inflation se poursuit, tandis que les inondations dans le sud du pays et l'augmentation de la criminalité dans les principaux centres urbains aggravent les conditions de vie de la population. Dans ce contexte, la combinaison des difficultés économiques, des tensions politiques et des conséquences régionales du conflit soudanais continue de fragiliser l'environnement dans lequel interviennent les acteurs humanitaires.

■ Contexte Sanitaire

Avec une population estimée à un peu plus de 20 millions d'habitants répartis sur un territoire de 1,3 million de km², le Tchad demeure confronté à un système de santé structurellement fragile. Le pays compte 173 districts sanitaires, dont 158 seulement sont fonctionnels. L'offre de soins obstétricaux et néonataux reste particulièrement insuffisante, seules trois structures du pays répondant aux standards requis en matière de soins obstétricaux et néonataux de base. Cette situation contribue au maintien d'indicateurs sanitaires parmi les plus préoccupants de la région, avec une mortalité maternelle estimée à 860 décès pour 100 000 naissances vivantes, une mortalité infantile de 72 décès pour 1 000 naissances vivantes et une prévalence nationale de la malnutrition aiguë globale de 10,8 %, dont 2,1 % de malnutrition aiguë sévère.

Le paludisme demeure la première cause de morbidité et de mortalité dans le pays, tandis que la prise en charge des maladies chroniques reste limitée par des ruptures fréquentes d'approvisionnement en médicaments essentiels. Le Tchad est également régulièrement confronté à des épidémies, dans un contexte où les capacités de prévention et de riposte demeurent insuffisantes. La réduction des financements internationaux, notamment la baisse des contributions américaines affectant Gavi, fragilise davantage le Programme élargi de vaccination et risque d'accentuer les difficultés d'approvisionnement en vaccins et en intrants médicaux. À ces défis sanitaires s'ajoute l'impact

récurrent des inondations, qui dégradent les infrastructures de santé et compliquent l'accès aux soins dans de nombreuses régions.

Le conflit au Soudan continue par ailleurs d'avoir des conséquences humanitaires majeures sur le Tchad. L'arrivée continue de réfugiés soudanais et de retournés tchadiens exerce une pression considérable sur les structures de santé des provinces orientales, déjà confrontées à des ressources limitées. En parallèle, plusieurs réponses d'urgence ont été conduites au cours de l'année face à des épidémies de diphtérie, de méningite et de choléra, ainsi qu'à de nouveaux afflux de réfugiés dans les régions frontalières, illustrant la multiplication des crises auxquelles les autorités sanitaires et les organisations humanitaires doivent faire face.

PRÉSENCE MSF

MSF est présente au Tchad depuis 1977. En 2025, les six centres opérationnels de l'organisation sont actifs dans le pays, où ils interviennent en réponse à des besoins de santé liés aux crises humanitaires prolongées, aux déplacements de population, aux épidémies et aux insuffisances structurelles du système de santé. Les activités couvrent notamment la santé maternelle et infantile, la pédiatrie, la nutrition, le paludisme, la vaccination, la prise en charge des urgences ainsi que l'assistance aux réfugiés et aux populations déplacées.

MSF OCP concentre ses activités régulières dans le sud du pays, à Moïssala, ainsi que dans la province orientale du Ouaddaï, à Adré. Elles portent principalement sur la santé maternelle et infantile, la pédiatrie, la lutte contre le paludisme, la santé sexuelle et reproductive, les activités communautaires, ainsi que la préparation et la réponse aux urgences.

Les autres centres opérationnels de MSF sont également fortement engagés au Tchad. MSF OCA mène des activités de santé maternelle et infantile dans les régions du Sila et du Hadjer-Lamis et participe à des réponses d'urgence, notamment en lien avec les inondations et la frontière soudanaise. MSF OCG soutient le Programme élargi de vaccination et intervient auprès des réfugiés dans le Ouaddaï. MSF WACA poursuit un projet nutritionnel à N'Djamena tout en apportant une assistance aux réfugiés dans le Wadi Fira. MSF OCBA et MSF OCB interviennent également dans les régions orientales du pays auprès des populations réfugiées et déplacées, tout en contribuant à l'accès humanitaire vers le Darfour.

PROJET : MOISSALA

■ Historique du projet

Ouvert en 2010, le projet de Moïssala était initialement consacré à la lutte contre le paludisme. À partir de 2018, il a progressivement évolué vers une approche intégrée centrée sur la santé maternelle et infantile, visant à développer un continuum de soins entre la communauté, les centres de santé et l'hôpital de district. Cette réorientation s'est accompagnée d'un renforcement des activités communautaires, d'une collaboration plus étroite avec le ministère de la Santé publique et de l'introduction de nouvelles approches médicales et organisationnelles.

Les difficultés rencontrées dans la gouvernance du projet à partir de 2022 ont conduit à une réévaluation progressive de son positionnement. Plusieurs démarches conjointes avec le ministère de la Santé publique ont été engagées afin de renforcer le partenariat et de clarifier les orientations stratégiques. En 2024, le lancement d'un projet de recherche opérationnelle sur le vaccin antipaludéen R21 est venu compléter les activités du projet.

