



RAPPORT MORAL DU PRÉSIDENT

Introduction

Bienvenue à toutes et tous pour cette 43^{ème} assemblée nationale qui est aussi la première pour moi en tant que président. L'exercice du premier rapport moral n'est évidemment pas facile, pas plus d'ailleurs peut-être que le second ou le troisième. Il s'agit de faire le bilan d'activités de notre association, alors même que les attentes sont nombreuses. Je le sais d'autant plus que j'ai été élu l'année dernière en compagnie de nombreux entrants au Conseil administration pour marquer une nouvelle étape dans la vie de notre organisation. Celle-ci a traversé un certain nombre de difficultés, et c'est sur un mandat de réforme profonde que j'ai été élu, et dont je suis comptable aujourd'hui devant vous.

Avant tout, je souhaite évoquer la situation de nos amis Chantal, Philippe, Richard et Romy enlevés depuis près d'un an en RDC. Nous n'avons toujours pas été en mesure de les retrouver malgré les efforts déployés par des équipes MSF spécialement dédiées à la recherche de nos collègues. Cet événement douloureux pour nous tous sera l'occasion d'aborder la question de l'insécurité qui touche le personnel de l'association et qui n'est pas sans conséquence sur nos activités de secours. Elle fera l'objet d'une discussion aujourd'hui et sera illustrée de façon plus concrète demain avec une présentation de notre intervention en République Centrafricaine. Je l'évoquerai aussi dans la première partie de ce rapport.

L'assemblée générale est un moment essentiel pour rencontrer les personnes qui participent à notre action, nos adhérents toujours plus nombreux. Cela témoigne du dynamisme de l'association et je les encourage à convaincre de nouvelles personnes de leur entourage à nous rejoindre. Ce sont des ambassadeurs indispensables pour renforcer nos capacités d'interventions auprès des populations les plus démunies.

L'assemblée générale est aussi un espace de débats sur les orientations de notre association dans les années à venir. Les réponses aux questions opérationnelles, médicales ou encore institutionnelles ne sont jamais simples ou uniques. Elles doivent faire l'objet de discussions contradictoires et doivent systématiquement être revisitées pour ne pas en faire des doctrines figées qui ne serviraient pas notre mission sociale. Je me suis attaché en tant que président à réunir autour d'une même table des personnes d'horizons, de culture, de formations et de métiers divers pour favoriser cette émulation.

Pour autant, les chefs de mission et leurs équipes sont encore trop souvent mis à l'écart de ces discussions. Certainement en raison de leur éloignement géographique, mais plus vraisemblablement en raison d'un mode d'organisation qui ne tient pas assez compte des compétences que nous avons sur nos terrains. Je profite de leur venue lors de cette assemblée générale pour les encourager à mieux faire entendre leur voix.

Pour évoquer l'année écoulée et envisager ensemble les orientations que nous devons prendre dans les années à venir, j'ai organisé mon rapport de manière assez classique, en deux parties : notre mission sociale, avec une attention particulière aux terrains de conflit, à nos priorités médicales et à nos positionnement public ; l'état de notre association ensuite (nos institutions).

Nos opérations cette année ont nécessité l'envoi de 1775 volontaires internationaux – dont la moitié pour les urgences – dans l'un de nos 33 pays de mission (moyenne sur l'année). Ce nombre très important doit nous interroger sur le format de certaines de nos missions.

Nous avons eu à faire face à des nombreuses urgences. Et je dois ici saluer les efforts considérables fournis par tous pour que ces projets réussissent au mieux. Il est de mon rôle en tant que président de l'association d'avoir un regard critique sur les opérations que nous menons à travers le monde. Mais je souhaite saluer le travail souvent remarquable effectué par nos équipes dans des conditions souvent difficiles et parfois particulièrement dangereuses.

L'aide aux victimes de guerre

Comme je le mentionnais lors de mon introduction, je souhaite développer plus particulièrement dans un premier temps le thème de la sécurité des équipes et de la prise de risque qui fait écho à l'enlèvement de nos camarades en RDC mais aussi aux kidnappings de nos collègues MSF des sections espagnole (OCBA) en Somalie et belge (OCB) en Syrie. Dans un deuxième temps, j'évoquerai trois situations parmi les plus importantes en volume et les plus complexes en termes de déploiements des activités ces derniers mois, la Syrie, la RCA et le Soudan du Sud. Enfin je terminerai sur un sujet transversal, la multiplication des réfugiés dans les conflits récents.

Notre politique de prise de risque

Dans un article à paraître dans « L'état du monde 2015 », Fabrice Weissman questionne la tentation actuellement dominante de décrire les organisations humanitaires comme victimes de la brutalité des nouveaux conflits. Tout en évoquant « la relative stabilité du taux d'attaque contre les travailleurs humanitaires à mettre en parallèle avec la diminution globale de la létalité des conflits », il reconnaît que certains « conflits connaissent des épisodes de violences extrêmes, source d'une surmortalité aiguë par massacres et privations de biens essentiels à la survie ». Or ce type d'épisodes a été vécu au cours des derniers mois par les équipes MSF plus particulièrement au Soudan du Sud, en RCA et en Syrie.

Nous avons alors été confrontés à des menaces et attaques contre nos structures de santé et contre notre personnel. Des hôpitaux ont été bombardés, des centres de santé pillés, des ambulances violemment fouillées. Des patients ont été arrachés de leur lit et enlevés pour être exécutés. Ces phénomènes ne sont pas nouveaux, mais l'accumulation d'épisodes violents marque bien entendu les esprits.

Par ailleurs, la pratique du kidnapping à l'égard des travailleurs humanitaires a évolué ces dernières années. Le rapt de quelques heures ou quelques jours, pouvant servir de bouclier humain au moment d'un repli militaire ou de pression dans le cadre d'une négociation locale, s'est transformé en business des otages ou en stratégie de reconnaissance internationale. De plus, des violences sont exercées à l'égard de nos collègues retenus, comme ce fut le cas en Somalie où deux employées espagnoles de MSF OCBA (centre opérationnel de Barcelone) ont été détenues pendant plus de 18 mois et enfin libérées en 2013. De même, cinq collègues de l'OCB (centre opérationnel de Bruxelles) ont été kidnappés en Syrie en janvier 2014 au même titre que d'autres humanitaires ou journalistes occidentaux, pour faire plus tard, en avril 2014, l'objet d'une négociation avec les ravisseurs.

