

RAPPORT ANNUEL 2012-2013

42^e assemblée générale de Médecins Sans Frontières



**RAPPORT MORAL de la présidente
Dr Marie-Pierre Allié
1^{er} juin 2013 - Noisiel**

Bonjour à toutes et à tous et bienvenue à cette 42^{ème} Assemblée générale de Médecins Sans Frontières.

Je voudrais en commençant ce rapport moral rappeler que depuis 20 mois nos deux collègues, Mone et Bianca, enlevées dans le camp de Dadaab sont toujours retenues en Somalie ; malgré les efforts de nos collègues de Barcelone et de tous ceux qui les soutiennent dans le mouvement, leur détention se prolonge. Nous sommes tous profondément affectés par ce drame et nous avons tous la ferme volonté d'en trouver l'issue. Cependant nous ne pouvons nier les conséquences qu'il a et qu'il aura en particulier sur nos opérations en Somalie. Aujourd'hui, celles-ci sont maintenues dans cet entre-deux où on ne sait si elles sont efficaces pour atténuer les effets de la crise, mais au cas où... Après leur libération que nous espérons tous prochaine, des questions de fonds quant à la nature et la pertinence de la poursuite de nos actions en Somalie devront être posées et trouver réponse.

L'année qui vient de s'écouler a été marquée par des événements exceptionnels en interne et par un certain nombre de changements politiques importants dont le dernier épisode se déroulera lors de cette Assemblée Générale.

Toutefois, il me paraît prioritaire de commencer ce rapport par un bilan critique de nos opérations au cours de cette dernière année. Je mettrai ce bilan en perspective avec les accomplissements des années précédentes dans un certain nombre de domaines, accomplissements dont on ne peut juger du succès ou de l'échec, de la pertinence ou pas, qu'en prenant du recul.

Je reviendrai ensuite sur les évolutions de notre organisation ainsi que sur les perspectives qui s'ouvrent à nous que ce soit au niveau de notre association, du groupe OCP et du mouvement international de MSF.

Bilan critique de nos opérations

Médecins Sans Frontières a toujours cherché à améliorer la qualité des secours apportés aux populations. Non seulement nous nous efforçons d'améliorer la qualité de ceux que nous apportons nous-mêmes, mais nous essayons aussi d'induire des changements, dans la prise en charge des populations secourues et de nos patients, qui soient reproductibles par d'autres acteurs tout en gardant

toujours comme objectif final de fournir à nos patients une prise en charge de qualité et adaptée à leurs conditions de vie.

Je voudrais ici donner quelques exemples de ce que nous avons pu obtenir au cours de ces dernières années, mais aussi parler des pistes dans lesquels nous sommes déjà engagés et qui, je l'espère, produiront demain des changements radicaux.

Tout d'abord **la santé des jeunes enfants**.

Nous avons assisté ces dernières années à une transformation radicale des pratiques en termes de prise en charge des jeunes enfants, avec le traitement de la malnutrition par des méthodes simples, à travers la responsabilisation des mères. Cette transformation a aussi concerné les acteurs institutionnels, qu'il s'agisse des ministères de la santé dans les pays concernés, ou des acteurs de l'aide et - ce ne sont pas les moindres - des bailleurs de fonds.

Regardons les évolutions au cours de ces 10 dernières années :

Tout d'abord en termes de traitement de la malnutrition sévère

Entre 2004 et 2011, le nombre d'enfants traités pour malnutrition sévère à travers le monde a été multiplié par 33. En 2004, à l'échelle mondiale, 84.300 enfants avaient été traités pour malnutrition sévère dont 40.000 (47%) par MSF. En 2006 (après la crise nutritionnelle au Niger, on est passé à 490.000 enfants dont 24% (117 000) par MSF. Et en 2011: 2.791.400 enfants au total, dont 348.000 par MSF soit 12,5%.

Les avancées sont aussi notables dans le domaine de la prévention. En 2007, MSF a commencé à distribuer des produits supplémentaires destinés à prévenir la malnutrition, soit 640.000 rations mensuelles.

En 2012, plus de 21 millions de rations ont été distribuées aux jeunes enfants, soit sous forme de pâte, soit sous forme de farines enrichies.

Et le budget alloué à ces produits nutritionnels spécifiques est passé au niveau international d'un peu plus de 9 millions d'euros à près de 215 millions d'euros.

Mesurée à l'aune de nos expériences de 2005, on ne peut que juger satisfaisante la réponse à la crise nutritionnelle de 2012 dans le Sahel. Satisfaisante, elle l'a été à large échelle puisque 927.000 enfants au total ont été soignés pour malnutrition sévère dans 10 pays du Sahel dont 1/3 au Niger.

Médecins Sans Frontières a pris en charge 150.000 de ces enfants dont 30.000 l'ont été par notre groupe et la moitié d'entre eux au Niger.

Notre participation à la réponse n'a donc pas été majeure, mais on ne peut qu'être satisfait de l'ampleur de celle des autres acteurs. Au passage, on notera que cette mobilisation contredit le discours sur la prétendue inefficacité ou insuffisance du système de l'aide prédominant dans certains cercles de MSF.

MSF a donc largement contribué à ces changements. Par ces opérations d'envergure sur le terrain, par sa recherche et développement de stratégies innovantes, par le travail de plaidoyer mené auprès des acteurs de l'aide et des donateurs, par une communication en décalage avec les discours ambiants dramatisants, voire culpabilisants vis-à-vis des mères des enfants malnutris.

Cet effort doit absolument être poursuivi et maintenu. En particulier dans le domaine du plaidoyer alors que la malnutrition n'est plus reconnue comme une fatalité, mais comme un enjeu de santé publique surmontable. Mais aussi et surtout, il doit être poursuivi dans le domaine opérationnel, car notre parole n'a de valeur que lorsqu'elle s'appuie sur notre expérience.

Toutefois, à ce sujet, permettez-moi d'exprimer une inquiétude au vu de notre difficulté à nous montrer cohérents et aux risques qu'elle induit de nous obliger à nous arrêter en si bon chemin.

