

MEDECINS SANS FRONTIERES, section belge ,association sans but lucratif.

DOKTERS ZONDER GRENZEN, belgische afdéling, vereniging zonder winstoogmerk

1335, chaussée de Waterloo-steenweg; 1180 Bruxelles-brussel.

PROCES VERBAL de la première assemblée générale, qui s'est tenue  
au siège social, le dimanche 24 mai 1981

PRESENTS: Doct. Philippe Laurent, président-membre du conseil d'administration.  
Doct. Dirk De Groof, vice-président-membre du conseil d'administration.  
Doct. Stefan Derouck, trésorier-membre du conseil d'administration  
Doct. Claire Bourgeois, secrétaire-membre du conseil d'administration;  
Doct. Philippe Sergent, membre du conseil d'administration;  
Gillard Fabienne, épouse Derouck  
Gras Anne  
Gatz Myriam, épouse Laurent.

REPRESENTEE: Oosterboch Paule, épouse Delcambe, membre du conseil d'administration

EXCUSES: Doct. Helene Blanc  
Doct. Alain Devaux  
Doct. Jean-François Delcambe  
Doct. Chantal Lefèbvre

ABSENTS: Paul Bastin, membre du conseil d'administration  
Doct. Philippe Longfils

Ouverture de l'assemblée par Philippe Laurent, à 10h.30

-présentation de l'ordre du jour:

- 10h30- 1-rapport moral, présenté par le président
- 2-rapport financier
- 11h20-vôte sur les rapports moral et financier
- 11h30-rapport moral et financier de M.S.B., France, présenté par le doct. P. Sergent,  
membre du comité de direction collégiale français.
- 12h - Interruption
- 12h30-L'internationalisation
- 13h-L'apolitisme
- 13h45-repas
- 15h-proposition d'une campagne publicitaire concomitante à celle de France.
- 15h30-organisation de la permanence: nécessité d'un secrétaire, nécessité d'un permanent?
- 16h45-Discussion libre
- 17h-Election du bureau, cooptation de membres.
- 17h30-Présentation de diapositives présentées par le docteur Denœl. Montage réalisé lors de  
sa mission chirurgicale en Erytrée.
- 19h. Fin de l'assemblée générale.

En annexe :

- I - modèle de convocation pour l'Assemblée générale.
- II- mandat de Paule Oosterbosch.
- III - rapport financier.
- IV - Nom - adresse - Profession - Nationalité des membres associés et cooptés.
- V - Liste et fonction des membres du Conseil d'administration.

I. RAPPORT MORAL.

(présenté par le doct. Ph. Laurent, président)

1 A.

Il y a un an et demi quelques médecins et infirmières belges partaient en mission avec des équipes de M.S.F. Ils savaient qu'à leur retour la création d'une section belge de M.S.F. était envisagée. Mais c'était très vague. C'est surtout le travail sur le terrain qui attirait leur attention.

Il y a 6 mois, presque jour pour jour, cette section belge se formait officiellement. Déjà les résultats sont encourageants: depuis un an, 42 médecins et infirmières ont pu apporter une assistance médicale dans 11 pays différents. M.S.F. France nous confie l'entière responsabilité d'une délicate mission au Tchad.

Les structures d'organisation qui avaient été mises en place au niveau de notre permanence et qui pouvaient sembler alors quelque peu optimistes doivent être repensées sous peine d'être débordées.

Cette évolution rapide n'est pas due au hasard et je tiens à remercier certaines personnes qui ne sont pas étrangères à ces résultats: Philippe et Marie Sergent, qui à travers M.S.F. France, ont montré à notre égard un soutien, une disponibilité, une confiance absolue. Il aurait été impensable de créer M.S.F. Belgique sans leur aide; : Mr. et Mme Bourgeois ont permis le décollage de la section en mettant gratuitement à notre disposition ces merveilleux locaux et en donnant ainsi un support concret à ce qui n'étaient que des idées;

: Mme De Groof

n'a jamais compté son temps quand elle pouvait nous aider;

: et de façon

générale, toutes les personnes qui ont pris part aux différentes tâches administratives du bureau.

B.

