

MÉDECINS SANS FRONTIÈRES RAPPORT ANNUEL 2019



OCB CENTRE OPÉRATIONNEL DE BRUXELLES



TOUT LE MONDE CONTRIBUE

En avril 2019, les membres de l'équipe féminine de football mozambicaine Cocorico nous ont spontanément proposé leur aide. Leur commune de Chingussura, qui fait partie de la ville de Beira, a été gravement touchée par le cyclone Idai et l'épidémie de choléra qui a suivi. Non seulement elles ont offert leur terrain de football pour la construction d'un centre de traitement du choléra, mais elles ont aussi insisté pour aider à sa mise en place. Depuis, les patients atteints du choléra peuvent être transférés dans ce centre, ce qui soulage les centres de santé du voisinage et leur donne plus d'espace pour recevoir d'autres patients. © PABLO GARRIGOS/MSF

PHOTO DE LA COUVERTURE

Nos chirurgiens en train de pratiquer une opération des reins, à l'hôpital de Bar Elias, au Liban. Au sein de cet hôpital, nous proposons des opérations chirurgicales gratuites qui améliorent sensiblement la vie de nos patients.

© JOFFREY MONNIER/MSF

Nous sommes tous des Médecins Sans Frontières

Qui aurait un jour imaginé qu'une équipe féminine de football nous aiderait à construire un centre de traitement du choléra? Pourtant, c'est exactement ce qu'il s'est passé au Mozambique. Quand des épidémies de choléra ont éclaté à différents endroits du pays (*voir page 8*) peu après le passage du cyclone Idai, nous nous sommes mis à la recherche d'un emplacement pour un centre de traitement. Cocorico, l'équipe de foot féminin de Beira, la ville la plus durement touchée par la catastrophe, nous a alors proposé son terrain de jeu. «Tout le monde a été affecté. Nous sommes heureuses de pouvoir aider, d'apporter notre pierre à l'édifice. Mes amies et moi apprenons beaucoup», raconte Silvia, l'une des joueuses de Cocorico. Si le Mozambique a pu se relever si vite après le cyclone Idai, c'est en partie grâce aux efforts enthousiastes et infatigables de la population elle-même.

Chaque jour, nous rencontrons des personnes comme Silvia. Car dans tous les pays où nous sommes actifs, nous ne travaillons bien évidemment pas seuls. Partout, nous faisons la connaissance de membres de la population locale qui veulent faire le maximum pour leur communauté, en rejoignant nos équipes et en apportant de l'aide, en tant que bénévole ou collègue. Dans presque tous les pays où MSF travaille (*voir pages 6 et 7*), nos équipes hautement qualifiées et spécialisées se composent en grande majorité de personnel local. Car telle est la philosophie de MSF: ne pas intervenir pour la population, mais avec elle.

Cela me fait immédiatement penser à Mohammad Al Youssef, le médecin syrien avec qui nous avons collaboré en 2019 dans la province d'Idlib. Après avoir lui-même bénéficié d'une greffe de rein, il s'est spécialisé et s'est inquiété du sort des personnes souffrant d'insuffisance rénale au nord-ouest de la Syrie. Ils n'étaient ainsi plus les «oubliés» d'un conflit qui s'enlise depuis des années (*voir page 14*). Lorsque

nous avons entendu parler du dr. Al Youssef et de son travail, nous lui avons tout de suite proposé notre soutien. Nous allions désormais collaborer.

Nous ne faisons pas appel à nos collègues locaux uniquement dans le cadre d'interventions d'urgence, comme au Mozambique après le cyclone Idai ou au nord-ouest de la Syrie. Non, ils sont réellement le moteur de tous nos projets humanitaires. En Afghanistan, par



«Sans des personnes comme Silvia, Mohammad, Aqila et Musa, nos projets n'auraient aucune chance de réussir»

exemple, nous pouvons compter sur des collègues très impliqués. Le dévouement de femmes comme Aqila, une sage-femme afghane, a quelque chose de révolutionnaire. «Tout au long de ma vie, j'ai vu des femmes mourir pendant ou après l'accouchement, et des enfants qui allaient devoir grandir sans leur mère. C'est pourquoi j'ai décidé, il y a dix ans, que j'allais devenir sage-femme coûte que coûte. Compte tenu de la situation ici, ça n'allait pas être facile, mais nous avons tout simplement besoin de plus

de sages-femmes.» Ce genre de travail «pionnier», nous l'observons aussi en Afrique du Sud, où notre projet à long terme contre le VIH à Eshowe pourrait bien représenter un grand bond en avant dans la lutte mondiale contre le virus. À *la page 12*, vous découvrirez que les résultats prometteurs de ce projet n'ont pu être obtenus que grâce à nos collègues sud-africains, comme le coordinateur de projet Musa Ndlovu et les promoteurs de la santé qui ont sillonné les rues chaque jour durant des années, et à leur collaboration étroite avec la population locale.

Sans des personnes comme Sylvia, Mohammad, Aqila et Musa, nos projets n'auraient aucune chance de réussir. Chaque jour, nous pouvons compter les uns sur les autres, apprendre les uns des autres. Je souhaite les remercier du fond du cœur, eux et tous les collaborateurs locaux, pour cette année de collaboration intense. Je suis convaincu que nous pourrions relever ensemble de nouveaux défis et continuer à dispenser des soins médicaux essentiels durant les années à venir.

Enfin, je tiens aussi à vous remercier. Vous qui continuez à nous soutenir, à nous faire un don ou simplement à partager nos publications sur les réseaux sociaux. Tout ce que vous découvrirez dans les pages qui suivent, toutes nos activités – chaque vaccin, consultation médicale ou bouteille d'eau –, nous ne pouvons les offrir à ceux qui en ont le plus besoin que grâce à vous. Parce que vous trouvez, tout comme nous, que tout le monde a droit à l'aide médicale. Médecins Sans Frontières, c'est nous tous. Merci pour votre confiance.

Dr. Bertrand Draguez

Président du Conseil d'administration de l'OCB et de Médecins Sans Frontières Belgique

La charte des Médecins Sans Frontières

C'est en 1971 que la première section de MSF a été fondée.

La charte rédigée dans la foulée est encore aujourd'hui le fondement de notre organisation.

Les équipes de MSF apportent leurs **secours aux populations en détresse**, aux victimes de catastrophes d'origine naturelle ou humaine, de situation de belligérance, sans aucune discrimination d'origine, de religion, de philosophie ou d'affiliation politique.

