



# Rapport moral MSF 2002-2003

Jean-Hervé Bradol

Publié par Médecins Sans Frontières en mai 2003

Document en provenance du site internet de Médecins Sans Frontières

<http://www.msf.fr>

Tous droits de reproduction et/ou de diffusion, totale ou partielle, sous quelque forme que ce soit, réservés pour tous pays, sauf autorisation préalable et écrite de l'auteur et/ou de Médecins Sans Frontières et/ou de la publication d'origine. Toute mise en réseau, même partielle, est aussi interdite.



## **Rapport moral du Dr Jean-Hervé Bradol XXXIIe assemblée générale samedi 17 mai 2003**

Bienvenue à toutes et à tous pour cette XXXIIe assemblée générale.

Au nom du conseil d'administration je déclare ouverte la 32eme assemblée générale de Médecins Sans Frontières.

Je voudrais commencer par un rappel à propos de **la vie associative**. Pourquoi sommes-nous associés ? Pour agir, pour apporter de l'aide à différentes catégories de personnes. Concernant la vie associative, il ne doit pas y avoir de malentendus, l'essentiel de la vie associative se déroule au quotidien, sur le terrain, dans l'action, au sein des différentes équipes.

Pourquoi cette vie est-elle associative ? Tout simplement parce que les membres qui conduisent l'action sont associés à la définition de ses objectifs et se sentent propriétaires de son résultat. En cas d'échec, chaque membre se sent individuellement responsable.

Cependant, bien évidemment, les réunions du conseil d'administration à la fin de chaque mois et le temps fort que représente l'assemblée générale annuelle ont un sens particulier.

L'assemblée générale est le moment pour le conseil d'administration de rendre des comptes, d'évaluer l'année passée, d'indiquer à quels individus elle a bénéficié, quels en ont été les objectifs, quels en ont été les moyens et les résultats, bons ou mauvais.

En fonction de ce bilan, l'assemblée générale est aussi l'occasion de proposer et de valider de nouvelles orientations, et d'élire de nouveaux membres pour les porter tout au long de l'année à venir.

Quant il s'agit d'évaluer la pertinence de l'action menée sur le terrain, il faut se souvenir de la mission qui nous a été confiée par la première assemblée générale de Médecins Sans Frontières en 1971. Que nous dit la Charte de Médecins Sans Frontières à ce sujet ? Elle nous demande d'agir en respectant les principes humanitaires et les principes de l'exercice médical, en direction de personnes vivant principalement en dehors de France, et qui sont affectées par des « catastrophes d'origine naturelle ou humaine et des situations de belligérance ». Le premier élément que je tiens à souligner, c'est l'interprétation actuelle de cette recommandation d'aller vers les victimes de catastrophes naturelles ou humaines ou de situations de conflit.

La part la plus importante de notre action est dédiée aux personnes affectées par les situations de belligérance, les conflits armés. Cela représente 56% de nos projets sur le terrain. L'expression "projet de terrain", tout au long de ce rapport, désignera la mission de terrain, l'équipe qui est sous la direction de ce qu'on appelle entre nous un responsable de terrain.

Il nous restait ensuite à interpréter et à traduire en actions les personnes affectées par les « catastrophes d'origine naturelle ou humaine ». C'est surtout vers les catastrophes d'origine humaine que nous nous sommes orientés.

Les catastrophes dites naturelles (tremblement de terre, raz de marée, entre autres) occupent une part relativement faible, cette année, de nos interventions, environ 2% des projets de terrain, essentiellement des missions exploratoires.

Selon nous « catastrophe d'origine humaine », les individus privés de soins face aux épidémies et aux grandes endémies, représentent 23% de nos projets de terrain.

Pour 19% de nos projets, l'autre catégorie de la rubrique « catastrophes d'origine humaine » est la privation de soins touchant certaines personnes, certains groupes, en raison de leur place particulière au sein de leur société : les prisonniers –le programme dans la prison d'Abidjan en Côte d'Ivoire par exemple-, les prostituées, les migrants, les jeunes ou les personnes âgées en situation difficile.

Voilà notre traduction de la charte en actions de terrain au cours de ces dernières années, les principaux groupes de personnes recevant notre aide et leurs proportions respectives, elle a été à nouveau validée dans le Projet 2003 par le conseil d'administration.

La première question à examiner est : sommes-nous satisfaits de l'équilibre, de la répartition de l'énergie que nous dépensons en direction de tel ou tel groupe de personnes affectées soit par la guerre soit par d'autres types de catastrophe d'origine humaine ?

La vocation internationale de MSF est respectée à 96 % puisque la mission France -question souvent posée- correspond à seulement 4% des dépenses engagées dans les missions.

## **L'aide aux personnes affectées par des conflits armés**

La première catégorie de projets que j'aimerais vous présenter est l'aide aux personnes affectées par des conflits armés.

Dans cette liste, vous verrez la Corée du Nord, qui n'est pas en conflit armé, c'est une situation limite, propre à toute catégorisation du réel.

Qu'entend-on par personnes affectées par des conflits armés ? Cela couvre les situations de troubles politiques accompagnés de violence armée qui précède les conflits, la phase aiguë et les suites immédiates des conflits, parfois quelques mois, parfois quelques années voire décennies.

En termes d'activités, cela se traduit par des actions visant à prendre directement en charge les personnes victimes de la violence, les blessés de guerre par exemple, mais aussi par l'aide aux réfugiés et déplacés, des activités de soutien aux centres de soins et aux hôpitaux désorganisés par la guerre, des secours alimentaires et nutritionnels puisque les pénuries alimentaires sur lesquelles nous intervenons sont le plus souvent liées à des situations de conflit

Je vais vous présenter brièvement quelques-unes de ces interventions : la République Démocratique du Congo, la Tchétchénie, l'Afrique de l'Ouest, l'Angola, La Corée du Nord et l'Irak. C'est évidemment un choix arbitraire, et j'espère qu'il s'éclairera au fur et à mesure de mon exposé.

## **République Démocratique du Congo**

Pourquoi ce pays ? Pour deux raisons. D'abord pour la gravité et la persistance, depuis une dizaine d'années, de la crise dans cette région. Elle ne se limite pas au territoire de la République Démocratique du Congo mais affecte toutes ces régions qui bordent les Grands Lacs du nord de l'Ouganda au sud du Burundi. Si l'on s'intéresse à ce qu'il est advenu de ces populations depuis une dizaine d'années, les groupes vivant au Rwanda, au Burundi, dans les provinces orientales de l'ex-Zaïre, les pertes humaines -liées soit aux violences directes des actions des militaires et des miliciens soit aux conséquences des déplacements de populations et aux conséquences de la violence de ces conflits- sont d'au moins 10% de la population totale de ces régions.

