

Conseil d'Administration - MSF Lux

Lundi 12 septembre 2022

Compte rendu

Administrateurs présents : Seydou Ambié TOGO, Engy ALI, Jean DUBOIS, Philippe GOUTIERE, Myriam GUERBAZ, Carine LILLIU, Christophe WALENTINY, Bechara ZIADE

Administrateurs excusés : Guy BERCHEM

Membres présents : Amrish BAIDJOE, Thomas KAUFFMANN, Carole NUNEZ

Intervenants externes : Meinie NICOLAI, Catherine VAN OVERLOOP

La séance commence à 18h30, l'ordre du jour est le suivant :

SEANCE OUVERTE

- I. Administratif
 - ⇒ Signature du compte-rendu de la réunion de juillet 2022
 - ⇒ Signature du compte-rendu de l'AG 2022
 - ⇒ Approbation de la date de l'AG
- II. Recentralisation sur le terrain

POINTS D'ACTION SUITE A LA REUNION DU LUNDI 12 SEPTEMBRE 2022

	ACTIONS	EN CHARGE	CALENDRIER
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

I. Administratif

Signature du compte-rendu de la réunion de juillet 2022

Le Conseil d'Administration approuve le compte-rendu de la réunion précédente et il est signé par le président.

Signature du compte-rendu de l'Assemblée Générale 2022

Le Conseil d'Administration approuve le compte-rendu de l'assemblée générale du samedi 30 avril 2022 et les administrateurs présents le signent.

Date de l'Assemblée Générale 2023

Le Conseil d'Administration valide la date du samedi 13 mai 2023 pour la prochaine Assemblée Générale.

II. Recentralisation sur le terrain

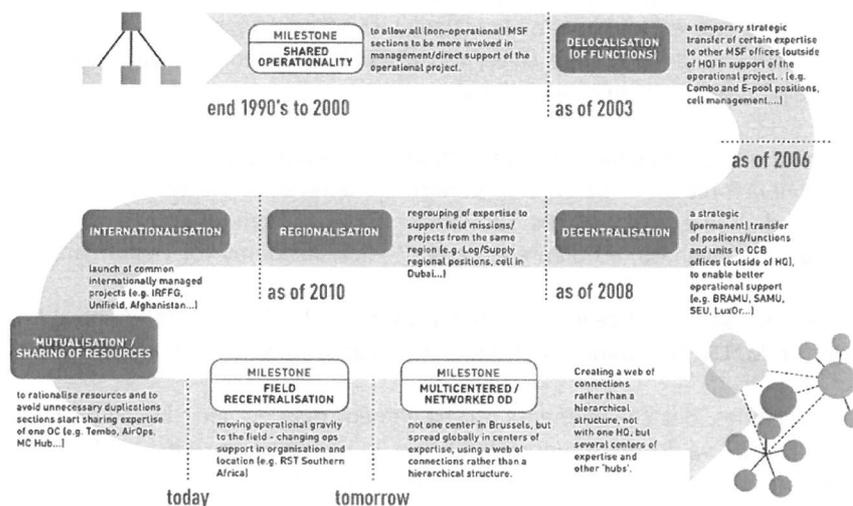
La réunion commence avec un tour de table des participants. Meinie, DG de l'OCB, prend ensuite la parole sur le projet de recentralisation sur le terrain, qui apparaît dans les orientations stratégiques 2020-2023, approuvées par l'OCB Board dont MSF Luxembourg fait partie.



Le but de la visite de Meinie et Catherine (directrice médicale de l'OCB) en ce jour est de faire le lien entre Catherine et LuxOR et de faire le point sur le programme de Recentralisation sur le Terrain (FrC – Field Recentralisation), dont l'objectif est de réorganiser la façon dont MSF travaille, pour devenir une organisation plus globale. En ce qui concerne l'OCB, il s'agit d'aller vers une direction opérationnelle multicentrique et en réseau et d'avoir des connexions autour de différents pôles d'expertises.