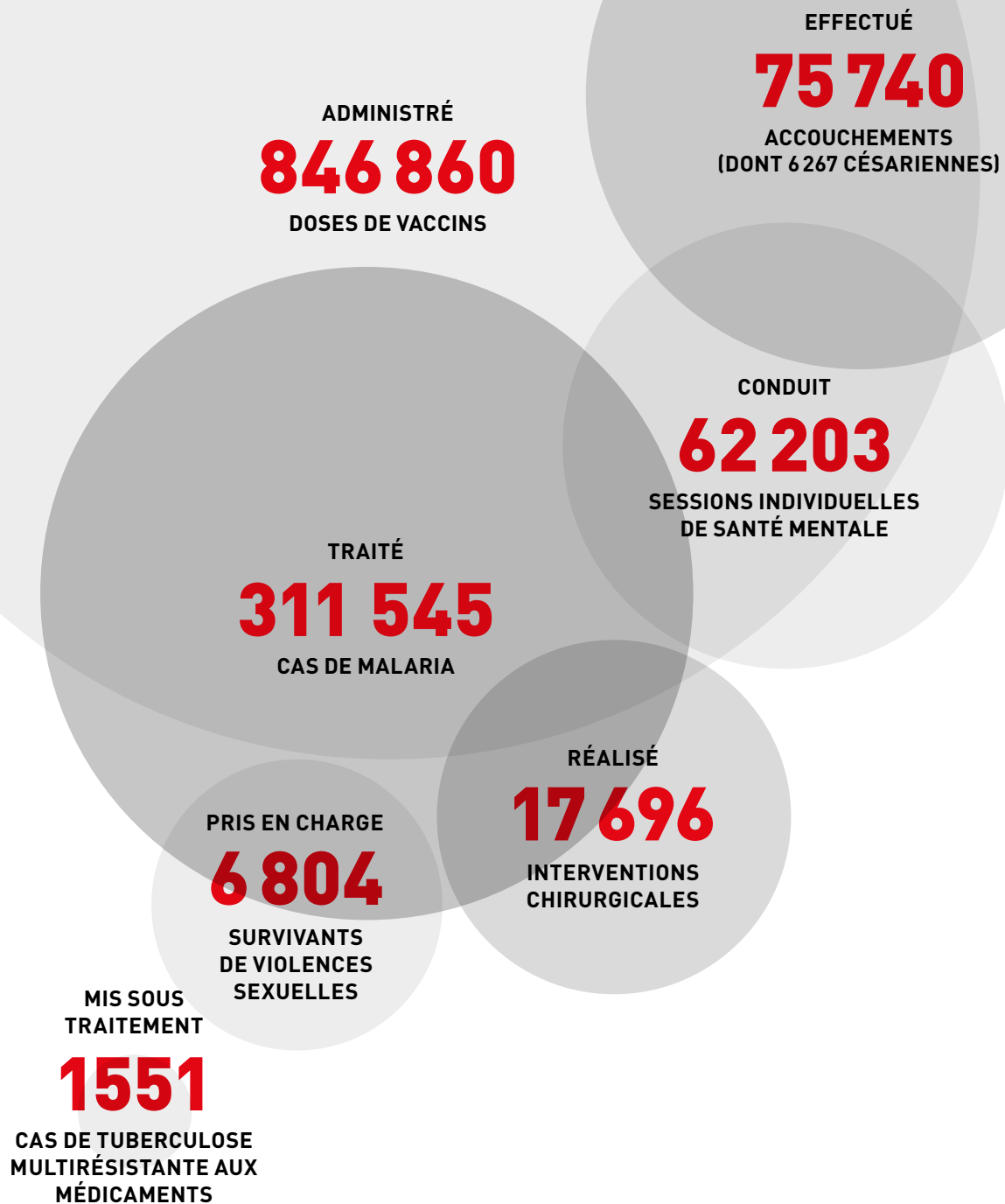
Les équipes de MSF s'engagent à respecter les principes déontologiques de leur profession et à maintenir une **totale indépendance** à l'égard du pouvoir, ainsi que de toute force politique, économique ou religieuse.

Œuvrant en toute **neutralité** et **impartialité**, MSF revendique, au nom de l'éthique médicale universelle et du droit à l'assistance humanitaire, la liberté pleine et entière de l'exercice de sa fonction.

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

Focus sur certaines activités médicales menées en 2019

Nos équipes sur le terrain ont...



Où travaillent nos équipes ?

HAÏTI

VENEZUELA

BRÉSIL

BOLIVIE

BELGIQUE

UKRAINE

SERBIE

ITALIE

GRÈCE

MALI

GUINÉE

SIERRA LEONE

NIGERIA

CAMEROUN

RÉP. CENTRAFRICAINE

RÉP. DÉM. DU CONGO

BURUNDI

ZIMBABWE

AFRIQUE DU SUD

Un aperçu de l'année 2019

JANVIER

Au début de l'année, la lutte contre la résistance aux antibiotiques est devenue un des principaux défis, en particulier dans les projets où l'on soigne les blessures de guerre. À Mossoul, en Irak, où nous dispensons des soins postopératoires, nous avons mis en place un « antibiotic stewardship » et renforcé les mesures de prévention et de contrôle des infections.

FÉVRIER

Nous essayons de nouvelles techniques. Afin de continuer à aider les migrants et les réfugiés sur l'île de Nauru, au large des côtes australiennes, nous utilisons la « téléassistance » en ligne. Bien que nos équipes aient dû quitter l'île l'année précédente, nous sommes ainsi en mesure d'offrir à ces personnes vulnérables une aide psychologique à distance.

MARS

Le 6 mars, notre tout nouvel hôpital pédiatrique de Kenema, en Sierra Leone, a ouvert ses portes. Après deux ans et demi de construction, de préparation et de formation, le personnel médical – principalement local – a pu prendre en charge les premiers patients.

AVRIL

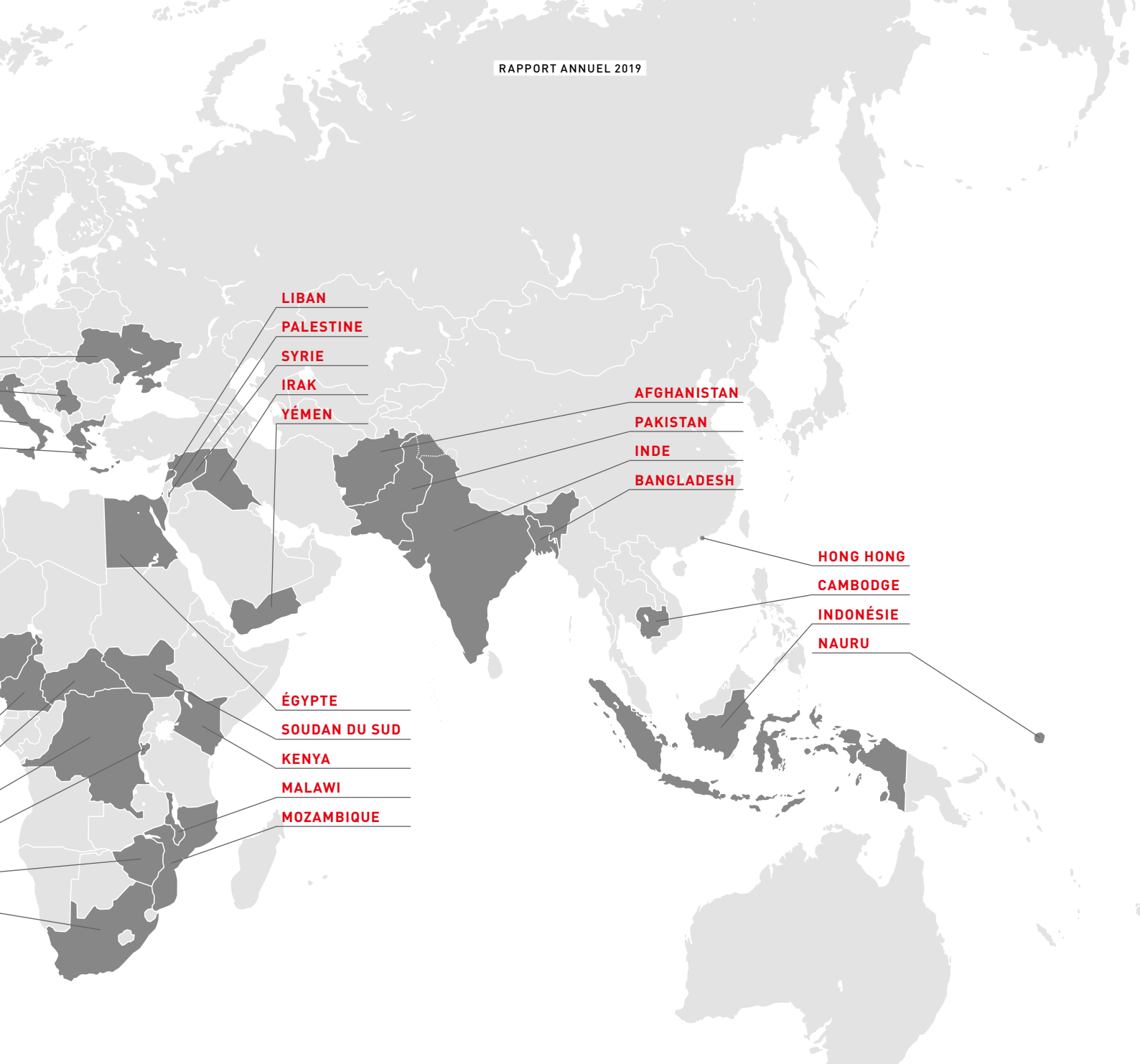
MSF vaccine désormais massivement les enfants réfugiés dans les îles grecques contre la pneumonie. Nous utilisons un programme qui rend le vaccin antipneumococcique abordable pour les enfants se trouvant en situation d'urgence humanitaire. C'est la première fois que le « mécanisme humanitaire » est appliqué dans un pays à revenu élevé.

