



Rapport moral

Dr Marie-Pierre Allié

41^e Assemblée Générale

2 juin 2012 - Mérignac

Bonjour à toutes et à tous et bienvenue à cette 41^{ème} assemblée générale de Médecins Sans Frontières qui se déroule cette année à Bordeaux sur le site de notre centrale logistique. L'une des forces de MSF a été de développer, de façon indépendante, le support logistique et l'approvisionnement des missions pour donner les moyens aux soignants d'agir en toute efficacité. MSF Logistique est donc un des maillons essentiels qui nous permet d'assurer la qualité de nos missions sur le terrain. Cette année, MSF Logistique fête ses 20 ans sur le site de Mérignac. C'est l'occasion de nous retrouver ensemble ici et d'en profiter pour débattre notamment des enjeux logistiques de MSF pour l'avenir, ce que nous ferons cet après-midi.

Comme chaque année, je vais donc me livrer à l'exercice rituel du rapport moral, vous parler des actions engagées cette année sur le terrain par notre association, de nos succès et de nos échecs, de nos difficultés aussi, puis des voies sur lesquelles nous nous sommes engagés et des perspectives pour l'avenir.

Je vous présenterai ensuite l'état de nos associations. Je vous dirai comment nous avons essayé de nous adapter à la croissance de nos opérations et, au-delà, à la croissance du siège qu'elle induit mécaniquement.

Nous sommes en effet bien loin du petit groupe de médecins et de journalistes qui fondèrent Médecins Sans Frontières en 1971, mais aussi de ce qu'était MSF à l'aube des années 90, période de notre dernière réorganisation majeure.

Le contexte général

Les événements survenus dans les pays arabes à partir de début 2011 ont entraîné dans l'ensemble de ces régions des bouleversements majeurs dont nous sommes encore loin d'appréhender toutes les conséquences. En Libye avec la guerre qui s'est déroulée sur ce territoire et sa contribution à la déstabilisation régionale au Sahel ; au Yémen où les fronts se multiplient ; ou encore en Syrie, où le régime est enfermé dans une logique jusqu'au-boutiste, les conflits en cours affectent et vont affecter de façon durable la stabilité de ces régions.

Ils vont nous obliger à trouver des approches nouvelles pour anticiper nos positionnements publics et opérationnels, les relations que nous aurons à nouer avec les différents acteurs politiques nationaux, régionaux ou internationaux. Par exemple, nous devons désormais tenir compte d'acteurs comme la Russie, la Chine ou la Ligue Arabe, avec lesquels nous avons peu l'occasion et encore moins l'habitude de négocier.

Autre événement marquant : la crise économique mondiale.

Elle touche de plein fouet les pays européens, leurs populations et celles qui cherchent à les rejoindre. Mais elle affecte aussi les capacités de ces mêmes pays européens à se tourner vers l'extérieur et à entretenir des échanges basés sur la solidarité.

Les baisses des financements internationaux pour les programmes du Global Fund (Fonds global pour la tuberculose, le sida et le paludisme) en sont un des exemples les plus emblématiques. Face aux réticences et aux retards pris à mettre en place des systèmes de financements novateurs, comme la Taxe sur les transactions financières, destinés à rendre plus conséquent et pérenne le soutien aux pays pauvres, les efforts et la mobilisation restent plus que nécessaires si nous voulons pouvoir continuer à améliorer les conditions dans lesquelles nos patients sont traités.

La mission sociale

Les opérations

Avant tout, je voudrais que nous ayons tous une pensée solidaire pour nos deux collègues espagnoles otages en Somalie. Elles ont été enlevées alors qu'elles travaillaient à la mise en place d'un hôpital pour les réfugiés somaliens à Dadaab au Kenya et leur détention dure depuis presque huit mois maintenant. Leur situation et leur sort nous préoccupent quotidiennement et nous souhaitons bien sûr qu'une issue favorable advienne le plus rapidement possible.

Nous pensons aussi à nos deux collègues de MSF Belgique assassinés en fin d'année 2011 à Mogadiscio.

C'est un très lourd tribut qu'a payé MSF cette année pour son action sur le terrain.

L'insécurité, les dangers auxquels nos équipes sont exposées représentent l'une de nos préoccupations majeures. Et je vais bien entendu l'évoquer.

Mais je veux aussi souligner que, malgré ces difficultés, nos équipes ont réussi à maintenir un travail de qualité, à rester engagées en permanence dans la recherche de la meilleure façon de soigner et de secourir. Tant dans le volume et la dynamique opérationnels, que dans la volonté constante d'améliorer nos actions de secours sur le terrain, on peut constater avec fierté que l'engagement de tous au service de la mission de MSF n'a pas failli.

Dans la lignée de l'année 2010, elle-même exceptionnelle en termes d'activités, l'année 2011 a été une année de très forte activité opérationnelle, en particulier dans le domaine des urgences.

Au cours de cette année, notre association a travaillé dans 39 pays et mené plus d'une centaine de projets, dont plus des 2/3 étaient des projets d'urgence. Le budget opérationnel s'est élevé à près de 140 millions d'euros pour l'année.

Cette dynamique opérationnelle a été voulue et se maintient depuis 2008, avec une augmentation du nombre de projets et du nombre de pays dans lesquels MSF intervient.

La sécurité

A l'instant même où je vous parle, les équipes MSF sont présentes sur plusieurs terrains où les conditions de sécurité demeurent un souci majeur. Il s'agit de terrains de conflits où nous apportons des soins et secours aux populations depuis de très nombreuses années comme en Somalie, dans le Kivu (en République Démocratique de Congo) ou au Pakistan. Mais aussi de conflits réurgents comme au Soudan ou encore de nouveaux conflits apparus dans le sillage des révoltes du monde arabe : en Syrie, au Yémen, en Libye et, par extension, au Sahel... pour ne citer que ces quelques exemples,

Dans chacune de ces situations, au vu des risques encourus, la question de la pertinence de notre présence se pose en permanence.

Cet accroissement des situations d'insécurité complique le suivi de l'ensemble de nos opérations sur ces terrains. Nous sommes à la merci de la moindre négligence ou plutôt de la moindre inattention alors que justement ces situations nécessitent une attention de tous les instants.

Et même si les besoins de ces populations et les horreurs qu'elles subissent sont inacceptables, nous avons le devoir de garder la tête froide et de nous tenir à certains principes de base :

1/ Nous n'avons pas vocation au martyr : il faut savoir nous arrêter avant qu'il ne soit trop tard.

2/ La négociation est et doit demeurer un mode opératoire prioritaire et nous permettre d'agir en ayant fait nos choix en toute indépendance.

3/ Méfions-nous des recettes, règles et outils divers et variés qui nous assurent un faux sentiment de sécurité et peuvent nous amener à baisser la garde. C'est la compréhension de l'environnement dans lequel nous travaillons qui est la condition sine qua non de la sécurité de ceux d'entre nous qui interviennent sur le terrain. Certes, leur sécurité relève d'une responsabilité institutionnelle, mais se construire son propre jugement est et restera de la responsabilité de chacun.