Nous faisons face à de nouveaux groupes de combattants qui se sont éloignés progressivement de la mouvance Al-Qaida pour former une nébuleuse en pleine expansion sur nos terrains d'intervention au Moyen Orient mais aussi sur le continent africain. Dans ce type de contexte où notre présence s'accompagne d'une prise de risque importante, il est essentiel de revenir aux fondamentaux. La réduction des dangers passe en priorité par un travail de négociation politique avec toutes les forces en présence, par un ajustement au plus serré de notre déploiement opérationnel et par la voie politique pour négocier la libération de nos employés retenus en otages.

J'ai le sentiment que nous nous sommes éloignés de ces « Règles d'or » ces dernières années, prenant ainsi le risque de ne plus pouvoir intervenir dans ces contextes particuliers sauf à devoir nous exposer au même titre que n'importe quel étranger ou opposant. Peut-être devons-nous réfléchir à nos volumes opérationnels dans ce type de contexte, ainsi qu'à ce que nous entendons par 'qualité', concept évidemment sans limite, tout comme nous devons savoir utiliser la prise de parole publique afin de dénoncer publiquement les manquements à la parole donnée et le non-respect des engagements. Pour terminer sur cette question de sécurité, je ne veux pas sous estimer le caractère difficile de nos interventions aujourd'hui au Moyen Orient et en zone sahéenne, mais leurs particularités vont se généraliser sur nombres de terrains où nous devons être présents pour répondre aux crises à venir. Notre intervention au Mali, suite à la prise de pouvoir du nord du pays par des groupes djihadistes, a montré notre capacité à engager le dialogue avec des groupes les plus radicaux et à trouver des terrains d'entente avec eux.

La Syrie en guerre depuis 3 ans et un positionnement MSF toujours aussi fragile

Plus de trois ans déjà que la guerre en Syrie se poursuit inlassablement au gré des conquêtes territoriales des uns ou des autres, des alliances et fractionnements au sein de l'opposition armée, des soutiens militaires de puissances étrangères à tel ou tel belligérant et d'une volonté maintes fois réaffirmée du gouvernement de Damas de refuser tout compromis à ses adversaires. Dans ce contexte souvent imprévisible, MSF rencontre de réelles difficultés à déployer ses opérations de

secours. Depuis deux ans, nous gérons cependant une structure chirurgicale dans le nord du gouvernorat d'Idlib et depuis un an, nous soutenons un hôpital général dans le district d'El Bab (Alep).

Je souhaite mettre en évidence dans ce rapport deux raisons pouvant expliquer au moins partiellement les faiblesses de notre positionnement. Tout d'abord la pertinence des secours médicaux proposés aux populations syriennes, et dans un deuxième temps l'obtention de garanties de sécurité auprès des différents groupes armés.

La population syrienne avant le début du conflit bénéficiait d'un système de soins de pays intermédiaire. Des pathologies telles que le diabète, les cancers ou les maladies cardiovasculaires étaient prises en charge. Les combats à partir du début de l'année 2011 ont progressivement mis à mal le dispositif médical à travers le pays. Les hôpitaux ont été ciblés, 40% d'entre eux sont aujourd'hui hors service, et les stocks de consommables médicaux n'ont pas pu être renouvelés. D'autre part, les violences ont provoqué un afflux de blessés dans des structures qui devenaient progressivement inopérantes. La réponse MSF de façon assez classique s'est portée sur cette population et notre savoir faire nous a permis d'ouvrir des centres de traumatologie. Cependant dans les 6 mois qui ont suivi le début du conflit, des intervenants extérieurs, en provenance du Golfe et de la diaspora, ont été en mesure de concurrencer l'offre de soins MSF, et en 2013, nous n'avons pas été capables, au sein du mouvement MSF, de transformer nos modes opératoires pour répondre aux besoins quotidiens d'une population qui tentait de survivre au milieu des affrontements armés. A titre d'exemple, je peux citer des services hospitaliers ou ambulatoires qui pourraient être développés par nos équipes pour renforcer notre offre de soins en Syrie, des services pédiatriques, des services spécialisés dans la leishmaniose cutanée, des services de dialyse ou encore des services médicaux pour la thalassémie.

Une deuxième faiblesse de notre dispositif tient à la difficulté rencontrée à maintenir et enrichir nos contacts avec tous les groupes armés. Nous ne serons pas en mesure de redéployer nos équipes (qu'on a évacuées) demain en Syrie ou dans des contextes similaires sans obtenir des garanties de sécurité de la part des belligérants, et tout particulièrement de ceux qualifiés de « radicaux » par les puissances occidentales. Pendant plus de 18 mois, MSF est intervenu au nord de la Syrie avec des équipes venant de l'étranger et avec des collègues syriens sans rencontrer de problèmes majeurs de sécurité. Des garanties de sécurité nous avaient été données par des commandants rebelles et djihadistes. Aujourd'hui, après l'enlèvement de nos 5 collègues de l'OCB (centre opérationnel de Bruxelles) en janvier 2014 – tous ont été libérés depuis –, nous travaillons sans être en mesure d'y envoyer du personnel international. Cette solution ne peut être à mes yeux que provisoire et nous devons rapidement reprendre contact avec au moins 4 groupes d'interlocuteurs possibles : les bailleurs de fonds de combattants notamment ceux de l'EIIS, les chefs religieux, les gouvernements de la région et les disséminateurs d'information sur les réseaux sociaux pro-djihadistes.

La RCA, MSF face à un exode forcé des populations musulmanes

L'arrivée des forces rebelles de la Séléka au pouvoir en mars 2013 a marqué une nouvelle étape dans l'effondrement de l'Etat centrafricain. Les combats violents entre les Sélékas et les milices d'auto-défense -les anti-Balakas-, au cours du dernier trimestre 2013, et l'intervention des forces françaises avec le soutien de l'Union Africaine – MISCA – à Bangui en décembre 2013 ont été le point de départ d'un phénomène sans précédent : l'exode massif des populations musulmanes de la capitale et de l'ouest du pays qui ont été contraintes de fuir pour se réfugier dans les pays voisins dans des conditions particulièrement dramatiques – familles séparées, morts écrasés dans des camions surchargés, conditions de vie déplorables dans les pays d'accueil. On estime à plus de 150 000 le nombre de musulmans en fuite. Ceux qui sont restés en Centrafrique sont menacés quand ils doivent se rendre à l'extérieur des zones de regroupement sous protection de la MISCA, pour se ravitailler en eau ou en nourriture.