Meinie revient sur l'historique en donnant des exemples concrets d'harmonisation (unified, fonctionnal grid, opérations en Afghanistan, mutualisation du support, etc.)

Towards a Multicentered and Networked OD: the past, the present and the future



Le programme de recentralisation résulte d'une volonté de remettre les projets au centre de l'action de MSF. En effet, depuis 30 ans, il y a une multiplication des supports et des équipes, qui aboutit à une lenteur bureaucratique : il s'agit de simplifier toute cette bureaucratie et de devenir plus agile. L'OCB a mis en place deux projets pilotes de recentralisation en Afrique australe et en Afrique centrale, qui seront évalués par la Stockholm Evaluation Unit en 2022 (le processus d'évaluation sera discuté lors du prochain OCB Board).

Le cœur du projet est de mettre en place un support adapté aux opérations, hors de Bruxelles. Les grands principes de la vision sont décrits comme suit :

Towards a Networked &
Multi-Centered Operational Directorate.

Vision



Un leadership médical humanitaire fort et proche du terrain



Décisions prises aussi près que possible de l'acte médical



Géré sous une gouvernance unique (OCB)



Mise en œuvre de manière coordonnée, transversale et cohérente



Associés autour d'un portefeuille de projets ancrés sur le terrain et mis en réseau



Implantés dans des unités de soutien aux opérations contextualisées dans le monde entier



Porté par une force de travail mondiale

En ce qui concerne les objectifs, il s'agit d'augmenter l'impact de nos opérations médico-humanitaires pour nos bénéficiaires au travers d'une fertilisation croisée entre différentes unités :

- ⇒ Adapter les connaissances et le savoir-faire globaux aux besoins locaux/régionaux
- ⇒ Augmenter l'efficacité de nos opérations en partageant les différentes composantes (coûts, ressources) et les mutualiser lorsque cela est opportun.

L'un des exemples de ce modèle est le SAMU (South African Medical Unit), spécialisé dans le VIH/Sida et la tuberculose et qui existe depuis 10 ans. Le SAMU est implanté où la maladie est prévalente, pour être proche des patients, des universités, des activistes, des organisations de la société civile, des activités de plaidoyer, etc. Aujourd'hui, le SAMU est le centre d'expertise VIH/TB et ce pôle sert MSF au niveau global.

La mutualisation touche aussi les domaines de la logistique et du bio médical : il s'agit d'une autre approche qui s'adapte aux besoins locaux et dont la force est de pouvoir apprendre des différentes entités et de créer une fertilisation croisée. Des experts dans différents domaines sont placés sur différents sites, comme pour LuxOR, le pôle d'expertise pour le recrutement qui sera basé à Kinshasa, ou bien encore la Medical Academy for HealthCare, qui sera une ressource pour l'ensemble du mouvement.

Un autre exemple de mutualisation est celle qui se fait autour de WaCA (West and Central Africa) qui ne va pas créer de département médical : un MoU (Mémoirendum of Understanding) a été signé entre l'OCB et WaCA.

En ce qui concerne les cellules, des changements ont également déjà eu lieu : la cellule 5 est devenue RST7 en Afrique australe, une partie de LATAM va devenir un nouveau setup, le pool d'urgence est basé à Bruxelles mais a une antenne à Nairobi et deux autres seront ouvertes en Amérique latine et en Asie. Avant de décentraliser les autres cellules, il y aura une discussion, sur base des évaluations des projets pilotes.