Le projet vise aujourd'hui à contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité des enfants de moins de 15 ans, des femmes enceintes et des femmes en âge de procréer dans les districts sanitaires

de Moïssala, Dembo et Békourou, tout en soutenant la prévention du paludisme et la capacité de réponse aux urgences dans cette région du sud du Tchad.

■ Configuration du projet

Le projet est mis en œuvre en collaboration avec le ministère de la Santé publique dans les districts sanitaires de Moïssala, Dembo et Békourou, ainsi que dans deux centres de santé du district de Bedaya. Il associe un appui au système de santé, des activités communautaires et une prise en charge hospitalière afin d'assurer un continuum de soins pour les enfants de moins de 15 ans et les femmes en âge de procréer.

Les activités communautaires reposent sur un réseau de 43 agents de santé communautaires intervenant dans les zones de Dembo et Beboro. Elles comprennent des actions de prévention, de promotion de la santé, de référencement et de suivi des patients entre la communauté, les centres de santé et l'hôpital. Le projet soutient également les centres de santé dans la prise en charge des enfants et des activités de santé sexuelle et reproductive.

À l'hôpital de district de Moïssala, MSF apporte un appui à la pédiatrie, dotée d'une capacité de 82 lits pouvant être portée à 144 pendant le pic palustre, à une unité de néonatalogie, à une maternité disposant de soins intensifs, ainsi qu'au bloc opératoire, aux consultations prénatales, à la prise en charge des violences sexuelles et de certains services supports, notamment la banque de sang, le laboratoire, la pharmacie, la cuisine et la logistique hospitalière.

Le projet contribue par ailleurs aux stratégies nationales de lutte contre le paludisme à travers l'appui à l'approvisionnement en intrants, la mise en œuvre de la chimioprévention saisonnière du paludisme dans 32 zones de responsabilité et un dispositif de surveillance épidémiologique et humanitaire permettant une réponse rapide aux urgences dans les provinces du Mandoul et des deux Logone.

■ Bilan 2025

Les activités communautaires ont connu plusieurs évolutions importantes. Les actions de promotion de la santé ont été déployées dans l'ensemble des zones de responsabilité, tandis que le système de référencement des urgences pédiatriques a été harmonisé et que des salles d'observation ont été créées dans les centres de santé de Dembo et Beboro. Les ressources humaines ont été renforcées afin d'assurer un fonctionnement continu des centres de santé et les activités de prise en charge des survivantes de violences sexuelles ont été développées au niveau communautaire. Plusieurs objectifs initialement envisagés n'ont toutefois pas été mis en œuvre, notamment la décentralisation de la prise en charge des maladies chroniques et l'extension du réseau d'agents de santé communautaires.

Au niveau hospitalier, les équipes ont engagé plusieurs actions visant à améliorer la qualité des soins. Une formation à l'échographie clinique (POCUS) a été déployée en maternité, une stratégie de prévention et de contrôle des infections a été mise en œuvre et l'appui technique au laboratoire a été renforcé. Les activités de santé de la femme ont été davantage intégrées dans les différents services et une stratégie de prise en charge des maladies chroniques a été introduite. Certaines innovations prévues, comme l'utilisation du protoxyde d'azote ou le développement d'une approche centrée sur la personne, n'ont cependant pas pu être mises en œuvre.

La lutte contre le paludisme est restée un axe majeur du projet. La campagne de chimioprévention saisonnière a été conduite en partie de manière synchronisée avec le projet de recherche sur le vaccin R21, tandis que les données de surveillance du paludisme ont été consolidées dans les centres de santé non directement appuyés par MSF.

	2021	2022	2023	2024	2025
Nb d'admissions en pédiatrie	7 319	7 779	6 309	6 697	6 437
Nb d'admissions en néonatalogie	455	498	602	721	798
Nb d'accouchements à l'hôpital	1 077	1 573	1 320	1 452	2049
Nb consultations < 15 ans dans les centres de santé Dembo & Beboro	23 947	21 761	23 801	26 172	25 375
Nb d'accouchements dans les centres de santé Dembo & Beboro	1 584	1 391	1 553	1 314	1 449

PROJET : R21

■ Historique et configuration du projet

Lancé en 2024 à Moïssala en partenariat avec le ministère de la Santé publique tchadien et Epicentre, le projet TIC R21 est une recherche opérationnelle visant à accompagner l'introduction du vaccin antipaludique R21 dans une zone de forte transmission saisonnière du paludisme. Il évalue deux stratégies de déploiement du vaccin auprès des enfants de 6 à 59 mois : son administration dans le cadre du Programme élargi de vaccination de routine ou son intégration aux campagnes de chimioprévention saisonnière du paludisme. Au-delà de la comparaison de ces deux approches, le projet mesure leur faisabilité opérationnelle, leur acceptabilité par les communautés, leur couverture, leur efficacité et leur rapport coût-efficacité afin de produire des données destinées à orienter les futures politiques nationales et internationales de prévention du paludisme.