C'est une région où la population est confrontée à des militaires, des miliciens pour qui faire la guerre peut signifier exterminer complètement un groupe d'individus, tant à l'échelle locale que nationale, comme l'a montré le génocide des Rwandais tutsis.

Cette année, les opérations ont été particulièrement dynamiques pour reprendre pied dans la République Démocratique du Congo, et notamment dans la partie orientale du pays où les événements les plus graves se produisent. J'aimerais saluer la détermination des équipes qui ont permis l'ouverture d'une mission en Ituri, dans la région de Bunia-Béni, cette région où se déroulent depuis plusieurs années, mais particulièrement depuis plusieurs semaines, des massacres à grande échelle, planifiés, organisés, affectant de nombreux villages simultanément, et ayant entraîné plusieurs centaines de morts ces dernières semaines.

L'Ituri n'a pas été la seule région du pays vers laquelle nous avons fait un effort. Des soins médicaux, de l'aide à des populations déplacées ont été également apportés dans la ville de Kinshasa. Dans la capitale, nous avons également mené une action pour prendre en charge les enfants atteints par la rougeole. Nous avons également répondu à des épidémies de rougeole, de choléra, à la malnutrition dans la province du Katanga, en apportant également une assistance médico-chirurgicale à des populations bien souvent déplacées par les conflits. Nous avons poursuivi notre appui à un certain nombre de centres de soins dans la région de l'Equateur.

Cette année, la République Démocratique du Congo a pesé lourd dans les opérations réalisées. C'est un exemple de guerre totale. Je reviendrai sur les spécificités de ce type de conflits dans les remarques générales à la fin de ce chapitre sur les guerres.

### **La Tchétchénie**

Un autre exemple de guerre totale où nous nous accrochons au terrain en dépit des violences exercées contre la population mais aussi contre les organismes d'aide.

Nous ne nous sommes pas résignés à l'inaction face à l'intensité de la répression. Nous nous sommes battus pour construire des abris décents, ainsi que des latrines, des douches, des laveries, des points d'eau, des systèmes de chauffage (très important dans cette région où il fait très froid l'hiver) pour les Tchétchènes réfugiés en Ingouchie. Nous organisons des soins médicaux pour les femmes et les enfants réfugiés en Ingouchie ou vivant dans les régions limitrophes de la Tchétchénie.

Nous nous sommes accrochés sur une question particulièrement difficile : tenter d'apporter des soins aux personnes blessées dans ce conflit, y compris aux combattants indépendantistes à travers un soutien soit aux hôpitaux qui fonctionnent en Tchétchénie, soit aux médecins qui acceptent encore de pratiquer des soins de manière indiscriminée, dans l'esprit des Conventions de Genève.

Pourquoi a-t-il fallu s'accrocher ? Parce que nous-mêmes, comme d'autres organismes d'aide, avons été victimes d'attaques particulièrement sévères. Je pense à l'enlèvement de notre

collègue, Arjan Erkel, chef de la mission de la section suisse au Daghestan, enlevé le 12 août 2002 et qui n'a toujours pas été libéré. La bonne nouvelle, c'est que nous savons qu'Arjan est vivant. Nous nous en réjouissons mais sommes encore en attente de sa libération.

Le travail pour tenter d'obtenir sa libération explique pourquoi Thomas Nierle, un des membres du conseil d'administration, est absent aujourd'hui, puisqu'il est à Moscou dans le cadre de ce dossier.

Je ne vais pas entrer dans les détails car le sujet est sensible, mais rendre des comptes à l'assemblée générale nécessite d'être clair sur cette question. La conviction des personnes qui travaillent sur le dossier d'Arjan au quotidien, qui ont mené les recherches, est que nous sommes en butte à l'hostilité de l'Etat russe et de ses services de sécurité.

La mission en direction des populations tchéchènes est une mission difficile qui a pu être menée et continuer à être menée car il y a eu une prise de responsabilité importante de la part des personnels de terrain tchéchènes.

### **L'Afrique de l'Ouest**

C'est une région dans laquelle nous avons des opérations très importantes. Si on les présente brièvement à l'échelle de l'ensemble du mouvement MSF, elles comptent plus de deux cents volontaires internationaux, plus de 20 millions d'euros de budget annuel pour l'ensemble des centres opérationnels répartis en Guinée, Sierra Leone, Liberia et Côte d'Ivoire.

La situation est particulièrement sévère en ce moment au Liberia où toutes les anciennes formes de violence connues au début des années 90 réapparaissent, avec le cortège de déplacements de populations et d'épidémies qu'elles entraînent. Récemment, nous avons dû interrompre notre action à Harper dans la province du Maryland et à Zwedru. A Zwedru, nous avons même fait face à un incident de sécurité particulièrement grave puisqu'une trentaine de membres de notre personnel a été détenue par un groupe extrêmement dangereux. Heureusement cela s'est bien terminé mais cela souligne le danger de cette région pour nos équipes.

Aujourd'hui, les combats menacent Monrovia, la capitale.

Par ailleurs, nous avons souligné, l'an dernier, le bas niveau de protection et d'assistance aux populations affectées par ces guerres, aux victimes d'actes de violence et la relation avec les abus dont étaient souvent victimes les réfugiés et les déplacés, y compris parfois de la part de membres d'organismes d'aide. Le travail de nos équipes a montré depuis un an que -en dépit des engagements pris par les uns et les autres et notamment par le Haut Commissariat aux Réfugiés des Nations-Unies- la situation s'est encore dégradée. Il n'y a pas plus de protection pour ces personnes aujourd'hui qu'hier.

**La Sierra Leone** qui se stabilise à peine reçoit des réfugiés du Liberia : 80.000 nouveaux sont arrivés ces derniers mois.

**La Guinée** -en crise politique grave- reçoit également des réfugiés libériens qui arrivent à se faufiler à travers la frontière, parfois refoulés à coups de fusils et accueillis en Guinée dans des conditions extrêmement précaires.

**La Côte d'Ivoire** est depuis septembre 2002 le théâtre de violents affrontements qui ont divisé le pays en deux parties. Un processus de paix est en cours et apparaît aujourd'hui encore très fragile. Nous avons développé notre intervention dans ce pays où la chirurgie, notamment à Bouaké, a été un élément déterminant de la réponse opérationnelle (plus de 120 blessés de guerre ont été pris en charge). Ce type d'opérations que nous avons menées à Bouaké, nous essayons de le reproduire à Macenta, en Guinée.