La finalité de M.S.F. est le travail sur le terrain. Depuis un an, 42 médecins et infirmières s'y sont relayés. Il y a pour le moment 21 personnes en mission:

- la Thaïlande a été pour nous la plus grosse mission. Nous avons participé ou participons encore au travail médical du camp de réfugiés laotiens de Ubon, du camp de réfugiés vietnamiens de Laemsing et Surin, cambodgiens de K1D, KaO-I-Dung, Mairut, Surin et Buriram. Le travail médical a été le travail classique dans les camps de réfugiés: médecine curative, préventive et l'enseignement.

Deux gynécologues belges ont travaillé dans la maternité de K1D. Dans ce camp qui a compté plus de 150.000 personnes, cette maternité insolite avait quelque chose de symbolique quand on sait combien avait été disséminé le peuple cambodgien. Nous avons également travaillé en zone de guerre, le long de la frontière kmeiro-thaïlandaise: à Samet où il a fallu reconstruire un dispensaire détruit par l'attaque vietnamienne de juin 1980; à Nong Chan où un médecin et une infirmière belge s'unissent à d'autres M.S.F. pour soigner des blessés par mine ou par balles, et d'une façon générale pour tenter d'apporter une couverture médicale satisfaisante à une population civile ballotée par la guerre. En Thaïlande quelques belges ont également pu s'initier aux difficultés de l'organisation médicale et logistique, ce qui leur a permis d'acquérir une expérience nécessaire pour prendre des responsabilités comme coordinateurs.

- En Afghanistan et au Kurdistan iranien: on ne peut s'y introduire qu'en passant clandestinement la frontière à partir d'un pays voisin. Les problèmes de visa font également que les personnes ne peuvent y rester qu'un mois. Ces missions sont difficiles et on ne trouve pas toujours sur place les moyens nécessaires à un travail efficace. ( problème de filière surtout, médicaments, matériel ne suivent pas). Parfois ceux qui reviennent sont déçus; Après 6 mois de tentatives, se pose le problème de la continuité de cette mission Afghanistan:

-les chirurgiens ont participé à d'autres missions chirurgicales en Erythrée ou en Iran ; ces missions se passent pour la plupart du temps en pays de guerre, et la marche de ces opérations est dépendantes de conditions extra-médicales.

- En Somalie et au Soudan où plus d'un million de réfugiés ont été entraînés par des remous de guerre qui agitent la corne de l'Afrique, plusieurs belges sont encore présents. Outre le travail habituel dans les camps de réfugiés, ils participent à des opérations dites "opérations kangourous" qui constituent à envoyer des unités médicales légères dans des régions isolées.

- En Ouganda , c'est un problème de famine qui a entraîné une action conjointe AICF et M.S.F. Une infirmière belge s'y trouve pour le moment.

- Au Zimbabwe , c'est pour permettre aux gens qui ont fuit leur pays d'y revenir dans de bonnes conditions médicales, que 3 médecins et infirmières belges collaborent à la restructuration des services médicaux du pays.

- Au Honduras les équipes M.S.F. soignent les réfugiés salvadoriens. Il n'y a pas de véritable " camp de réfugiés": ceux-ci sont accueillis dans les villages honduriens, le long de la frontière. Un médecin belge y travaille pour le moment.

Toutes ces missions sont prises en charge soit par Paris, soit par une autre région de France( Marseille: Soudan; Lille:Thailande...). Depuis quelques semaines M.S.F. Belgique est également en charge d'une mission au Tchad. Au Tchad la guerre civile a laissé des traces et une partie de la population a fuit le pays. Suite à une demande de la C.E.E., une mission exploratoire a été réalisée du 25 février au 15 mars; le rapport de la mission peut se résumer ainsi: la situation médicale n'est pas tragique nécessitant une aide d'urgence, par contre les services médicaux sont démantelés et il serait intéressant à N'Djamena de remettre sur pied dans un premier temps les dispensaires de façon à accueillir la population qui reviendrait dans des structures médicales décentes.

Cette restructuration doit se concevoir comme une aide à la population locale de façon à ce qu'elle se reprenne rapidement en charge. Ceci est une constante dans toutes les actions de M.S.F.: on ne va pas dans le pays pour apporter une aide médicale exagérée qui pourrait encombrer des équilibres parfois fragiles mais on va plutôt pour se faire oublier le plus rapidement possible et essayer que les populations se prennent en charge elles-mêmes. La C.E.E. a accepté cette idée et a donné un budget de quelques millions de francs belges pour réaliser ce projet sur une période de 6 mois: 1 médecin, 2 infirmières et 1 intendant sont partis il y a une dizaine de jours à N'Djamena; un deuxième médecin partira selon les besoins. Cette équipe est mixte franco-belge.