L'étude est conduite dans les districts sanitaires de Moïssala et de Dembo, couvrant 27 zones de responsabilité. Treize d'entre elles mettent en œuvre une stratégie synchronisée associant vaccination R21 et chimioprévention saisonnière, tandis que les quatorze autres appliquent la vaccination selon le calendrier de routine du Programme élargi de vaccination. Cette comparaison est accompagnée d'un important dispositif de recherche piloté avec Epicentre, incluant des évaluations épidémiologiques, opérationnelles, économiques et sociales.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a marqué le lancement opérationnel du projet. Après une phase de co-construction avec le ministère de la Santé publique et de préparation logistique, les deux stratégies de vaccination ont été déployées à partir de juin, tandis que les activités de recherche ont débuté progressivement à partir d'août. Au total, près de 114 500 doses de vaccin R21 ont été administrées dans les zones mettant en œuvre la stratégie synchronisée, contre plus de 3 200 doses dans les zones suivant la stratégie de vaccination de routine au cours des premiers mois de mise en œuvre.

Les premiers mois ont également permis de démontrer la faisabilité opérationnelle de l'intégration de la vaccination aux campagnes de chimioprévention saisonnière. La mutualisation des ressources logistiques et humaines, la décentralisation de la chaîne du froid et une étroite collaboration avec le ministère de la Santé ont facilité le déploiement des activités, malgré les difficultés d'accès pendant la saison des pluies. Le projet a en outre développé une importante stratégie de mobilisation communautaire, avec la formation de près de 400 relais communautaires, contribuant à une bonne adhésion des populations à la vaccination.

PROJET : ADRE

■ Historique du projet

Située à proximité immédiate de la frontière soudanaise, Adré constitue l'un des principaux points d'entrée entre le Darfour occidental et l'est du Tchad. À la suite d'une intervention menée contre une

épidémie de rougeole à Abéché, MSF a ouvert un projet à Adré en août 2021 afin de renforcer la prise en charge du paludisme, de la malnutrition aiguë sévère et des pathologies pédiatriques, tout en développant une capacité de préparation aux urgences face aux mouvements de population en provenance du Soudan.

L'évolution du conflit au Darfour a profondément transformé le projet. Après un premier renforcement en 2022 à la suite de l'arrivée de nouveaux réfugiés, l'intensification des violences au Soudan en 2023 a conduit au déploiement d'une réponse d'urgence de grande ampleur. Les capacités hospitalières ont été fortement augmentées afin de prendre en charge les blessés, les besoins obstétricaux, néonataux et pédiatriques, tandis que plusieurs interventions étaient développées dans les camps de réfugiés et les zones de transit.

Le projet a aujourd'hui pour objectif de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité des enfants de moins de 15 ans et des femmes en âge de procréer dans le district sanitaire d'Adré, tout en maintenant une capacité permanente de préparation et de réponse aux urgences dans cette région frontalière.

■ Configuration du projet

Le projet est mis en œuvre au sein de l'hôpital de district d'Adré et du centre de santé d'Adré urbain. Il combine des activités hospitalières, des soins de santé primaire, un important dispositif communautaire et une capacité de réponse aux urgences.

Les activités communautaires reposent sur un réseau de 55 agents de santé communautaires intervenant dans les quartiers d'Adré. Elles comprennent la promotion de la santé, la surveillance communautaire, le suivi des patients atteints de maladies chroniques ou de malnutrition, la prise en charge des cas simples de paludisme et de diarrhée chez les jeunes enfants ainsi que le référencement des cas compliqués vers les structures de santé. Au centre de santé d'Adré urbain, le projet assure les consultations pédiatriques ambulatoires et la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë. Un poste implanté à la frontière contribue au dépistage nutritionnel, aux activités de vaccination et au référencement des patients nécessitant une prise en charge hospitalière.

À l'hôpital de district, le projet soutient un service de pédiatrie disposant d'une capacité de 34 lits pouvant être portée à 45 lits selon les besoins, comprenant des unités de soins intensifs, de nutrition, de pédiatrie générale et d'isolement. Il appuie également les soins obstétricaux et néonataux d'urgence avec une maternité, une unité de néonatalogie, un bloc opératoire obstétrical ainsi que plusieurs services supports, notamment la banque de sang, la radiologie, la stérilisation, la gestion des déchets hospitaliers et la buanderie. Les cas chirurgicaux pédiatriques sont référés vers le centre hospitalier universitaire d'Abéché.

Le projet participe enfin au système de surveillance épidémiologique du district sanitaire, soutient les campagnes de vaccination et maintient une capacité de réponse rapide aux épidémies ainsi qu'aux afflux massifs de blessés grâce à un stock d'urgence prépositionné.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a marqué une nouvelle étape dans l'évolution du projet d'Adré. La diminution des arrivées de réfugiés soudanais a entraîné une adaptation du dispositif hérité de la phase d'urgence. Cette réorganisation s'est accompagnée d'une évolution des priorités médicales. Les activités de santé sexuelle et reproductive ont poursuivi leur développement, avec un renforcement de la prise en charge des survivantes de violences sexuelles et des activités de planification familiale, malgré des résistances socioculturelles persistantes. Les réductions des financements américains ont également affecté la lutte contre le paludisme, conduisant MSF à développer, à travers son réseau communautaire, la prise en charge des cas simples afin de limiter les formes graves chez les jeunes enfants.