MAI

Dans nos projets à Maidiguri, une ville de l'État de Borno, au Nigeria, nous venons en aide aux personnes déplacées ayant fui le conflit dans leur pays. Nous avons constaté une augmentation du nombre de patients atteints de rougeole. De novembre 2018 à mai 2019, nous en avons soignés 2922 au total.

JUIN

De nombreuses années de crise ont sérieusement affecté le système de santé au Venezuela. Dans notre projet mené dans l'État d'Anzoátegui, nous offrons une aide en matière de santé sexuelle et reproductive, et nous luttons contre le paludisme. En juin, nous avons déjà mené un total de 3547 consultations.



JUILLET

Les protestations et la violence dans les rues de Port-au-Prince se sont intensifiées en juin et juillet. Dans notre centre d'urgence de Martissant, un bidonville de la capitale haïtienne, nous avons, en deux semaines, stabilisé 49 personnes blessées par balles.

AOÛT

Le 1^{er} août, cela faisait un an que l'épidémie du virus Ebola avait éclaté à l'est de la République démocratique du Congo. En un an, 2600 personnes ont été infectées et 1700 en sont décédées. Nos équipes se sont principalement concentrées sur les soins autres que ceux relatifs au virus, considérés comme plus urgents par la population.

SEPTEMBRE

Depuis près de deux ans maintenant, nos équipes travaillent au sein du hub humanitaire de Bruxelles, où elles dispensent des soins de santé mentale aux migrants et aux réfugiés. En 2019, elles ont conduit 1007 sessions individuelles de santé mentale.

OCTOBRE

Le 10 octobre, des employés de MSF ont manifesté devant les bureaux de Johnson & Johnson à Bruxelles. Ils demandaient que le prix d'un médicament essentiel contre la tuberculose tombe à 1 dollar par jour, par patient. « Faites baisser le prix! »

NOVEMBRE

Le 27 novembre, nous avons (ré)ouvert un hôpital pour les patients souffrant de lésions traumatiques à Tabarre, une banlieue de Port-au-Prince, en Haïti. Avec cet hôpital, nous voulons contribuer à soulager les énormes besoins médicaux du pays. Nous traitons principalement les victimes de la violence et de la route.

DÉCEMBRE

Les inondations au Soudan du Sud ont touché près d'un million de personnes, et environ 620 000 d'entre elles ont eu besoin d'une aide humanitaire. Nous avons alors étendu nos activités, notamment en fournissant des installations d'eau et sanitaires, ainsi qu'en dispensant des soins médicaux par le biais de cliniques mobiles.

Réponse rapide de MSF après le passage du cyclone Idai au Mozambique, au Zimbabwe et au Malawi

Le 14 mars 2019, le cyclone tropical Idai, qui a balayé trois pays du sud-est de l'Afrique – d'abord le Mozambique, et ensuite le Malawi et le Zimbabwe – a provoqué de fortes précipitations et des inondations, entraînant une pénurie d'eau potable et le délabrement des installations sanitaires, d'où la survenance d'une épidémie de choléra.

Le cyclone a surtout dévasté Beira, au Mozambique, une ville côtière de plus de 500 000 habitants, ainsi que ses environs. Des milliers de bâtiments – maisons, écoles, centres de santé et hôpitaux – ont été détruits ou gravement endommagés; des routes ont été inondées et la ville privée d'électricité, la quasi-totalité des infrastructures électriques ayant été dévastées. MSF a alors immédiatement envoyé des équipes afin de répondre aux besoins médicaux et humanitaires sur le terrain. Nous étions déjà présents au Mozambique lors du passage du cyclone. La première équipe d'aide humanitaire est donc arrivée à Beira dès le lendemain de la catastrophe. **Gert Verdonck**, coordinateur de l'aide médicale d'urgence de MSF, a été parmi les premiers à arriver sur place.

Rosa Afonso, employée MSF, explique à un patient comment suivre le traitement prescrit. Grâce à des cliniques mobiles, nos équipes ont traité des patients souffrant de blessures infectées, d'infections des voies respiratoires, de maladies de la peau ou de diarrhée.

© PABLO GARRIGOS/MSF



Au total, plus de 1,8 million de personnes ont été touchées par le cyclone Idai

- 602 morts
- 1 522 blessés
- 239 682 maisons détruites
- 72 793 sans-abri

Intervenir sans tarder – tel est le message clé

A mesure que les besoins médicaux de la population se sont précisés, nous avons renforcé notre réponse. A la fin de notre intervention, nos équipes à Beira comptaient 900 employés, essentiellement du personnel mozambicain. Nous avons remis en état trois centres de santé, où nous avons ensuite dispensé des soins de base et réalisé des interventions chirurgicales. Nous avons aussi soutenu le service des urgences de l'hôpital de Beira et le ministère de la santé publique, mis en place un service de cliniques mobiles, distribué des denrées alimentaires essentielles, et traité des diarrhées, des infections des voies respiratoires, des plaies et des infections cutanées, principalement.

MSF a par ailleurs acheminé par avion-cargo, des moustiquaires, des médicaments, des générateurs et du matériel sanitaire et d'approvisionnement en eau. Comme les routes étaient en grande partie impraticables, nous nous sommes déplacés en bateau, à moto ou en hélicoptère pour distribuer le matériel et cartographier de manière plus précise les besoins locaux les plus urgents. Le 20 mai, la réponse d'urgence à proprement parler était terminée. Une équipe est restée sur place pour surveiller les cas de malaria, les cas de malnutrition, assurer la distribution de nourriture, forer des puits d'eau et prodiguer des soins médicaux

Gert Verdonck: « La première chose qu'on voit en arrivant, ce sont les dégâts, et l'eau: il y en a partout, tout est inondé. Le système d'approvisionnement en eau est hors d'état, d'où des difficultés d'accès à l'eau potable, surtout dans les quartiers les plus pauvres et les plus densément peuplés. A ce stade, il est difficile d'identifier avec précision les besoins médicaux. L'accès aux centres de santé est également des plus compliqués – des routes ont été détruites mais aussi les centres de santé eux-mêmes.

Nous sommes aussi préoccupés par le nombre élevé d'infections respiratoires, d'autant qu'il pleut toujours à l'intérieur des maisons. Beaucoup de sinistrés sont entassés dans des écoles ou des églises où ils ont trouvé refuge – une situation propice à la propagation des infections respiratoires. Nous nous demandons par ailleurs comment nous allons pouvoir soigner tous ces malades, car de très nombreux centres de santé ont été endommagés ou détruits. Nous commençons alors par répondre aux besoins les plus urgents que nous rencontrons. Cela va nous permettre de voir où notre intervention a le plus d'impact et d'étendre ainsi notre réponse sur la base de cette première évaluation. »

par le biais de cliniques mobiles dans cinq camps pour personnes déplacées suite aux inondations.

Malawi et Zimbabwe

Le cyclone a également fait de sérieux dégâts au Malawi et au Zimbabwe. Au Malawi, le cyclone a provoqué des pluies torrentielles dans les districts de Chikwawa et de Nsanje, entraînant de terribles inondations. Environ 16 000 familles ont été touchées. Le cyclone a totalement ravagé Chimanimani, un petit district du Zimbabwe de quelque 30 000 habitants. MSF était aussi déjà présente dans ces deux pays avant le passage du cyclone, dans le cadre de projets contre le VIH et la tuberculose. Nos équipes ont donc pu réagir quasiment sur le champ.

Une catastrophe n'arrive jamais seule : l'épidémie de choléra

Quelques semaines après le passage du cyclone Idai, le gouvernement mozambicain annonçait officiellement le début de l'épidémie de choléra. Nous nous y attendions : les sources d'eau étaient en effet très polluées et contaminées par des bactéries. Les habitants les plus pauvres, qui vivaient nombreux dans des écoles ou des églises tout en ayant peu d'accès à l'eau potable, étaient particulièrement exposés au risque de choléra. Une personne souffrant de choléra n'est plus correctement hydratée. Les vomissements et les fortes diarrhées provoquent une déshydratation grave. Sans traitement – tel que l'administration de sels de réhydratation orale ou la perfusion de réhydratation – le choléra peut être mortel.