Cette situation a créé de nombreuses discussions au sein de notre association, sur l'attitude à adopter, notamment en termes de positions publiques et notamment sur l'appel aux troupes. J'ai pour ma part estimé que la situation telle que rapportée par les équipes de terrain justifiait de bousculer certains dogmes anti-interventionnistes de MSF. Face à ces phénomènes, nous n'avons longtemps pas eu de réponse cohérente et notre prise de parole a pu sembler minimiser la gravité de la situation. Mais reconnaissons ici les limites de l'acteur humanitaire quand il s'agit de faire face à des événements particulièrement exceptionnels ou graves. Nos équipes ont été exemplaires.

Dans un même temps nous devons être en mesure de protéger notre personnel qui lui aussi se retrouve menacé, exposé, dans cet environnement extrêmement violent, soit parce qu'il est étranger, soit parce qu'il est personnel soignant, ou simplement parce qu'aujourd'hui, les ressources des organisations non gouvernementales sont particulièrement attractives pour toutes sortes de combattants et hommes armés. En avril de cette année, l'hôpital de Boguila, soutenu par MSF Hollande au nord de la RCA, a été attaqué par des miliciens de l'ex-Séléka et 17 personnes y ont été tuées dont 3 collègues centrafricains. Au total, à ce jour, plus de 2300 employés MSF – dont 300 internationaux – sont déployés en RCA – 81 internationaux et 550 Centrafricains pour notre section - pour répondre aux urgences médicales à travers le pays. La capacité de nos très nombreux interlocuteurs à garantir notre sécurité est discutable. Dans ce contexte, il est temps, à mes yeux, de questionner ce nombre important de salariés et par la-même notre volume opérationnel. Plus on a de monde, plus on augmente les risques.

Le Soudan du Sud : OCP absent dans les zones de combats

Je voulais terminer ma revue des principales urgences de l'année et des mois passés par le Soudan du Sud. Alors que des combats font rage depuis décembre 2013 entre partisans des deux leaders, Salva Kiir, président du pays, et Riek Machar, son ex vice-président, notre intervention se résume à une prise en charge récente des patients atteints par le choléra dans la capitale Juba et à une intervention de grande ampleur auprès des réfugiés sud soudanais en Ouganda et en Ethiopie. Ce conflit, moins médiatisé, en France et en Europe, que la guerre en Centrafrique, est pourtant d'une très grande violence.

Je souhaite mettre en avant deux éléments de réflexion pour le futur de nos opérations. Tout d'abord nous avons au sein du Mouvement MSF dans son ensemble un réel problème quant à la division des territoires d'intervention lors de certaines crises. En particulier quand il s'agit de lieux, autrefois – dans un passé récent ou proche – « humanitairement occupés » – j'emploie ces mots à dessein- par l'une ou l'autre des sections. C'est ainsi le cas pour le Soudan du Sud et ce n'est pas tenable comme position en situation de crise aiguë où toutes les compétences sont nécessaires. Un équilibre doit être trouvé entre les 5 centres opérationnels pour permettre une intervention la plus efficace possible. De façon plus interne à l'OCP (centre opérationnel de Paris), je crois que la crise soudanaise est arrivée à un moment de surchauffe opérationnelle au sein du bureau des urgences. Les Philippines, la Syrie, la RCA occupaient déjà de façon intense nos collègues et une quatrième urgence pouvait être perçue comme la mission impossible à gérer faute de temps, de ressources humaines dédiées et de disponibilité pour appréhender un nouveau contexte. Pour mémoire, il y a quelques années (quand Thierry Allafort était responsable des urgences) nous discutons encore des moyens à donner au bureau des urgences pour pouvoir mener de front deux urgences en même temps. Nous en sommes aujourd'hui à trois. Il est certainement nécessaire de revoir notre dispositif afin de faire face demain à une augmentation de volume imprévue.

Je rappellerai également que l'année 2013 a vu la fermeture des programmes de MSF en Somalie, décision prise par le Conseil international de MSF après la libération de nos deux collègues espagnoles en juillet dernier, qui s'est accompagnée d'un moratoire d'un an sur toutes tentatives de retour. Ce moratoire a été respecté bien que l'on sente les appétits des uns et des autres s'aiguïser. Je souhaite pour ma part confirmer la prolongation de ce moratoire. Il peut bien sûr sembler regrettable que MSF ne semble pas pouvoir trouver sa place aujourd'hui en Somalie. Toutefois, le prix à payer du maintien de notre présence, tant au point de vue humain qu'au point de vue financier, justifie à mes yeux pleinement ce temps de pause. Une évaluation de la gestion du kidnapping est actuellement en chantier (par Christian Captier, ancien DG de MSF Suisse) ; on peut espérer qu'elle contribuera à la réflexion concernant un éventuel retour de MSF dans le pays.

Pour clore cette première partie consacrée à l'aide aux victimes de guerre, je souhaite m'arrêter quelques instants sur la question spécifique du « retour » des réfugiés dans les opérations de MSF.

Les réfugiés, le retour

La fin des années 1990 et le début des années 2000 ont été marqués par une volonté des Nations-Unies et des Etats de maintenir les populations au sein de leur pays d'origine en cas de conflit interne les obligeant à fuir leur domicile. Le nombre de déplacés a augmenté durant cette période de façon exponentielle et les acteurs de l'aide se sont mobilisés pour leur venir en aide.

Cependant, depuis le début des années 2010, nous assistons, en quelque sorte, au retour des réfugiés fuyant des guerres qui ne leur laissent d'autres choix que de franchir une frontière. Pour reprendre les exemples précédents et sans prétendre tenir une comptabilité exacte, les trois conflits évoqués dans ce rapport ont généré autour de 3 millions de réfugiés dans les pays voisins à ce jour, avec une forte majorité d'entre eux en provenance de Syrie – environ 2,3 millions.