L'année a enfin été marquée par un renforcement de l'approche de safeguarding. À la suite de signalements d'exploitation sexuelle concernant des femmes et des jeunes filles réfugiées soudanaises, une réponse conjointe des centres opérationnels présents au Tchad a permis d'identifier 59 allégations et a conduit au licenciement de 18 membres du personnel des centres opérationnels concernés. Les équipes ont, dans ce contexte, renforcé les actions de prévention, les mécanismes de signalement et le traitement des situations d'abus.

	2022	2023	2024	2025
Nb de consultations totales	39 228	136 002	141 721	107 577
Nb présentation aux urgences	10 598	20 648	10 247	4 606
Nb d'hospitalisations	2 929	9 672	5 953	7 107
Nb de consultations prénatales	-	1 998	9 650	12 012
Nb d'accouchements	-	1 662	3 079	4 159
Nb d'interventions chirurgicales	-	2 986	3 084	476
Nb d'admissions en unité thérapeutique intensive	1 111	3 361	1 978	1 283
Nb d'admissions en unité thérapeutique ambulatoire	3 057	17 095	12 723	6 854
Nb de victimes de violences sexuelles	3	70	22	42
Nb d'avortements sécurisés	-	8	138	123
Nb de traitements antipaludiques administrés	10 442	20 682	12 149	10 006
Nb de doses de vaccins utilisés en routine	6 686	80 375	188 475	87 654

En parallèle des activités régulières, les équipes ont été fortement mobilisées dans plusieurs réponses d'urgence dans l'est du Tchad. Face au nouvel afflux de réfugiés soudanais dans la province du Wadi Fira, MSF a participé à l'évaluation des besoins, mis en place des activités de soins de santé primaire, de dépistage et de prise en charge de la malnutrition, ainsi qu'au renforcement des structures de santé accueillant les nouveaux arrivants. Cette intervention a permis de réaliser 7 800 consultations communautaires, et de distribuer des biens de première nécessité. Parallèlement, les équipes sont

YEMEN	
Type d'intervention : conflit armé	Personnels :
Nombre de projets : 3	Local : 280
Dépenses 2025 : 17 348 k€	International : 38
Financements institutionnels : aucun	Autres centres opérationnels MSF : OCA, OCB, OCBA, OCG

CONTEXTE DU PAYS

■ Contexte Politique

Entré dans sa deuxième décennie, le conflit yéménite reste marqué par de profondes fractures politiques, tribales et régionales, aggravées par les rivalités entre puissances régionales. Depuis la prise de Sanaa par le mouvement Ansar Allah en 2014 et l'intervention de la coalition dirigée par l'Arabie saoudite en 2015, le pays demeure fragmenté entre plusieurs centres de pouvoir. Les Houthis exercent leur autorité sur la majeure partie du nord du pays, où ils ont progressivement mis en place un système de gouvernance parallèle reposant sur leurs propres institutions politiques, administratives et sécuritaires. Au sud et à l'est, le gouvernement internationalement reconnu conserve une influence limitée, tandis que le Conseil de transition du Sud, soutenu par les Émirats arabes unis, poursuit ses ambitions autonomistes, dans un contexte de rivalités persistantes entre les agendas saoudien et émirien.

Malgré les efforts de médiation conduits sous l'égide des Nations unies et les discussions engagées entre l'Arabie saoudite et les autorités houthies, aucun accord politique global n'a été conclu. Les lignes de front ont peu évolué depuis la trêve de 2022, mais les affrontements localisés, les tensions entre factions et l'affaiblissement des institutions continuent d'entretenir une instabilité chronique. La coexistence de deux banques centrales, de systèmes administratifs concurrents et de politiques économiques distinctes contribue à la dégradation de la situation économique et à l'aggravation de la pauvreté.

L'année 2025 a été marquée par une forte dégradation du contexte régional. À la suite des attaques menées par Ansar Allah contre la navigation commerciale en mer Rouge et contre Israël, les États-Unis, en coordination avec Israël, ont lancé en mars une campagne de frappes aériennes sur plusieurs sites au Yémen, endommageant des infrastructures militaires mais également civiles. Si une trêve temporaire a été conclue entre les États-Unis et Ansar Allah en mai 2025 sous médiation omanaise, les affrontements avec Israël se sont poursuivis. Parallèlement, les autorités houthies ont renforcé les restrictions imposées aux acteurs humanitaires, procédant à des arrestations de personnels des Nations unies et d'organisations non gouvernementales sous des accusations d'espionnage. En 2025, les États-Unis ont également reclassé Ansar Allah comme organisation terroriste étrangère, une décision ayant d'importantes conséquences sur les échanges financiers, les importations et les activités humanitaires dans les zones qu'il contrôle.