Nos équipes savaient donc qu'elles devaient réagir au plus vite pour sauver des vies et endiguer l'épidémie. Nous avons immédiatement envoyé des spécialistes sur le terrain, et ouvert deux centres de traitement du choléra et un grand nombre de points de réhydratation. Au plus fort de l'épidémie, nos équipes soignaient chaque jour en-



Nos équipes se sont rendues dans des zones inaccessibles pour prodiguer des soins et fournir du matériel médical aux survivants du cyclone Idai. Cet employé logistique évalue si la jeep peut traverser le fleuve, à Chimanimani, un district du Zimbabwe proche de la frontière avec le Mozambique. En raison des fortes pluies, certains petits ruisseaux se sont transformés en des rivières tourbillonnantes, et des routes entières ont été emportées par les eaux. © PABLO GARRIGOS/MSF

viron 200 malades. Au total, 6 596 patients atteints du choléra ont bénéficié de nos soins.

Cyclone Kenneth

Moins de six semaines après le passage du cyclone Idai, le sort a à nouveau frappé le Mozambique. Le cyclone Kenneth a balayé la côte nord du pays. Malgré les dégâts bien réels provoqués par son passage et bien que les victimes étaient moins accessibles, Kenneth a été moins dévastateur que la précédente catastrophe : 189 561 personnes ont été touchées et, au total, 45 000 maisons ont été détruites (en partie). Ici aussi, nos équipes ont immédiatement porté secours à la population. A Pemba, chef-lieu du Cabo Delgado, une province touchée de plein fouet par la catastrophe, nous avons distribué de l'eau potable, installé des équipements sanitaires et ouvert un centre pour le traitement du choléra.

Au-delà de l'aide humanitaire d'urgence : une année d'activités médicales au Mozambique

L'année dernière, nos équipes ne sont pas seulement intervenues au Mozambique dans le cadre de l'aide humanitaire d'urgence après le passage du cyclone Idai. Nous y gérons et soutenons également des projets à long terme.

En 2019, nos équipes ont ainsi :

- soigné **1 913** patients atteints de paludisme
- soigné **16 411** patients séropositifs
- soigné **538** patients atteints de tuberculose
- assuré **38 933** consultations médicales pour des déplacés internes

RETOUR À LA MAISON

Après qu’Austin (à droite), habitant du Malawi, ait été diagnostiqué avec un VIH avancé, nous l’avons inclus dans notre projet VIH à l’hôpital de Nsanje, pour lui administrer un traitement. Une fois que le traitement a montré ses effets, Austin a pu rentrer chez lui, où ses amis et sa famille l’attendaient.

© ISABEL CORTIER





Des nouvelles encourageantes dans la lutte contre le VIH en Afrique du Sud

Le mois de juin a apporté d'excellentes nouvelles pour notre projet VIH à Eshowe, en Afrique du Sud. Une année avant l'échéance, ce projet a atteint les objectifs 90-90-90 de l'ONUSIDA pour la lutte contre l'épidémie de VIH/sida, obtenant un score de 90-94-95. En effet, l'approche adoptée sur place par notre équipe, qui consiste à lutter contre le VIH en impliquant la communauté locale, a été très efficace.

La lutte contre le VIH/sida figure depuis de longues années parmi nos priorités. L'an dernier, ce virus a contaminé près de 38 millions de personnes à travers le monde. Parmi celles-ci, plus de 12,5 millions n'avaient pas accès à un traitement médical et 700 000 ont perdu la vie des suites de la maladie. Ce combat a donc atteint un point critique. Pour le soutenir, l'ONUSIDA (le programme des Nations unies qui coordonne la réponse mondiale à cette épidémie) a mis en place les objectifs ambitieux «90-90-90», à atteindre à l'horizon 2020.

En quoi consistent les objectifs 90-90-90 ?

En 2013, l'ONUSIDA a défini un objectif ambitieux comprenant 3 volets. Ainsi, à l'horizon 2020 :

- **90 %** des personnes vivant avec le VIH doivent connaître leur statut sérologique ;
- **90 %** de toutes les personnes infectées par le VIH et dépistées doivent recevoir un traitement antirétroviral durable ;
- **90 %** des personnes recevant un traitement antirétroviral doivent avoir une charge virale durablement supprimée.

En d'autres termes, l'ONUSIDA veut faire en sorte que davantage de personnes sachent qu'elles sont porteuses du virus. Les populations à risques doivent ainsi faire l'objet de tests plus nombreux. Ensuite, il faut que davantage de patients testés positifs aient accès à un traitement. Et enfin, un traitement efficace et ininterrompu doit réduire la charge virale, pour que les personnes séropositives soient (nettement) moins contagieuses et puissent mener une vie relativement normale et en bonne santé.



Sur la plateforme web « Khetha », les jeunes ont été encouragés à se faire tester pour le VIH et ont pu en apprendre davantage sur le processus de soins à suivre, qui est rapide et accessible. Le succès de « Khetha » est dû en partie à l'engagement de jeunes locaux comme Chuma (à gauche sur la photo). © MSF

Notre projet de lutte contre le VIH et la tuberculose à Eshowe, dans la province du KwaZulu-Natal, à l'extrême est de l'Afrique du Sud, a atteint ces 3 objectifs à hauteur de 90%-94%-95%. Dans ce pays où les scores nationaux étaient estimés à 85-71-86, il s'agit d'un bel exploit, qui a été rendu possible par l'intégration des soins contre le VIH dans la communauté. Ces résultats confirment l'idée selon laquelle les interventions au niveau communautaire permettent d'atteindre plus facilement et de soutenir davantage de personnes atteintes du VIH qui n'ont pas accès aux services de santé conventionnels, ce qui est essentiel pour combattre cette épidémie.

La force de la communauté

Dès le lancement du projet, de nombreuses activités ont été mises en place en partenariat avec les communautés et le ministère de la santé du KwaZu-

lu-Natal afin de prévenir les infections par le VIH, d'accroître le dépistage du virus, de placer les personnes sous traitement et de les encourager à respecter ce traitement. Entre 2012 et 2018, nos équipes à Eshowe ont réalisé pas moins de 120 000 dépistages en faisant du porte-à-porte. Et depuis 2015, ils distribuent aussi chaque année 1,35 million de préservatifs.

Le Docteur Liesbet Ohler, référente médicale du projet à Eshowe, est ravie : « Nous avons démontré qu'il était possible d'atteindre les 90-90-90 dans une zone où une personne sur 4 est atteinte du virus. Ces résultats sont la preuve de l'engagement total de la communauté. Tout le monde, de la société civile aux patients, en passant par le personnel de santé et les guérisseurs traditionnels, a dès le début été étroitement impliqué dans la conception et la réalisation de ce projet. »



Des défis qui restent néanmoins énormes

Ces résultats ne peuvent pas pour autant être considérés comme une victoire absolue. En effet, Eshowe n'en reste pas moins confrontée à d'énormes défis, et notamment car la moitié des jeunes hommes séropositifs entre 15 et 29 ans ne bénéficient encore d'aucun traitement. Même si le chemin reste encore long, nous constatons cependant que notre approche nous permet d'atteindre les personnes que nous souhaitons atteindre. Comme l'explique *Musa Ndlovu*, coordinateur adjoint du projet à Eshowe, le sujet du VIH est aujourd'hui beaucoup moins tabou pour la population du KwaZulu-Natal: «Au début du projet, il était presque impossible pour les gens d'imaginer parler ouvertement du VIH. Aujourd'hui, les habitants arrêtent même nos véhicules MSF pour demander à se faire dépister. Nous n'avons pas accompli cela pour la communauté, mais avec elle.»