		2022 PORTFOLIO OVERVIEW					
RST 1 based in Kinshasa/DRC	Focus on Central African countries	DRC	CAR	Burundi	Cameroon		
Cell 2 based in Brussels/Belgium	Focus on West Africa	Nigeria	Mali	Benin	Guinea	Sierra Leone	
Cell 3 based in Brussels/Belgium	Focus on East Africa	Sudan	South Sudan	Kenya	Haiti	Ethiopia (Q4)	
Cell 4 based in Brussels/Belgium	Focus on Asia	Afghanistan	Pakistan	Indonesia	Bangladesh	India	
Cell 5 > RST 5 to be based in Brazil	Field Recentralisation ongoing	Venezuela	Brazil				
Cell 6 based in Brussels/Belgium	Focus on Middle East	Syria	Lebanon	Iraq	Palestine	Yemen	Egypt
RST 7 mainly based in Johannesburg / South Africa	Focus on Southern Africa	South Africa	Zimbabwe	Mozambique			
RST 8 mainly based in Brussels/Belgium	Focus on Europe	Greece	Belgium	North-Balkans	Italy		
Emergency Pool		Ethiopia	Mozambique (Cabo Delgado)	Ukraine			

* RST: Regional Support Team

En ce qui concerne l'implantation des différentes composantes de l'OCB, ou de la direction multicentrique des opérations, Meinie présente la carte suivante. Elle précise que « Bruxelles » doit être remplacée par « Europe ».



Beirut nous sert de base de communication pour le monde arabe, Hong Kong, Abidjan et Nairobi seront à développer dans le futur (l'OCB prévoit un centre de logistique basé à Nairobi, notamment pour réduire notre empreinte carbone).

En orange, ce sont les centres/hubs des autres OCs : OCP et OCA ont des cellules à Nairobi, OCBA a une cellule à Bangkok, plusieurs OC sont présents à Aman, Paris est présent à Dubaï, des discussions sont en cours en ce qui concerne Moscou et OCA a une cellule à New-Delhi. Le plan montre que les OCs investissent proche des opérations avec des centres d'expertise, des cellules, etc.

L'OCB veut changer sa manière de gérer les opérations : tout n'est pas basé en Europe, il y a différents sites d'investissement pour l'OCB et il s'agit de travailler de façon transversale, de coopérer avec les autres OCs et de créer des synergies. Tout ceci est ce qui avait été décidé dans les orientations stratégiques 2020-2023 et il y a une volonté de développer ce modèle ensemble.

Suite à la présentation de Meinie, Catherine intervient à son tour. Elle est très enthousiaste par rapport à la vision qu'Amrish a de LuxOR : le volet de support épidémiologique est une réelle valeur ajoutée pour les opérations.

En général, les épidémiologistes s'occupent de la RO, de la surveillance épidémiologique (surveillance et contrôle) et fournissent un support concernant la mise en place des données médicales. Le support épidémiologique à proprement parler est un réel manque sur le terrain : il s'agit donc d'un domaine dans lequel le département médical veut investir. À titre d'exemple, Iro (Epidemiology and Operational Research Advisor) apporte un support à la cellule 3 et LuxOR fournit un soutien dans le domaine de la formation aux épidémiologistes (il s'agit d'un réel network).

Catherine décrit les autres unités médicales et la répartition de l'équipe LuxOR :

- Le MEMU (Middle East Medical Unit) est une duplication du SAMU et est focalisé sur la résistance aux antibiotiques. Il s'agit d'un domaine très prévalent dans la région où ses unités sont implantées. Il y a aussi d'autres institutions présentes localement et qui sont expertes dans ce domaine.
- Recherche qualitative : LuxOR a des postes spécialisés en recherche qualitative avec Umberto (Senior Qualitative Research Advisor) et Caroline (Qualitative Research Mobile Implementation Officer).
- À Beyrouth, Anita (ABR Operational Research Advisor) fait partie de l'équipe avec un focus ABR (résistance aux antibiotiques).
- BRAMU (BRAZil Medical Unit) : cette unité n'est pas spécialisée sur une pathologie, mais se focalise sur les problématiques de la région (santé mentale, violences, santé planétaire, etc.). La volonté est d'en faire une unité intersectionnelle afin qu'ils jouent un rôle de conseiller pour l'OCB.
- Finalisation du MoU avec WaCA (West and Central Africa) : l'OCB va les appuyer sur les différents pôles médicaux (sauf pour la pharmacie), et l'un des articles du MoU inclut également LuxOR. Cela va être un défi car c'est la première fois que l'on va fournir ce type d'appui aux opérations et il est primordial qu'il y ait un sentiment d'appartenance entre WaCA et l'OCB. Pour l'instant la mise en place se fait aux niveaux du Niger et du Nigéria.
- Avec le Codir, la décision a été prise d'investir à Abidjan pour offrir un support régional pour le médical (pour la RDC, la RCA et l'Afrique de l'Ouest). Parallèlement, le support fourni à WaCA justifie totalement d'investir à Abidjan. Une réflexion est en cours autour de 3 postes : Promoteur de la santé ; épidémiologiste et santé planétaire (qui remplace le volet WatSan). Ceci permet d'être plus pertinent dans la réponse et la surveillance aux épidémies, au travers de missions exploratoires, d'évaluation, etc. Le Codir invite tous les DG à penser hors de Bruxelles et en lien avec les autres entités.