■ Contexte Humanitaire et Sanitaire

Après plus de dix années de conflit, le Yémen demeure confronté à l'une des plus graves crises humanitaires au monde. En 2025, 19,5 millions de personnes nécessitent une assistance humanitaire. L'effondrement de l'économie, la destruction des infrastructures, les restrictions commerciales et la diminution des financements internationaux continuent de dégrader les conditions de vie de la population. Les réductions importantes de l'aide internationale, notamment américaine, ont entraîné

le retrait de nombreuses organisations humanitaires du nord du pays et laissé plusieurs secteurs essentiels, en particulier la santé, la nutrition et la sécurité alimentaire, très insuffisamment financés. Le système de santé reste extrêmement fragilisé. Seule la moitié environ des structures sanitaires sont pleinement fonctionnelles et le fonctionnement des services repose presque entièrement sur l'aide internationale. L'existence de deux ministères de la Santé distincts, à Sanaa et Aden, ainsi que l'absence prolongée de rémunération des personnels de santé dans le secteur public ont profondément désorganisé l'offre de soins. La réduction des incitations financières versées aux personnels de santé, sans reprise du paiement des salaires par les autorités, a accentué les pénuries de personnel qualifié, limité l'accès aux soins de santé primaires et renforcé les inégalités entre secteurs public et privé.

La situation nutritionnelle demeure préoccupante. Environ 500 000 enfants ainsi que 1,5 million de femmes enceintes ou allaitantes souffrent de malnutrition aiguë. Les difficultés d'approvisionnement en aliments thérapeutiques, liées notamment aux blocages des importations et aux réductions des distributions du Programme alimentaire mondial, compromettent la prise en charge nutritionnelle. Les enfants de moins de deux ans représentent la grande majorité des admissions dans les programmes nutritionnels de MSF, tandis qu'une part importante des patients provient de districts éloignés en raison de la gratuité des soins et des ruptures d'approvisionnement observées dans d'autres structures de santé.

Les épidémies continuent également de peser lourdement sur la situation sanitaire. La faible couverture vaccinale, les restrictions imposées aux activités communautaires dans les zones contrôlées par Ansar Allah et la diffusion de discours hostiles à la vaccination favorisent la circulation de maladies évitables telles que la rougeole, la poliomyélite et la diphtérie. Le choléra demeure endémique, avec des flambées récurrentes favorisées par l'accès insuffisant à l'eau potable. En août 2025, d'importantes inondations ont par ailleurs touché plus de 47 000 ménages dans seize gouvernorats, aggravant encore les besoins humanitaires, en particulier parmi les personnes déplacées.

PRÉSENCE MSF

Médecins Sans Frontières est présente au Yémen depuis 1986 de manière continue depuis 2007. En 2025, cinq centres opérationnels interviennent dans treize hôpitaux et soutiennent plus d'une douzaine d'autres structures de santé réparties dans onze gouvernorats. En octobre 2025, MSF OCA a toutefois mis fin à l'ensemble de ses activités dans le pays.

Les activités de MSF OCP sont concentrées dans les gouvernorats de Saada et d'Amran, où les équipes assurent des soins d'urgence, des activités de santé maternelle et infantile et la prise en charge de la malnutrition. À Sanaa, OCP soutient le service des urgences de l'hôpital Al-Kuwait et coordonne un projet intersectionnel de renforcement des capacités en microbiologie au Laboratoire national central de santé publique. Après la fermeture du centre de traumatologie d'Aden en février 2025, ses activités dans le sud du pays sont réorientées vers un appui au ministère de la Santé, centré sur le renforcement des capacités hospitalières et la lutte contre la résistance aux antimicrobiens.

Les autres centres opérationnels complètent cette présence. OCBA intervient principalement dans les gouvernorats de Hajjah et d'Al-Hudaydah. OCB est présent à Mocha, dans le gouvernorat de Taiz, ainsi qu'à Ataq, dans le gouvernorat de Shabwah. OCG mène des activités dans les gouvernorats d'Ibb et d'Al-Hudaydah et dispose d'une capacité de réponse d'urgence dans les gouvernorats d'Al Bayda et de Dhamar. Jusqu'à la fermeture de ses projets, OCA intervenait dans le gouvernorat de Taiz, où il soutenait les populations de la ville de Taiz et de Hoban, ainsi que dans le gouvernorat de Ma'rib au moyen de cliniques mobiles.

PROJET : SANAA

À Sanaa, MSF intervient au sein de deux structures de référence du système de santé. Depuis 2015, les équipes soutiennent le service des urgences de l'hôpital universitaire Al-Kuwait, dont la gratuité des soins en fait un établissement de recours pour une large partie de la population de la capitale et des gouvernorats du nord. Cette présence permet également à MSF de conserver une capacité de réponse en cas de dégradation du contexte sécuritaire ou de survenue d'épidémies, tout en assurant une veille épidémiologique à partir de l'activité des urgences.

Depuis 2021, OCP coordonne également un projet intersectionnel avec le Laboratoire national central de santé publique afin de renforcer les capacités nationales en microbiologie. Ce partenariat bénéficie aux différentes sections de MSF présentes dans le nord du pays en améliorant les analyses d'hémocultures, l'orientation des traitements antibiotiques et la prévention des infections. En 2025, ce projet a franchi une nouvelle étape avec la mise en service d'équipements automatisés d'analyse des hémocultures (Bactec et Vitek), une première dans un dispositif MSF. Les équipes ont également poursuivi le déploiement du programme Antibioغو avec le ministère de la Santé, contribuant au renforcement des capacités diagnostiques nationales.