C. L'internationalisation.

De tout ce qui précède ressort la collaboration entre M.S.F. France et M.S.F. Belgique.

D'autres sections nationales, en Allemagne, en Hollande sont en voie de formation. Les structures internationales doivent se créer; pour bien comprendre le processus d'internationalisation, il faut se pencher quelque peu sur la formation de la section belge.

L'idée d'internationalisation est déjà évoquée par l'appellation même de médecins sans frontières.

Elle est clairement exprimée dans les premiers mots de la charte dont l'association s'est dotée en 1971.

" M.S.F. est une association privée, à caractère international "

La volonté de concrétisation est stipulée par l'article 2 § 5 des statuts. Si constitutionnellement M.S.F. s'était préparée à l'internationalisation, la réalisation de cette idée n'était pas évidente. Cela fait 10 ans que M.S.F. affine ses techniques d'intervention, cela fait 10 ans qu'au prix parfois de blessures douloureuses, M.S.F. débat de ses orientations.

Cette maturité acquise au cours d'une décennie, n'est pas aisée à diffuser dans un groupe neuf, de sensibilités différentes.

La mise en place de la section belge a bien montré ces difficultés.

Cette première tentative en 1979 a été lourde d'enseignement : d'une part, elle a montré l'impossibilité de recréer artificiellement l'esprit de M.S.F. en juxtaposant des personnes au sein d'un groupe. D'autre part, elle a montré également le réel danger que court un groupe non préparé de s'écarter des principes fondamentaux contenus dans la charte et les statuts.

Fort de cette expérience, l'élaboration de la section s'est faite suivant un schéma différent.

Dans une première phase, des médecins et des infirmières ont été incorporés dans différentes sections M.S.F.. Sur le terrain, ils ont pu apprendre à connaître M.S.F.; ils ont également noué des liens d'amitié avec les diverses personnes rencontrées.

Dans une seconde phase, certains de ces médecins et infirmières, de retour en Belgique, ont commencé à structurer la section.

Ils avaient ramené dans leurs bagages une bonne approche de M.S.F. et de l'enthousiasme. Pour employer une image, on peut dire que la création de la section belge M.S.F. s'est faite par osmose, par bourgeonnement à partir de l'organisation mère. Elle y a puisé sa substance, elle lui ressemble.

La troisième phase est une phase de sevrage, qui se déroule actuellement.

Progressivement, la section belge se prend en charge elle-même.

C'est au cours de cette phase, qu'après l'assemblée générale fondatrice,

les statuts ont été déposés officiellement et que la section belge a acquis une existence juridique en tant qu' a.s.b.l., ce qui correspond en France à l'association déclarée. Nous avons repris les statuts français que nous avons adaptés à la loi belge. L'article qui définit les rapports entre la France et la Belgique, souligne l'autonomie de la section belge; le seul lien, qui nous relie à la section mère, est le nom de Médecins Sans Frontières: ce nom correspond aux idées contenues dans la charte et les statuts. La section française s'accorde un droit de regard vis à vis du nom. Au cas où en Belgique ses idées ne sont plus respectées la section française se réserve le droit de nous retirer le nom. Mais depuis leur assemblée générale extraordinaire en avril 1981, les français ont changé leurs statuts pour faire face à l'internationalisation, et cet article n'est plus valable

Donc, pour l'instant, il y a un vide juridique : dans tous les pays d'Europe peuvent s'organiser des sections M.S.F. sans pour autant que ce nom corresponde à la charte ou aux statuts. Dès lors, l'A.G. française a voté des motions qui permettent au comité d'administration de prendre toutes les mesures nécessaires de façon à établir les statuts d'un M.S.F. international

Il y a plusieurs intérêts de réaliser cette internationalisation. M.S.F. est apolitique, et suivant l'article 1 de sa charte : "apporte son secours... sans aucune discrimination de race, de politique, de religion ou de philosophie"

Le fait d'avoir des M.S.F. nationaux permet à M.S.F. de travailler plus facilement des deux côtés. 'ex: actuellement MSF Belgique travaille à N'Djamena, et une équipe de MSF France travaille au côté de rebelles à l'Est du Tchad.

Cette internationalisation nous donne également plus de crédit face aux organismes internationaux, comme la CEE, HCR, UNICEF, et nous permet d'avoir des subsides importants pour certains problèmes.