La prise en charge de ces réfugiés dans des camps gérés le plus souvent par le HCR (Haut commissariat aux réfugiés des Nations unies), en collaboration avec les agences locales, n'a pas été une difficulté majeure pour MSF, fort de son expérience passée. Il est à noter cependant que nous faisons face aujourd'hui à des problèmes spécifiques en **Ethiopie**, dans la région de Gambella, où les autorités nationales multiplient les obstacles administratifs ne favorisant pas ainsi le déploiement correct de l'aide. Dès lors, la situation sanitaire des réfugiés est aujourd'hui catastrophique et nous avons décidé de témoigner, fin mai, auprès des différents acteurs influents en Ethiopie pour qu'ils fassent pression sur les autorités afin de faciliter notre intervention dans ces camps.

En **Jordanie**, la plupart des réfugiés syriens vivent en dehors des camps. Leur présence pèse de façon excessive sur les différents services du pays, ce qui contribue à une augmentation des prix et à une incapacité du système de santé jordanien de répondre correctement aux attentes des populations locales et réfugiés. A Irbid, ville qui accueille plus de 100 000 Syriens, MSF a décidé de créer un service privé, en parallèle du service public, de consultations et hospitalisations maternelles et pédiatriques. Ouvert en octobre 2013, nous devons encore tirer un bilan de cette expérience pour nous autoriser à reproduire une telle initiative dans des situations où les populations réfugiés sont mélangées aux populations

locales et représentent un poids trop important pour les structures de santé. Il s'agit véritablement d'une expérimentation qui devrait nous aider à mieux intervenir dans de telles situations à l'avenir.

Il ne sert à rien de distinguer artificiellement la médecine de la guerre, car comme on le voit, nos missions auprès des victimes de guerre sont bien des missions médicales, de plus en plus élaborées, techniques et complexes à mettre en œuvre. Mais il est exact également que certaines de nos missions s'inscrivent dans un cadre plus strictement médical, et je pense ici bien évidemment à nos projets TB, VIH, ou pédiatrique. Je ferai ici la synthèse de nos activités médicales, en situation de conflit ou en situation stable, ainsi que des perspectives et chantiers à venir.

La Médecine

La chirurgie

La chirurgie reste toujours la première réponse aux conflits. 5 missions chirurgicales ont été ouvertes en 2013, dont 4 dans le cadre des urgences. Depuis 2006, le nombre d'interventions a pratiquement doublé : 34 689 en 2013, avec seulement 7 % de chirurgie programmée en dehors des urgences. La chirurgie des brûlés représente la première activité chirurgicale (26%). Pour répondre aux besoins des patients brûlés, les protocoles de réanimation, de nutrition et de lutte contre l'infection pour ces patients sont en constante évolution. Un projet spécialisé dans la prise en charge des brûlés devrait voir le jour à Port-au-Prince en Haïti.

La surveillance à long terme des interventions orthopédiques, à l'exception du programme de reconstruction d'Amman en Jordanie, reste malheureusement le talon d'Achille de ces projets spécialisés.

L'hôpital long terme

Il me faut évoquer l'abandon du projet FOSSAP en **Haïti**. Avec lui s'est interrompu au moins pour un temps notre ambition de nous doter d'une mission hospitalière généraliste dans un établissement privé à but non lucratif, où tout le personnel serait employé directement par MSF, un hôpital s'inscrivant dans la carte sanitaire d'un pays à faible revenu, un lieu privilégié de formation et de recherche, et qui puisse nous apprendre à mieux gérer et piloter nos divers projets hospitaliers. Un certain nombre de carences internes et de dysfonctionnements sont à l'origine de cet échec.

On peut quand même penser que l'hôpital d'Amman en **Jordanie** remplit une partie des ambitions allouées à l'origine au projet Fossap : c'est un hôpital loué au Croissant-Rouge jordanien ; le personnel est totalement rémunéré par MSF ; il inclut un volet formation et un projet de recherche épidémiologique embryonnaire. Mais cette structure reste très spécialisée dans la chirurgie réparatrice, et demeure une réponse aux séquelles fonctionnelles graves des conflits régionaux (Irak, Syrie, Yémen, Libye, Palestine). Cette année, 1378 interventions y ont été pratiquées.

La vaccination

Dès que c'est possible, dès qu'il se trouve une fenêtre pour d'autres activités médicales que la chirurgie dans les urgences, il faut s'y jeter. Le premier réflexe, c'est d'initier des vaccinations préventives en urgence. La vaccination contre la rougeole est établie depuis vingt-cinq ans comme un des dix piliers de la réponse médicale urgente. Mais le projet actuel, c'est de diversifier cette vaccination et de protéger les enfants contre d'autres maladies tueuses. C'est ce qu'on a réussi cette année à Yida en négociant, avec le ministère de la santé du Soudan du Sud, l'introduction du vaccin contre le pneumocoque. Ce qui est dommage, c'est qu'on n'ait pas pu initier cette vaccination dès l'ouverture du camp de Yida, et éviter ainsi un nombre non négligeable de pneumonies souvent mortelles pendant la toute première phase de l'urgence.

On doit citer comme un grand échec l'arrêt forcé de la vaccination contre le choléra à Kalémie pour des raisons de sécurité et de bureaucratie administrative locale ayant entraîné un gâchis scandaleux. Espérons que nous pourrions vacciner cette année les réfugiés soudanais en Ethiopie et à temps.

Si la décision internationale de porter les vaccinations comme une priorité est bienvenue, ceci est resté longtemps au niveau de l'intention. Et si nous avons constamment répondu depuis aux différentes épidémies auxquelles nous avons eu à faire face, y compris de manière parfois discutable sur les épidémies de méningite, la vaccination de routine est demeuré très stagnante jusqu'en 2012. Mais en 2013 la proportion de vaccination de routine par rapport aux vaccinations d'urgence s'est inversée : 822 000 doses administrées en routine, cette activité a décuplé par rapport à 2008.