## **Les abus en Afrique de l'Ouest**

Il faut revenir sur le dossier des **abus**, sur lequel nous avons pris un engagement l'an dernier. Nous avons évoqué ce problème en 2002 et dit que nous mènerions l'ensemble des investigations nécessaires pour permettre de comprendre si des membres de notre personnel international ou national étaient impliqués dans les actes mentionnés dans le rapport du HCR. Au niveau des relations avec le HCR, nous avons fait notre maximum. Rafa Vila San Juan, secrétaire international, qui en était chargé, a essayé d'obtenir des informations précises : à quel endroit, à quelle date, y avait-il des faits que l'on pouvait reprocher à des membres de MSF ? Malheureusement la mauvaise qualité de l'information que nous avons reçue du HCR était telle que cela ne pouvait pas déboucher sur des investigations très productives. Par exemple, au Libéria, un des endroits, où il était mentionné que le personnel de MSF se livrait à des abus sur les jeunes femmes réfugiées, était un endroit où nous n'avions jamais eu de projet !

Quelle est notre conclusion ? Nous ne pouvons nous dédouaner de tout problème dans ce domaine et encore moins dans cette région, la vigilance doit demeurer active.

Un travail significatif a été fait, notamment par les responsables de programmes et les chefs de missions pour créer des conditions sur le terrain telles que les possibilités pour certains membres d'abuser de leur pouvoir face à des personnes réfugiées ou déplacées soit le moins souvent réunies : ne pas laisser du personnel sans supervision dans des zones isolées, ne pas laisser une personne seule en charge d'une distribution sans jamais l'accompagner dans le travail, favoriser la mixité des équipes pour détecter plus aisément les abus sexuels, les viols. Nous avons également essayé d'étendre l'offre de prise en charge médicale pour les personnes victimes de viols dans cette région.

Ce sont deux questions différentes, le contrôle des abus que nous pourrions produire nous-mêmes et l'offre de soins que nous devons en tant qu'organisation médicale mettre en place ou pas. Si nous n'étions pas suffisamment attentifs sur la question des abus, nous ne l'étions pas non plus sur l'offre de soins aux personnes victimes de viols. Et cela, pas seulement en Afrique de l'Ouest.

Je rappelle que la mission à Brazzaville au Congo est une des rares missions qui -maintenant depuis plusieurs années- s'intéresse à ces soins. Il y a là un important chantier de travail.

## **L'Angola**

L'Angola a été la plus « grosse urgence » de l'année 2002. Il y avait une bonne nouvelle en Angola, la fin de la guerre. Mais il y a eu aussi une mauvaise nouvelle, c'était que la fin de la guerre s'accompagnait d'une situation particulièrement dramatique pour les populations qui avaient été liées au mouvement rebelle de l'UNITA. Certains de ces groupes ont été affamés en bloquant l'approvisionnement alimentaire qui leur était destiné ou en les empêchant de procéder à leurs activités agricoles.

Une des autres caractéristiques en Angola, c'est que nous nous sommes retrouvés, avec quelques rares autres acteurs, très seuls sur cette intervention. A la même époque, pour l'ensemble des agences d'aide des Nations-Unies, la priorité était ailleurs. Elle était dans une espèce de crise virtuelle de pénurie alimentaire sur l'ensemble de l'Afrique Australe. Nous l'avons cherchée, notamment au Malawi et au Mozambique, nous ne l'avons pas trouvée !

En revanche, en Angola, nous avons vu une pénurie alimentaire aiguë avec des milliers de morts de faim, nous avons constaté qu'il y avait très peu de secours mis en place. Nous avons essayé de prendre nos responsabilités le mieux possible. Il y a eu des choix dramatiques à faire dans cette opération. Nous avons donné la priorité –et cela peut être l'objet d'une revue critique- au secours alimentaire et nutritionnel. Ce qui a permis de prendre en charge 9000

enfants dans des centres de nutrition intensive, 20.000 probablement à l'échelle de l'ensemble des centres opérationnels du mouvement. Nous avons aidé les familles de ces enfants à obtenir un complément de ration générale en procédant à des distributions de nourriture. Au total jusqu'à 600 tonnes ont été distribuées par mois par notre section. 10.000 admissions hospitalières ont été réalisées. 50 expatriés ont participé à cette opération, 8 millions d'euros ont été dépensés en 2002 par notre section.

La priorité donnée à l'assistance alimentaire a eu des conséquences, notamment pour la prise en charge médicale des patients en général, et en particulier pour les tuberculeux et les femmes violées. Nous n'arrivions pas à tout faire et nous avons dû choisir. Pour répondre à Odile Delacôte, membre du conseil d'administration, qui nous faisait remarquer que lorsque nous parlions de ce type d'opérations, nous avons un peu trop tendance à nous glorifier de l'action accomplie, je dirais qu'il est vrai que nous sommes très fiers de l'effort réalisé pour nourrir ces enfants et leur famille. Nous pensons qu'il a permis de sauver des milliers de personnes. Mais ceci ne veut pas dire que nous n'ayons pas vécu -et, en première ligne, l'ensemble des personnels qui menaient cette action- comme extrêmement douloureux de devoir choisir entre différentes catégories de victimes. Même si nous pouvons être satisfaits de cette opération, je comprends qu'elle laisse de l'amertume dans l'esprit de beaucoup d'entre nous.

### **La Corée du Nord**

J'ai mis cette mission dans la catégorie des missions liées à des conflits armés. C'est limite en ce qui concerne la Corée du Nord. Mais on peut tout de même faire remarquer que si l'on écoute le régime paranoïaque en place à Pyongyang, il s'estime en guerre avec le monde entier, et les décisions prises dans ce contexte de paranoïa créent des pénuries dramatiques pour la population nord-coréenne, justifiées par la nécessité de préparer le pays à une agression présentée depuis des décennies comme imminente.

Là aussi, nous nous sommes accrochés au terrain. Pourquoi ? Les réfugiés nord-coréens font l'objet d'une véritable chasse à l'homme sur la frontière chinoise. Ce n'est pas nouveau. Nous nous rendons sur cette frontière depuis le milieu des années 90. Cela a toujours été ainsi : chasse à l'homme, système de primes offertes aux policiers chinois pour chaque réfugié arrêté. Chasse à l'homme aussi contre les acteurs des réseaux -souvent clandestins- d'assistance à ces réfugiés. Plusieurs religieux sud-coréens ont été lourdement condamnés récemment en Chine, parfois à plusieurs années de prison, pour avoir apporté de l'aide à ces réfugiés nord-coréens, considérés par les autorités chinoises comme des migrants illégaux. Un de nos principaux partenaires, Kato San a été détenu au secret pendant une semaine. Kato San est le responsable d'une organisation japonaise, Lifeline, qui apporte de l'aide à ces réfugiés et avec laquelle nous travaillons en partenariat.