Le déploiement opérationnel destiné à continuer sur la lignée de ces stratégies de prise en charge innovante qui intègrent le traitement et la prise en charge de la malnutrition doit absolument rester ambitieux.

C'est bien dans le cadre de nos projets au Burkina Faso, entre 2008 et 2011, que nous avons pu travailler sur l'utilisation du périmètre brachial dans la détection et le suivi en cours de traitement de la malnutrition sévère. Et ces résultats peuvent nous permettre d'envisager une délégation du diagnostic et du suivi des enfants malnutris en périphérie, voire aux mères. Au Niger, depuis 2007, nous avons développé les stratégies préventives de la malnutrition aiguë par la distribution d'aliments complémentaires. Au Mali, depuis 2009, nous montrons qu'en combinant soins nutritionnels et soins pédiatriques de qualité et accessibles, nous avons un réel impact sur la mortalité infantile et sur la malnutrition sévère.

Si nous souhaitons aller jusqu'au bout de cette logique et être capables de définir des modèles de prise en charge simples, efficaces, mais aussi pérennes, nous ne devons pas nous contenter d'actions confidentielles mais porter ces projets à une autre échelle.

La vaccination

Dans ce domaine les progrès sont encore à venir, mais il me semble que nous avons identifié les enjeux centraux et que nous sommes prêts à les appréhender en ordre de marche.

Depuis des années, nous assistons à la survenue régulière d'épidémies auxquelles nous répondons en urgence par des campagnes de vaccination de masse. Ces épidémies signent la faillite des Programmes élargis de vaccination tels qu'ils sont encore conçus et développés : de façon extrêmement rigide, sans capacité d'adaptation aux contextes spécifiques. Mais, nous aussi, dans nos propres programmes, nous connaissons des échecs. Nous manquons aussi des occasions de vacciner de façon efficace et nos discours incantatoires ne suffisent pas. Il me semble que l'inadéquation totale des outils, mis à notre disposition et/ou à disposition de nos collègues médecins et infirmiers des pays concernés, entrent pour une grande part dans cette difficulté à atteindre des objectifs de couverture efficaces.

Pour devenir réellement efficaces, il nous faut désormais disposer de vaccins faciles à administrer (plus d'injectables), facile à conserver sous tous les climats (plus de chaîne de froid) et ne nécessitant qu'un nombre minimal de doses. C'est possible.

Nous avons aussi besoin de rendre plus accessibles financièrement les nouveaux vaccins, comme le vaccin antipneumococcique. C'est un axe de travail construit entre la Campagne d'accès aux médicaments essentiels (CAME) et nos opérations, et qui allie des actions de communication, de lobby et de dialogue avec les pays dans lesquels nous travaillons.

L'ensemble de ces activités, vaccination, nutrition, mais aussi prévention et traitement des maladies infectieuses les plus fréquentes, et notamment le paludisme, doivent être intégrés dans un paquet de soins, comme c'est le cas déjà à Konseguela au Mali.

Les résultats mesurés sur ce projet sont impressionnants tant en ce qui concerne la mortalité infantile que la survenue d'épisodes de malnutrition. Il faut maintenant travailler sur ce paquet de soins pour en réduire le coût, et notamment celui des vaccins.

Mais, si on veut continuer à porter ce combat haut et fort, il ne faut pas nous contenter d'une action confidentielle.

Le traitement du SIDA

Au début des années 2000, malgré les contraintes notamment financières auxquelles il lui fallait faire face, MSF a décidé de fournir des traitements antirétroviraux à ses patients atteints du VIH/SIDA.

Puis nous avons décidé de faire monter en puissance cette prise en charge. C'est ce qu'on appelle

dans notre jargon le « scaling up ».

En parallèle, la mobilisation internationale, dans les pays très atteints par l'épidémie, mais aussi par les acteurs internationaux, a permis une mise à l'échelle significative même si beaucoup trop de malades n'ont toujours pas accès aux traitements.

Au cours de ces dernières années, au sein de MSF, nous avons l'impression d'un essoufflement, d'une perte de repère par rapport à ce que nous devons désormais développer dans ce domaine.

Cette année, le desk HIV, longtemps promis, a enfin été mis en place. Le travail remarquable effectué par l'équipe en charge de ce desk nous a permis de faire un état des lieux de nos programmes HIV, de lister les enjeux à affronter et de définir et fixer les objectifs pour la période à venir, notamment de développer et documenter des modèles de soins adaptés et simplifiés ou d'évaluer l'impact sur l'épidémie de l'association de stratégies préventives et curatives. MSF a un rôle à jouer pour mettre en œuvre de nouvelles approches en démontrant leur faisabilité, tout en continuant de se faire l'avocat du développement de nouveaux outils de diagnostic et de traitements accessibles et adaptés aux conditions de vie des patients.

La tuberculose

Il s'agit sans doute de LA maladie négligée par excellence : utilisation des mêmes médicaments dont certains (pour les formes multi-résistantes) toxiques voire inefficaces depuis des décennies, méthodes de diagnostic archaïques.

Mais la lumière pointe enfin au bout du tunnel. D'abord, depuis 2 ans, nous disposons du GenXpert, une méthode qui permet non seulement le diagnostic de la tuberculose, mais aussi celui de la résistance à la Rifampicine et à l'Isoniazide. Et surtout, 2 molécules nouvelles ont été mises au point qui peuvent réellement révolutionner le traitement de cette maladie, à commencer par sa forme résistante. La tuberculose multi résistante touche un nombre croissant de personnes (440.000 en 2012 de par le monde). Mais, surtout, les perspectives de traitement actuelles sont effrayantes pour celui ou celle qui se voit affecté par cette maladie : un traitement long, toxique, peu efficace et coûteux. Aujourd'hui, seuls 12% des malades sont diagnostiqués et 10% sont traités avec un pronostic de guérison d'à peine plus de 50%.