Tuberculose

Depuis 2008 Francis Varaine travaille sur ce qu'on appelle un protocole compassionnel pour les patients tuberculeux multi résistants pour lesquels il n'existe plus aucun médicament efficace sur le marché. L'utilisation exceptionnelle de certaines molécules non encore disponibles car encore au stade expérimental est possible. Mais il faut travailler sur un mécanisme d'attribution exceptionnelle auprès du fabriquant. Après cinq ans de travail, deux patients ont été mis sous traitement avec

une nouvelle molécule en **Arménie** en avril 2013. Une vingtaine de patients ont pu ensuite bénéficier de cette dernière chance, avec un taux de guérison de 88%. Cela paraît une petite victoire, mais en réalité, c'est un pas considérable dans ce qui est considéré comme un des défis médicaux principaux de l'association à savoir le traitement de la tuberculose multi-résistante pour les trois à cinq années à venir.

Mais il s'agit encore d'un traitement difficile à supporter car associant plusieurs molécules qui provoquent des effets secondaires importants, et dont la durée reste très longue, deux ans. Cela sauve des cas désespérés mais encore au prix fort.

L'espoir d'une solution plus acceptable, c'est-à-dire avec un traitement beaucoup plus court, efficace et provoquant moins d'effets secondaires est né d'une initiative du mouvement en juillet 2012 : c'est la proposition d'un essai clinique avec un ou des protocoles comprenant deux nouvelles molécules, la betaquiline et la delamanide associées à des médicaments plus classiques. Malheureusement la rédaction de ce protocole a fait l'objet d'un conflit majeur entre sections opérationnelles, ce qui a entraîné un retard d'un an sur le début de sa mise en œuvre. Un accord a enfin été conclu en juillet dernier entre les quatre sections opérationnelles concernées sur deux types d'essai clinique avec par ailleurs l'arrivée opportune d'une proposition de financement d'UNITAID très conséquente. Les sites de l'essai sont encore en discussion.

Le SIDA

Nous mettons en œuvre la partie de notre stratégie qui consiste à réduire le nombre des grandes cohortes avec la fermeture des projets de Mathare au **Kenya** en novembre 2013 et d'Arua, en **Ouganda**, en avril 2014. La passation du programme de Homa Bay est engagée et son achèvement prévu pour fin 2015. La cohorte des patients dans les programmes OCP (centre opérationnel de Paris) dépasse encore les 50 000 (dont 33 000 pour le seul programme au Malawi), mais les inclusions de malades sont en diminution.

En revanche notre présence dans des contextes de plus faible prévalence et de faible couverture par les ARV ne s'est pas franchement développée, de même que nos activités à destination des populations clés ou vulnérables : femmes jeunes, enfants, homosexuels. A noter qu'en février nous avons pris publiquement position à propos des conséquences néfastes pour l'accès aux soins du durcissement de la loi anti-homosexualité en Ouganda.

Un nouveau programme démarré en février à Ndhiwa, **Kenya**, a l'objectif inédit et ambitieux de réduire l'incidence du VIH dans une zone à forte prévalence.

La bonne nouvelle, c'est le résultat de l'étude d'impact de 12 ans de dispensation des ARV sur la population de Chiradzulu (**Malawi**) réalisée par Epicentre : l'incidence y serait aujourd'hui de 0,4% ce qui est très faible pour une population auparavant très infectée. Tout laisse à penser que la transmission du VIH y est aujourd'hui très réduite, grâce à la bonne couverture et les très bons résultats des traitements par les ARV.

Gynécologie / Obstétrique / Santé des femmes

Le nombre d'accouchements gérés par l'association montre une croissance régulière, avec simultanément un accroissement du nombre de programmes centrés sur la santé de la femme : aujourd'hui 33 programmes dans 22 pays. L'absence de visibilité sur les avortements, malgré des consignes internationales reste une constante de ces missions : 47 interruptions de grossesses rapportées uniquement sur une seule mission. Les raisons évoquées pour cet échec sont multiples (problèmes légaux, sous-notification dans les données, résistance des équipes internationales et nationales). Elles doivent être analysées, pour qu'on puisse s'y attaquer sans délai et enfin donner accès à ce type de soins dans nos programmes.

La pédiatrie

L'un des objectifs prioritaire de la pédiatrie, c'est l'amélioration de la prise en charge des pathologies graves en hôpital. Aujourd'hui, la mortalité ne dépasse pas le plus souvent 5% dans la vingtaine de programmes hospitaliers que comptent nos opérations. C'est un résultat très honorable, même s'il ne s'agit évidemment pas de s'en satisfaire. En périphérie le modèle du « paquet de soins pédiatriques » qui, au Mali, associe prévention et traitement en nutrition, vaccination et chimio prophylaxie saisonnière du paludisme, montre des résultats prometteurs malgré un coût trop important encore aujourd'hui. Les questions restent ouvertes par rapport à la reproductibilité de ce projet et au rapport coût / efficacité. Il est important que MSF continue à travailler à une baisse des prix des aliments thérapeutiques.

La pédiatrie néo-natale semble lentement progresser dans les missions hospitalières pédiatriques. Près de 34 000 enfants malnutris sévères de 6 mois à 5 ans ont été pris en charge, sur environ 19 projets, soit une baisse de 29% par rapport à l'année 2012. Cette diminution est en partie explicable par l'absence de crise nutritionnelle majeure en 2013 et le plus grand nombre d'acteurs présents dans ce secteur.

Le **paludisme** a été considéré comme une priorité stratégique pour les 3 années à venir. En effet après le succès relatif de l'accès aux combinaisons thérapeutiques avec les dérivés de l'artémisinine, mise en place au début des années 2000 en Afrique, l'ombre des résistances à ces produits vient assombrir les perspectives de contrôle de la maladie. Les premières résistances sont apparues ces deux ou trois dernières années en Asie du Sud Est et ne sauraient tarder à se répandre,

malgré les tentatives actuelles de la contenir géographiquement par des traitements de masse et l'utilisation systématique d'action de lutte contre les vecteurs.

426 000 traitements contre le paludisme ont été dispensés en 2013. La distribution systématique de traitement à tous les enfants de moins de 5 ans pendant les 4 mois de transmission dans 3 pays de la zone sahélienne (Mali, Niger, Tchad) a montré des pourcentages intéressants de réduction des risques de paludisme (60 à 80% au Mali). Il existe donc une mobilisation importante de l'association contre cette tueur. Mais il va falloir imaginer d'autres stratégies étant donné ces menaces de résistance.