Ajoutons un facteur d'importance : dans l'ensemble de ces situations de conflit très risquées pour la sécurité de nos équipes, MSF reste l'acteur médical de référence, loin devant le CICR (Comité international de la Croix-Rouge), pour qui l'action médicale est moins une fin qu'un moyen. La nature médicale de notre association nous distingue des autres acteurs de l'aide ; c'est un atout dont nous devons avoir conscience qu'il renforce nos capacités à négocier un espace de travail. C'est aussi une responsabilité.

Les opérations en zone de conflits

En Libye, les équipes de MSF sont d'abord intervenues dans un hôpital de Benghazi, point de départ de l'insurrection, puis, à partir du mois d'avril 2011, dans un hôpital de la ville assiégée de Misrata. Elles ont réalisé près de 700 interventions chirurgicales entre la mi-avril et la fin octobre 2011, dans des conditions de sécurité très tendues et au prix d'énormes difficultés d'accès.

Dans les zones contrôlées par le régime, nos possibilités d'action sont restées extrêmement limitées. Notre équipe n'a pu entrer dans Tripoli qu'après la prise de la ville par la rébellion soutenue par les forces de l'OTAN.

Une fois le conflit terminé, d'un commun accord, l'ensemble des sections MSF a décidé de ne garder sur place qu'un dispositif opérationnel réduit. Ce sont nos collègues de la section belge qui sont restés pour apporter des soins aux blessés et surtout aux prisonniers. Cependant, en début d'année 2012, ils ont dû interrompre cette activité en milieu carcéral, en raison de la multiplication des cas de torture dont ils étaient les témoins et de leur incapacité à infléchir l'attitude des responsables locaux concernant ce problème. Ils ont accompagné leur retrait d'une prise de parole publique dénonçant la torture dans les centres de détention et l'absence de réaction des responsables, prise de parole que nous avons bien sûr relayée.

La Somalie est revenue sous les feux de l'actualité à partir de l'été 2011 avec l'apparition d'une crise alimentaire et nutritionnelle, qualifiée de famine par les acteurs de l'aide et la presse internationale, mais aussi avec la reprise des combats et, pour MSF, avec une série noire d'enlèvements et d'assassinats.

Je voudrais faire un rappel historique sur l'état dans lequel se trouvaient nos actions et nos réflexions juste avant que cette nouvelle crise n'affecte le pays au début de l'été 2011.

La complexité de la situation politique en Somalie, la polarisation et la radicalisation des combattants, le clanisme et le tribalisme qui façonnent la société somalienne ont toujours rendu toute intervention dans ce pays extrêmement difficile et délicate à mener.

Dans les derniers mois de l'année 2010 et au début de l'année 2011, nous en étions à remettre en cause notre action dans les zones tenues par les rebelles radicaux islamistes Shebabs en raison des limitations inacceptables qu'ils nous imposaient. Dès le début de l'été, nous commençons à entrer en tension avec eux.

Puis l'évolution de la situation alimentaire et politique sur le terrain a changé la donne. Nous n'avons jamais voulu joindre notre voix aux Cassandres qui annonçaient les millions de morts se profilant dans le sillage de la famine. Toutefois nous avons considéré la situation comme extrêmement grave pour les populations et nous avons tout mis en œuvre afin de tenter de leur porter secours. Ces secours ont malheureusement été limités, en raison de la complexité de la situation sur le terrain et du danger permanent encouru par nos équipes. Et c'est justement pour mettre en avant cette complexité à porter ces secours que nous avons pris la parole publiquement, allant ainsi à l'encontre d'autres organisations qui appelaient aux dons en laissant penser qu'ensuite l'action allait de soi.

A l'heure où je vous parle, le paysage politique de la Somalie est, une fois de plus, en pleine transformation. Le mouvement MSF ne dispose pas de toute sa marge de manœuvre pour prendre ses décisions, car, je le rappelle, nos 2 collègues espagnoles sont toujours détenues, et toute action doit être mesurée à l'aune de l'impact qu'elle pourrait avoir sur leur sort.

Nous avons cependant une certitude : nous ne voulons pas rester dans ce pays à n'importe quel prix ; certes, la situation humanitaire des Somaliens est désastreuse depuis des décennies ; mais ce n'est que si nous pouvons respecter nos principes d'intervention (pouvoir nous-mêmes évaluer les besoins et faire le choix des secours à apporter aux populations) et nous assurer des conditions de sécurité que nous estimons les plus sûres possibles, que nous pouvons envisager de poursuivre notre action. Si ces conditions n'étaient plus remplies, il faudrait savoir nous retirer.

En Syrie, l'accès pour les organisations humanitaires reste extrêmement limité pour ne pas dire nul. Le régime syrien n'accorde ni autorisations pour intervenir ni même espace pour en discuter et négocier. Nous maintenons nos efforts diplomatiques pour essayer d'obtenir cet accès mais les chances de succès sont très limitées, il faut en être bien conscient. Les interventions « clandestines » sont très dangereuses. Au mois de mars, une équipe de MSF qui s'est rendue sur place a été témoin de l'impossibilité pour les blessés d'accéder aux soins et a constaté l'extrême difficulté voire l'impossibilité pour MSF de pouvoir intervenir.

L'action de MSF est donc forcément limitée en termes d'opérations dans ce pays. Notre soutien a essentiellement consisté à approvisionner des réseaux de médecins en matériel et médicaments.

Début 2012, nous avons pris la décision de rendre publics les témoignages de nos collègues et des patients syriens que nous avons pris en charge pour dénoncer l'utilisation systématique de la médecine comme outil de répression.

Le régime est dans une logique d'enfermement jusqu'au-boutiste et même s'il nous faut continuer à négocier, nous devons rester lucides sur les capacités de succès de ces négociations. Aujourd'hui notre soutien en médicaments et matériels a atteint ses limites. Quant à une éventuelle intervention clandestine sur le territoire syrien, elle s'avère beaucoup trop dangereuse pour être envisagée à l'heure actuelle. Toutefois, nous allons continuer à nous exprimer sur la situation médicale, la situation des patients et des blessés dans ce pays ; à renforcer notre action aux frontières, en portant secours aux réfugiés et aux blessés (ce que nous faisons aujourd'hui dans l'hôpital d'Amman (Jordanie) ; à suivre la situation qui est extrêmement volatile afin d'être en mesure de saisir toutes les opportunités.

Au Yémen, depuis 2007, les opérations de MSF étaient concentrées dans le gouvernorat de Saada, au nord du pays, où sévissait un conflit séparatiste.

En 2011, elles ont été élargies pour prendre en charge de nombreux autres foyers de tension : soit les mouvements populaires durement réprimés, soit l'instabilité due à la présence de groupes extrémistes islamistes dans certaines régions. A cela, s'ajoute aujourd'hui les menaces que pourrait constituer l'arrivée de Shebabs depuis la Somalie.

Au cours de l'année 2011, pour répondre à ces diverses problématiques, nous avons accru le nombre de projets. Puis nous avons réalisé que la multiplicité de zones de combats, la complexité de chacun des conflits, la disparité de leurs dynamiques propres nous pousseraient à étendre nos opérations dans des limites intenable si nous voulions assurer une maîtrise maximale de la sécurité de nos équipes. Nous avons donc pris la saine décision de réduire le nombre de projets et de sites de déploiement, et nous devons nous y tenir.

Nous avons invité d'autres centres opérationnels de MSF à nous rejoindre. Certes la présence de plusieurs sections dans un même pays est parfois compliquée à gérer mais, dans ce type de situation, c'est la seule solution pour garantir une meilleure couverture de crises aussi complexes et disparates.