MSF a soigné l'année dernière 1300 malades atteints de cette forme de tuberculose. Avec l'arrivée de ces nouvelles molécules sur le marché apparaissent de réelles perspectives de changement. Mais ce changement ne sera à portée de main que si nous accélérons les choses, que si nous trouvons d'autres acteurs intéressés ou que nous les intéressons, les mobilisons nous-mêmes, avec tous les moyens à notre disposition, la CAME, la DNDi.

L'expérience, tentée cette année pour fédérer l'ensemble du mouvement autour de cette idée en donnant le leadership au centre opérationnel d'Amsterdam, a échoué. Mais il ne faut surtout pas baisser les bras. L'idée est intéressante. Les risques sont réels mais il est hors de question d'avancer en ordre dispersé, de laisser les inimitiés personnelles, les préjugés stupides prendre le pas sur notre volonté. Nous devons mettre toutes nos compétences et capacités en commun, chercher les meilleures coalitions pour une efficacité maximale et une prise de risque minimale et aller de l'avant.

Tous ces projets, ces enjeux illustrent l'absolue nécessité pour MSF de travailler autrement que dans l'urgence du moment. Si cette façon de faire est justifiée pour nos interventions en situation de crise, elle devient un vrai handicap dès lors que nous ne sommes plus capables de fonctionner autrement.

Or, sur des sujets aussi complexes que la nutrition, la meilleure réponse à apporter à l'épidémie de SIDA, la lutte pour soigner efficacement les malades oubliés que sont les tuberculeux, nous devons travailler dans la durée, travailler avec les autres, ne pas avoir peur de sortir des sentiers battus. Il faut

surtout savoir inscrire et construire l'action dans la durée. Je recommande vraiment pour ces projets des orientations stratégiques à 3 ou 5 ans qui permettent d'éviter de les soumettre à des arbitrages chaque année.

L'autre élément commun que l'on retrouve dans tous ces projets, c'est la dimension et la place de la **recherche**.

La recherche opérationnelle, parce que nous souhaitons améliorer les stratégies de prise en charge ou de prévention pour sauver le plus de vies possibles et de la façon la plus efficace possible ; mais aussi la recherche clinique, que nous voulons pousser encore plus loin avec cet ambitieux projet dont j'ai parlé, de pousser au développement d'un traitement pour la tuberculose multi-résistante.

Dans ce cadre, le partenariat de MSF avec la DNDi prend tout son sens. Nous avons porté cette Fondation sur les fonds baptismaux il y a 10 ans et nous devons poursuivre notre collaboration avec elle. Nous devons le faire sur le plan opérationnel, en pointant les besoins en matière de nouveaux produits ou en mettant en œuvre des projets de recherche sur le terrain avec la DNDi. Nous devons le faire sur le plan politique, en défendant ensemble des conditions plus justes pour la recherche et, enfin, sur le plan financier, en continuant à soutenir cette organisation. Cela reste notre position et aussi celle du mouvement MSF. Nous en avons convenu lors de notre réunion du Conseil International de MSF, en début de semaine.

Sur le plan de la recherche et du développement pour les maladies négligées, cette année a été importante. Plus de 10 ans après le constat que seul 1,3 % des nouvelles molécules découvertes concernait les maladies affectant des populations négligées, MSF et la DNDi ont organisé une conférence sur le sujet à New York en décembre dernier.

Certes la situation est différente de celle que nous observions au début des années 2000. Des projets de partenariat public-privé pour développer de nouveaux produits se sont développés, des projets sont désormais financés par des fondations privées telles que la Fondation Gates.

Cependant, l'économie de la recherche pharmaceutique n'étant pas favorable aux patients non solvables, les progrès sont trop lents. Ceux déjà opérés doivent être poursuivis, d'autres sont nécessaires.

L'année dernière, l'Assemblée mondiale de la santé a remis ce sujet sur la table en proposant d'élaborer sur cette question un cadre à l'échelle internationale, qui devrait permettre de garantir que la recherche et le développement pour les maladies négligées deviennent une priorité à l'échelle internationale. Cet objectif est certes louable mais il peut paraître utopique. En attendant, il a le mérite de pousser le sujet. Nombre de gouvernements, et surtout ceux des pays riches, se montraient frileux, et notamment la France. Nous avons donc, ici, travaillé en synergie avec la CAME et la DNDi pour convaincre le gouvernement français de s'engager plus avant afin de poser les bases d'un système qui réponde aux besoins des patients non couverts par le marché pharmaceutique actuel et qui soit mis en œuvre selon des principes favorisant l'accès de ces patients aux médicaments.. Sans vouloir surestimer notre capacité d'influence, je peux dire aujourd'hui que la France se positionne de façon plus progressiste sur ce sujet. Mais il est essentiel de poursuivre cet effort de mobilisation. Et d'être prêts à accompagner concrètement cet effort.

Je voudrais maintenant passer à certains des **événements opérationnels** marquants de l'année écoulée.

Dès la-mi 2011, les combats se déroulant dans la **province soudanaise du Sud Kordofan** ont entraîné la fuite de populations vers le Soudan du Sud. Cet afflux s'est intensifié à partir d'avril et, en juillet 2012, plus de 50.000 personnes avaient fui.

Nous avons commencé notre intervention en décembre 2011. Mais au printemps 2012 nous avons mis

trop de temps à prendre conscience de l'importance de la crise et à déployer nos secours à la hauteur des besoins. Nous nous sommes concentrés sur les besoins médicaux au sein des structures d'hospitalisation. Nous avons appelé d'autres acteurs à venir à l'aide, pour prendre en charge les besoins non médicaux. Aucun système de surveillance de mortalité n'était en place, mais les enquêtes de mortalité rétrospective réalisées ultérieurement par Epicentre nous ont montré que les taux de mortalité globale et de mortalité des moins de 5 ans s'élevaient au double du seuil d'alerte. Notre réaction a été trop lente. Ce n'est qu'à partir du mois d'août que nous avons pu observer une amélioration de la situation avec une diminution de ces taux de mortalité.