Par la présence des Flamands et des Wallons, la section belge présente l'avantage d'être un pays charnière vers la Hollande, et dans une certaine mesure vers l'Allemagne .

Pratiquement, comment coordonnons-nous les activités à l'heure actuelle dans le cadre de Médecins Sans Frontières ? La section belge participe au pool général des activités de M.S.F. France. En cas de missions d'urgence aiguë, qui sont des missions qui demandent une logistique suffisamment importante, la coordination se fait à partir de Paris, et la section belge se met à la disposition de Paris pour pouvoir aider éventuellement. Dans des missions de camp de réfugiés, dans des missions de développement, la section belge peut prendre en charge une mission : c'est ce qui se passe au Tchad et c'est ce qui se passera pour d'autres missions dans l'année qui vient.

Cette coordination se réalise également ici :

- Ph. Sergent, qui est membre du CDC français, fait partie également du conseil d'administration et peut ainsi établir une charnière entre la France et la Belgique.
- Des membres du C.A. belge participent régulièrement aux réunions du bureau français.

Notre A.G. suit d'une semaine l'A.G. française, et peut profiter ainsi des orientations qui auraient été définies lors de cette AG française.

- D. Quelles sont les activités en Belgique ? Quels sont les projets ?  
Nous avons une centaine de membres actifs, dont 70 ont la possibilité de partir en mission.  
La plupart de nos activités ont été destinées à faire connaître MSF, auprès du corps médical et auprès du public belge.

Ces activités ont été très diverses :

- conférence à Namur, Liège, Tournai, UCL, Uccle, Anvers,...
- réunions d'information pour mieux faire connaître MSF (Uccle, Alleur...)
- nombreux contacts avec la presse et différents articles parus dans divers journaux.
- émission de radio.
- communication avec les membres MSF par réalisation d'un journal, MSF Belgique qui s'insère dans le bulletin général de MSF.

- tous les premiers samedi du mois se réalise dans les bureaux une réunion d'information où on parle des missions en cours, où des gens qui rentrent de mission partagent leurs expériences vécues sur le terrain, et où on donne de façon plus générale toutes les informations relatives à MSF Belgique. Ce travail est un travail parfois méconnu, mais qui est très important.

Toutes ces activités prennent de plus en plus de temps et nous discuterons cet après-midi de l'opportunité d'engager quelqu'un à temps plein ou à temps partiel pour faire face à tout ce travail administratif.

Les projets vont évidemment continuer, le point important est de continuer à se faire connaître, à mobiliser plus de membres du corps médical, et aussi essayer d'accentuer les relations qui nous permettront d'avoir plus de possibilités financières.

La France organise une vaste campagne publicitaire, d'ici quelques mois, et nous devons aussi discuter de la possibilité qu'on a d'emboîter le pas à la France, et de faire déborder cette campagne publicitaire en Belgique.

Toutes ces activités doivent être pensées en fonction de la finalité de MSF : le travail et l'efficacité sur le terrain. Pour être efficace sur le terrain, il faut se préparer, s'entraîner, et cela offre différents volets d'activités à développer également .

Il faut insister sur la compétence médicale : nous sommes médecins et notre action est essentiellement médicale . En Belgique nous avons la chance d'avoir l'Institut de médecine tropicale, et une bonne formation théorique et pratique peut s'obtenir là-bas. Il faut multiplier les contacts, parce que des renseignements médicaux peuvent s'obtenir là-bas, des renseignements très intéressants qui peuvent donner une base théorique à notre action.

Il faut aussi insister sur l'amélioration technique des médecins et infirmières qui partent en mission.

a) Bien souvent les qualités d'obstétrique et de chirurgie des médecins sont assez faibles; bien rare est le généraliste qui a pu faire plusieurs accouchements ou actes chirurgicaux. Dès lors, il faut développer les possibilités des médecins et infirmières prêts à partir, augmenter la collaboration entre spécialistes et généralistes, ici en Belgique.

b) Un autre point important est la connaissance du matériel et des médicaments. Quand on arrive sur le terrain, il est trop tard pour se renseigner sur ce qu'il y a dans les caisses de médicaments, quel est le matériel mis à notre disposition; et pour le moment il y a un gros effort à MSF pour réaliser des "standards" au niveau du matériel et des médicaments, des listes sont déjà disponibles, des listes de

caisses rouges correspondent à des caisses d'urgence;  
caisses vertes " à des caisses de pansements;  
caisses jaunes " à des caisses de médicaments, ...

c) A côté des compétences médicales au sens large, il y a aussi des compétences techniques et pratiques à acquérir.