Là encore, nous constatons que les structures médicales, les soignants, les ambulances ne sont pas respectés et que la sécurité et la neutralité des lieux de soins ne sont pas garanties. Pour nos équipes sur le terrain, il s'agit d'un enjeu majeur dans la conduite des secours. Il s'agit aussi pour MSF de faire entendre sa voix sur ce sujet.

Dans le Sahel, depuis deux ans, l'évolution de l'environnement politique et en particulier le déploiement dans cette région du mouvement AQMI (Al Qaeda au Maghreb Islamique) nous a amenés à adapter notre appréhension des contextes et nos modes de fonctionnement. Alors que nous menions des programmes ambitieux de santé publique et de recherche opérationnelle au Niger, au Mali et au Burkina Faso, nous avons dû non seulement revoir nos modalités de fonctionnement sur les projets existants , mais aussi étendre nos actions aux populations victimes de l'instabilité qui s'est développée dans cette région.

Au Mali, suite à la crise politique qui a suivi le putsch de mars 2012 et à la sécession d'une partie du pays, les populations fuient le Nord. MSF intervient auprès des réfugiés et déplacés, à la fois au Mali et dans les pays limitrophes, Burkina Faso, Niger.

Toutefois, au Niger comme au Mali, nous nous posons bien sûr des questions sur la façon de continuer les programmes que nous menions depuis de nombreuses années. Il sera nécessaire de trouver un équilibre entre une juste évaluation des risques et les mesures qui en découlent et la poursuite de programmes pertinents, et de nous assurer que les acquis de plusieurs années d'intervention, dans le domaine de la nutrition ou de la pédiatrie, ne se perdent pas.

Tous les conflits que je viens d'évoquer sont médiatisés. A des degrés variables, certes, mais on en entend parler. Il en va tout autrement de la **République Démocratique du Congo**, et plus spécifiquement de la **région des Kivus**, située à l'Est du pays.

Dans la région du Nord Kivu, le niveau de conflit a récemment connu une exacerbation. Mais n'oublions pas que depuis de nombreuses années, le niveau de violence qui sévit dans cette région est resté extraordinairement élevé :

- Les populations vivent sous la menace permanente d'attaques, de vols, de viols, et ce, autant de la part des groupes armés plus ou moins organisés que d'individus armés (assimilés à des bandits), ou de membres des forces armées nationales.
- Les acteurs humanitaires sont ciblés au même titre que ceux qui sont perçus comme ayant des « moyens » : les commerçants, les fonctionnaires, etc.

- Les besoins humanitaires sont très importants ; même si la situation est décrite comme stable ou pacifiée par le gouvernement, la Communauté internationale et la majorité des acteurs humanitaires eux-mêmes.

Dans ce contexte, l'action de MSF est remarquable et reconnue parce qu'elle est efficace dans la durée et parce que l'hôpital de Rutshuru, où nos équipes prodiguent des soins, représente un havre de repos, au sein de cette violence permanente.

Mais, dans cette volonté de répondre à ces besoins, MSF s'est beaucoup exposé. Nous nous sommes presque accoutumés au niveau de violence, de prédation exercé dans la région envers les populations mais aussi envers les humanitaires dont nous-mêmes, en premier lieu. Nous avons été régulièrement ciblés par de nombreux actes de banditisme, dont le dernier a abouti à la prise en otage pendant quelques heures de deux de nos collègues.

Si notre présence est clairement justifiée dans cette région, il est indispensable de revoir nos modalités d'action et d'en garder le cap dans la durée ; ce travail est actuellement en cours de réflexion avec les équipes sur le terrain :

- A l'hôpital de Rutshuru : nous devons y rester mais en modifiant nos relations avec le ministère de la santé. Notre priorité doit être de garantir un accès libre aux soins pour ceux qui se présentent à l'hôpital. Nous devons aussi éviter de recomposer une équipe pléthorique comme ce fut le cas dans le passé.
- A Nyanzale et à Kayna, dans la même région, nous devons rester vigilants face aux pics de violence et de combats et à leur conséquences, ainsi qu'à l'apparition des épidémies. Nous devons apporter des réponses au coup par coup mais d'une durée limitée dans le temps.

Au Soudan, MSF mène des opérations depuis plus de trente ans, en lien avec le conflit qui opposait le Nord et le Sud du pays. En 2011, la donne politique a radicalement changé avec l'accession du Sud à l'indépendance. Toutefois, pour les populations vivant au Soudan du Sud, la situation reste très précaire et l'accès aux soins est toujours une gageure. Le programme d'Aweil se poursuit, mais les tensions réapparues entre le Nord et le Sud sont allées crescendo jusqu'à la situation de guerre dans laquelle on se trouve aujourd'hui. Les populations des zones frontalières qui fuient leur territoire ont trouvé refuge au Soudan du Sud. Nos équipes leur portent assistance et interviennent auprès des réfugiés fuyant les combats, mais aussi directement dans la zone de combat des montagnes Noubas. Là encore, il s'agit d'une opération en zone dangereuse. D'ailleurs, nous avons évacué notre équipe de cette zone récemment, de façon temporaire. Il faut s'attendre à ce que la situation dans ces régions frontalières reste instable, nécessitant dans les mois qui viennent des opérations de secours auprès des populations déplacées par ce conflit.

Les urgences

Les activités en urgence cette année ont concerné en majeure partie nos interventions en zone de conflit, que je viens d'évoquer. Toutefois nos équipes d'urgence ont aussi été largement mobilisées pour les campagnes de vaccination contre la rougeole en RDC, en réponse à une épidémie, et aussi pour répondre à l'épidémie de choléra en Haïti, une intervention qui risque de devoir se répéter. En effet, si fin 2010, la première flambée de choléra avait pris de court tous les acteurs de santé, il ne devrait plus en être de même aujourd'hui. Malheureusement, au printemps 2011, et de nouveau cette année, nous avons constaté un afflux de cas pour lesquels la réponse, hormis celle de MSF, a été très insuffisante.

Les enjeux médicaux

La tuberculose

Depuis des décennies, tout état des lieux du traitement de la **tuberculose** provoque au mieux de la résignation, au pire du désespoir : les mêmes médicaments sont utilisés depuis 60 ans ; des résistances à ces médicaments ont fait leur apparition, les modalités de diagnostic sont compliquées à mettre en œuvre, longues et au final peu fiables ; le seul vaccin existant ne présente que très peu d'efficacité sur la transmission. Et pourtant le nombre de malades au niveau mondial est estimé à près de 10 millions de nouveaux cas par an, et cette maladie tue près de 1,5 million de personnes chaque année. Enfin, le nombre de cas de résistance aux médicaments anciens mais toujours utilisés progresse. Un tableau très noir, donc.

Cependant, aujourd'hui, le ciel s'éclaircit ou peut s'éclaircir : deux nouvelles molécules sont en fin de développement, qui ouvrent la porte à de nouveaux espoirs puisqu'il s'agit de classes thérapeutiques différentes de celles des antituberculeux classiques. Un changement majeur est à l'horizon mais pas pour tout de suite. Il faut d'abord s'assurer que ces molécules ont passé tous les tests et, d'ici 10 à 15 ans peut-être, on peut espérer voir enfin un changement pour les patients affectés par la tuberculose.