Les résultats du projet VIH à Eshowe, qui est en cours depuis 2013, ont été publiés en 2019. Pendant des années, nos employés ont travaillé activement auprès de la communauté du KwaZulu-Natal, en faisant passer des tests de dépistage du VIH et en fournissant des médicaments antirétroviraux. De cette manière, nos patients ont un accès immédiat à leur traitement, sans avoir à se montrer en tant que séropositifs dans de longues files d'attente. En effet, de nombreux patients n'osent pas se faire tester ou soigner par crainte de la stigmatisation sociale. Sur la photo, la soignante Babongile Luhlongwane fait passer un test à Andile, 28 ans. Si le résultat est positif, Andile peut immédiatement commencer le traitement.

© GREG LOMAS

Les pays de la région subsaharienne principalement touchés par le VIH

Nous ne luttons pas uniquement en Afrique du Sud contre le VIH/sida. En 2019, nous avons des projets contre le VIH en Inde, dans les pays d'Afrique du Sud-Est que sont le Mozambique, le Malawi et le Zimbabwe, ainsi qu'en Guinée, en République démocratique du Congo et en République centrafricaine. Ce sont surtout ces derniers pays d'Afrique centrale et de l'Ouest qui ont affiché le plus grand retard (financier) ces dernières années en termes de lutte contre la maladie. Le manque de moyens peut entraîner des pénuries et des problèmes au niveau du transport des médicaments et de l'accès à ceux-ci, des tests de dépistage, des mesures de prévention et des services de soins. Nos équipes travaillent ainsi d'arrache-pied pour atteindre les patients séropositifs dans

ces pays également, pour les tester, pour leur administrer un traitement durable et ininterrompu à base d'antirétroviraux et pour mettre un terme à la stigmatisation.

En 2019, nous avons traité **75 529** patients séropositifs à travers le monde

- Parmi les tests de dépistage du VIH que nous avons réalisés, **10 703** se sont révélés positifs
- Nous avons mis **7 276** patients sous traitement antirétroviral de première ligne
- **1 088** patients ont bénéficié d'un traitement de seconde ligne (après l'échec d'un précédent traitement)
- Nous avons traité **3 533** patients présentant une forme avancée de VIH

Trois millions de personnes piégées à Idlib, dans le nord-ouest de la Syrie

Fin avril 2019, le gouvernement syrien et ses alliés ont lancé une nouvelle offensive militaire contre les groupes de l'opposition au nord-ouest de la Syrie. Les combats ont contraint des centaines de milliers de personnes à fuir leurs maisons et villages. Déjà catastrophique, la situation humanitaire de la population syrienne dans la province d'Idlib, au nord-ouest du pays, s'est encore aggravée. À la fin de l'année, des millions de personnes étaient coincées entre la ligne de front qui poursuivait son inexorable avancée et la frontière turque fermée, sans nourriture, sans protection et sans accès à des soins de santé.

Comme souvent dans ce genre de situation, les combats n'ont pas épargné la population. Des maisons, hôpitaux, écoles, marchés et camps de déplacés ont été lourdement touchés par les bombardements et attaques terrestres. Au cours de l'année, les hôpitaux soutenus par MSF ont à plusieurs reprises dû faire face à un afflux massif de blessés, c'est-à-dire des vagues de dix personnes ou plus. Début août, l'un d'eux a accueilli plus de 35 blessés en à peine 48 heures. Un autre a enregistré 50 victimes dans la même semaine.

«D'un point de vue psychologique, cette situation est très difficile, à la fois pour les patients et pour le personnel

soignant. Un mouvement de panique se fait sentir à chaque fois qu'un avion survole l'hôpital. Nous évacuons souvent l'établissement, de peur qu'il soit attaqué», explique le directeur de l'un de ces hôpitaux. «Mais peu importe le nombre de fois que nous devons nous interrompre dans notre travail, nous faisons tout pour garder ouvert le service des urgences. Certains hôpitaux des environs répondent aux besoins de dizaines de milliers de personnes. Nous devons être à leurs côtés.»

Fuir toujours plus vers le nord

Le 1er août, seulement trois mois après le début de l'offensive, 450 000 personnes avaient déjà fui vers le nord, en

direction de la frontière avec la Turquie. Les familles qui possédaient une tente ou qui ont pu s'en procurer une étaient relativement à l'abri. Les autres se sont en grande majorité retrouvées dans des camps pour déplacés internes surpeuplés. Le manque de nourriture, d'eau et de soins médicaux était dramatique.

Lorena Bilbao, coordinatrice de nos projets en Syrie, ne mâche pas ses mots : «Des centaines de milliers de déplacés vivent dans des conditions déplorables. Un grand nombre de campements sont surpeuplés et présentent des infrastructures inadaptées et des conditions d'hygiène qui laissent à désirer. Résultat : le risque est grand que des maladies se développent. Si l'eau potable manque, il faut s'attendre à voir débarquer à l'hôpital davantage de personnes souffrant de déshydratation, de diarrhée et de maladies hydriques. La situation est déjà critique, et elle peut encore s'aggraver.»

Nos équipes ont distribué des produits de première nécessité et de l'eau potable aux nouveaux venus et aménagé des installations sanitaires dans les camps existants et dans les nouvelles implantations. Nous avons également mis sur pied des cliniques mobiles supplémentaires (proposant des soins maternels, des soins de santé généraux, des vaccinations et des traitements contre les maladies non transmissibles) et renforcé notre soutien aux structures médicales. Nous avons aussi soutenu à distance divers hôpitaux et cliniques autour d'Idlib prodiguant des soins de santé primaires et secondaires, et avons distribué des médicaments à des centres de santé et des kits chirurgicaux et de premiers soins à des hôpitaux. Nous avons également assuré le bon fonctionnement de nos activités habituelles, dont la cogestion de trois hôpitaux et deux centres de vaccination, les activités relatives à l'eau et à l'assainissement dans les camps, et le soutien (fourniture de mé-

L'infirmière Umm Ahmad examine un homme qui a récemment été déplacé et qui a demandé une aide médicale, au sein d'une clinique mobile, au nord-ouest de la Syrie. Elle effectue le triage des patients et oriente ceux qui ont besoin de plus de soins vers les structures médicales appropriées, pour la suite de leur traitement. © MSF



dicaments essentiels et suivi) à près de 100 patients souffrant d'insuffisance rénale à Idlib.

Une peur du soleil, en plein milieu de l'hiver

À l'automne, l'offensive a atteint un nouveau point d'orgue dévastateur. Les attaques depuis le début de l'année se sont avérées n'être que les prémices d'une offensive barbare, qui n'allait cesser de gagner du terrain. En décembre, les troupes du gouvernement ont atteint les grandes villes de la province d'Idlib, ce qui a entraîné le déplacement d'encore plus de personnes. Selon les Nations unies, la province d'Idlib abritait fin décembre environ 3 millions de personnes extrêmement vulnérables. Certaines familles avec

Nous avons distribué des biens humanitaires essentiels et de l'eau potable dans plusieurs camps de personnes déplacées du gouvernorat d'Idlib. © MSF

lesquelles nous nous sommes entretenus nous ont raconté avoir déjà fui leur maison 3 ou 4 fois.

Avec l'hiver qui approchait, les tirs d'artillerie qui atteignaient les camps surpeuplés, une ligne de front avançant au sud et la frontière turque fermée au nord, ces personnes étaient littéralement prises au piège dans un étouffement qui ne cessait de se resserrer. La situation humanitaire dans les camps et aux alentours était tout simplement dramatique : il n'y avait pas assez de tentes, d'appareils de chauffage, de vêtements, de nourriture, d'eau ou encore de médicaments et soins médicaux.

Vers la fin de l'année, nous avons contacté l'un de nos logisticiens sur place. « Malgré les températures hivernales, les gens redoutent le soleil, qu'ils considèrent comme un mauvais signe car les avions lâchent des bombes lorsque le ciel est dégagé. Ils préfèrent

donc les journées froides, nuageuses et pluvieuses. »

Au fur et à mesure que de nouvelles familles arrivaient dans les camps, nos équipes mobiles distribuaient des couvertures, des blocs de combustible et de l'eau. Des latrines et installations d'approvisionnement en eau potable ont aussi été construites. Au nord de la province d'Idlib, deux équipes mobiles ont assuré des consultations médicales dans plus de dix camps et campements informels. De nombreuses familles étaient devenues totalement dépendantes de l'aide humanitaire (de MSF ou d'autres organisations), qui avait atteint ses limites à ce moment-là. Tout au long de l'année, nos équipes se sont démenées pour venir en aide à ces personnes dans le besoin, et elles ont aussi entamé la nouvelle année à leurs côtés.