Face à cette situation, encore classique pour nous il y a une ou deux décennies, nous avons réalisé que nous avons perdu, sinon notre savoir faire, au moins notre capacité à faire face à ce type de situation de façon systématique. Le cadre d'analyse que permet le concept des « 10 priorités » a été peu à peu oublié en cours de route. Il est indispensable que nous restaurions ce savoir faire.

Par ailleurs, nous avons aussi lancé un appel pour que d'autres acteurs interviennent, en particulier dans le domaine de l'eau et l'assainissement. Il me semble que s'il faut le faire, il ne faut pas avoir d'illusion sur leur capacité de réaction rapide, et notamment à cause du temps nécessaire à ces autres organisations pour trouver des financements. Notre fameuse indépendance financière nous sert entre autres à pouvoir être plus réactifs dans ce type de situation.

Même si l'année qui vient de s'écouler n'a pas été marquée par des urgences majeures, en dehors du Soudan du Sud, nos équipes sont intervenues dans des **situations de conflits où les enjeux de sécurité ont prédominé**, limitant souvent nos capacités d'intervention.

C'est particulièrement le cas en **Syrie**, où le conflit à huis clos qui se déroule depuis maintenant deux ans a plongé la population dans une situation catastrophique.

Après une première année où nos actions de secours à l'intérieur du pays ont pris la forme de soutien à différents réseaux de médecins syriens, en juin 2012, nos équipes médicales ont pu ouvrir un premier hôpital à proximité de la frontière turque. Une deuxième structure a été ouverte au cours de ces derniers mois. Nous ne pouvons que nous féliciter de leur ténacité qui nous a permis d'ouvrir ces espaces de soins.

Nos efforts pour intervenir en passant par Damas sont restés vains, que ce soit pour notre centre opérationnel ou pour celui de Bruxelles, qui a voulu tenter des approches plus conciliantes. Au moins pour l'instant.

Il reste cependant inacceptable de constater que malgré la persistance des blocages de l'aide par le régime syrien, les acteurs humanitaires internationaux que sont le CICR ou les agences des Nations-Unies persistent à n'utiliser que ce canal de secours officiel.

En début d'année, nous avons d'ailleurs voulu mettre en avant ce paradoxe à travers nos prises de position publique, en soulignant le déséquilibre flagrant entre l'aide distribuée aux populations vivant en zones contrôlées par le régime et celles vivant en zones acquises à la rébellion. Notre positionnement est apparu en flagrant contraste avec les discours de la quasi-totalité de la communauté internationale et avec la reconnaissance de la Coalition Nationale Syrienne par nombre de pays, au premier rang desquels la France. Si cette communication a été largement reprise et a suscité des réactions, notamment du CICR et de la Secrétaire à l'Action Humanitaire des Nations-Unies, elle n'a quasiment pas modifié ce déséquilibre, qui reste le même au moment où je vous parle.

Le conflit en Syrie a entraîné la fuite à l'étranger de près d'1,5 million de personnes dont 500.000 d'entre elles en Jordanie. Cet afflux s'est intensifié à partir de l'été dernier.

MSF intervient depuis fin mars dans le camp de Zaatari, en Jordanie où arrivent en ce moment près d'un millier de personnes par jour. Nous avons mis beaucoup trop de temps à nous intéresser à la réponse à apporter à ces réfugiés, et il est indispensable que nous nous y investissions dans et en dehors des camps, tant l'évolution du conflit peut faire craindre une aggravation de leur situation.

Au **Mali**, la prise de contrôle du nord du pays par le MNLA puis par les groupes armés islamistes nous a amenés là encore à adapter nos modes d'intervention. Dès le mois d'avril 2012, une équipe était présente à Tombouctou et a pu y rester au cours des périodes d'occupation successives jusqu'à la reprise de contrôle de la ville par les armées malienne et française. Nos équipes, présentes à l'hôpital et dans deux centres de santé en périphérie, ont négocié, avec succès un espace de travail acceptable qui permette d'accueillir les malades. Cependant, les contraintes posées à notre circulation nous ont empêchés d'avoir une réelle idée de ce que subissait la population. Les débats autour des positions à prendre durant la période d'occupation de Tombouctou ont été intenses. Ils ont entre autres mis en balance la sécurité des équipes et du maintien de notre espace de travail, avec notre volonté de témoigner du sort des populations.

En dehors de ces conflits très médiatisés, MSF intervient aussi en **Centrafrique**, Etat failli par excellence, où les attaques puis la prise du pouvoir par le Seleka ajoutent terreur et chaos à une situation déjà extrêmement précaire.

Nos équipes sont aussi toujours présentes **au Kivu en République Démocratique du Congo** où depuis plus d'un an un nouvel épisode du conflit et l'apparition d'un nouveau groupe armé, d'obédience rwandaise, transforment les équilibres locaux. Les populations sont plus que jamais soumises à des violences et des déplacements. Nous avons adapté notre dispositif opérationnel pour y répondre. Dans un cas comme dans l'autre, il est essentiel de nous mobiliser pour que le sort de ces populations ne tombe pas dans l'oubli.

La Somalie

Depuis plus de dix-huit mois, nos deux collègues espagnoles sont retenues en otages en Somalie. Je l'ai déjà dit, cette trop longue détention ne nous dispense pas de réfléchir sur le futur de notre présence en Somalie et encore moins sur les enjeux de sécurité, dans ce pays où nous sommes exposés à des risques que nous savons être importants.

Nous sommes présents à Mogadiscio et les activités ont repris à l'hôpital de Danyle. Mais cette présence et les conditions dans lesquelles nous intervenons, pour que soient réduits au maximum les risques auxquels notre personnel est exposé, font l'objet de discussions régulières, y compris au sein du Conseil d'administration.