C'est dans ce cadre que Catherine et Meinie proposent à MSF Luxembourg de positionner un poste à Abidjan. Elles sont conscientes que cela ne correspond pas à la volonté d'avoir une masse critique de postes basés au Luxembourg, mais il s'agit d'une opportunité pour LuxOR de jouer un rôle important. Être présent en Afrique francophone représente une valeur ajoutée, à savoir la possibilité de servir deux portefeuilles opérationnels. Il s'agit d'un investissement au niveau des ressources humaines, de la logistique et de l'approvisionnement, afin d'apporter un support à la région.

Amrish revient sur les collaborations avec MEMU et BRAMU et accueille positivement le fait de partager les ressources, notamment avec WaCA. Il s'agit d'une opportunité pour la Recherche Opérationnelle d'être plus proche du terrain, au cœur d'un pôle régional car c'est une approche intégrée, au plus proche des besoins opérationnels.

Commentaires & Questions Réponses

Engy est plutôt positive (c'est une proposition qui avait été faite il y a 10 ans). Nous devons cependant bien définir les objectifs pour faire en sorte que ce modèle fonctionne. Il s'agit de plus qu'une personne qui fournit un support aux opérations. Il s'agit de ne pas mettre uniquement un épidémiologiste afin d'éviter l'isolement.

- ⇒ Catherine : le choix pour le département médical a été Abidjan car c'est bien placé stratégiquement entre 2 régions avec beaucoup d'opérations. De plus WaCA a choisi de faire un MoU avec l'OCB car ils ont une bonne estime de ce département médical. Le kick off avec les 3 disciplines pourrait être amené à grandir (nutrition, SRH (santé Sexuelle et Reproductive), ou tout autre domaine d'expertise).

Quelle harmonisation entre les OCs ? si tous les OCs veulent faire le même type de pôle, comment fait-on pour trouver l'expertise ? D'autre part il y a une culture à mettre en place, ce qui prend du temps.

- ⇒ Meinie : En ce qui concerne la recentralisation sur le terrain, on construit sur ce qu'on a appris depuis 2020. La gestion et le support des opérations sont deux éléments différents. LuxOR apporte un support aux opérations. SAMU a été testé pendant 10 ans et le modèle fonctionne très bien. Mais un nouveau pôle ne sera pas créé pour chaque pathologie. En outre, les pôles régionaux se construisent : il faut s'adapter (les autres OCs avancent, à Dakar ou Nairobi par exemple). La tendance existe, nous ne pourrions pas garder l'existant tel quel.

Dans ce cas, pourquoi ne pas décentraliser l'OC directement ?

- ⇒ Il s'agit de construire étape par étape, comme on l'a fait avec SAMU. Aujourd'hui, il y a une opportunité avec WaCA, même si cela représente des risques. Avec le portfolio au Sahel, il s'agit d'une opportunité d'investissement. Pour Catherine, il y a aussi un risque d'isolement : toute initiative doit être pensée pour construire des équipes, implanter un esprit d'équipe, malgré la distance.