Le résultat de cette répression : à peu près 90 % des réseaux d'aide à ces réfugiés ont été démantelés, beaucoup de leurs personnels chinois ont été emprisonnés. Les ambassades à Pékin ont été entourées de barbelés afin d'éviter que les réfugiés ne puissent s'y réfugier. Quelques dizaines d'entre eux ont néanmoins réussi à utiliser cette voie pour rejoindre la Corée du Sud.

En dépit de l'intensité de la répression, nous avons conservé des activités d'assistance aux réfugiés. On peut même dire que ce sont les réseaux auxquels nous participions qui ont le mieux résisté, le plus longtemps en tout cas.

Nous avons pu procéder à quelques approvisionnements alimentaires et médicaux transfrontaliers réguliers, en direction de familles et d'une institution qui nous semblait présenter des garanties en Corée du Nord. Nous avons aidé des réfugiés à trouver des abris en Chine et également dans d'autres pays de la région. Nous leur avons apporté une assistance

médicale sur le trajet de leur exode quand nous le pouvions. Nous avons lancé une mission exploratoire en Corée du Sud pour envisager d'apporter une aide médico-psychologique aux réfugiés arrivant en fin de parcours dans ce pays.

Au total, c'est 900 réfugiés qui ont pu bénéficier de notre aide au cours de l'année 2002.

Souvent nous travaillons pour des très grands groupes, je citais l'Afrique de l'Ouest, la RDC, l'Angola, et les « petites opérations » en nombre de personnes comme celle-ci soulèvent beaucoup de questions dans les débats internes. C'est aussi pour cela que je voulais la présenter. Nous pouvons être vraiment fiers de nous être accrochés, même si quantitativement l'aide apportée n'est pas gigantesque. Les personnes qui ont pu en bénéficier sont victimes d'une répression intense. Elles fuient un régime totalitaire qui les affame depuis plusieurs années (plus d'un million de morts au cours des années 90), et elles sont complètement méprisées par le système d'aide internationale car en Corée du Nord l'assistance alimentaire internationale profite essentiellement au régime et à l'élite sociale qui le soutient. Le fait que nous ayons réussi à assister 900 réfugiés me semble une petite victoire, mais une victoire quand même.

Certaines décisions difficiles et inhabituelles ont dû être prises. Nous avons décidé d'aider certains réfugiés à franchir les frontières illégalement. Nous n'en avons pas pris l'initiative. Nous avons répondu, parfois favorablement, à des demandes. Soit de familles, soit de groupes qui cherchaient à quitter un pays pour pouvoir atteindre la Corée du Sud. Nous l'avons fait sur deux critères : d'abord les malades qu'il nous semblait raisonnable d'évacuer en raison de leur état de santé vers des centres de soins permettant une meilleure prise en charge, ce qui n'était pas le cas dans certaines régions où ils vivaient dans la plus complète clandestinité ; ensuite nous avons décidé d'aider des personnes, dont nous pouvions penser raisonnablement qu'elles étaient en danger de mort, à franchir les frontières pour finir à arriver en Corée du Sud et pouvoir enfin être à l'abri. Dans certaines de ces opérations, il y a eu des échecs. Il y a eu des arrestations.

Je répète que nous n'avons pas choisi de prendre l'initiative de ces opérations de franchissement illégal de frontière, mais nous avons choisi de ne pas dire non quand des individus, des familles ou des groupes ont fait appel à nous pour les aider à franchir la frontière. Cela fut un engagement validé par le Conseil d'administration cette année.

## **L'Irak**

Nous n'avons pas travaillé en Irak avant la guerre, pendant la période d'embargo. Déjà au début des années 90, après la première guerre, MSF s'était confronté aux mêmes difficultés : quelles étaient-elles ? Nous avons évalué les possibilités de travail en Irak pour la dernière fois en automne 2000. Nous avons repris contact avec les autorités irakiennes pour leur demander à quelles conditions il était possible d'intervenir. Les conditions étaient claires : la première était de s'associer à la propagande du régime. Il fallait faire un « full charter », arriver à l'aéroport de Bagdad et dénoncer l'embargo.

Par ailleurs, une fois cette condition remplie, les programmes proposés incluaient peu de possibilités d'être en contact direct avec les patients irakiens et de suivre jusqu'au bout l'aide apportée. Les programmes proposés étaient souvent orientés dans une direction bénéficiant à la propagande du régime et à ses réseaux de clientèle

En 2000, la seule proposition concrète que nous ayons reçue, et qui semblait motiver les autorités irakiennes, était de faire une étude épidémiologique sur les conséquences sanitaires de la guerre de 1990/91. Evidemment, nous ne nous sommes pas engagés dans cette voie.

La section française de MSF n'a jamais été bien vue par le pouvoir de Bagdad, ce qui explique que, lorsque la guerre approchait, nous ayons été parmi les tous derniers à obtenir

des visas d'autant plus que nous ne faisons pas campagne contre la guerre, considérant que là n'était pas notre rôle.

Une fois les visas obtenus, notre équipe a rejoint celle du centre opérationnel de Bruxelles, en place à Bagdad depuis deux mois.

Devions-nous rester à Bagdad pendant l'offensive américaine et pourquoi faire ? Les difficultés étaient nombreuses. Nous ne connaissions pas la ville, les autorités de Saddam Hussein étaient toujours en place et ne favorisaient pas notre travail. Nous avions une faible liberté de déplacement. Notre propre matériel médical n'était pas sur place. Certains ont fait remarquer qu'il aurait pu être raisonnable de décider que le risque était déséquilibré face aux perspectives concrètes que nous avions d'apporter de l'aide en raison des obstacles politiques et matériels auxquels se heurtait l'équipe à Bagdad.

Nous avons choisi l'option inverse, validée par le conseil d'administration. Nous avons pensé que, à cette phase de la dynamique d'un conflit, les choses évoluent rapidement. Cela s'est confirmé en termes d'autorisation. Une dizaine de jours avant la chute de Bagdad, l'équipe a obtenu l'autorisation du ministre de la santé irakien de travailler à l'hôpital Al Kindi qui était le deuxième hôpital chargé de prendre en charge les blessés civils des bombardements. Nous avons réussi à faire entrer du fret pour environ 600 blessés et à garder la maîtrise de sa distribution. L'équipe n'a pas beaucoup travaillé pendant cette période mais la raison principale en est plutôt une bonne nouvelle : le nombre de blessés civils n'était pas très important. Les pertes sont toujours cruelles et trop élevées à l'échelle d'une famille mais au total le nombre de blessés était loin de saturer le système hospitalier de Bagdad.

Ensuite, juste avant la chute de la ville et du régime, le chef de mission et le logisticien de l'équipe ont été arrêtés par les services de sécurité. Le travail de l'équipe a été paralysé par ses deux arrestations à un moment crucial où le nombre de blessés augmentait ainsi que la désorganisation des hôpitaux chargés de les accueillir.