Seuls les médecins et infirmières s'intéressent à la médecine, mais comment s'écoulent les eaux de puits, comment creuser des latrines ? problème de la santé publique et de la sanitation. Ces faits nous sont parfois étrangers, et ce sont des domaines où il faut également s'améliorer.

d) Autres problèmes importants : les voitures ... Il faut savoir changer une roue, connaître les gestes simples comme déboucher un carburateur, changer une bougie... on espère dès lors créer ici, dans les mois à venir un petit training...

e) la connaissance des langues est également indispensable (anglais-espagnol). De plus, en tant que section bilingue, il est important de faire tous ses efforts pour augmenter nos compétences dans la langue qui n'est pas notre langue maternelle.

D'autres petits problèmes, comme la comptabilité, l'organisation de bureau, sont très importants sur le terrain. Mais toutes ces qualités ne suffisent pas. Si on veut vraiment être efficace, çàd apporter un réel soulagement aux populations en détresse, il faut être une équipe soudée par l'amitié, et dont les membres ont plaisir à travailler ensemble, parfois à des milliers de km de distance.

Qu'on le veuille ou non, nous serons confrontés à des problèmes délicats, auxquels nous réagirons différemment; seront prises en Belgique ou sur le terrain des décisions qui ne seront pas unanimement approuvées, des orientations différentes pourront parfois créer un climat personnel, des personnalités pourront parfois se heurter, mais notre tolérance devra être à la mesure de nos difficultés.

La section de MSF est une section belge, et les communautés wallonnes, néerlandophones et allemandes doivent s'y trouver à l'aise; cela implique un effort de tous, et ici encore, des relations d'amitié seront les meilleurs garants contre les difficultés. La connaissance des autres langues est aussi souhaitable.

A une époque où la médecine occidentale fait face à la surconsommation, MSF offre la possibilité de se resituer par rapport à la vocation médicale.

Loin d'être marginal, MSF retrouve les racines oubliées; on a dit à l'A.G. française que MSF était une bouffée d'air pur... MSF, c'est surtout la possibilité pour des gens qui en ont besoin, d'être soignés, et pour eux, si ils guérissent, qu'importe le comment et le pourquoi.

## 2 ;Samenvatting van de toespraak gehouden door Dirk de Groof.

M.S.F. België;nederlandstalig afdeling.

Belangrijk is,dat we tot een evenwicht komen tussen het aantal franstalige en nederlandstalige dokters,wat voor het ogenblik nog niet het geval is.

En dit is normal daar M.S.F. van oorsprong een Franse organisatie is.

-Het bekend maken van M.S.F. in het vlaamstalig deel van België.DE franstalige afdeling heeft voor op ons dat zij beschikt over al de reclame,documenten enz.. in het frans en dus een verlengstuk is van het werk in Frankrijk.Daarom werken we nu aan de vertaling van de statuten,en alle belangrijke documenten.

-Een laatste punt is de belangrijke schakel die wij kunnen vormen bij de internationalisering van M.S.F. EN daarbij denken we speciaal aan Nederland, en Duitsland waar wij een verbindingspositie zouden kunnen innemen.

## 3 ;Vôte sur le rapport moral:

.membres associés:à l'unanimité des présents et représentés(9)  
.au niveau de l'assemblée:Pour:31- Contre:0- Abstention:0-

## 4-RAPPORT FINANCIER présenté par le tresorier.

A; Voir annexe n°3-

B;Vôte sur le rapport financier

.membres associés:unanimité des présents et représentés:9  
.au niveau de l'assemblée: Pour:30- Contre:0- Abstention:1-

## 5. INTERNATIONALISATION

Philippe L. a souligné le vide juridique actuellement en ce qui concerne MSF International.

En effet, le seul lien qui lie la section belge à la section française est le nom MSF : ce nom correspond aux idées contenues dans la charte et les statuts. Auparavant, c.à.d. avant l'A.G. extraordinaire française qui a eu lieu le 25 avril 1981, la section française s'accordait un droit de regard vis-à-vis du nom : au cas où en Belgique, ses idées ne sont plus respectées, la section française se réservait le droit de nous retirer le nom.