Les dossiers médicaux à venir

L'épidémie d'**Ebola** actuelle en Guinée nous laisse à penser que même si nous avons décidé il y a plusieurs années (après la flambée de fièvre hémorragique de Marburg en Angola en 2005) de déléguer la responsabilité de l'entretien de la compétence nécessaire au contrôle de ces terribles épidémies à la section MSF de Bruxelles, il faut également maintenir chez nous une sorte de vigilance, au cas où la réponse espérée de cette section éprouverait des faiblesses opérationnelles. Pour autant, la réponse, et j'y reviendrai, montre également la difficulté pour chacun des centres opérationnels de maintenir des compétences sur l'ensemble des champs médicaux sur lesquels nous sommes censés intervenir. Il y a nécessité de réfléchir à une répartition de certaines des responsabilités entre les différents centres opérationnels de MSF.

Après des discussions courantes sur ces cinq dernières années, nous avons enfin proposé avec Epicentre et l'Institut Pasteur un appel d'offre sur un test diagnostique rapide, et signé en décembre un contrat pour un projet de recherche avec une équipe pluridisciplinaire. D'ici 3 ans, on devrait pouvoir voir naître un test qui nous permettra au lit du malade le diagnostic d'une fièvre d'origine bactérienne (salmonelle, pneumocoque, staphylocoque). Cela changerait totalement nos moyens diagnostiques sur le terrain, du moins c'est ce que nous espérons, surtout en pédiatrie. Ce projet est cofinancé par MSF et l'Institut Pasteur.

Hépatite C : le nouveau combat. On estime à 185 millions de personnes infectés par ce virus dans le monde soit 3% de la population mondiale, 350 000 morts par an. Le traitement de base aujourd'hui, peginterferon + ribavirine, coûte déjà en Europe environ 2000 \$ par mois, pendant 12 mois, ne guérit pas tous les malades et produit de redoutables effets secondaires. Cela n'a pas découragé la section belge qui a inauguré ce type de traitement en Inde. Mais le coup de théâtre, c'est l'apparition de nouvelles molécules dites antivirales à action directe, qui guériraient tous les malades avec peu d'effets secondaires et en 12 semaines. Le laboratoire Gilead vient d'obtenir une autorisation de mise sur le marché du sofosbuvir, et le vend en Europe à 1000\$ le comprimé : traitement de 12 semaines à 90 000\$. Que va faire MSF ? Va-t-on se contenter de déléguer la pression sur les laboratoires à la CAME (campagne pour l'accès aux médicaments essentiels de MSF) ? Ce ne sont pas les coûts de production qui justifient de tels tarifs, ni même l'amortissement de l'investissement en recherche et développement. C'est du profit pour le profit.

Du côté de la DNDi (Drugs for neglected diseases initiative), on espère recevoir le fruit de leur travail sur une présentation pédiatrique d'un médicament antirétroviral, le lopinavir/ritonavir, avec l'approbation des autorités américaines de régulation pharmaceutique (US FDA) qui était attendue en 2013, et en attendant la sortie d'une combinaison à dose fixe de 3 antirétroviraux. Le mouvement a souhaité prolonger son investissement dans la DNDi pour 5 années, à hauteur de 4 millions euros par an. C'est une excellente nouvelle. Evoquer la DNDi, c'est également rappeler que MSF ne peut pas penser son rôle dans les innovations et la recherche sans observer ce qui se passe à l'extérieur.

Depuis deux ou trois ans il existe une forte pression au sein du mouvement pour organiser une meilleure prise en charge des maladies chroniques non transmissibles : diabète, hypertension, etc. Non que nous ne les traitons pas sur le terrain ainsi que notre devoir l'exige, mais qu'elle n'apparaisse pas comme une priorité opérationnelle. MSF OCB (centre opérationnel de Bruxelles) tente de tels programmes. Même si nous n'éliminons pas l'organisation des soins de telles maladies, surtout si nous les traitons lors de nos admissions dans nos salles d'urgences à l'occasion d'accidents graves générés par ces maladies, elles ne seront pas considérées aujourd'hui comme un exercice prioritaire. Mais il n'est pas impossible que l'on envisage dans un futur proche d'étendre notre champ d'action thérapeutique à la pathologie cancéreuse, en particulier en pédiatrie.

Certains pensent que nous avons besoin de nouveaux défis médicaux pour motiver le mouvement MSF, sans pour autant oublier ou négliger la base, comme l'urgence de la prise en charge sanitaire de populations déplacées. Il n'est pas certain que ce soit cette motivation pour des pratiques innovantes qui anime les volontaires. Il est probable qu'il s'agisse d'abord de mieux traiter les patients que nous rencontrons – en lien avec le changement des profils épidémiologiques, des populations qui tendent à vivre plus longtemps, etc., et parfois de proposer des modèles de soins originaux à nos partenaires et patients. A l'horizon des prochaines années, on pourrait envisager outre le traitement de certains cancers, la chirurgie de la hanche avec la pose de prothèses, la chirurgie endoscopique, l'ophtalmologie, le laboratoire de bactériologie mobile, la vaccination sans seringue et sans chaîne de froid, etc. Dans ce dernier domaine de la vaccination, nous avons travaillé avec Epicentre

sur une étude consistant à tester l'efficacité de vaccins contre le tétanos qui avaient été maintenus non plus en chaîne de froid, comme cela est classiquement fait, mais à des températures plus élevées.

Je souhaiterais faire un commentaire sur notre réponse au typhon Haiyan aux **Philippines** de novembre 2013. La capacité de MSF à faire la différence dans les situations de catastrophes naturelles est souvent discutée. Notre opération a pourtant montré la pertinence de notre réponse à ce type de situations. Nous avons je crois beaucoup appris de nos expériences passées. Mais il est également exact que nous rencontrons des difficultés dans le déploiement des ressources humaines et l'acheminement du matériel dans des délais rapides.

Comme on le voit, les réussites sont nombreuses, mais nos points faibles sont également apparents. Une part importante du discours de notre organisation semble s'organiser autour de la critique du « système de l'aide », la critique des « autres » acteurs de secours, agence des Nations unies en tête. Et il est exact que, par exemple, dans le cas de la Centrafrique, le dispositif de secours pêche depuis longtemps. MSF a eu raison de le rappeler à plusieurs reprises. Mais il est important de ne pas perdre de vue que notre première responsabilité est de faire progresser nos pratiques, avant de pointer du doigt l'insuffisance des autres.