Les conditions du maintien d'équipes expatriées en Somalie font aussi débat au niveau du Conseil d'administration international. Seuls deux groupes, le centre opérationnel de Paris et celui de Genève, considèrent que dans le contexte spécifique où leurs équipes interviennent, dans la façon dont elles négocient leur espace de travail et en restant vigilants à toute modification de l'environnement, elles peuvent mener leurs opérations avec du personnel international. Ces conditions et leur mise en œuvre nécessitent d'être réévaluées de façon constante. Mais si nous sommes conscients que dès qu'il pourrait exister une menace pour nos équipes, nous ne devons pas hésiter à évacuer le personnel international sur une courte période, il est aussi important pour nous de ne pas accepter que ces missions se transforment au long cours en missions gérées à distance. Comme je le disais déjà l'année dernière, ce genre d'évolution nous imposerait de constater qu'il n'est plus possible pour MSF d'intervenir en Somalie et d'en tirer les conséquences.

On le voit, une fois de plus les **enjeux de sécurité** sont extrêmement prégnants pour nos opérations et nous devons rendre hommage à nos équipes qui, sur le terrain ou au siège, les mettent en œuvre dans ces circonstances très particulières. A chaque fois, que ce soit au Mali, en Syrie, en Somalie ou dans le Kivu, mais aussi au Yémen ou au Pakistan, il s'agit pour nous de négocier, d'analyser, de mesurer les dangers auxquels nous pourrions faire face et de décider *in fine* des possibilités d'intervenir ou pas.

Le retour en **Afghanistan**, décidé l'année dernière, se situe dans un contexte lui aussi très risqué. Depuis 2008, dans le cadre d'un accord établi entre les centres opérationnels, un seul centre opérationnel, celui de Bruxelles intervenait dans ce pays. Quand nous avons pris la décision d'y retourner, en accord avec nos collègues belges, nous avons mené une longue mission exploratoire afin de définir les conditions de notre retour. Un point nous paraît essentiel et devra le rester : nous serons vigilants à collaborer avec nos collègues belges déjà sur place et à profiter de leur expérience de ces cinq dernières années, mais nous voulons que la responsabilité opérationnelle soit assurée de bout en bout par nos équipes, du terrain au siège. C'est à cette condition seulement que nous pourrions assumer la responsabilité de leurs interventions sur place.

L'importance, la diversité de notre projet opérationnel ne me permettent pas ici de parler de toutes les interventions de MSF au cours de l'année 2012, et j'ai voulu éclairer quelques unes des opérations marquantes de cette année.

Je voudrais cependant, avant de passer à la suite, revenir sur le projet de Médecins Sans Frontières en France. Cette question a fait et fait encore débat aujourd'hui dans notre association. MSF doit-elle être présente en France et pourquoi ? Nous en avons débattu au sein du Conseil d'administration. Si les raisons d'intervenir sont réelles, notre capacité à le faire et comment pose question. L'accès aux soins reste un enjeu. On voit que les populations les plus fragiles ont de plus en plus de risques de se voir exclues du système de santé. Notre histoire par rapport à ces questions et le contexte actuel en France nous donnent la légitimité et le devoir de le faire. Mais la question du comment reste posée. La fermeture du projet du passage Dubail a été vécue par certains comme un renoncement de MSF à intervenir en France. Ce n'est pas le cas. Le Conseil d'administration a réaffirmé l'importance qu'il donne à l'intervention de MSF en France, mais avec un corollaire indispensable, celui de prendre place dans le débat public et de se positionner par rapport au système.

Prises de position publiques et communication

Au cours de cette année, c'est sur la Syrie que nous avons fait porter nos efforts de prises de parole publiques. Pendant l'été 2012, d'abord, nous avons mis au grand jour notre intervention sur le territoire syrien, après plus d'un an d'assistance indirecte aux populations restées sur le territoire à travers des réseaux de médecins, ou à l'extérieur du pays dans le cadre de notre projet d'Amman en Jordanie. Il nous apparaissait alors important de montrer et expliquer ce que nous étions arrivés à faire en Syrie. Par la suite, pour accompagner le développement de nos interventions sur le territoire syrien et confrontés à l'insuffisance de l'assistance en zone rebelle, nous avons voulu pointer du doigt le déséquilibre existant avec l'aide apportée dans les zones gouvernementales. Nous avons pour cela saisi l'opportunité de la Conférence des bailleurs de fonds sur la Syrie qui s'est tenue au Koweït en janvier 2013. En effet, lors de cette conférence, l'écart entre l'aide demandée par l'ONU pour les réfugiés syrien et celle demandée pour les Syriens de l'intérieur nous apparaissait comme un aveu de l'incapacité du dispositif à répondre à l'aggravation des conditions de vie et d'insécurité des populations vivant en Syrie. Il nous a paru indispensable de souligner la nécessité pour les bailleurs de fonds de soutenir des opérations transfrontalières et, pour les agences de l'ONU et le CICR, de s'affranchir de la tutelle de Damas pour développer les secours là où se trouvent les populations.

Cette prise de parole a rencontré de larges échos dans la presse nationale et internationale et a suscité des réactions défensives de la part des Nations-Unies et du CICR. Elle les a tout de même amenés à reconnaître, de façon plus ou moins directe, leur impuissance à apporter de l'assistance à une large partie de la population syrienne.

A l'occasion du deuxième anniversaire du soulèvement en Syrie, nous avons voulu à la fois revenir sur cette question, mais aussi décrire la réalité de la situation sur place. Nous avons souligné la

détérioration dramatique des conditions de soins pour la population, pour des raisons liées à l'insécurité mais aussi du fait du ciblage des structures de soins par les combattants des forces armées syriennes, en nous appuyant sur les témoignages recueillis sur le terrain auprès des soignants et des patients.

Ce dernier thème, qui résonnait avec notre prise de parole de début 2012 sur la « médecine utilisée comme arme de répression », est d'ailleurs un enjeu de plus en plus prégnant sur nos terrains d'intervention. Que ce soit en Syrie, au Bahreïn, en Lybie ou encore au Yémen, nous constatons que les espaces de soins, les structures de santé deviennent un enjeu politique et stratégique. Cela pose la question du respect de la mission médicale par les combattants et de notre capacité à négocier pour en faire respecter l'intégrité. Mais cela pose aussi, bien évidemment la question de la sécurité de nos équipes soignantes, mais aussi des patients que nous sommes amenés à prendre en charge

En 2012, le CICR nous avait approchés pour nous associer à leur campagne « Soins de santé en danger ». Nous étions intéressés par cette collaboration, mais les tensions que nous avons vu apparaître entre nos deux organisations nous ont amenés à prendre nos distances et à construire notre propre initiative sur ce sujet, au niveau international.