Mais, actuellement, la section mère a changé ses statuts pour faire face à l'internationalisation, et cet article n'est dès lors plus valable.

Donc, pour l'instant il existe un vide juridique. N'importe où dans le monde peut se créer une section "MSF" sans pour autant que ce nom corresponde à la charte ou aux statuts.

Le rôle de "MSF International" ne peut être que moral (cette structure internationale sera le garant de la charte). Mais c'est un rôle essentiel : d'une part, il est prouvé que la condamnation morale est une arme redoutable, et d'autre part, il n'y a aucune juridiction dans quelque pays que ce soit qui admette l'ingérence d'une puissance internationale au niveau national. Chaque structure nationale devra souscrire à des engagements moraux.

Sous quelle forme se créera M.S.F. International ? Où sera le siège ?...

Toutes ces dispositions doivent être discutées au plus tôt au sein d'une commission de M.S.F. International, commission ouverte à tout le monde.

Le président propose alors le vote de deux motions qui sont alignées sur celles qui ont été votées en France, lors de l'A.G. le 18 mai 1981.

1. Créer une commission qui va se pencher sur le problème de l'internationalisation cette commission est ouverte à tous les membres de médecins sans frontières, et à ceux qui par leur profession nous aideront dans ce travail (ex : avocats spécialistes en droit international).

Tous ceux qui désirent être avertis des réunions de cette commission doivent en informer la secrétaire de l'association.



2. Rendre compétent le nouveau C.A. qui se formera ce jour, de mettre en place des structures de M.S.F. International.

Au niveau des Associés

- Pour :9-
- Contre :0-
- Abstention :0-

Au niveau du reste de la salle

- Pour, :16-
- Contre :0-
- Abstention :2-

./.

## 6. APOLITISME

Philippe ouvre le débat :

"Médecins sans Frontières est une organisation apolitique".

Sur place, du personnel de M.S.F. est parfois témoin de certains faits politiques, et c'est difficile de rester neutre. Faut-il se taire, ou peut-on dénoncer ces faits ?

Philippe Sergent reprend ce problème en partant d'un cas concret :

"La marche pour la survie" qui a eu lieu en 1980 (janvier) à la frontière Thaï-Cambodgienne.

Pour beaucoup, cette marche paraissait avoir pris une position politique. En fait, c'est tout à fait discutable : certains ont peut-être, en effet, pris une position politique au travers de cette manifestation.

Il était question de condamner un état de fait sans condamner un événement politique. Il y avait un état de fait tout à fait discutable :

la famine créée par les vietnamiens au Cambodge : cela nous l'avons dénoncé, et nous en revenons au risque immense de se faire récupérer en stigmatisant le fait que nous étions contre un régime politique déterminé qui était un régime politique vietnamien."

Quand nous sommes témoin, nous avons une interprétation qui nous est personnelle, qui peut être faussée pour ces raisons.

Il est demandé à chacun de nous, qui revenons de mission avec des informations que nous pensons être de notre devoir d'être dites, d'en informer le bureau. C'est au C.A. d'apprécier la nécessité ou non d'en informer le média. C'est une solution moyenne, ce n'est pas la meilleure, mais certes c'est la moins mauvaise.

./.

## 7. CAMPAGNE DE PUBLICITE

Une première campagne publicitaire en France avait été réalisée gracieusement en 1976 par une agence de publicité française. Cette campagne avait permis à M.S.F. France d'être connu du public et du personnel médical, d'arriver à une certaine autonomie financière ; dès lors, elle avait été un véritable tremplin dans le développement de l'Association.

Cette année, M.S.F. a décidé de s'adresser à nouveau à cette agence de publicité afin de réaliser une 2ème grande campagne en France. Celle-ci se déroulera très probablement en deux phases : une première d'information durant les mois de vacances par une campagne d'affiches, une deuxième de récolte de fonds par l'intermédiaire de magazines.

Il nous paraît essentiel d'emboîter le pas à la France, et ce pour plusieurs raisons :

Tout d'abord, dans le cadre de l'internationalisation, il est important que cette campagne soit simultanée dans les deux pays, ensuite, il n'y a pas de raison que cette campagne ne soit pas aussi notre tremplin.

Une raison budgétaire est également peut-être suffisante : le travail de recherche, qui, ne l'oublions pas, est fastidieux, est réalisé par la France ; de plus, cette campagne a lieu durant les mois de vacances, et pour terminer, la France nous avance un fonds de réserve.