Après la chute du régime, nous avons pris position pour affirmer que, s'il y avait des problèmes sanitaires graves (accès des blessés et des malades aux soins, pénurie d'eau potable dans certains quartiers) liés à une crise politique et sociale profonde..., il n'y avait pas de catastrophe sanitaire. Nous n'avons pas pu trouver notre place dans le système hospitalier désorganisé par les pillages et les luttes de pouvoir.

L'Irak est passé d'une dictature aux aspirations totalitaires marquée notamment par le culte de la personnalité, l'importance de la terreur dans la vie politique au cours des vingt dernières années et l'omniprésence de l'appareil policier, à une dictature militaire étrangère prétendant instaurer la démocratie. Une transition de cette nature peut difficilement se passer sans crises dans un certain nombre de domaines. Les blessés n'étaient pas nombreux au point de saturer les hôpitaux, mais ils ont néanmoins été traités dans de mauvaises conditions. Un autre domaine où nous estimions qu'il y avait une crise est celui des urgences médicales. Dans une ville de cinq millions d'habitants, il y a tous les jours des urgences médicales et des malades chroniques dont la vie dépend du maintien de leur traitement. Les besoins de ces malades ont été peu couverts par des hôpitaux complètement désorganisés, soit par les pillages mais surtout par les affrontements entre différents groupes irakiens.

Nous n'avons pas l'intention de participer à la reconstruction de l'Irak et de ses services publics. Il ne s'agit pas d'une tâche humanitaire, et encore moins d'une aide puisque -les discussions sur la levée des sanctions le montrent- la note sera payée par les Irakiens à travers la vente de pétrole.

La situation n'était pas catastrophique. Nous venons de parler de l'Angola, de la RDC, de la Corée du Nord, de la Tchétchénie, et la différence entre des problèmes sérieux, ceux qui existent en Irak, et des situations catastrophiques est évidente.

Néanmoins, il aurait semblé raisonnable au conseil d'administration que les problèmes des malades dans l'immédiate après guerre entraînent l'ouverture temporaire d'une activité. Si ce n'était pas possible dans le système hospitalier public, la situation était probablement quand même suffisamment ouverte pour que nous exercions dans le privé, en louant nous-mêmes des locaux, afin de mettre en place des consultations pour faire un certain nombre de pansements, et de permettre notamment dans les quartiers populaires de Bagdad, aux urgences médicales, de trouver un accueil.

Cela n'a pas été le choix des équipes, et le conseil d'administration le regrette.

Au total, nous avons envoyé six personnes en Iran en prévision d'un afflux de réfugiés, à partir du sud de l'Irak, la région de Bassorah. Nous avons envoyé un petit fret de biscuits protéinés, quelques kits pour les blessés, trois personnes à Bagdad et une personne en Jordanie et en Syrie. L'Irak a été pour nous une petite intervention d'urgence.

## **Remarques générales**

Beaucoup de missions cette année ont été l'occasion de discuter à nouveau de notre rôle lors des conflits armés. Notre culture collective, aussi bien dans cette section que dans l'ensemble du mouvement, nous fait spontanément considérer que la couverture des besoins en eau, en médicaments, en nourriture de groupes de populations représente l'essentiel de l'action humanitaire. La prise en charge des blessés -des soins complexes, chirurgicaux et psychologiques ne permettant pas de prendre en charge de très grands nombres de personnes dans chaque endroit- a tendance à passer un peu au second plan.

En examinant les projets, en dépit d'un effort réalisé par les opérations cette année, on note un déséquilibre en défaveur des programmes de prise en charge des personnes directement affectées par la violence.

De même pour les prises de position et les messages que nous relayons vers l'extérieur. Nos équipes se sont senties beaucoup plus légitimes de commenter, à la fin de la guerre, la désorganisation des hôpitaux que la façon dont certains Irakiens et Bagdadis en particulier avaient été blessés au cours du conflit : utilisation des bombes à fragmentation et mitrillage préventif des civils lors de la pénétration des troupes américaines en zone urbaine ou lors de points de contrôle sur les routes du centre de l'Irak.

Evidemment, notre responsabilité lorsque nous arrivons, est de prendre en charge des personnes ; c'est aussi notre responsabilité de participer au débat public quand il a lieu, voire de le susciter quand il y a peu de volontaires pour aborder les questions délicates.

Pour être simple, un soldat, qui -de son char ou sur sa jeep devant une mitrailleuse au moindre doute quand il voit apparaître une voiture ou un passant à 100 mètres ou 200 mètres décide de l'éliminer pour éviter que peut-être ce passant ou cette voiture commette un attentat-, commet un crime. En l'occurrence un crime de guerre.

Notre approche de notre rôle en temps de guerre demeure mal équilibrée. Commenter et couvrir les besoins des civils, protester contre le détournement du label humanitaire, revendiquer une forme de « propriété » sur certaines actions au nom de l'humanitaire, tout cela nous le faisons spontanément et parfois d'une manière excessive.

Mais quand nous devons, par exemple, parler du massacre des prisonniers de guerre par les forces de la coalition en Afghanistan, nous trouvons toujours de bonnes raisons, bien sûr pas pour affirmer que ce n'est pas dans notre rôle, mais pour dire que, en l'occurrence, qu'il est quasiment impossible de l'exécuter. L'argument est toujours le même : l'équipe n'a pas été

témoin direct du massacre. Il faut rappeler que, heureusement pour leur sécurité, les équipes sont rarement témoins directs d'un massacre. L'autre argument consiste à affirmer l'impossibilité de prendre une position fondée sur une information produite par d'autres, en l'occurrence Physician for Human Rights et Human Rights Watch, dont nous connaissons pourtant le sérieux.

### **Mieux comprendre la réaction internationale aux crises**

Il faut souligner l'intérêt des travaux réalisés par la Fondation MSF, en particulier ceux du Crash (Centre de réflexion sur l'action et les situations humanitaires). Ils produisent une analyse des différents modes de réponse internationale (diplomatiques et militaires) aux situations de crise et à leurs conséquences sur l'action humanitaire.

Le livre *Populations en danger* sortira en septembre 2003. Un autre travail, qui dans notre jargon se nomme le *Temoignage case binder* : une revue, depuis 1985, des principaux dilemmes, des principaux choix auxquels nos équipes ont dû faire face. Quatre cas, dont trois sur le Rwanda, seront bientôt disponibles.

La publication du livre de Fiona Terry, *Condemned to repeat ? The paradox of humanitarian action* est également à signaler.

Ce travail de réflexion, développé ces dernières années, vise à mieux préparer nos équipes de terrain à comprendre leur environnement de travail afin d'accomplir leur action en évitant les principaux pièges.