UN NOUVEL HÔPITAL PÉDIATRIQUE

La Sierra Leone a l'un des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans les plus élevés au monde. L'année dernière, nous avons construit un tout nouvel hôpital pédiatrique à Kenema, une ville à l'est du pays (voir page 25). Susanne – âgée d'à peine un an et deux mois – est arrivée avec une forte fièvre. Après avoir été testée, il s'est avéré qu'elle avait contracté le paludisme et une pneumonie. Nous lui avons immédiatement donné des antibiotiques, et Susanne y a bien réagi : au bout de deux jours, elle a été autorisée à quitter notre unité de soins intensifs.

© VINCENZO LIVIERI/MSF



Le cauchemar continue pour des milliers de réfugiés dans les îles grecques

En 2019, des milliers d'hommes, de femmes et d'enfants fuyant la guerre dans des pays tels que la Syrie et l'Afghanistan, ont continué à essayer de rejoindre l'Europe via les côtes grecques, à la recherche d'une protection. Ils ont alors été piégés sur les îles grecques, dans des conditions inhumaines, avec un accès limité aux soins de santé de base.

Des camps surpeuplés depuis quatre ans

MSF répond depuis plusieurs années à la situation humanitaire désastreuse dans les îles grecques. En 2019, malgré la politique européenne de dissuasion, des milliers de personnes ont continué à arriver sur les côtes grecques et ont été enfermées pendant des mois dans des camps surpeuplés, peu sûrs et insalubres, sur des îles comme Lesbos, Samos et Chios. L'aide humanitaire d'urgence pour ces demandeurs d'asile, réfugiés et migrants a été largement laissée aux ONG et aux bénévoles. Nos équipes ont donc prodigué à ces personnes vulnérables les soins médicaux dont elles ont tant besoin : chaque jour,

nous avons effectué des centaines de consultations médicales dans le camp de réfugiés de Moria, sur l'île de Lesbos, où travaillent les équipes de l'OCB. *(Pour savoir comment fonctionne MSF, consultez la page 24).*

« Il ne s'agit pas d'une nouvelle situation d'urgence : les hotspots grecs sont saturés depuis longtemps. Cette crise est le fruit des décisions politiques », explique **Tommaso Santo**, chef de mission MSF en Grèce. « Depuis l'accord UE-Turquie en mars 2016, ces personnes sont piégées sur les îles et forcées de vivre dans des conditions inhumaines, car l'Europe souhaite décourager la migration. »

La situation misérable de ces personnes est chaque jour de plus en plus désespérée. À la fin de l'année, environ 20 000 personnes vivaient dans le camp de réfugiés de Moria. Ce dernier, conçu initialement pour accueillir 3 100 personnes, est depuis longtemps surpeuplé, et les conditions de vie y sont totalement insupportables. En 2019, près de la moitié des habitants de Moria étaient des enfants. Ces réfugiés n'avaient d'autre choix que de partager des tentes ou containers avec d'autres personnes, qu'ils ne connaissaient souvent pas, et devaient même parfois s'entasser à sept dans un espace de 4m². De nombreux enfants dormaient à même le sol, sur des morceaux de carton. Dans ce qui s'appelait l'« Olive Grove », la partie informelle du camp dans laquelle étaient rassemblées de nombreuses personnes, il n'y avait qu'une seule toilette pour 83 personnes. Et une douche devait être partagée avec 197 autres personnes.

Cet enfant essaie de se tenir au chaud, tôt le matin, après une nuit froide, humide et sans sommeil, dans l'enfer de Moria. Il n'est qu'un des milliers d'enfants piégés à Lesbos, dans le cadre d'une politique européenne délibérée. En 2018, dans ce camp, au moins trois enfants ont tenté de se suicider. © ANNA PANTELIA/MSF



Ce que j'ai vu à Lesbos m'a rendue triste, mais surtout en colère

Caroline Willemen est rentrée de Lesbos à l'automne. Elle avait travaillé sur l'île pendant une année en tant que coordinatrice de projet. À son retour en Belgique, elle a raconté ce qu'elle avait vu sur place.

«Ce que j'ai vu à Lesbos m'a rendue triste et honteuse, mais aussi et surtout en colère. Car le fléau contre lequel nous luttons n'est pas le résultat d'une catastrophe naturelle ou d'une épidémie, mais d'un choix conscient de la part des dirigeants européens de condamner des personnes à vivre dans de telles conditions. Je suis en colère car ce qui se passe là-bas n'est pas nouveau. Cette situation existe depuis des années et ne cesse de s'aggraver.

Nous soignons des enfants qui souffrent d'infections pulmonaires, mais nous les renvoyons ensuite vivre dans une tente. Nous traitons des femmes enceintes, mais nous savons qu'à peine trois jours après la naissance de leur enfant, elles n'auront d'autre choix que de retourner vivre, elles aussi, dans une tente. J'ai été très impressionnée par l'implica-



Caroline Willemen © ALBERT MASIAS

tion des collègues, bénévoles et habitants de Lesbos. Leur travail est remarquable, mais comment se fait-il qu'une telle responsabilité retombe sur leurs épaules et sur les nôtres ?

J'ai vu des parents amener leur enfant à notre clinique et avoir honte de nous dire qu'il ne s'était pas douché depuis longtemps de peur qu'il tombe encore

plus malade, pensant qu'il valait mieux que leur enfant souffre d'une infection cutanée plutôt que de ne pas pouvoir le réchauffer après une douche froide. Je repense à un jeune garçon, victime de torture, qui souffrait de graves problèmes de santé mentale. Il tenait fermement sa Bible et son petit sac à dos, l'air effrayé. Il ne parlait pas, mais est un jour venu me faire un câlin hésitant, alors que je ne m'y attendais pas du tout. Je me suis demandé qui le rassurait la nuit quand il se sentait seul ou avait peur.

Mais Lesbos est un lieu qui témoigne aussi de la force dont peut faire preuve l'être humain, qui parvient malgré tout à trouver des moyens de prendre soin de lui et des autres. Il était incroyable de voir que mes collègues, souvent eux-mêmes des réfugiés, parvenaient toujours à trouver l'énergie nécessaire pour redonner espoir aux habitants de Moria.»

Une situation invivable, surtout pour les enfants

C'est surtout pour les enfants coincés sur ces îles que la situation était (et est encore) la plus difficile. Aux mois de juillet et août, notre service pédiatrique a renvoyé 73 enfants vers un service spécialisé: trois avaient tenté de se suicider, et 17 montraient des traces d'automutilation. Dix de ces 73 enfants avaient moins de six ans, le plus jeune ayant à peine atteint l'âge de deux ans. «De plus en plus d'enfants font des cauchemars, ont peur de sortir de leur tente et se retirent totalement de la vie du camp», s'inquiète **Katrin Brubakk**, coordinatrice des soins de santé mentale sur l'île de Lesbos. «Certains ont même complètement arrêté de parler. Pour éviter des dommages plus importants sur leur santé, ces enfants doivent

immédiatement être évacués du camp de Moria.» Nous avons traité plus de 100 enfants souffrant d'affections médicales complexes ou chroniques, de problèmes cardiaques aux blessures de guerre, en passant par le diabète et l'épilepsie.

Début septembre, le gouvernement grec avait déplacé près de 1500 personnes vulnérables de Lesbos vers le continent. Celles-ci ont à nouveau atterri dans un camp rempli de tentes. 2500 autres personnes, reconnues officiellement comme vulnérables et ayant le droit d'être transférées sur le continent pour bénéficier de soins spécialisés, étaient encore coincées à ce moment-là à Lesbos.