Pour nous, cette attente est intenable. Nous devons et nous allons donc traiter la tuberculose comme une urgence et, comme l'ont fait les activistes SIDA dans les années 90, faire pression pour que les phases de développement s'accélèrent afin que les médicaments soient à la disposition des patients et des praticiens le plus vite possible.

Le VIH/SIDA

Dans le domaine du **sida**, la situation est radicalement différente. La recherche est active, tout au moins pour ce qui concerne les patients dans les pays du Nord ; mais en tout état de cause, elle met des moyens à disposition des praticiens du Sud et aussi de nos praticiens à nous, organisations humanitaires. Malheureusement, ces moyens sont trop souvent inaccessibles financièrement ; qu'il s'agisse des traitements de première ligne, alternatifs à ceux que nous utilisons actuellement, ou surtout des traitements de seconde ligne. Leur coût s'élève encore aujourd'hui en moyenne de 1500 \$, très loin des moins de 100\$ que coûte l'actuel traitement de première ligne, la Triomune, désormais largement utilisé.

Aujourd'hui, dans nos projets, nous soignons plus de 30 000 patients avec des traitements de première ligne, et seulement 628 (moins de 2%) avec ceux de seconde ligne. En comparant ces données avec celles de cohortes où les moyens de diagnostic (permettant la détection des échecs des traitements de première ligne) sont disponibles, on voit qu'on est très loin du compte. Dés maintenant, nous nous donnons donc deux priorités : d'une part, diagnostiquer plus efficacement les échecs et puis recommencer notre combat pour l'accès, cette fois-ci pour les médicaments de seconde ligne et, d'autre part, améliorer nos capacités de diagnostic en poursuivant nos recherches sur le terrain. C'est ce qui a été entrepris avec le projet de diagnostic rapide de la charge virale SAMBA, depuis de nombreuses années. Aujourd'hui, l'avancée de ce programme de recherche au Malawi et en Ouganda nous donne l'espoir de pouvoir l'utiliser plus largement. En ce qui concerne l'accès, nous devons désormais revoir nos priorités en matière de pression, de plaidoyer, de lobbying. Après les grandes victoires du début des années 2000 et la chute drastique des prix des médicaments antirétroviraux, nous n'avons sans doute pas anticipé assez rapidement sur les phases ultérieures : l'adaptation de l'industrie pharmaceutique, la mise en œuvre complète des accords de l'OMC (Organisation mondiale du commerce), les difficultés croissantes pour obtenir l'accès aux molécules découvertes plus récemment. Si nous ne sommes pas vigilants, nous risquons de nouveau de nous retrouver dans l'incapacité de pouvoir soigner nos patients correctement. C'est pourquoi, à travers la Campagne pour l'Accès aux Médicaments Essentiels (CAME), notre mobilisation doit s'articuler autour de cet enjeu de l'accès et non plus, comme cela a été trop souvent le cas ces deux dernières années, uniquement autour du financement d'institutions internationales, comme le Global Fund (Fonds global pour la tuberculose, le sida et le paludisme).

La nutrition

En 2011, dans nos programmes, nous avons soigné 50 000 enfants pour malnutrition sévère. Ce nombre est en diminution de 40% par rapport à 2010, année où la situation nutritionnelle et alimentaire était critique dans de nombreuses régions, en particulier au Sahel. L'alerte lancée en début d'année 2012 par des gouvernements de cette région a permis une mobilisation préventive plus efficace de la part des acteurs majeurs. Aujourd'hui, le diagnostic quant à la situation ou à sa qualification est très variable selon les acteurs. Pour MSF, il s'agit d'être prêts à répondre aux situations d'urgence dans la région (situation d'ailleurs différente d'un pays à l'autre), mais surtout de rester mobilisés sur la question de la malnutrition qui s'apparente dans cette région à une situation de crise permanente.

C'est en effet à travers la mise en œuvre de politiques nationales efficaces qu'on pourra agir pour diminuer la prévalence de la malnutrition chronique, l'incidence de la malnutrition aiguë, et réduire la mortalité infantile.

Pour MSF, l'enjeu consiste donc à développer les stratégies les plus adaptées et les plus efficaces pour atteindre ces objectifs, en agissant à la fois sur le volet préventif et sur le volet thérapeutique.

C'est dans ce cadre que prend place le développement d'un paquet de soins pédiatriques incluant la prévention nutritionnelle, ou encore l'étude très ambitieuse menée par Epicentre au Niger et qui compare différentes stratégies de distribution de suppléments alimentaires aux jeunes enfants : différents types de suppléments, associés ou non à des transferts d'argent, ou comparés à des transferts d'argent seuls. La recherche de solutions praticables à une large échelle, et non pas uniquement de succès dans des programmes expérimentaux comme les nôtres, nous pose la question de la stratégie de distribution des suppléments alimentaires. Jusqu'ici MSF a en effet développé des programmes logistiques d'ampleur, incompatibles avec le fonctionnement habituel des systèmes de santé. Là aussi, nous devons travailler à rechercher des stratégies alternatives à ces modalités de distribution.

Sur un plan plus général, c'est la question du financement de la lutte contre la malnutrition en termes d'enjeu de santé publique qui se pose. Aujourd'hui, pour réussir à financer des actions de santé publique visant à agir sur la malnutrition, il faut d'abord tirer la sonnette d'alarme et ne compter que sur des financements d'urgence. Pourtant, c'est sur le long terme que cet enjeu doit être pris en compte : en s'assurant que, dans les zones de forte prévalence de la malnutrition, les enfants reçoivent une prévention régulière, que les structures de santé sont prêtes et le personnel formé. C'est en appliquant les stratégies les plus simples et les plus adaptées possibles qu'on peut lutter de façon efficace contre ce problème.

La santé des femmes

La proposition d'offre de soins pour les femmes progresse dans nos projets, même si on observe une diminution du nombre de consultations, liée à la fermeture de certains programmes entre 2010 et 2011. En revanche, le nombre d'accouchements pris en charge par nos équipes est en augmentation.

Par ailleurs, nous rencontrons toujours des difficultés à mettre en place de façon systématique dans les consultations anténatales des actions de prévention de la transmission materno-fœtale du virus du sida.

Si la prévention de la transmission est effective dans les programmes spécifiques VIH-SIDA, c'est en raison du suivi rapproché de ces patientes. Il s'agit de l'option B+ qui implique que toute femme diagnostiquée séropositive lors d'une consultation anténatale se voit proposer un traitement, quelque soit son niveau de CD4 ou son statut clinique. Cette prévention est extrêmement efficace dans ce type de programmes, mais s'avère beaucoup plus difficile à mettre en place dans les programmes non spécifiques au traitement du VIH-SIDA et c'est une question qu'il nous faut continuer à investiguer.

Je voudrais aussi tirer la sonnette d'alarme en ce qui concerne la pratique des interruptions de grossesse dans les programmes MSF. Le nombre rapporté de ces actes reste très bas. Même s'il est sans doute sous-estimé, il reflète quand même une sous-activité dans ce domaine qui n'est pas en accord avec la politique volontariste que nous avons mise en place. Toutes nos équipes doivent être sensibilisées à cet enjeu et nous devons comprendre projet par projet quels sont les blocages qui expliquent une telle défaillance et y remédier.