Il est bien entendu que nous essaierons de bénéficier d'aide gracieuse, mais il est prouvé qu'il vaut mieux "mettre" un peu plus au départ afin d'augmenter la qualité de l'opération, pour que le rendement soit multiplié par un facteur nettement plus élevé.

Motion : Pour ou contre cette campagne publicitaire, telle qu'elle est présentée ci-dessus

Au niveau : - de la salle

Pour : 15-

Contre : 0-

Abstention : 0-

- des membres associés

Pour : 9-

Contre : 0-

Abstention : 0-

## 8 - Organisation de la Permanence :

Depuis sa fondation, la section belge fonctionne uniquement avec des personnes volontaires et bénévoles. Celles-ci se sont réparties différentes tâches spécifiques, mais depuis 3 mois le travail exige la présence d'une personne à temps plein. Une telle répartition est actuellement limitée vu l'élan rapide de notre Association. Afin de ne pas perdre celui-ci, il nous paraît important de proposer le schéma suivant :

- Présence d'une secrétaire à temps plein et bilingue. Sa présence est indispensable pour assurer la continuité dans le travail administratif.
- Présence d'un permanent.

Celui-ci ne peut faire partie du bureau. Il est primordial que ce dernier garde le pouvoir législatif, le permanent joue le rôle d'exécutif, de coordination des différentes actions de Medecins sans Frontières .

Il faut qu'il y ait quelqu'un qui soit bien au courant de " Medecins sans Frontières ", qui soit disponible pour représenter M.S.F. là où le besoin l'exige et enfin, pour partir en mission de très courtes durées si nécessaire.

Philippe Sergent retrace brièvement l'évolution en France : " La nécessité de prendre un permanent s'est toujours fait ressentir presque depuis le début, mais pour des questions d'éthique, on s'y est toujours refusé. Cependant lors de l'A.G. de 1976, l'idée a été retenue pour la première fois.

Prendre le pas de manière pratique, s'est réalisé l'année dernière. Si nous avons marqué une certaine efficacité cette année, cela provient de l'élection de ce permanent notamment."

Dans le cadre d'un bénévolat, une rémunération par " Medecins sans Frontières " n'est pas contraire à l'éthique : il faut bien comprendre bénévolat dans le sens de non profit .

Vôte de deux motions :

- L'assemblée générale confie au conseil d'administration la tâche de recruter un permanent pour répondre au besoin de la permanence.
- Et l'assemblée générale confie au conseil d'administration la possibilité d'engager un secrétaire.

Accord des membres associés : à l'unanimité. (9)

Accord de l'Assemblée : à l'unanimité. (15)

## 9 - ELECTION DU BUREAU :

- Les membres associés ont voté à l'unanimité des présents et représentés, la cooptation des membres suivants :
  - Doct. DE NOEL Albert.
  - Doct. LUXEN Jean-Pierre.
  - Doct. VISEUR Pierre.
  - Katelijne VERTONGHEN
  - Béatrice FRAITEUR.
- Par les statuts, tous les membres du C.A. sont démissionnaires de ce conseil.
- Les membres associés et cooptés ont élu entre eux, les membres du Conseil d'Administration :

- Doct. Ph. LAURENT.
- Doct. Ph. SERGENT.
- Doct. St. DEROUCK.
- Doct. J.P. LUXEN.
- Doct. Dirk DE GROOF.
- Katelijne VERTONGHEN., infirmière.
- Paule OOSTERBOSCH, secrétaire.

Les membres du Conseil d'Administration ont désigné entre eux :

- Le Doct. Ph. LAURENT comme Président,
- Le Doct. St. DEROUCK, Trésorier.
- Le Doct. Dirk DE GROOF Vice - Président.
- Katelijne VERTONGHEN Secrétaire.

Le Conseil d' Administration élu a désigné le Docteur Claire BOURGEOIS comme permanent.

- 10 - L'Assemblée Générale a levé la séance à 19 H.30. Le C.A. a décidé de se réunir le samedi 6 Juin au Siège social à 9 Heures.

Secrétaire démissionnaire,

Claire Bourgeois,

*Claire Bourgeois*

Secrétaire élue,

K. VERTONGHEN.

*K. Vertonghen*

Président démissionnaire réélu.

*Philippe Laurent*

Philippe LAURENT .

*Dr Ph. LAURENT*