Quelques chiffres sur nos activités médicales à Lesbos :

- Nous avons assuré **8685** consultations pour des enfants de moins de 5 ans
- Nous avons réalisé **1852** consultations prénatales
- Nous avons traité **270** victimes de torture
- Nous avons mené **2749** consultations psychologiques et donné 40 sessions de groupe
- Nous avons administré **8172** vaccins

La rougeole continue de faire rage en République démocratique du Congo

Le 10 juin 2019, dans l'ombre de l'épidémie d'Ebola qui sévissait toujours dans l'est de la République démocratique du Congo (RDC), le ministère congolais de la Santé Publique a annoncé officiellement le début d'une épidémie de rougeole dans dix provinces du pays. À la fin de l'année, l'épidémie en avait gagné 26. Passée sous silence et loin des caméras, cette épidémie de rougeole allait devenir la plus importante au monde.

Il n'existe actuellement aucun traitement pour la rougeole, une maladie virale très contagieuse qui touche principalement les enfants de moins de cinq ans. Les campagnes de vaccination à grande échelle sont le seul moyen de prévention efficace contre la maladie. Il est donc capital de vacciner rapidement les enfants, en particulier autour des foyers épidémiques. Toutefois, vu le manque généralisé de moyens et de coordination, et vu les difficultés logistiques dans un pays comme la RDC, les programmes de vaccination sont

souvent retardés ou ne fonctionnent pas correctement. «Acheminer les vaccins jusqu'aux endroits où les enfants doivent être vaccinés est déjà en soi un défi considérable», explique **Pierre Van Heddegem**, coordinateur de l'équipe d'urgence. «Il faut veiller à mettre en place une chaîne du froid pour conserver en permanence les vaccins à une température constante. Cela nécessite des réfrigérateurs, des groupes électrogènes, du carburant, un transport rapide et un système de maintenance».

Bien avant que l'épidémie ne soit officiellement déclarée, les équipes de MSF, en collaboration avec les équipes locales du ministère de la Santé, ont lutté contre celle-ci dans dix provinces

de l'est du pays. Nous avons immédiatement renforcé notre système de surveillance épidémiologique et déployé des équipes dans de nouvelles zones de santé pour tenter d'endiguer l'épi-

Au moyen de camions et de motos, nous avons apporté des vaccins dans les endroits les plus reculés de la RDC. Ici, l'équipe vient d'arriver dans la zone de santé de Lunyeka, dans la province du Kasai. Pendant le transport, il est extrêmement important que les vaccins soient maintenus constamment à la bonne température. En effet, nos chauffeurs, qui transportent les vaccins réfrigérés, roulent parfois pendant des heures. © PABLO GARRIGOS/MSF



démie. Mais nous nous sommes rapidement rendu compte qu'elle était hors de contrôle.

La réponse doit être renforcée immédiatement

«Deux mois après l'annonce officielle de l'épidémie, aucun signe de ralentissement n'est encore en vue. La situation s'est même aggravée depuis juillet. Si nous voulons endiguer l'épidémie, nous devons rapidement renforcer la riposte», déclarait à la mi-août le chef de mission **Karel Janssens**.

*Le docteur **Ousmane Moussa** prête main forte à son collègue.*

«Il est essentiel d'assurer un approvisionnement fiable en vaccins dans le pays, faute de quoi il sera confronté à de nouvelles flambées de rougeole. Plusieurs programmes seront lancés d'ici la fin de l'année afin d'augmenter la couverture vaccinale. Mais, pour l'heure, nous devons concentrer tous nos efforts sur l'atténuation de l'impact de l'épidémie, afin de sauver un maximum de vies. C'est ce que nous faisons, en vaccinant les enfants et en soignant les patients – gratuitement. Nous devons mettre en place une réponse flexible et spécifique dans chaque zone de santé, en tenant compte de la progression de l'épidémie dans la région et de son profil de propagation.»

En août, toutes les équipes de MSF (y compris celles de l'OCB) avaient vacciné, en coopération avec le ministère de la Santé, 474 863 enfants âgés de six mois à cinq ans et pris en charge 27 439 patients dans 13 provinces du pays.

«Certaines familles ont perdu jusqu'à trois ou quatre enfants»

Nos médecins et infirmiers chargés de la prise en charge des cas de rougeole, dispensent un traitement symptomatique, dans l'espoir que le patient sera assez fort pour surmonter l'infection. Le plus important ici est d'éviter la déshydratation – en administrant suffisamment à boire à l'enfant – et de pré-



venir la malnutrition – en encourageant l’allaitement maternel ou en administrant des compléments alimentaires. Les jeunes patients reçoivent en outre de la vitamine A pour la prévention des complications oculaires. En cas de pathologies ou de problèmes médicaux sous-jacents, tels que la malnutrition ou l’infection au VIH, nous administrons également un traitement antibiotique. La rougeole peut être fatale lorsque ces pathologies sous-jacentes ne sont pas prises en charge ou si elles sont traitées trop tardivement.

« La rougeole a fait des ravages dans mon village », explique Albertine, qui vit à Kamwasha, dans la province du Kasai. « Il y a eu des morts dans presque tous les foyers. Certaines familles ont perdu deux, trois, voire même quatre enfants ».

Près de 1,5 million d’enfants vaccinés

À la fin de l’année dernière, plus de 300 000 Congolais avaient été contaminés et 6000 étaient décédés. L’épidémie de rougeole s’est ainsi étendue pour devenir la plus importante au monde en 2019, et la plus importante mesurée en RDC depuis que les épidémies de

Cet enfant se fait vacciner par notre infirmier. Lors de cette campagne de vaccination dans la zone de santé de Kamwasha, dans la province du Kasai, nous avons vacciné des enfants âgés de six mois à cinq ans. © PABLO GARRIGOS/MSF

rougeole ont commencé à réapparaître dans le pays en 2010. En décembre, après les campagnes de vaccination à grande échelle organisées par le ministère et l’OMS, l’épidémie n’était toujours pas maîtrisée. Au cours de la dernière semaine de novembre seulement, 9605 nouveaux cas ont été recensés, le nombre le plus élevé enregistré depuis le début de l’année. Entre janvier 2018 et octobre 2019, l’ensemble des équipes MSF a soigné un total de

46 870 patients et vacciné 1 461 550 enfants dans 54 zones de santé. Bien que le ministère congolais de la Santé Publique ait lancé des campagnes de vaccination supplémentaires, l’épidémie se poursuit dans de nombreuses zones de santé. Il sera donc essentiel que les organisations et autres travailleurs humanitaires unissent leurs forces pour aider le ministère de la Santé Publique à vaincre ce véritable fléau qu’est la rougeole.

Retour en quelques chiffres sur une année d’activités médicales en RDC

MSF est active en RDC depuis 1977. En 2019, nous y avons également mis en œuvre quelques-uns de nos plus grands projets. En cette année de crise – où l’est du pays était encore en proie à la violence armée et à la dixième épidémie du virus Ebola, et où des épidémies chroniques telles que la rougeole, le VIH et le paludisme ont continué à affecter la santé des Congolais les plus vulnérables – nos équipes sont venues en aide aux populations dans le besoin. En 2019, les équipes médicales

de l’OCB ont notamment :

- traité **150 677** patients atteints de paludisme
- aidé **5659** femmes à accoucher en toute sécurité, dont **664** par césarienne
- réalisé **3501** interventions chirurgicales
- dispensé un traitement contre le VIH à **2430** patients
- assuré **178 467** consultations pour examiner des enfants de moins de cinq ans



LA BONNE VOIE À SUIVRE

Notre chauffeur, en train de traverser le comté de Baringo, au nord-ouest du Kenya. En février 2019, nous y avons envoyé une équipe pour analyser l'augmentation des morsures de serpent – qui entraînent de graves complications, voire la mort – et pour évaluer si notre aide était nécessaire. Notre intervention d'urgence a eu lieu d'avril à juin : nous avons soigné les victimes et formé le personnel médical.

© PAUL ODONGO/MSF



Comment fonctionnons-nous ?

Médecins Sans Frontières gère ses opérations sur le terrain via cinq centres opérationnels. Ceux-ci se partagent la responsabilité des actions dans plus de 70 pays.