Nous soumettons ces analyses à la discussion, et ce sera l'objet du débat de cet après-midi. **Trois catégories se dégagent**, qui partent de la nature de la réponse internationale.

La première grande catégorie, il faut bien le rappeler c'est **l'abstention**. Il y a des conflits très sévères (RDC, Tchétchénie, Colombie, Algérie) où la réaction principale des Etats puissants à l'échelle régionale ou internationale, et des organisations internationales est une quasi-abstention. Dans ce cadre-là évidemment, il n'y a pas de limite posée à la violence des protagonistes du conflit. On voit se développer des actions militaires tournant à l'extermination de groupes entiers de populations. C'est le cas aujourd'hui en Ituri (RDC). Dire cela c'est appeler à la vigilance dans ces contextes-là face au développement de ces pratiques d'extermination visant les groupes de populations auxquelles nous essayons de porter assistance.

Nous-mêmes prenons le risque d'être victimes de la violence des soldats ou des miliciens. Nous devons prêter une attention particulière à cela. Un autre aspect de ces formes de violence, nous en avons fait quelques expériences dramatiques dans ces guerres totales, est la captation du matériel des secouristes, l'utilisation de leur emblème pour parfois commettre des crimes très importants contre les populations. C'est le pire qui puisse nous arriver. Nous sommes là pour aider les gens et nous nous retrouvons en train de participer au crime. Cela demande une grande vigilance, et nous devons garder à l'esprit qu'il est parfois préférable de suspendre, temporairement ou non, certaines missions.

La deuxième catégorie est **l'implication diplomatique** où revient à l'action humanitaire une grande part de la responsabilité de contenir les effets de la crise (Angola, Corée du Nord et le Soudan). Cela donne lieu à de gigantesques opérations d'aide. La Corée du Nord et l'Opération Life Line au sud du Soudan en constituent deux bons exemples. Dans cette forme de réponse internationale, la préoccupation affichée pour le coût humain du conflit se traduit par la mise en place d'importantes opérations de secours aux civils

L'aide humanitaire est liée à l'agenda diplomatique et profite essentiellement au camp qui a les faveurs des puissances régionales et internationales. Ce qui ne lui permet pas, bien entendu d'être efficace et de sauver les individus qui pourraient l'être. Les autres bénéficiaires de ce type d'opérations sont les acteurs politiques et les bureaucraties des organismes d'aide. Si le système de l'aide est construit de cette façon, pour être efficace, pour remplir notre mandat, il nous faut nécessairement nous en démarquer. C'est ce que nous avons fait en Angola. Si nous étions restés englués dans le système des organismes d'aide en Angola, un grand nombre de personnes qui mourraient de faim, dans la région de Huambo notamment, n'auraient pas reçu de nourriture.

La dernière catégorie -elle se développe- est celle des **interventions armées** internationales revendiquant à des degrés divers un fondement moral et des considérations « humanitaires » (Kosovo, Timor, Sierra Leone, Afghanistan et aujourd'hui Irak). La forme juridique varie mais cela aboutit de fait à une mise sous tutelle internationale temporaire d'une région ou d'un pays entier. L'humanitaire est un des arguments principaux -pas le seul- utilisé pour justifier l'intervention. Dans ces interventions, dont la propagande affirme qu'elles sont conduites au nom du bien commun, de la liberté, de l'humanitaire, la question des violences commises contre les non-combattants par ceux qui mènent ces interventions est très difficile à soulever. J'ai développé ci-dessus l'exemple des prisonniers de guerre en Afghanistan, mais il y a des exemples équivalents, en Sierra Leone, notamment.

### **Les limites en matière de quantité et de qualité des secours.**

Le travail de réflexion sur la réponse internationale aux crises est l'occasion de comprendre que les limites des secours sont principalement posées par les politiques.

Cela ne sert à rien de chercher à étendre les opérations au-delà d'une certaine limite quand le contexte, de toute évidence, indique que cela sera un échec. Il faut se souvenir que nous avons tiré des leçons assez cuisantes de ce type d'illusions en Afrique de l'Ouest au début des années 90, également dans bien d'autres régions.

Il y a d'autres limites à la qualité des secours. Celles que nous produisons nous-mêmes. J'aimerais insister sur le fait que, si les objectifs, notamment le type d'individus vers lesquels se dirige notre aide, ont été mieux définis, en revanche l'évaluation des points forts et des points faibles de l'aide effectivement réalisée sur le terrain reste un domaine insuffisamment clair.

Un des chantiers importants -maintenant que nous avons terminé celui sur les objectifs- est de mieux évaluer l'impact de nos missions.

Nous offrons des soins et des secours de plus en plus sophistiqués, mais j'aimerais soutenir les préoccupations du département médical et du département logistique quand ils nous rappellent quelques points fondamentaux :

- pour le département médical, la relation avec les patients, le respect de leur volonté, le respect du secret médical, la sécurité des procédures d'injection, la fiabilité de la stérilisation, le respect des protocoles de traitement connus pour leur efficacité, l'application des priorités sanitaires dans la prise en charge de populations déplacées, la bonne gestion des pharmacies des missions, etc.

- pour le département logistique, l'approvisionnement en eau des centres de soins, le traitement des déchets notamment le traitement sécurisé des déchets médicaux dans les

centres de soins, le simple nettoyage des locaux. Tout cela reste des objectifs qui ne sont pas faciles à atteindre, qui ne sont pas forcément ceux qui ont été les plus discutés entre nous ces deux dernières années, mais qu'il faut rappeler avec force.

Un autre point de limite de la qualité des secours offerts, qui dépend de nous-mêmes, est la négligence répétée de certaines catégories de patients. Un seul exemple d'actualité, qui concerne les femmes violées. Personnellement je n'aime pas trop la dénomination de ces missions en général, VVS, victimes de violences sexuelles, parce que l'expression « violences sexuelles » recouvre une catégorie extrêmement large, et bien souvent on ne sait plus très bien de quoi on parle. En pratique, il s'agit essentiellement de femmes victimes de viols, de femmes, de jeunes enfants parfois, d'adolescentes victimes de viols. Alors que nous savons que nous avons des consultations généralistes dans de nombreux pays où le viol est fréquent, il est rare que nous proposons des soins adaptés. J'ai visité au mois de février la mission qui a réalisé une avancée dans ce domaine, la mission du Congo Brazzaville, où, à l'hôpital de Makélékélé et à l'hôpital de Talongaï, nous avons une consultation médico/psycho/sociale, pour prendre en charge ces femmes. Les résultats sont bons et devraient nous encourager sur d'autres terrains, non pas à ouvrir des missions spécialisées, mais dans la gamme de soins offerte, considérer la possibilité d'offrir également ceux-là. Un projet de protocole médical pour la prise en charge de ces malades commence à circuler et beaucoup d'informations commencent à être disponibles sur la façon de procéder à ces soins. Le Conseil d'administration souhaite que cette offre de soins progresse au sein de nos projets de terrain.