La qualité des médicaments

Cette question s'est posée de façon aiguë cette année. En 2011, les équipes de MSF au Kenya ont constaté des anomalies dans certains des médicaments antirétroviraux qu'elles distribuaient aux patients. Les lots incriminés ont été retirés et une enquête a été lancée pour

identifier les sources du dysfonctionnement. Cet incident n'a pas eu de conséquence médicale pour nos patients : 3000 d'entre eux susceptibles d'avoir reçu à un moment ou un autre ces médicaments défectueux ont toutefois été rappelés et leur charge virale contrôlée. Cependant, il nous rappelle l'importance de ne pas relâcher notre vigilance à toutes les étapes de la chaîne d'approvisionnement (en donnant la priorité à l'approvisionnement international partout où cela est possible) afin d'assurer la qualité des médicaments que nous fournissons à nos patients. Cela ne doit pas être un facteur de blocage et nous empêcher d'intervenir, mais, au contraire, cela doit nous pousser à être imaginatifs sur les moyens à nous donner pour poursuivre nos actions dans les meilleures conditions.

Les projets à long terme

La réponse aux urgences reste bien sûr au cœur de notre mission et nos ressources sont orientées afin de pouvoir assurer ces interventions. En 2011, elle a d'ailleurs représenté plus du tiers de notre activité.

Mais depuis deux ans, nous discutons, plus sérieusement et plus intensément, de projets à long terme et plus particulièrement des hôpitaux long terme, avec une première opération qui devrait se monter à Haïti.

Pourquoi vouloir réaliser ce type de projet ? Tout d'abord pour répondre aux besoins d'une population affectée par la violence sociale en milieu urbain, qui souffre d'un manque récurrent d'accès aux soins, tout en accompagnant la transition de l'offre médicale.

Ce genre de projet est aussi intéressant pour MSF car il constituera un lieu d'acquisition et d'échange de savoirs et d'expériences, et un lieu de recherche.

Il s'agit au stade où nous en sommes de notre évolution, d'une étape indispensable dans le renforcement et le soutien à la mise en œuvre de nos opérations.

En effet, même si, depuis quelques années nous avons structuré notre support au travail dans les hôpitaux (développement du biomédical, investissement dans la gestion hospitalière), nous avons besoin de consolider nos acquis et de développer notre expérience. Nous devons aussi être capables de faire face à de nouveaux défis, tout autant dans le champ des pathologies que nous voulons prendre en charge (je pense ici aux maladies chroniques), dans celui de l'étendue et de la qualité des soins que nous voulons apporter que dans celui de notre capacité à gérer des hôpitaux dans toute leur complexité.

L'implantation des hôpitaux long terme va bien sûr répondre à des besoins locaux spécifiques. A Haïti aujourd'hui, il s'agit de ceux de populations privées de soins, souvent exclues, soumises à la violence, avec peu d'espoir d'amélioration à court et même à moyen terme. Mais, au-delà de la réponse aux besoins, il s'agira d'une plate-forme idéale pour apprendre, dans des domaines nouveaux pour nous, pour former le personnel local mais aussi international, et pour innover dans un cadre stable et organisé.

Contrairement à nos habitudes, ce projet est travaillé en amont de sa mise en œuvre. Cela suscite forcément des questionnements, mais qui ne doivent pas nuire à la dynamique du projet.

Dans le même ordre d'idée, et même s'il a eu une genèse différente, le projet de l'hôpital d'Amman (Jordanie) a aussi vocation à s'inscrire dans la durée. Il a été initialement conçu pour porter assistance aux victimes de la guerre en Irak, à un moment où le déploiement d'équipes à l'intérieur de ce pays était impossible. Aujourd'hui, au-delà de cet objectif initial, il est devenu l'hôpital de référence pour les blessés de l'ensemble de la région. Non seulement c'est un lieu qui permet à nos pratiques médicales de progresser, qu'il s'agisse de la prise en charge reconstructive des blessés graves, mais aussi de la réhabilitation psychologique et psychosociale de nos patients, mais en plus, il nous montre que ce modèle opérationnel est parfaitement adapté pour fournir des soins de qualité à des blessés graves en situation de guerre. Ces blessés reçoivent les premiers soins et sont stabilisés sur place puis transférés à distance, à l'écart du conflit. Le plateau technique mis à disposition permet la prise en charge la mieux adaptée à la condition des patients. Il nous permet aussi de repousser encore les limites en matière de qualité de soins.

Je vais maintenant rassurer ceux qui ont des inquiétudes : ces projets à long terme n'ont pas vocation à prendre la place sur ce qu'on considère comme l'activité classique de MSF, et en particulier sur les urgences. Mais à mon avis, à ce stade de notre développement, ils me paraissent indispensables.

Cette évolution me semble incontournable, tout comme l'a été le passage au traitement des patients atteints du sida dans les années 2000. Notre engagement dans les programmes sida avait signé cette volonté d'inscrire notre action dans une durée indéterminée.

L'action entreprise à la suite de la révolution nutritionnelle du milieu des années 2000 nous a aussi amenés à nous projeter dans la durée avec des objectifs plus précis certes, mais auxquels il reste difficile de fixer un terme. Nous avons encore des difficultés car nous savons que nous sommes là « pour longtemps ».

Enfin, les hôpitaux à long terme, dont l'idée a été lancée il y a deux ans, représentent la partie la plus récente, mais aussi la plus « spectaculaire » de cette approche à plus long terme.

Au final, il ne s'agit donc pas de changer l'identité de MSF mais de garder un juste équilibre entre nos programmes à long terme, à court terme et en urgence.

Avant de clore ce chapitre sur nos opérations, et parce qu'il est important aussi d'analyser nos erreurs, je voudrais vous exposer le cas de notre programme en **République centrafricaine**, où nous avons mis sans doute trop de temps à réagir à une situation critique.

Dans ce pays, aujourd'hui, les enjeux liés au conflit sont moins prégnants, même si d'autres zones d'instabilité peuvent toujours apparaître. Et si la population reste très vulnérable avec des possibilités d'accès aux soins extrêmement limitées, c'est en raison de la faiblesse de la présence de l'Etat dans toutes ses missions.

En 2010, un nouveau projet a été ouvert par MSF à Carnot, à l'ouest du pays. Son objectif était de proposer une prise en charge aux patients affectés par le sida et la tuberculose. Notre intervention se proposait d'intégrer les acquis des programmes sida sur lesquels nous avons travaillé depuis des années. Dans ce cadre, nous avons mené une enquête, après avoir commencé le programme, pour évaluer la situation initiale. Ses résultats, connus en juillet 2011, ont révélé des taux de mortalité très élevés dans la population, dépassant largement les seuils d'urgence, et dus à d'autres facteurs que le sida. Face à cette situation, la réponse de MSF a été trop lente à se mettre en œuvre (c'est quasiment au début 2012 que les actions ont réellement été lancées) et cette lenteur doit nous interpeller. D'autant plus qu'il s'agit

pour nous d'une réponse classique à ce type de problème : cibler les populations les plus vulnérables, les enfants de moins de 5 ans, et mettre en place des consultations et des hospitalisations pédiatriques. Selon moi, cette lenteur de la réponse est un vrai problème, qui relève sans doute de plusieurs facteurs :

- nous avons manqué de capacité d'adaptation : les activités ciblant les pathologies tueuses auraient dû prendre le pas en urgence sur les activités du programme VIH/sida/tuberculose.
- la volonté de ne pas perturber le système de santé national (recouvrement des coûts, etc.) a pris le pas sur la nécessité de donner une réponse efficace rapide.
- Il a sans doute manqué une évaluation initiale digne de ce nom avant l'ouverture du programme : le savoir faire des équipes des missions exploratoires et des évaluations est indispensable.