Pour Bechara, il s'agit surtout d'un risque intersectionnel. Comment être sûr que cela fonctionne ? L'évaluation sera très utile, c'est intéressant de voir ce développement dans le cadre international. Il s'agit aussi d'avoir le moins de dégât possible sur les employés. C'est un projet qui nécessite une discussion avec LuxOR. Bechara demande également s'il y a un planning ?

- ⇒ Catherine : il faut éviter de grandir, c'est pourquoi il vaut mieux trouver les opportunités au sein de LuxOR et de la santé environnementale. Il s'agit de faire une combinaison des FTE (Full Time Equivalent) qui existent.
- ⇒ Amrish : LuxOR a l'expérience de la décentralisation, avec les différents postes placés dans tout le mouvement. L'objectif est de faire travailler différentes disciplines ensemble, tout en étant plus proche des opérations.
- ⇒ Catherine : il y aura une discussion avec les cellules pour intégrer ces trois positions dans les cellules.
- ⇒ Discussion au Codir ; c'est Abidjan (plutôt que Nairobi).

De quoi parle-t-on concrètement ?

- ⇒ Il s'agit de deux épidémiologistes : un épidémiologiste à Abidjan (en remplacement de Maria Verdecchia) et l'autre dans la cellule (le poste d'Iro). Si cela fonctionne, on peut développer d'autres domaines (en plus de la promotion de la santé et de la santé environnementale), dans le nombre de FTE de LuxOR.

Qui resterait à Luxembourg ?

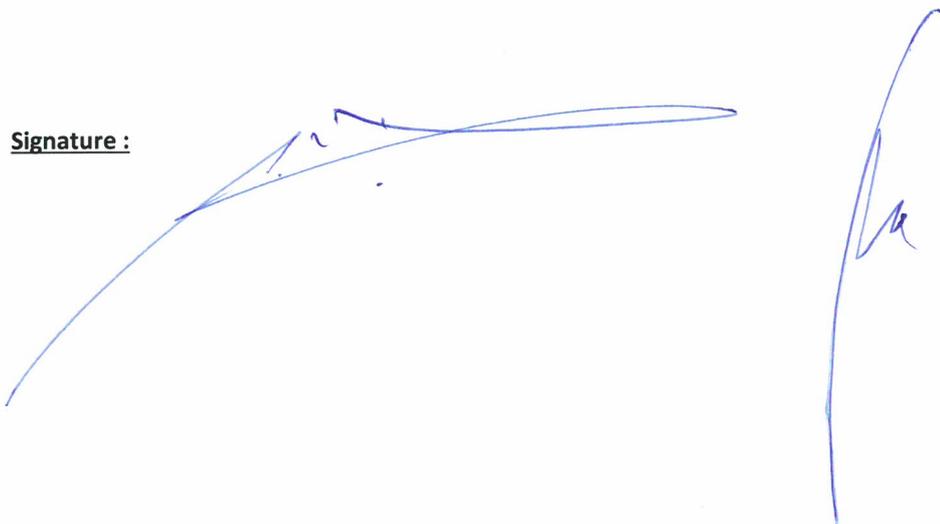
- ⇒ Amrish, Wilma, Maria Livia et un poste de support.

Le CA remercie Meinie et Catherine pour le partage la stratégie globale de l'OCB et du mouvement et demande à voir les résultats de l'évaluation des projets pilotes en Afrique australe et en Afrique centrale.

Amrish reste le coordinateur des différents épidémiologistes sur le terrain pour garantir une harmonisation et afin de créer des liens entre les différentes unités : c'est important que LuxOR soit connecté à MEMU, BRAMU, etc.

Date du prochain CA : lundi 10 octobre 2022 à 18h30

Signature :

A handwritten signature in blue ink, consisting of several fluid, overlapping strokes. The signature is positioned to the right of the 'Signature :' label.