Elle est en train de se mettre en œuvre et a dès à présent commencé au Yémen avec, au cours des 6 derniers mois, une série de conférences et la construction d'un dialogue autour de cet enjeu avec les acteurs armés, les autorités officielles, les acteurs médicaux.

Elle doit s'accompagner d'une réflexion indispensable sur ce sujet ainsi que sur l'évolution des contextes et des pratiques humanitaires. Les atteintes à la mission médicale prennent les formes classiques d'attaques violentes mais également des formes moins visibles mais tout aussi dangereuses, notamment les atteintes au secret médical, encouragées par différents acteurs dont les Nations-Unies au nom de la lutte contre l'impunité. Ceci est le cas en RDC et en Côte d'Ivoire notamment. Dans ce cadre, la finalisation par Françoise Bouchet-Saulnier d'une version mise à jour du Dictionnaire de Droit humanitaire est un précieux atout pour tenir compte de l'évolution des formes de conflits et des acteurs internationaux.

La communication, les prises de parole autour des conflits, dans lesquels les risques pour nos équipes existent sur le terrain, sont souvent complexes à mettre en œuvre.

En ce sens, la communication que nous avons pu réaliser autour de la Syrie tout au long de cette année est un succès : malgré l'environnement difficile, polarisé, dangereux, les équipes se sont mobilisées pour témoigner de ce qui se passe en Syrie et je veux les en remercier. Par ailleurs, nous avons pu entraîner avec nous sur ces positionnements l'ensemble des autres sections de MSF, ce qui n'est pas toujours acquis, mais représente pour moi un vrai succès dans ces circonstances.

Nous avons aussi régulièrement rendu compte des conséquences du conflit au Kivu depuis l'été dernier pour exposer les conditions extrêmement précaires des personnes déplacées et des nombreux blessés et victimes de violence sexuelle qui accompagnent les mouvements de troupes, ainsi que l'absence de protection de la population civile déplacée, notamment aux alentours de la ville de Goma.

Je voudrais quand même revenir sur la dangereuse tendance que nous avons à interpellier, les autres acteurs de l'aide de façon indifférenciée. Cette tendance devient plus marquée depuis plusieurs années. Selon moi, il s'agit d'une solution de facilité à laquelle nous ne devons pas nous laisser aller. Elle me paraît trop souvent représenter un succédané à nos opérations ou un symptôme de notre incapacité à obtenir un espace de travail suffisant due à des raisons propres à notre organisation et qui n'ont rien à voir avec les autres acteurs.

Il est évidemment nécessaire d'attirer l'attention sur des crises oubliées. Mais il nous faut rester

conscient que ce type d'appel a un impact limité sur la réponse des autres acteurs de l'aide que nous interpellons. Quoi qu'il arrive, nous devons toujours trouver nous-mêmes nos propres moyens de réponse.

Une exception : la Campagne pour l'accès aux médicaments (CAME) dont je veux souligner ici l'évolution positive dans le contenu des messages qu'elle porte dans le public. Nous sommes en train de sortir du discours incantatoire, universaliste, pour retourner à des questions et des enjeux plus concrets mais aussi plus politiques avec une parole qui se fait plus rare mais qui devient plus percutante. Du coup, il devient plus facile, pour nous, au sein du groupe de Paris, de nous approprier et de relayer ces messages, qui entrent en phase avec notre action et notre politique.

Pour clôturer ce chapitre, quelques mots de la campagne de notoriété. Nous n'avons pas effectué de grande campagne de communication depuis une dizaine d'années et il nous paraissait indispensable de repositionner l'image de MSF dans le public au-delà des communications factuelles et des prises de position de notre association. La campagne en tant que telle a été lancée au dernier trimestre 2012 et continuera à se décliner dans toutes les occasions possibles.

Evolution de notre organisation

Quelle organisation ?

Notre organisation actuelle date d'il y a plus de 20 ans. Entre temps, nous avons changé. Nous avons grossi et développé nos capacités d'intervention. Nous avons aussi poussé les limites du niveau de soins que nous voulons fournir à nos patients. En conséquence, nous avons développé nos capacités de support, de recherche, de collaboration et, ce, sans vraiment modifier notre structure organisationnelle.

Le mouvement international de Médecins Sans Frontières a aussi évolué. Aujourd'hui 19 sections et 23 associations existent à travers le monde.

Enfin, notre environnement en perpétuelle évolution nous a obligés et nous oblige toujours nous aussi à évoluer.

Si, au cours de ces 20 dernières années, des changements majeurs sont intervenus à l'échelle du mouvement international de MSF, dont récemment sa structuration autour de groupes opérationnels, nous n'avons pas, à l'échelle de notre propre association française su ou voulu nous transformer. Je pense qu'il y a là une véritable révolution à faire dans les esprits ou du moins dans certains esprits. Il faut accepter que nous ne sommes plus dans les années 90, mais largement entrés dans le XXIème siècle, que MSF n'est pas figé dans le temps. Au contraire, ce qui fait notre succès sur le terrain réside dans notre capacité permanente d'adaptation et nous devons appliquer ce principe à notre propre organisation interne. Les réformes nécessaires ne seront efficaces qu'à cette condition.

Cette année a été marquée par des tensions au niveau du siège, tensions relatives à nos modes de fonctionnements, aux difficultés rencontrées par nombre de personnes à identifier leur place dans notre organisation. Si ces tensions nécessitent que nous traitions énergiquement la question de notre propre réforme, je ne peux cautionner la façon dont certaines se sont exprimées. Je juge -en particulier- la pratique des lettres anonymes et des enregistrements de conversations particulièrement odieuse

Quoi qu'il en soit, nous n'avons que trop tardé à consacrer du temps et de l'énergie à notre fonctionnement, mais le processus est maintenant enclenché avec l'opération Oscar.