Des actions ont été entreprises pour remédier à la situation, actions qui devront être suivies de près.

Mais il est aussi fondamental de savoir revenir sur ce genre de situation, d'analyser les raisons de cette lenteur et de ce retard qui sont multiples et qui nous obligent à revoir nos modes de travail. La cellule d'évaluation nous permet ce genre de travail a posteriori et c'est ce qui a été fait dans cette situation.

Le positionnement public

Au cours de l'été 2011, la situation dans la **Corne de l'Afrique** a mobilisé l'attention des médias, dans la foulée des appels à l'aide des organisations d'aide, au premier rang desquelles l'UNICEF et AICF en France. Le discours très généralisateur et culpabilisant, parlant de « famine » dans toute la Corne de l'Afrique, nous a mis mal à l'aise tant il était simpliste. Nous avons souhaité et tenté d'avoir une parole plus nuancée, décrivant la situation pour ce qu'elle était, c'est-à-dire grave, mais sans verser dans les caricatures habituellement liées aux descriptions de la famine. Ce terme de famine évoque en effet pour beaucoup d'entre nous, mais aussi pour le grand public, des situations exceptionnelles comme celle de l'Ethiopie au milieu des années 80, du Soudan en 1988 ou 1998 ou encore de l'Angola en 2002. Nous n'étions pas exactement dans ce cas dans la Corne de l'Afrique en 2011.

Par ailleurs, parler de la situation nutritionnelle dans la Corne de l'Afrique revenait à décrire des situations très différentes d'un pays à l'autre, des raisons à la crise très variables et, du coup, des réponses radicalement différentes.

Nous avons donc choisi d'avoir un discours centré autour de la situation en Somalie où les effets des dérèglements climatiques conjugués au conflit concourraient à rendre la situation dramatique pour les populations. Nous savions aussi que les possibilités d'accès et de secours des populations étaient elles-mêmes extrêmement limitées. Notre discours a été difficilement audible, noyé dans le discours ambiant global et dramatisant, et nous avons aussi été accusés par les autres organisations de vouloir minimiser la gravité de la situation.

Il faut ajouter que nous avons aussi souffert de notre incapacité collective à fournir des informations de terrain pouvant nous donner un diagnostic et une image plus solides de la situation.

Une situation analogue s'est dessinée en ce début d'année avec la famine annoncée dans **le Sahel**. Les gouvernements de la région ont lancé l'alerte très tôt, jugeant la situation en termes de récolte très inquiétante et donc menaçante en termes de sécurité alimentaire. Aussitôt la mobilisation « spécial famine » s'est mise en place : financements d'urgence, appels aux dons, sur-dramatisation. Pour nous, qui sommes très vigilants sur l'utilisation du terme de famine dans cette région, il s'agissait quand même de répéter notre discours sur les enjeux en matière de malnutrition des populations vulnérables et de montrer qu'il s'agit d'une catastrophe chronique. C'est ce que nous avons tenté dans une tribune intitulée : « Sahel : les dessous de l'urgence nutritionnelle », parue au début du mois d'avril, sur le site du quotidien Le Monde.

Il me semble que c'est dans cet équilibre à trouver pour une juste description de la réalité face à l'escalade dramatisante et culpabilisante d'autres acteurs que nous devons trouver notre voie.

En Syrie, c'est l'essence même de notre action médicale qui est en jeu. L'utilisation des lieux de soins, des hôpitaux, à des fins répressives, le ciblage systématique des patients blessés et de ceux qui les soignent et, en premier lieu, des médecins, nous sont apparus comme une réalité intolérable autant via le témoignage d'autres organisations, comme les organisations de défense des droits de l'homme comme Amnesty International, qu'à travers nos propres constatations et les témoignages recueillis auprès de médecins avec qui nous avons réussi à travailler. Nous avons donc voulu témoigner de cette situation. Cela a été long, avec des négociations parfois difficiles, en particulier avec nos collègues du centre opérationnel de Bruxelles (qui tentent aussi comme nous d'intervenir en Syrie), mais le témoignage que nous avons produit était fort et a marqué les esprits.

Dans ce type de situation extrême où l'accès nous est quasiment impossible, où les atteintes à la vie et à la sécurité des malades et des blessés sont constantes, où les médecins eux-mêmes sont pris pour cible et où notre implication nous amène à être persuadés de la réalité des faits, il est de notre devoir de témoigner.

Cette première prise de parole a été suivie d'une deuxième, après la visite d'une équipe à l'intérieur du pays, dans les conditions très précaires que j'ai évoquées tout à l'heure. Si cette deuxième prise de parole était pertinente, elle est quand même intervenue très tard après le retour de notre équipe, perdant par là-même de sa force.

Et, pour finir sur les prises de positions, je voudrais rappeler qu'en janvier, lors de la réunion des conseils d'administration du groupe OCP (centre opérationnel de Paris), nous avons réaffirmé l'importance pour MSF de prendre la parole face à de telles situations extrêmes. La prise de parole autour de la Syrie illustre cette volonté et nous devons rester vigilants à pouvoir garder ce cap.

Les ressources

Collecte de fonds, communication et notoriété

En 2011, notre collecte de fonds en France n'a pas atteint ses objectifs. On peut sans doute l'expliquer en partie par la détérioration de la situation socio-économique, mais il est clair aussi que, pendant trop d'années, MSF a peu investi en communication de notoriété et que les

effets de cette négligence se manifestent aujourd'hui. En 2011, et en lien avec notre quarantième anniversaire, nous avons donc engagé des opérations visant à accroître notre visibilité auprès du grand public, mais aussi de publics plus ciblés. C'est ainsi que nous avons lancé au cours de l'année des rencontres publiques directes avec nos donateurs dans les régions. Deux expositions ont été réalisées et ont circulé dans différentes villes de France : celle déclinée à partir du livre de photographies de Rip Hopkins et celle à destination des professionnels de santé présentée dans les Centres hospitaliers universitaires. Cette dernière se poursuit en 2012.

Mais il nous faut aller plus loin. Nos actions visant à améliorer notre notoriété sont en développement cette année et seront poursuivies au-delà. Une campagne de communication publique est en cours d'étude et de préparation et devrait se dérouler d'ici la fin de l'année. Ces actions et investissements importants sont nécessaires pour améliorer notre collecte de fonds et pour nous permettre de financer nos ambitions opérationnelles.

Il nous faut aussi être capables de communiquer de façon plus fluide et plus naturelle. Nous ne devons pas avoir de complexes (ou de fausse modestie) à parler simplement des actions de MSF sur le terrain auprès de populations précarisées par les crises et les conflits, sans forcément accompagner notre communication d'un message élaboré.

Mais pour cela, il nous faut être réactifs, être prêts à saisir les opportunités médiatiques et même savoir les provoquer. Il nous faut aussi tirer partie de notre présence en France à travers les antennes régionales pour améliorer notre visibilité dans le grand public.