On pourrait ajouter que dans d'autres domaines de la santé des femmes, nous ne sommes pas vraiment dynamiques pour faire une offre correcte. Je pense notamment à la contraception

### **La sécurité des équipes**

On préfère parler des dangers, au pluriel, rencontrés cette année par les équipes dans les pays en conflit. Il faut également remarquer que les programmes dits médico-sociaux ont été la source répétée d'incidents. La première protection : notre propre positionnement, notre compréhension des contextes, notre capacité à tisser des liens. C'est cela qui nous protège, la clarté, la neutralité et l'impartialité avec lesquelles nous exerçons notre mission d'équipe humanitaire médicale.

Nos équipes sont déterminées. Chaque matin, des équipes sortent en Palestine pour aller sur une espèce de ligne de front mouvante et dangereuse, à Gaza, à El Rhalil et Jénine. Idem en Afghanistan, en Colombie, et la liste des autres contextes dangereux est longue. Nous avons souhaité nous recentrer sur les victimes des conflits, nous l'avons fait, il faut avoir conscience que cela a un impact sur la mise en danger des membres du personnel.

Nous devons préciser de nouveau les limites de cet engagement. Il n'y a pas « d'encouragement au suicide » chez nous. Nous ne pensons pas qu'il soit positif de consciemment sacrifier sa vie pour apporter de l'aide. Chacun, chacune d'entre nous reste libre de s'associer ou pas à certaines actions. D'ailleurs, quand les situations sont tendues, il faut se demander d'une part si les conditions de l'aide ne sont pas trop dangereuses pour les équipes MSF, mais également il faut se demander si l'on n'a pas atteint le point où la violence des protagonistes fait que l'aide se retourne contre ceux à qui elle devrait bénéficier. Ce sont les deux bornes qui limitent l'activité.

Comment juger du danger ? Il y a une tendance qui se développe à prendre une décision et à juger du danger à des milliers de kilomètres de distance par téléphone, par e-mail ; ces procédures augmentent bien souvent l'insécurité et limitent les initiatives individuelles. Si

nous n'avions pas fait confiance à certains individus, nous ne serions pas en Ituri aujourd'hui. Il faut se rendre compte qu'il n'y a pas de décision standard. J'étais en faveur d'avoir une équipe à Bagdad, mais je comprends et je trouve tout aussi légitime l'opinion de ceux qui trouvaient que les risques dépassaient les possibilités d'action. On ne peut aborder ces discussions-là simplement en termes généraux de pour ou contre. Le rôle des individus, leur détermination, leur dynamisme, leur réseau de relations personnelles sur ces terrains, leurs envies, leur humeur ce matin-là, avant de monter dans la voiture, tous ces points sont des facteurs essentiels. De ce point de vue-là, le conseil d'administration est plutôt dans l'esprit de faire confiance à des personnes plutôt qu'à un système et à des procédures pour prendre les décisions. Ce sont les individus et leurs qualités qui demeurent le critère essentiel.

### **La réponse aux épidémies et aux endémies**

Cette catégorie représente 23% de nos projets de terrain (8% pour la réponse aux épidémies et 15% pour la réponse aux grandes endémies). Au total, cela fait 26 programmes de terrain en 2002, pour 8,2 millions d'euros.

#### **La méningite**

Depuis 1996, nous avons repris notre effort pour répondre aux épidémies. Nous restons très dynamiques dans ce domaine. La bonne nouvelle : nous espérons avoir un vaccin bien plus efficace pour 2005. La mauvaise nouvelle, en matière de vaccin, c'est qu'aujourd'hui les épidémies de méningite d'une souche particulière –W135- ne sont pas couvertes par un vaccin. Les seuls vaccins disponibles dans ce domaine le sont pour les pèlerins et les militaires, les touristes, mais absolument pas pour les populations les plus affectées par ces épidémies de méningite au Burkina Faso en particulier et en Afrique en général.

Au sujet du traitement antibiotique, je voudrais saluer le travail fait au Niger par l'équipe de terrain et Epicentre qui cherchent à montrer qu'un antibiotique plus récent, moins toxique et plus maniable, la ceftriaxone, pourrait se substituer au traitement de référence, le chloramphénicol huileux, dont la limite demeurerait la relative toxicité. Je suis très heureux de voir que MSF, qui avait déjà beaucoup contribué à fixer le traitement antibiotique des épidémies de méningite, récidive.

#### **Le paludisme**

En 2002, les opérations nous signalaient que nous n'étions pas en avance dans l'utilisation des combinaisons à base d'artémisinine. Nous estimions, au début 2002, qu'il n'y avait pas plus de 20% des cas traités qui étaient couverts par des traitements efficaces. Aujourd'hui, les combinaisons thérapeutiques efficaces commencent à être utilisées à peu près sur tous nos terrains. Parfois, malheureusement, uniquement sur certains sites, et seulement au cours des pics saisonniers. Nous avons enfin franchi un cap. Là où ce n'est pas encore possible, ce n'est pas parce que nous n'avons pas essayé de le faire, c'est parce que nous nous heurtons à des véritables difficultés qui viennent soit du manque de sens de la décision de certains ministères de la santé à changer les protocoles nationaux de traitement, soit de la faible capacité qu'ont les producteurs de ces médicaments à rendre disponibles les quantités nécessaires à des prix raisonnables –Sanofi par exemple- pour permettre de lancer des actions à grande échelle. Un cap sera franchi sur la question du paludisme quand un pays africain utilisera comme protocole national les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine.

#### **Le Sida**

Nous avons l'an dernier à la même époque 500 patients sous antirétroviraux.

Aujourd'hui : 1800 patients au Cambodge, au Guatemala, au Kenya, au Malawi, en Ouganda et en Thaïlande. L'objectif que s'est fixé le département des opérations c'est d'en avoir

plusieurs milliers à la fin de l'année. Les résultats sont bons puisque les taux de survie sont très satisfaisants. Le travail des équipes confirme que, même dans un environnement assez précaire, les malades survivent avec un traitement approprié.

Dans le domaine de la prise en charge des maladies opportunistes, nous progressons également. Le travail réalisé dans le service des maladies infectieuses de l'hôpital Norodom Sihanouk à Phnom Penh a permis de faire chuter la mortalité générale dans le service : de 35% à 25% en un an grâce à un travail sur les deux infections opportunistes prédominantes (la tuberculose et la cryptococcose neuroméningée).