PROJET: SAADA

■ Historique du projet

MSF a lancé ses activités à l'hôpital de Haydan en 2015 afin de soutenir les services d'urgence, la maternité et le système de référencement des patients. Après la destruction partielle de l'hôpital lors d'une frappe aérienne en octobre 2015, les activités ont été temporairement suspendues avant de reprendre à distance, puis en présence directe à partir de 2017. La reconstruction progressive de l'établissement s'est achevée en 2022 avec la réhabilitation des principaux services hospitaliers.

Initialement centré sur la prise en charge des blessés de guerre, le projet a progressivement évolué à la faveur de la diminution des combats après la trêve de 2022. La baisse du nombre de traumatismes liés au conflit s'est accompagnée d'une augmentation de la fréquentation de l'hôpital pour les soins pédiatriques, obstétricaux et de médecine générale. Le projet est ainsi réorienté vers l'amélioration de l'accès à des soins de santé primaires et secondaires de qualité, avec un accent particulier sur la santé maternelle et infantile. En 2025, la passation des activités chirurgicales générales au ministère de la Santé a été finalisée, ouvrant la voie à une réorganisation progressive du bloc opératoire autour de la chirurgie obstétricale et gynécologique.

■ Configuration du projet

L'hôpital de Haydan est un établissement du ministère de la Santé bénéficiant d'un appui de MSF. Il dispose d'une capacité de 72 lits, extensible jusqu'à 104 lits en période de pic de malnutrition, de rougeole ou de choléra. Les équipes assurent des consultations externes six jours par semaine en médecine générale et gynécologie-obstétrique, ainsi que les activités de vaccination, de nutrition ambulatoire, de pharmacie et de soins de pansements. Les urgences fonctionnent vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Le dispositif comprend également une maternité ouverte en continu avec deux salles d'accouchement et six lits d'observation, une unité de néonatalogie, un service d'hospitalisation pédiatrique de vingt lits, un centre nutritionnel thérapeutique hospitalier de onze lits, extensible en période de forte activité, ainsi qu'une unité de soins à haute dépendance de trois lits, des services d'hospitalisation adultes de treize lits, une unité d'isolement et un bloc opératoire fonctionnant en permanence. Les activités sont complétées par un laboratoire, une banque de sang, une unité de radiologie, une pharmacie, un service de stérilisation, de la physiothérapie et des activités de promotion de la santé. Les patients nécessitant des soins spécialisés sont référés vers les hôpitaux de Saada.

■ Bilan 2025

L'année 2025 confirme l'évolution du projet vers un hôpital de référence pour la santé maternelle et infantile. La fréquentation des consultations externes et des urgences ont progressé par rapport à 2024 traduisant une forte utilisation des services. Les activités de maternité sont restées soutenues. Les services pédiatriques ont également enregistré une hausse des admissions et continuent de fonctionner avec un taux d'occupation élevé.

La situation nutritionnelle est restée préoccupante. Les admissions dans le centre nutritionnel thérapeutique ambulatoire ont augmenté au troisième trimestre, tandis que la fermeture des activités de prise en charge de la malnutrition aiguë modérée soutenues par le Programme alimentaire mondial et l'UNICEF a réduit l'offre disponible dans le district. Cette évolution a conduit MSF à préparer la reprise intégrale du soutien nutritionnel pour les programmes ambulatoire et hospitalier.

L'année a également été marquée par la finalisation de la passation de la chirurgie générale au ministère de la Santé. Cette réorganisation s'inscrit dans la réorientation progressive du projet vers la santé maternelle et infantile. Le bloc opératoire reste opérationnel pour les urgences obstétricales et certains cas sélectionnés, tandis que plusieurs interventions sont progressivement transférées vers une prise en charge ambulatoire lorsque cela est possible.

	2021	2022	2023	2024	2025
Nb de consultations générales	78 209	105 772	127 663	107 897	108 713
Nb de présentations aux urgences	10 719	17 710	20 563	22 235	23 886
Nb de consultations anténatales	6 412	8 834	10 760	7 255	6 573
Nb de consultations postnatales	284	2 155	2 527	1 883	1 851
Nb de consultations de planning familial	1 156	1 884	687	493	703
Nb d'accouchements	2 064	2 035	2 360	1 805	1 856
Nb hospitalisations pédiatriques	1 155	1 744	2 563	1 983	2 259
Nb d'admissions en néonatalogie	331	417	392	369	372
Nb d'admissions en centre nutritionnel intensif	663	722	961	762	706
Nb d'admissions en soins intensifs	88	110	150	38	23
Nb d'actes chirurgicaux	1 894	2 230	1 419	1 532	1 309

PROJET : AMRAN

■ Historique du projet

Le projet d'Amran a été lancé en mars 2010 pour répondre à l'afflux de personnes déplacées fuyant les combats dans le gouvernorat voisin de Saada. Les activités se sont initialement développées autour des hôpitaux de Khamer et de Huth, avec une prise en charge des urgences, de la chirurgie, de la maternité et de la pédiatrie. Au fil des années, le projet a également soutenu des établissements de santé périphériques et mis en œuvre des activités de lutte contre le paludisme, avant de recentrer progressivement son intervention sur les soins hospitaliers et la santé maternelle et infantile.