J'ai mentionné plus haut les deux expositions liées à notre 40^{ème} anniversaire. D'autres actions ont été mises en œuvre dans ce cadre : l'élaboration et la diffusion du livre « Agir à tout prix », la présentation du film « Living in emergency » dans les facultés... Même si les retombées médiatiques de ces événements ne sont pas négligeables, l'opportunité de notre 40^{ème} anniversaire n'a sans doute pas été exploitée à la hauteur de ce qui aurait été possible et c'est dommage.

Les ressources humaines

Je voudrais une fois de plus insister sur cette composante essentielle de notre action que sont les ressources humaines.

En 2011, notre très forte activité opérationnelle a requis le recrutement et l'envoi sur le terrain d'un nombre très important de personnels. Et je tiens ici à remercier et à féliciter les équipes qui travaillent dans le département des ressources humaines pour les efforts fournis à cet effet.

Mais cette mobilisation ne doit pas nous faire oublier les indispensables chantiers de fond à mener dans ce domaine, qui nous permettent d'être capables à la fois de répondre aux besoins et urgences en cours, et de construire une politique de ressources humaines adaptée sur le long terme. Je tiens à souligner ici que c'est un enjeu qui, au-delà du département des ressources humaines, concerne et doit impliquer l'ensemble de notre organisation.

Il nous faut en effet être capables de recruter les personnes adaptées à nos projets, de les intégrer. Il nous faut aussi accompagner ceux qui ont vocation à s'engager plus longtemps dans l'organisation afin d'assurer la conduite de nos missions dans toute leur diversité et de la façon la plus efficace possible, et aussi de former les responsables opérationnels et de construire les politiques de demain.

Pour cela, nous devons revoir les conditions d'emploi, les conditions de travail, les fonctions de l'ensemble de notre personnel, qu'il soit national ou international. Il s'agit aussi de revoir la politique de mobilité entre les sièges et le terrain pour favoriser l'évolution interne.

Enfin, et surtout, il s'agit de définir notre politique de formation, avec une priorité donnée dans un premier temps aux formations destinées aux cadres médicaux et opérationnels. A terme, des actions ambitieuses pourront être lancées, qu'il s'agisse par exemple de mettre en place, pourquoi pas, un satellite chargé de la formation, ou de créer un master de coordination humanitaire, projet déjà envisagé il y a quelques années mais que nous sommes en train de remettre sur les rails.

L'état de l'organisation

Le centre opérationnel de Paris (OCP)

Je voudrais parler de l'organisation du centre opérationnel de Paris et revenir sur une question que nous avons mise sur la table depuis de nombreuses années, sans toutefois la traiter à la hauteur de sa gravité.

Nous le savons, MSF a évolué et grossi au fil des ans, tout en gardant peu ou prou la même organisation et les mêmes modes de fonctionnement que ceux du début des années 90. Pourtant, les opérations déployées aujourd'hui sur le terrain sont sans commune mesure avec ce qu'elles étaient à l'époque. Elles ont augmenté, se sont diversifiées, se sont complexifiées. En parallèle le siège a évolué, le groupe OCP (centre opérationnel de Paris) s'est formé et développé ainsi que le mouvement international de MSF. L'action humanitaire, dans son ensemble, a évolué et - je l'ai déjà évoqué - le rôle de Médecins Sans Frontières en tant qu'organisation humanitaire médicale est devenu prépondérant.

Pourtant, nous avons toujours remis à plus tard le travail de fond sur l'adaptation de notre organisation et de notre fonctionnement. En particulier, nous avons trop longtemps repoussé la révision globale de nos modalités de travail au siège et de l'interaction entre le siège et nos missions sur le terrain. Les solutions *ad hoc* mises en place n'ont fait que rendre l'organisation de moins en moins lisible et compliquer

les processus de prises de décision qui sont souvent mal compris, et en tout cas très longs. Au final, chacun éprouve des difficultés à trouver sa place, à comprendre son rôle et à connaître ses responsabilités au sein de l'association.

Ce constat alarmant nous a mis au pied du mur : nous devons absolument consacrer le temps nécessaire à résoudre ces problèmes.

Et je suis convaincue, de même que mes collègues du Conseil d'administration, que c'est maintenant et ensemble qu'il nous faut mener ce travail.

Notre plan annuel 2012 a donc posé la réorganisation comme une de nos priorités : amélioration du fonctionnement interne dans un premier temps, avec une attention particulière à nos politiques de ressources humaines (la mobilité, la promotion interne et la formation) et à la redéfinition de notre mode d'organisation ensuite. Le Conseil d'administration se montre particulièrement vigilant à ce que cette priorité soit suivie tout au long de l'année et à ce que les moyens nécessaires en temps et en ressources y soient consacrés.

A cet effet, le CA a créé en son sein deux commissions : l'une se consacre à suivre la révision de notre organisation, qu'il s'agisse des questions à régler de façon prioritaire dans l'année qui vient ou de l'élaboration de propositions pour le plus long terme. L'autre est chargée de revisiter notre modèle de gouvernance.

Un point d'étape est présenté à chaque réunion mensuelle du Conseil d'administration au cours duquel sont décrits les progrès accomplis, les difficultés rencontrées et les prochaines étapes.

Cette démarche de réorganisation est indispensable et demande des efforts de la part de tous. Pour réussir, nous avons besoin d'un investissement collectif à la hauteur des enjeux. Le Conseil d'Administration a considéré que c'était une priorité pour l'année 2012 et restera vigilant à ce que ce travail soit mené afin que chacun trouve sa place au sein d'une association mieux organisée, pour plus d'efficacité au bénéfice de nos opérations et des populations concernées.

Bien entendu, cette réorganisation s'inscrit dans le cadre du **groupe opérationnel de Paris (OCP)** et dans l'interaction de plus en plus concrète que nous mettons en place avec nos sections partenaires.

La construction du groupe OCP va de l'avant. La collaboration entre les associations des Etats-Unis, d'Australie, du Japon et de France s'organise et s'intensifie.

Un accord, qu'on appelle dans notre jargon un MOU (Memorandum Of Understanding), a été signé entre nos 4 associations en début d'année, qui définit un cadre de travail. Il est basé sur la volonté de tous de conduire nos opérations de la façon la plus efficace, la plus dynamique possible en exploitant les atouts de chacun. Un comité conjoint, le comité de groupe, a été formé : il comprend trois administrateurs délégués par chacun des Conseils d'administration du groupe, mais tous les administrateurs de chacun des conseils d'administration du groupe sont invités à participer à toutes les discussions. Le comité de groupe est chargé de définir et de valider les grandes orientations stratégiques d'OCP et se réunit à trois reprises dans l'année pour en débattre. Par ailleurs, afin d'impliquer de plus en plus nos collègues des autres sections du groupe, nous avons décidé d'ouvrir la partie opérationnelle des réunions du Conseil d'administration de la section française aux membres des CA des autres sections.

Le MOU est une étape importante non seulement pour notre groupe, mais aussi pour le mouvement international MSF. Le groupe OCP contribue en effet de façon majeure aux opérations menées par l'ensemble des centres opérationnels, que ce soit en apportant des ressources financières, des ressources humaines ou en matière de soutien spécifique dans certains domaines, à travers Epicentre, MSF Logistique ou le département juridique pour n'en citer que quelques-uns.