Nous avons le soutien de l'agence Palissage, qui a pour mission, non pas de nous proposer un modèle d'organisation, mais de nous accompagner dans le développement de modes d'organisation et de

fonctionnement adaptés à notre culture et à notre projet.

Cette opération ne se veut pas un nouvel audit, mais le premier temps d'expression et d'écoute était une étape nécessaire qui s'est conclue par deux journées de rencontre générale où les échanges ont permis de dégager 4 grands axes de travail :

- la relation entre le département des opérations et le département médical
- les ressources humaines
- la régulation des relations professionnelles
- la délégation siège-terrain

Je voudrais insister sur ce dernier axe, parce que je pense qu'il est essentiel que ce travail sur notre réorganisation inclut aussi bien le terrain que le siège. La question est sur la table depuis de nombreuses années, sans qu'on observe de réelles évolutions. Il nous faudra passer par une phase beaucoup plus volontariste si nous voulons réellement donner plus d'autonomie et d'espaces de décisions à nos équipes de terrain.

Pour conclure, il me paraît absolument essentiel que ce travail, cette réflexion sur nous-mêmes débouchent sur une organisation beaucoup plus lisible, décentralisée, pensée dans le cadre du groupe OCP et avec comme objectif prioritaire une meilleure efficacité. Il nous faudra être capables de redonner du sens à l'action de MSF en recréant de la confiance et un esprit de travail collectif, des débats ouverts et participatifs propices à des prises de décision informées

Ressources humaines

Au-delà du projet et de l'organisation, ce sont les personnes qui s'engagent avec MSF qui font le succès de notre action. Là encore, il nous faut savoir évoluer par rapport à nos belles années mythiques. Au cours de ces dernières années, les critiques ont été nombreuses sur le recrutement de personnes extérieures à MSF. Si j'en parle ici, c'est parce que j'y vois un risque de repliement sur nous-mêmes. Il nous faut être capables de travailler sur les deux tableaux : savoir aller chercher les compétences quand on en a besoin et par ailleurs réfléchir de façon plus conséquente aux moyens de doter les personnes destinées à devenir cadres à MSF de ces compétences. La formation à MSF doit évoluer. Elle doit évoluer par rapport aux besoins des personnes sur le terrain, mais elle doit aussi permettre à ceux qui en font le choix de pouvoir grandir dans l'organisation. Assumer des responsabilités d'encadrement, de direction ne s'improvise pas ; disposer des compétences spécifiques, dans quelques domaines que ce soit, ne s'apprend pas uniquement en exerçant des responsabilités sur le terrain, même si c'est un formidable outil d'apprentissage.

Je veux tout de même rappeler que nous sommes aujourd'hui dans une situation différente de celle d'il y a 5 ans, quand le *turn over* des cadres opérationnels au siège était depuis plusieurs années trop important, au point qu'il ne pouvait permettre la mise en place d'une véritable équipe dans le département des opérations. Les cadres qui sont partis pendant ces années ont été remplacés par des personnes qui s'engagent plus sereinement dans la durée. Cette stabilisation permet d'envisager plus sereinement l'avenir.

Mais je voudrais qu'on ait aussi cet objectif de stabilité pour nos cadres de terrain. Je pense que des politiques trop rigides appliquées de façon systématique selon une logique de gestion de l'ensemble de nos ressources humaines ne correspondent pas à nos besoins. Je ne pointe pas ici du doigt nos responsable des ressources humaines, trop souvent rendus les boucs émissaires de nos dysfonctionnements, car je sais combien il est difficile pour eux d'avoir une vision globale des enjeux, des besoins et des réponses. Il s'agit d'une question transversale, qui doit nous amener à considérer la place et l'évolution de chacun en fonction de ses qualités, de ses compétences et des besoins spécifiques de MSF sur chaque projet.

On se plaint, par exemple, que les personnes ne restent pas assez longtemps à MSF, mais en même

temps, on regarde d'un mauvais œil celles qui veulent passer plusieurs années sur un même projet. Or cette volonté est en accord avec notre volonté d'inscrire dans la durée des projets concernant les domaines que j'ai précédemment mentionnés.

Je ne peux pas parler de notre organisation au sein de la section française sans parler du groupe OCP, tant les deux sont intimement liés aujourd'hui.

Et là encore, je veux remettre en perspective le travail effectué depuis 5 ans.

La croissance du mouvement MSF, conséquence et condition de son succès, a aussi entraîné une complexification croissante des modes de relation, de travail entre les différentes associations de MSF. De la collaboration à la compétition, on trouve toutes les formes d'interaction dans le mouvement, mais ce dans un cadre d'interdépendances de plus en plus prononcées.

Il fallait donc évoluer. C'est ce qu'a permis la réforme de la gouvernance internationale... dont je ne vais pas parler maintenant. Sauf, pour dire, qu'elle a abouti à l'organisation du mouvement, selon les principes que nous -le groupe OCP- avons défendus : un mouvement organisé, articulé autour des projets portés par les différents centres opérationnels. Nous avons défendu cette option parce que nous voulions préserver les capacités d'initiative, de créativité de MSF. De façon plus réaliste, nous jugions qu'en matière de gestion, cette approche était plus simple et moins bureaucratique qu'une organisation centralisée, telle que celle du CICR, par exemple, qui séduisait beaucoup dans le mouvement.

C'est dans ce cadre-là que s'est développé le groupe OCP. Nous avons signé fin 2011 un Memorandum Of Understanding (protocole d'accord), qui se veut un gentleman agreement, mais qui, nous en somme conscients, nous engage tous. Cet accord définit nos engagements à soutenir le projet opérationnel de Paris. Mais il prévoit aussi que le groupe prenne collectivement des décisions concernant des questions stratégiques relatives à son développement ou à celui de chacune des sections.