La prise de parole publique

Ceci me permet de faire une transition vers notre bilan en termes de prises de parole publiques. Le silence de MSF avait beaucoup été critiqué ces dernières années. On se souvient, par exemple, des interventions de Thierry Durand lors d'Assemblées générales précédentes ou encore du travail du Crash (centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires de MSF) sur le sujet. Pourtant, malgré des insuffisances sur lesquelles je reviendrai, la voix de MSF me semble avoir été plus audible ces derniers temps. Sur la Centrafrique, et je suis bien placé pour le savoir pour avoir déclenché les cris d'une partie du mouvement MSF pour avoir constaté l'insuffisance du nombre de troupes internationales, nous avons été très présents. Sur la Syrie, nous avons également tenté à plusieurs reprises de communiquer sur les déséquilibres de l'aide internationale et sur les violences commises par le régime.

Reste une grande tentation au sein de MSF, qui est celle de s'en prendre publiquement à ceux qui sont le moins susceptibles de s'en prendre à nous, Nations unies, Etats unis, etc. alors que nous nous montrons parfois d'une prudence extrême à l'égard des régimes répressifs ou de terreur. Faire l'évaluation de notre prise de parole, c'est non seulement regarder ce qui a été fait, mais aussi les occasions perdues.

Etre dans le tempo, prendre des risques, ne pas se faire aspirer dans les spirales institutionnelles – qui sont autant celles de notre propre asso-ciation que celles du mouvement, ne pas être dogmatiques, multiplier les portes paroles, quitte à moins contrôler les messages, voilà il me semble les orientations susceptibles de faire progresser encore ce bilan. Je tiens à saluer le travail de Michel Janssens qui à la tête du département de la communication pendant quatre ans a œuvré dans cette direction avec efficacité. Et j'adresse tous mes vœux de réussite à sa remplaçante, Claire Magone.

L'institution

J'aimerais maintenant évoquer l'état de notre association, de notre mouvement.

Le mouvement MSF : sa forme et son poids ne cessent d'évoluer. On compte aujourd'hui 23 associations régionales et nationales, des bureaux qui se multiplient. Son budget consolidé 2013 sera probablement en croissance.

Le Conseil international a lancé un travail spécifique sur la croissance, destiné à indiquer des pistes pour une croissance gérée plus intelligemment. Mais ces pistes, nous les anticipons déjà pour la plupart : un meilleur équilibre entre les dépenses siège et support, d'une part, et les dépenses terrain, d'autre part ; un effort plus grand de mutualisation et de cohérence entre les différents centres opérationnels de MSF. Si nous n'y prenons pas garde, le budget de MSF doublera d'ici à 2020, pour passer d'1 milliard à 2 milliards d'euros. Cette perspective ouvre deux séries de questions : d'une part, est-ce faisable ? D'autre part, est-ce souhaitable ? C'est autour de ces questions que les débats ont lieu. Nous avons souhaité partager ces réflexions et vous donner l'occasion de vous exprimer à l'occasion d'un débat de l'Assemblée générale qui se tiendra cet après-midi.

Parmi les dossiers sur lesquels le Conseil international a souhaité avancer il y a celui de la « mutual accountability » (rendu de compte), inscrit dans les accords de La Mancha (2006). En deux mots, il s'agit de faire en sorte que les directions exécutives du mouvement MSF soient comptables auprès des instances associatives MSF des initiatives que celles-ci souhaitent mettre en place. Il en a été ainsi lorsque le Conseil international avait voté il y a quelques années des résolutions exigeant la mise sous traitement des patients atteints par le VIH, ou la modification des protocoles de prise en charge du

paludisme. MSF a mis sa collecte au pot commun, il est donc logique que soient discutées plus concrètement les questions liées aux dépenses et à l'efficacité de nos activités de secours.

Sur ces dossiers, les avancées sont trop lentes. C'est pourquoi il est indispensable que notre section montre la voie, en affirmant des choix clairs : priorité des secours sur la structure de support, réduction des dépenses au niveau des sièges bien sûr, mais sans faire l'économie d'une réflexion sur nos dépenses terrain. En tout cas, la direction générale à qui est déléguée cette responsabilité par le Conseil d'administration est comptable d'avancées rapides en la matière. Il est indispensable que nous nous impliquions de très près sur ces dossiers, sans quoi nous prenons le risque de les voir aboutir dans des directions très discutables. La réforme de l'IRP II (projet de rémunération international II), portant sur une révision de la grille de fonction et de salaires du personnel national est aujourd'hui l'exemple le plus criant d'une initiative qui nécessiterait qu'on la revoie de fond en comble. Conçue à l'origine avec l'objectif d'attirer du personnel, de motiver nos employés à s'engager sur le long-terme, elle s'est transformée en machine à créer de la discrimination et aboutira en l'état à des baisses de salaires pour certains de nos employés.

Notre groupe

L'événement marquant de l'année en ce qui concerne le Centre opérationnel de Paris est très certainement le plan stratégique, élaboré conjointement par les directions des sections française, américaine, japonaise et australienne, puis adopté à l'occasion de la réunion du Comité de Groupe en février dernier. Celui-ci affirme notamment des priorités en matière de ressources humaines terrain, d'optimisation des relations entre sièges et terrain, d'une plus efficacité de nos prises de positions publiques.

Par ailleurs, un certain nombre de dossiers communs ont progressé, qu'il s'agisse du Health Information System (Système d'information santé), sous la direction de l'unité médicale de MSF-USA, ou encore de l'unité médicale de Sydney (Australie).

Des voix ici et là se sont élevées pour contester la faible implication des sections partenaires dans l'élaboration de la « stratégie du changement » récemment présentée par la direction générale ainsi que sur le regard autocentré autour du siège parisien du travail Oscar. On peut effectivement regretter que le regard n'ait pas été décalé davantage au moment même où l'on multiplie les appels à la mutualisation et alors que les modifications en termes de priorité ou d'organisation chez les uns impactent invariablement chez les autres.