Je tiens ici à remercier particulièrement mes collègues présidente et présidents des sections japonaise, américaine et australienne grâce à qui cet accord a pu être mis en place. Je pense que nous avons su dépasser les intérêts de chacune de nos sections pour nous projeter dans un projet ambitieux. Qu'ils en soient remerciés, avec une pensée particulière pour Matt Spitzer, dont le mandat à la tête de la section des Etats-Unis va se terminer dans les jours qui viennent.

Bien sûr, des efforts notoires sur le plan logistique ont été nécessaires et des améliorations sont d'ailleurs encore à venir sur ce plan-là qui nous permettront de travailler ensemble de façon plus efficace ; mais la valeur ajoutée de cette nouvelle organisation est indéniable au vu de la cohésion et de la cohérence qu'elle apporte aux actions du groupe.

Concrètement, un certain nombre de tâches ont déjà été réparties - et ce n'est que le début - entre les responsables exécutifs de nos différentes sections. Je citerai pour exemple la délégation à la section australienne du volet « santé de la femme et de l'enfant », au sein du département médical, ou la prise en charge par cette même section du dossier du développement du système informatique pour le suivi des ressources humaines. Ou encore la prise en charge par la section des Etats-Unis du dossier du système d'informations médicales, lourd et nécessaire dossier, ou encore au sein de la section japonaise du travail dans le domaine des ressources humaines sur le dictionnaire des compétences.

Enfin, quand nous parlons de notre groupe, nous incluons bien sûr les actions menées **par notre bureau des Emirats-Arabis-Unis**. Elles sont en augmentation croissante, qu'il s'agisse du soutien aux opérations menées dans la région -d'ailleurs un desk opérationnel est désormais basé à Dubaï pour nos opérations- ou des activités de communication qui permettent d'accroître notre visibilité vers les publics du Moyen Orient.

Le mouvement international

Au niveau **du mouvement international**, ces dernières années ont été marquées par le long cheminement de la réforme de la gouvernance internationale.

L'année 2011 a vu la mise en œuvre de la réforme associative. Le Conseil International a été dissous, tout comme le Conseil International restreint, et les nouvelles instances ont été mises en place : une Assemblée Générale Internationale, un Conseil d'Administration International. Ce dernier est composé des présidents des 5 centres opérationnels et de 7 membres élus dont le président international. En décembre 2011, la 1^{ère} assemblée générale internationale a eu lieu et les représentants au Bord international ont été élus : Jean-Marie Kindermans, Morten Rostrup, Darin Portnoy, Clair Mills, Michalis Fotiadis et Colin McIlreavy.

Ce Conseil d'Administration International devra incarner l'inspiration du mouvement et en être le véritable moteur, afin de concrétiser l'objectif de dynamisation porté par cette réforme.

Il se met en place et doit encore trouver ses marques. Aujourd'hui, il s'attache à définir quels seront ses axes d'action prioritaire.

En ce qui me concerne, j'estime qu'au-delà de veiller à la cohésion et à la complémentarité entre les membres du mouvement, il doit avoir comme volonté de stimuler les ambitions et de dynamiser les actions médicales du mouvement, de faire en sorte que Médecins Sans Frontières occupe sur la scène internationale le leadership médical qui lui revient, du fait de ses actions sur le terrain.

La réforme de la gouvernance associative internationale avait aussi pour objectif d'ouvrir MSF à de nouveaux membres. Cela pourra se faire de façon individuelle à travers l'association internationale (MWA), mais aussi à travers l'admission de nouvelles associations dans le mouvement et l'Assemblée Générale Internationale. Certes, cette ouverture va nous permettre d'accueillir des idées et des énergies nouvelles, et c'est ce que nous voulions ; mais nous devons également rester vigilants sur ses conséquences en termes de croissance.

Enfin, la dernière étape de cette réforme -et non la moindre- est celle de la **gouvernance exécutive**, qui devra être entérinée dans les semaines qui viennent. Elle prévoit une réduction de la plate-forme exécutive décisionnelle qui sera recentrée autour des directeurs généraux des centres opérationnels.

Elle devra aussi clarifier le rôle et le périmètre d'action du Bureau International.

Dans cet esprit, si nous voulons que cette réforme soit un succès, il faudra à l'avenir veiller à ne pas renouveler les erreurs du passé, à définir des rôles clairs pour chacune des instances mises en place et à respecter cette répartition des rôles.

Il faudra aussi soutenir un mouvement international dynamique et non castrateur, porteur de choix clairs et ambitieux et non d'efforts éparpillés, même si la diversité doit rester un élément essentiel à notre mouvement.

L'association

Cette année, le GUPA (Guichet unique du pôle associatif) -qui soutient la dynamique de notre association- a été réorganisé et un Pôle événementiel a été créé, dont l'action est maintenant autonome par rapport au pôle associatif.

Les objectifs fixés au GUPA par le Conseil d'administration sont maintenant de travailler avec l'ensemble des membres, qu'ils se trouvent sur le terrain ou dans les antennes, pour améliorer la qualité des relations, des échanges et des débats, et soutenir l'ensemble des actions de MSF de la façon la plus dynamique possible. En ce qui concerne les antennes en France, un travail est déjà en cours pour mettre en place des actions de proximité, notamment en matière d'amélioration de notre visibilité.

Par ailleurs, le CA a travaillé cette année pour clarifier les procédures **d'adhésion** à l'association. Tout est inscrit dans les statuts mais il faut savoir comment on fonctionne. Ces procédures d'adhésion devront passer par une demande formelle et non plus être automatique pour toute personne qui part en mission, comme c'était le cas avant, afin de s'assurer qu'il s'agisse pour chacun d'un choix clair et d'un véritable engagement.

Nous avons fait un travail sur les critères d'adhésion parce qu'au niveau international des propositions avaient été faites et nous avons décidé d'en rester aux critères que nous utilisons jusque-là. Le seul changement qui nous paraît important, c'est que l'acte d'adhérer soit un acte clair et volontaire.

Avant de terminer, je voudrais que nous ayons une pensée pour nos camarades disparus en cours d'année que ce soit sur le terrain ou ailleurs, en particulier une pensée pour Alphonse, qui travaillait ici à MSF Logistique depuis de nombreuses années, mais aussi pour Yves Chartier, un compagnon de longue route pour beaucoup d'entre nous, qui avait quitté MSF mais qui était resté très proche et qui continuait à avoir des interactions très fréquentes avec nous.

Je voudrais aussi remercier maintenant l'ensemble des équipes de MSF grâce à qui tout ce travail est possible. Vous voyez que l'ensemble des actions que nous menons est impressionnant et je n'ai pas pu bien sûr vous parler de tout. Mais je voudrais remercier toutes les équipes que ce soit sur le terrain ou au niveau des sièges qui permettent ces actions.

Et finalement apporter mes remerciements à Matt (Spitzer), je l'ai déjà dit, et Philippe Houdart, qui est administrateur de MSF depuis onze ans et dont le mandat se termine aujourd'hui. Je l'invite à continuer à se joindre à nous pour participer aux réunions du conseil d'administration.

Je vous remercie.

Dr Marie-Pierre Allié
Présidente

Mérignac, 2 juin 2012