L'amélioration de la situation sécuritaire à partir de 2015 a conduit à une réorganisation progressive du dispositif. Après un appui temporaire à l'hôpital de Habour et la fermeture du centre de santé de Huth, ce dernier a été rouvert en 2023 pour répondre à une recrudescence des cas de rougeole et de malnutrition, tandis que le soutien à Habour prenait fin en raison de la faible activité de la structure. Parallèlement, l'hôpital Al Salam de Khamer s'est progressivement imposé comme le principal hôpital de référence du nord du gouvernorat.

Le projet vise aujourd'hui à garantir l'accès à des soins hospitaliers de référence dans le nord du gouvernorat d'Amran, en mettant l'accent sur les urgences, la santé maternelle et infantile, la prise en charge de la malnutrition et la réponse aux épidémies.

■ Configuration du projet

L'hôpital Al Salam est un établissement du ministère de la Santé cogéré avec MSF. Il constitue l'hôpital de référence pour sept districts du nord du gouvernorat d'Amran et dispose d'une capacité de 138 lits, hors capacités déployées lors des réponses d'urgence. Les équipes assurent le fonctionnement des urgences, de la maternité, des services de chirurgie, de pédiatrie, de néonatalogie, des unités de soins intensifs pédiatriques et adultes ainsi que du centre nutritionnel thérapeutique hospitalier. Les activités comprennent également la santé sexuelle et reproductive, la vaccination, la physiothérapie, la promotion de la santé, la prise en charge nutritionnelle ambulatoire, ainsi que les services de laboratoire, de banque de sang, de radiologie et de stérilisation.

Les activités extérieures se concentrent principalement sur la réponse aux épidémies. En 2025, MSF a soutenu trois points de réhydratation orale dans le district de Khamer afin d'assurer le dépistage précoce, la stabilisation et le référencement des patients atteints de choléra. Le réseau traditionnel de matrones (Traditional Birth Attendants) est également maintenu afin de faciliter le référencement des femmes enceintes vers la maternité de l'hôpital.

■ Bilan 2025

L'année 2025 a été marquée par une adaptation rapide du projet aux conséquences des réductions de l'aide humanitaire et du retrait de plusieurs acteurs dans le nord du Yémen. La diminution des financements internationaux, notamment américains, et l'arrêt des programmes de prise en charge de la malnutrition aiguë modérée soutenus par le Programme alimentaire mondial ont accru la pression sur l'hôpital Al Salam. Dans ce contexte, MSF a poursuivi la prise en charge des enfants souffrant de malnutrition modérée au sein de son programme nutritionnel, compensant en partie les lacunes laissées par les autres acteurs.

L'hôpital a maintenu une activité soutenue dans l'ensemble de ses services. Les urgences, la maternité ainsi que les unités de pédiatrie, d'obstétrique et de prise en charge de la malnutrition ont continué d'accueillir un nombre important de patients, confirmant le rôle de l'hôpital Al Salam comme principal établissement de référence pour le nord du gouvernorat.

	2021	2022	2023	2024	2025
Nb de présentations aux urgences	28 807	34 522	45 894	53 361	57 538
Nb de consultations anténatales	8 306	8 667	10 288	10 676	9 878
Nb de consultations de planning familial	2 907	3 468	3 760	4 282	5 448
Nb d'accouchements	2 856	3 429	4 001	4 361	4 450
Nb hospitalisations pédiatriques	2 890	3 566	4 776	4 737	3 547
Nb d'admissions en néonatalogie	1 108	1 118	919	862	987
Nb d'admissions en soins intensifs pédiatriques	490	672	664	714	699
Nb d'admissions en centre nutritionnel intensif	1 057	1 306	1 758	2 535	2 404
Nb d'hospitalisations adultes (hors chirurgie)	345	277	412	340	405
Nb d'admissions en chirurgie	2 218	2 595	2 665	2 891	2 492
Nb d'actes chirurgicaux	3 506	3 879	3 808	4 050	3 694

L'année a également été marquée par plusieurs réponses épidémiques. Face aux flambées de choléra, MSF a soutenu trois points de réhydratation orale dans le district de Khamer pour assurer le dépistage précoce, la stabilisation et le référencement des patients, tout en ouvrant un centre de traitement du choléra ayant réalisé près de 6 000 consultations et 3 800 admissions entre les semaines 18 et 43. Les équipes sont également restées mobilisées face aux flambées de rougeole.