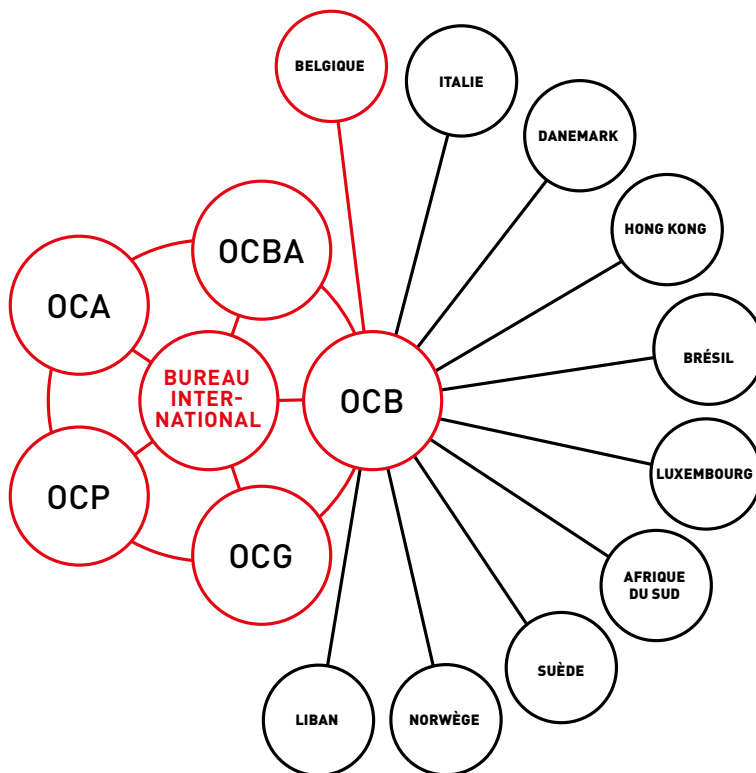
Le centre opérationnel situé à Bruxelles (OCB) gère des projets dans plus de 30 pays. Les autres centres opérationnels se trouvent à Amsterdam, Barcelone, Genève et Paris.

Chacun de ces centres opérationnels travaille avec des sections nationales. Ces dernières recrutent du personnel et récoltent des fonds. Elles veillent à ce que MSF reste fidèle à sa mission ainsi qu'à ses principes.

L'OCB fonctionne avec des sections décentralisées à travers le monde :

- Afrique du Sud
- Belgique
- Brésil
- Danemark
- Hong Kong
- Italie
- Liban
- Luxembourg
- Norvège
- Suède

Ce rapport contient toutes les activités gérées depuis le centre opérationnel de Bruxelles.

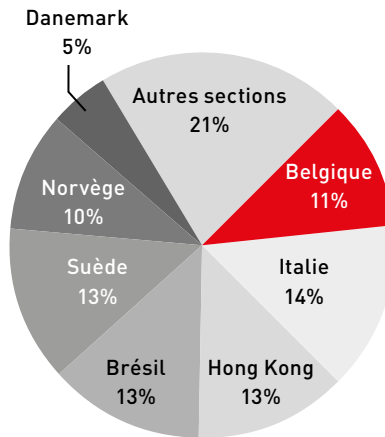


Les chiffres de MSF en 2019

Vous trouverez ci-dessous un aperçu des chiffres du centre opérationnel de Bruxelles en 2019.

Revenus de l'OCB

En 2019, les revenus de l'OCB ont atteint 442 millions d'euros. Après plusieurs années de croissance très importante (entre 2014 et 2016), puis un niveau de revenus relativement stable en 2017 et 2018, l'OCB a pu, en 2019, à nouveau compter sur un soutien fort et appuyé de donateurs et de sympathisants tels que vous. Ce qui explique l'augmentation du chiffre d'affaires de 7% par rapport à 2018. 1% des revenus de l'OCB proviennent de fonds publics



(Canada, Unitaïd). 98,5% des revenus de l'OCB proviennent de donateurs privés, ce qui est une clé de garantie de notre indépendance et de notre liberté d'action. La grande majorité des sections nationales ont généré davantage de revenus qu'en 2018. Les fluctuations des taux de change ont eu moins d'impact sur les revenus qu'en 2018.

En Belgique, 45,9 millions d'euros ont été collectés grâce à la générosité d'un total de 236 094 donateurs, contre 44 millions en 2018. Sur ces 45,9 millions, 16,1 proviennent de legs.

Dépenses de l'OCB

En 2019, les dépenses se sont élevées à 474,4 millions d'euros, générant pour l'année un déficit de 30,3 millions d'euros prélevés dans les réserves, qui servent précisément à couvrir les dépenses supplémentaires occasionnées par des urgences non budgétisables. Les dépenses consacrées à la mission

sociale représentent 84,8% du total de 2019, ce qui est bien supérieur à notre objectif minimum de 80% et reflète une bonne répartition des ressources et une structure de coûts. L'OCB a été active dans 43 pays avec 120 projets ciblant les soins de santé pour les populations dans le besoin. Nous avons poursuivi nos activités dans des projets existants, où d'importants investissements ont été réalisés ces dernières années : Afrique du Sud, République Démocratique du Congo, Afghanistan, Soudan du Sud, République centrafricaine, Sierra Leone, Liban, Haïti, Irak, Nigeria et bien d'autres. Des ressources importantes ont également été affectées à des interventions d'urgence imprévues, telles que le passage du cyclone Idai au Mozambique qui a détruit des récoltes, des maisons et des structures médicales, et les inondations au Soudan du Sud qui ont touché un million de personnes. Pour répondre aux besoins croissants du terrain, de nouveaux projets ont également été lancés, comme l'hôpital de Mabenda au Cameroun, le soutien des soins de santé primaires au Mali et la reprise de l'hôpital de Mocka au Yémen. Enfin, l'OCB

a également investi dans la construction d'un certain nombre de nouveaux hôpitaux, comme l'hôpital pour enfants de Kenema, en Sierra Leone.

Gouvernance et transparence

Nos comptes annuels sont audités par le cabinet DGST et nos comptes consolidés internationaux par Ernst & Young. Afin de gérer au mieux les dons de nos donateurs, notre service financier a pris des mesures supplémentaires telles que des rapports réguliers et des analyses du budget et des coûts, des audits et des contrôles internes, tant dans nos projets sur le terrain qu'au siège. Nous nous assurons également que les fonds collectés, qu'ils soient ou non destinés à des projets spécifiques, sont correctement alloués.

MSF adhère également au Code d'éthique mis en place par l'Association pour l'éthique dans la récolte de fonds (AERF).

Comment utilisons-nous un don de 100 € ?



Chaque euro dépensé en campagnes de récolte de fonds, génère 7 € qui sont consacrés à nos projets d'aide médicale dans le monde entier.

Pour plus de détails sur nos états financiers et les résultats détaillés de notre entité juridique enregistrée et exerçant des activités en Belgique : MSF Belgium NPO, vous pouvez télécharger notre rapport financier complet sur notre site web : WWW.MSF.BE/QUE-FAISONS-NOUS-AVEC-VOTRE-ARGENT

Nos contacts à Bruxelles

Adresse générale

Médecins Sans Frontières
Rue de l'arbre béni 46, 1150 Bruxelles

Pour les donateurs

Moira Jeanmart
+ 32 2 474 74 78
donateurs@msf.be

Pour les legs et entreprises

Philippe Matthys
+ 32 2 474 74 90
phillipe.matthys@brussels.msf.org

Pour le recrutement

recruitment@brussels.msf.org

Pour la presse

Céline Ronquetti
+32 475 40 60 76
celine.ronquetti@brussels.msf.org

Pour les événements

+ 32 2 474 76 13
events@msf.be

Suivez-nous sur les réseaux sociaux



Médecins Sans Frontières Belgique



@msfbelgique



Médecins Sans Frontières Belgique



@msfbelgique

WWW.MSF.BE

GRAPHISME

RUDI DE RECHTER / LIZ MORRISON

BRUXELLES
AOÛT 2020



Rue de l'Arbre Bénit 46
1050 Brussels

WWW.MSF.BE