L'occasion m'est ici donnée de rappeler que le protocole d'accord gouvernant le partenariat OCP (centre opérationnel de Paris qui regroupe dans un partenariat les sections française, américaine, australienne et japonaise de MSF) arrive à échéance cette année et qu'il doit donc être renégocié. C'est peut-être l'occasion de se reposer un certain nombre de questions sur les intérêts et les limites du modèle actuel. En effet, nos discussions sur les ambitions en termes de régulation de croissance à l'échelle du mouvement MSF semblent parfois prises en tenaille dans des logiques grupo-sectionnelles qui paralysent les avancées. En termes d'opérations, on pourrait penser que les compétences construites par les groupes – en matière de pédiatrie ou d'obstétrique à Sydney pour l'OCP ou en matière de programme à destination des migrants en Italie pour l'OCB (centre opérationnel de Bruxelles), pour ne citer que deux exemples – pourraient être utiles à l'ensemble du mouvement. Le plus souvent, c'est malheureusement insuffisamment le cas.

Un mot rapide sur le bureau des Emirats-Arabes-Unis. Nous n'avons pas été en mesure de présenter un plan ambitieux de développement de ce bureau, qui continue de nous coûter plus cher qu'il ne nous rapporte, une situation dont l'ironie n'échappe à personne. Un nouveau directeur vient d'être nommé : souhaitons lui, à son équipe – ainsi qu'à l'ensemble des personnes impliquées au sein du groupe OCP, de réussir là où les acteurs investis depuis 23 ans dans ce dossier depuis plusieurs années ont échoué.

Là encore, il me faut évoquer notre situation financière. Elle n'est pas alarmante, sans être rassurante pour autant. Nos niveaux de réserves destinées aux opérations du groupe atteignent 5 mois. Nous anticipons une baisse en 2014 et 2015. Il est probable que la collecte puisse être accrue dans un certain nombre de pays du groupe et du mouvement, Etats-Unis en tête. Nous travaillons également déjà à présent au RSA III (resources sharing agreement), l'accord qui au sein du mouvement répartit les ressources entre groupes opérationnels. Mais il faut être lucide, ces efforts ne porteront pas immédiatement leurs fruits.

Notre association

Un nouveau directeur général a pris ses fonctions en avril 2013. Depuis, le comité de direction a été profondément remanié. Il convient de saluer cette dynamique de travail. Mais il me semble important de rappeler également que les changements doivent être ressentis par les personnels de terrain, qui sont les principaux acteurs de notre réponse opérationnelle. Les

efforts doivent porter dans cette direction. Il est utile de le rappeler, dans la mesure où entre la mise en œuvre du projet de l'opération Oscar, programme de réorganisation des départements et projet de déménagement des locaux, on pourrait penser que ce sont les sièges qui constituent les priorités du Conseil d'administration. Je tiens à rassurer les membres de notre association : ce n'est pas le cas. En particulier, il me semble utile de rappeler ici que le travail d'analyse structurelle conduite par le Bureau international a montré que le groupe de Paris n'était pas parmi les bons élèves en termes de ratio siège/terrain. Si cet indicateur a de nombreuses limites, pour autant, ce serait une erreur de ne pas s'attacher à augmenter la part de nos ressources allouées à nos programmes de terrain.

En France particulièrement, les équipes ont poursuivi leurs travaux pour accroître la collecte auprès des entreprises et des grands donateurs, deux axes jusqu'alors insuffisamment développés. Pour ce faire, nous avons choisi d'être plus agressifs dans nos démarches auprès des entreprises privés en abandonnant la règle de l'arbitraire qui nous permettait de juger telle ou telle entreprise en fonction de nos ressentis, ou celle des principes moraux qui voulaient que certains secteurs d'activité soient considérés comme impurs par MSF. Dorénavant nous jugeons la qualité de nos donateurs potentiels en fonction de critères plus appropriés à nos ambitions de collecte comme la Responsabilité sociale de l'entreprise (RSE), son impact en termes d'environnement ou encore sa gouvernance. C'est un choix que nous allons devoir défendre en face de nos collègues du mouvement MSF qui, pour beaucoup, restent sur des positions mélangeant vertu et bonne conscience.

Par ailleurs, nous entamons un processus de modification des statuts de la Fondation MSF. Longtemps coquille creuse de l'association pouvant servir à l'occasion de gestionnaire d'une partie de notre patrimoine immobilier – MSF Logistique –, la Fondation, après deux votes de son Comité de direction et un vote du Conseil d'administration de l'association, va prendre un nouvel élan en se transformant statutairement en Fondation abritante. Conscients du développement important, en France, de la philanthropie au début des années 2000, nous avons voulu permettre à des fonds ou fondations de financement, créées par des personnes de leur vivant, d'être accueillies au sein de notre Fondation. Ils participeront ainsi à l'objectif général de la Fondation qui est de soutenir les actions de l'association MSF et de devenir acteurs de notre développement.

Il a été également décidé de poursuivre le renforcement de notre notoriété en France avec le lancement en novembre de « l'année 2 » de la campagne de notoriété « Médecins Sans... » initiée en 2012, avec le « SANS vous, nous ne pouvons être médecins SANS frontières !

Le département collecte a véritablement été le moteur de ce renouveau en termes de recherches de fonds privés et je tiens particulièrement à remercier Mélanie Cagniard et son équipe.

Nous poursuivons par ailleurs une politique d'augmentation progressive des ressources institutionnelles : celles-ci s'élevaient à 9,6 millions d'euros, contre 8,3 millions l'année précédente.

Conclusion

Pour conclure, j'adresse des remerciements particuliers à Odile Hardy ainsi qu'aux trois présidents de nos sections partenaires, Nobuko, Deane et Matthew, qui ont très grandement facilité mon arrivée à cette fonction. Je remercie également les trois administrateurs sortants pour la qualité de leur travail et leur implication, Claire Rieux, Marie-Pierre Allié et François Enten.

Je pense également à neuf de nos collègues disparus au cours de l'année écoulée. Huit de ces décès sont intervenus sur le terrain. Nous ne les oublions pas. Merci à eux, ainsi qu'à tous ceux qui œuvrent, d'une manière ou d'une autre, à la bonne réalisation de notre mission sociale.

14 juin 2014
Dr Méguerditch TARAZIAN, dit Mégo TERZIAN
Président