PROJET : ADEN

Présente à Aden depuis 2012, MSF y a d'abord pris en charge les victimes de violences avant de développer, à partir de 2015, un centre de traumatologie spécialisé dans le traitement des blessés de guerre. Avec la diminution progressive des combats, le profil des patients a évolué vers une majorité de traumatismes liés aux accidents de la route. Parallèlement, le projet a développé une expertise reconnue en chirurgie traumatologique, en prévention et contrôle des infections ainsi qu'en gestion raisonnée des antibiotiques. Cette évolution a conduit MSF à engager une réorientation progressive de son intervention et à fermer le centre de traumatologie en février 2025, après douze années d'activité.

En 2025, les équipes ont assuré la fermeture du projet, la passation des infrastructures et des équipements ainsi que la préparation de nouvelles activités dans le sud du Yémen. Cette période de transition s'est accompagnée de la poursuite de plusieurs études sur la résistance aux antimicrobiens et les soins intensifs, ainsi que d'évaluations menées dans quatre établissements du ministère de la Santé afin d'identifier les besoins en matière de prise en charge des urgences et de lutte contre la résistance aux antimicrobiens. Des échanges ont également été engagés avec les autorités sanitaires pour préparer un futur appui au développement des capacités hospitalières.

Les équipes ont par ailleurs soutenu les structures du ministère de la Santé lors des épisodes de dengue et de paludisme, sont intervenues à la suite des inondations survenues dans le secteur de Little Aden. Un plan de préparation aux urgences a par ailleurs été actualisé afin de préserver une capacité de réponse rapide en cas de catastrophe, de flambée épidémique ou de nouvelle dégradation du contexte sécuritaire.

Satellites de Médecins Sans Frontières

Satellites de Médecins sans Frontières

Les rapports annuels des satellites de Médecins Sans Frontières sont disponibles sur leurs sites respectifs.



Rapport annuel d'Epicentre :

<https://epicentre.msf.org/sites/default/files/2026-06/rapport%20annuel%202025.pdf>



Rapport annuel de MSF Logistique : En cours



LA FONDATION
Terrain d'innovations.

https://fondation.msf.fr/sites/default/files/2026-07/LFMSF%20Rapport%20annuel%202025_compressed.pdf

Rapport annuel de la Fondation MSF

Abréviations

ACT	Polythérapies à base d'artémisinine (<i>Artemisinin-based combination therapies</i>)
AGI	Assemblée générale internationale
ARV	Antirétroviraux
AMR	Résistance antimicrobienne
ABR	Résistance aux antibiotiques
ART	Traitement antirétroviral
BEmONC	Soins de base obstétricaux et néonataux d'urgence
BRICS	Brésil, Russie, Inde, Chine, Afrique du Sud
CEmONC	Soins complets obstétricaux et néonataux d'urgence
CPS	Chimio-prévention du paludisme saisonnier
CRASH	Centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires
DIH	Droit international humanitaire
DMA	Instance de prise de décision (<i>Decision Making Authority</i>)
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
EXCOM	Comité Exécutif (<i>Executive Committee</i>)
HPV	Papillomavirus humain
ICU	Unité de soins intensifs
IDP	Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays
IMS	Personnel Mobile International (<i>International Mobile Staff</i>)
IPC	Prévention et contrôle des infections (<i>Infection Prevention Control</i>)
L&D	Apprentissage et Développement (<i>Learning & Development</i>)
MDR-TB	Tuberculose multi-résistante
MHPSS	Soutien Psychosocial et santé mentale (<i>Mental Health and Psychosocial Support</i>)
MLT	Moyen et long terme
MBT	Maladies non transmissibles
MFH	Hôpital de campagne modulaire (<i>Mobile Field Hospital</i>)
MoH	Ministère de la Santé (<i>Ministry of Health</i>)
NCD/MNT	Maladies non transmissibles (<i>Non communicable diseases</i>)
NFI	Article non alimentaire (<i>Non-food item</i>)
OC	Centre opérationnel (<i>Operational center</i>)
OCA	Centre opérationnel d'Amsterdam (<i>Operational center Amsterdam</i>)
OCB	Centre opérationnel de Bruxelles (<i>Operational center Brussels</i>)
OCBA	Centre opérationnel de Barcelone (<i>Operational center Barcelona</i>)
OCG	Centre opérationnel de Genève (<i>Operational center Geneva</i>)
OCP	Centre opérationnel de Paris (<i>Operational center Paris</i>)
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PN	Personnel national
PSU	Unité de Support Psychosocial (<i>Psychosocial Support Unit</i>)
Rewards Review	Révision des politiques de rémunération et avantages
R&D	Recherche et développement
RH	Ressources humaines
RUTF	Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (<i>Ready-to-Use Therapeutic Food</i>)
SAC	Soins d'avortement sécurisés (<i>Safe Abortion Care</i>)
SEEAP	Asie de l'Est, du Sud-Est et du Pacifique
SGBV	Violences sexuelles (<i>Sexual and gender based violence</i>)
SHU	Unité Santé du Personnel (<i>Staff Health Unit</i>)
SIRH	Système d'Information des Ressources Humaines
SONUB	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
TB	Tuberculose
TIC	Fond d'investissement transformationnel (<i>Transformational Investment Capacity</i>)
VHC	Virus de l'hépatite C
VVS	Victimes de violences sexuelles
WACA	Centre opérationnel d'Afrique centrale et de l'Ouest