Le groupe est dirigé par un Comité de groupe et c'est lui qui prend les décisions stratégiques concernant le projet opérationnel, mais aussi les décisions qui engagent le groupe, et partant chacune de ces composantes, au niveau international. Ce rôle devra être renforcé au cours des années qui viennent. Et des moyens devront être donnés d'exercer ces responsabilités : plus d'informations, une amélioration des moyens de communication, des réunions plus fréquentes.

Aujourd'hui, ce comité est composé de 3 membres de chacun des Conseils d'administration des 4 sections du groupe. Il serait légitime à terme qu'il soit élu par l'ensemble des membres de nos associations.

Toutefois, les conseils d'administration des associations nationales (et notamment celui de l'association française) ne doivent pas considérer que leur rôle propre se trouvera réduit à la gestion des affaires domestiques. Au contraire, ils devront aussi pouvoir tous s'exprimer à travers le Comité de groupe pour l'ensemble des questions stratégiques et participer aux débats et questionnements relatifs à notre mission sociale et à notre positionnement humanitaire.

Du côté de l'exécutif, là aussi, des progrès ont été réalisés, mais il reste encore une marge d'amélioration. La répartition des responsabilités au sein du groupe reste très inégale et c'est encore à Paris que sont concentrées la majorité des actions de support direct à nos opérations. Si cela semble logique pour certaines d'entre elles, il est cependant des domaines où la délégation est possible. On le voit dès aujourd'hui avec les unités médicales rattachées au département médical et basées à Sydney ou à New York.

Mais là aussi, il faudra évoluer en matière de direction. Le directeur général de la section française est aujourd'hui aussi le Lead GD, soit l'animateur en chef de l'exécutif des 4 sections du groupe.

Je suis parfaitement consciente que la gestion de notre organisation à la fois au sein du siège parisien mais aussi en lien avec les trois autres sections de notre groupe OCP est complexe. C'est pourquoi je pense que, dans le futur, c'est l'organisation même de la direction du groupe qui devrait être revue et pourquoi pas nous orienter à terme vers une direction du groupe composée d'un directeur du centre opérationnel qui soutiendra les opérations et assurera la représentation du centre opérationnel au niveau des instances de direction exécutives internationales et de chacun des directeurs généraux des différentes associations, y compris MSF France. A ce jour, c'est le directeur général de MSF France qui assure le double rôle de directeur du centre opérationnel et de directeur général de la section française. Cela rend le poste très lourd à assumer. Dans le futur, ces deux fonctions pourraient être dissociées. C'est pour moi la seule façon d'assurer à la fois une présence forte de du Centre Opérationnel de Paris dans le champ humanitaire médical et de construire une structure de soutien à nos opérations qui soit fonctionnelle et efficace et dans laquelle chacun trouve sa place.

Quant au mouvement international de MSF, il se construit comme je le disais plus haut selon les lignes posées lors du processus de réforme de sa gouvernance qui s'est déroulé entre 2008 et 2010. Le Conseil International a été remplacé par l'Assemblée Générale Internationale (l'AGI) et c'est à un Conseil d'administration International (le CAI), composé pour partie des présidents des centres opérationnels et pour partie de membres élus par l'AGI qu'échoit la responsabilité de définir et de suivre les orientations politiques du mouvement.

Si le CAI a trouvé ses marques dans sa capacité de questionnement, de challenge et de stimulation sur des questions de politique opérationnelle ou médicale, la question de ses interactions avec et de ses marges de manœuvre vis-à-vis des Conseils d'administration (qu'ils soient de section ou de groupe) reste encore à explorer. Il faudra en effet, sans empiéter sur les capacités de décision et les responsabilités de ces conseils d'administration, s'assurer que des décisions prises dans l'intérêt du mouvement prennent place au dessus des intérêts particuliers. Des exemples positifs existent comme les décisions prises l'année dernière sur l'accord de partage des ressources dans le mouvement ou celle de prolonger notre partenariat avec la DNDi. Mais dans les deux cas, il s'agissait de débats ayant déjà eu lieu au sein des groupes opérationnels et d'une décision survenue après accord préalable. Il pourra en être différemment quand il s'agira de décision allant à l'encontre de la volonté d'un ou plusieurs centres opérationnels, mais dont on estime qu'elles sont essentielles à prendre dans l'intérêt même du mouvement.

Du côté de l'exécutif, une réforme du même type a eu lieu qui resserre le groupe des directeurs au niveau international autour des centres opérationnels. Cette réforme est trop récente pour qu'on puisse en tirer toutes les leçons, mais elle permet en tous cas d'assurer plus de clarté, de fluidité et de cohérence aux actions menées en international, qu'il s'agisse de la mise en commun de moyens ou du développement de politiques communes.

Enfin, la volonté exprimée par le nouveau Secrétaire général du Bureau International de travailler dans un esprit de délégation de dossiers aux groupes opérationnels et de donner la priorité aux dossiers internationaux devrait permettre de diminuer les pressions multiples ressenties comme des éléments d'une surcharge bureaucratique inutile.

Pour conclure ce rapport moral et conclure aussi ces cinq années passées à la présidence de Médecins sans Frontières, je voudrais remercier l'ensemble des équipes partout dans le monde et ici à Paris qui ont rendu et rendent notre action possible. Je voudrais remercier tout particulièrement Filipe Ribeiro pour son engagement à mes côtés en tant que directeur général au cours de ces cinq dernières années et pour l'étendue du travail accompli et la qualité de son investissement, tant dans la relance de la dynamique opérationnelle que dans la construction du groupe. Je voudrais aussi saluer sa participation active et déterminante à l'élaboration des positionnements stratégiques de MSF, tant au niveau de l'association française qu'au niveau du mouvement.

Enfin, cette Assemblée générale est un moment important puisqu'elle entérinera non seulement l'élection d'un nouveau président mais aussi de sept nouveaux administrateurs. Je souhaite bonne chance à l'ensemble des candidats.

Dr Marie-Pierre Allié
Présidente

1^{er} juin 2013