Nous avons beaucoup parlé, à propos du Sida, d'amplifier notre action (en anglais dans le jargon international, « scaling up »). Il nous semble que la première de nos responsabilités, ce que nous demandons aujourd'hui à nos équipes de terrain, c'est de garantir à tous les patients qui sont dans nos files d'attente, dans les hôpitaux où nous avons commencé à prescrire les antirétroviraux, qu'ils puissent en recevoir quand médicalement ils deviennent nécessaires. C'est cela l'objectif.

Il y a déjà une mission de terrain où l'objectif a été atteint : Surin en Thaïlande.

Nous avons également commencé à utiliser les antirétroviraux à titre prophylactique dans la prise en charge médicale des viols.

Dans une mission installée dans la durée, celle des camps des réfugiés de Maela à la frontière avec la Birmanie en Thaïlande, nous avons démarré les prescriptions d'antirétroviraux en dehors d'un programme spécialisé Sida. C'est l'autre piste pour étendre l'accès à ces traitements. Nous ne pouvons ouvrir des missions spécialisées Sida partout. La question est ouverte dans les autres missions, notamment celle où notre présence est stable, de rendre plus fréquent l'accès aux antirétroviraux.

### **La tuberculose**

Nous avons plusieurs milliers de patients sous traitements. Nous avons 14% de programmes en 2001 qui offraient des soins antituberculeux et nous en avons 23% en 2002.

Cette offre de soins est devenue beaucoup plus commune dans notre pratique médicale et nous ne pouvons que nous en féliciter. Le projet s'adressant aux Afars atteints de la tuberculose, groupe de populations semi-nomades, à Galaha, en Ethiopie, compte 450 personnes sous traitement. Il souligne, s'il en était encore besoin, que lorsque les activités sont adaptées à la culture et au mode de vie des malades, le succès est à portée de main même au sein de groupes réputés intraitables : populations semi-nomades.

Des co-formulations, aux dosages recommandés, y compris pour les enfants, sont aujourd'hui disponibles pour le traitement de première ligne. Des traitements pour les formes résistantes sont disponibles à prix réduits.

Mais le débat interne n'a pas encore réellement commencé sur les améliorations qui pourraient être apportées par l'introduction de nouveaux outils diagnostics et thérapeutiques.

Nous n'avons pas encore vraiment eu une discussion approfondie, vraiment contradictoire, sur le DOTS, le traitement standard international. C'est un traitement lourd, compliqué, utilisant des antibiotiques anciens aux effets secondaires notables. C'est le traitement recommandé à l'échelle internationale par l'Organisation Mondiale de la Santé et beaucoup d'institutions nationales et internationales. Certains d'entre nous ne le trouvent absolument pas satisfaisant. Nous devons le soumettre à la critique, le discuter entre nous. Il me semble

que le DOTS reste encore un tabou en interne. Peut-être, à la fin de la discussion, faudra-t-il conclure qu'il représente la seule option réaliste aujourd'hui, mais le débat doit s'ouvrir.

Sur le Sida et le paludisme, nous avons fait des progrès parce que nous avons accepté de nous « disputer » entre nous sur ces questions. Le débat contradictoire, même si parfois il prend la forme inutile de la dispute, est souvent suivi d'améliorations notables.

Au sujet de la tuberculose, cette confrontation n'a pas eu lieu. L'an dernier, quand la Campagne demandait aux équipes de quel type d'appui elles auraient besoin, de quel type de médicaments, de quel type d'outil diagnostique, la seule demande portait sur le prix des masques portés sur le visage par les patients -notamment les patients polyrésistants- et le personnel. Le seul problème soulevé, malgré un vaccin qui date du début du siècle, des antibiotiques qui ont une quarantaine d'années d'ancienneté, était finalement le prix du masque. Cela ne démontrait pas un très grand dynamisme.

### **Leishmaniose**

La section de référence pour cette maladie est la section hollandaise. Nous commençons la prise en charge de patients atteints par les deux formes de cette maladie : au Pérou (forme cutanée) et au Soudan (forme viscérale). Le projet du Pérou vient de se conclure par un succès et l'activité est transmise aux services publics de santé, en leur permettant, grâce au travail réalisé par l'équipe et la Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels, d'obtenir un approvisionnement pour le médicament concerné à un prix divisé par vingt comparé à celui payé auparavant.

Pour la forme viscérale, on a une perspective, c'est un des axes de la Campagne d'accès aux médicaments essentiels et de sa partie recherche, d'avoir enfin une molécule plus efficace et moins toxique. On devrait réussir dans ce domaine à offrir une véritable alternative, comme on a pu dans la maladie du sommeil offrir une alternative à l'arsenic : l'eflornithine.

### **La Campagne d'accès aux médicaments essentiels (Came)**

50% des projets de terrain bénéficient de l'appui de la Campagne aujourd'hui. Beaucoup avaient manifesté l'inquiétude que la campagne soit une espèce de groupe flottant dans l'éther, peu lié aux besoins des équipes de terrain.

Nous avons, en tant que conseil d'administration, pris des décisions assez engageantes cette année. Nous avons autorisé l'importation -que nous ne jugeons pas illégale- de médicaments génériques sur certaines de nos missions ; mais effectivement, certains défenseurs des brevets considèrent que l'importation de génériques est une atteinte aux brevets. Nous estimons que c'est nous qui sommes dans la légalité. Les accords sur la propriété intellectuelle contiennent des mesures dérogatoires pour couvrir les problèmes sérieux de santé publique. Nous entendons bien les utiliser. Les représentants des Etats, qui dans les conférences internationales, discutent régulièrement de ce sujet sous la pression de l'industrie pharmaceutique, soutenue par les Etats-Unis, le Japon, la Suisse, et essayent de freiner la possibilité d'utilisation de ces mesures. Nous avons pris la responsabilité de faire transiter les génériques par notre centrale logistique de Bordeaux, MSF Logistique, et d'approvisionner nos missions.

Sur les prix, l'accès aux molécules déjà existantes, il y a eu un certain nombre d'avancées, limitées dans certains domaines, mais globalement il y a une stagnation. On est loin des engagements qu'avaient pris les pays du G8 à Okinawa en 2000.

Pour ne prendre qu'un exemple, ils s'étaient engagés à mettre en oeuvre des mesures qui permettent de diminuer de moitié la mortalité et la morbidité liées au paludisme. En réalité la mortalité des moins de 5 ans a augmenté.

Sida, l'objectif était de diminuer de 25 % le nombre de jeunes atteints par le virus. En réalité il a triplé en trois ans.

Ce que nous avons à dire au G8 qui se tiendra à Evian début juin : les engagements pris à Okinawa n'ont pas été tenus et par voie de conséquence la catastrophe s'amplifie. Pourquoi ? L'axe principal de travail a été de négocier avec les grands laboratoires, certes des prix différenciés –la première étape était de faire passer cette idée-là, en résumé : des prix pour le Nord et des prix pour le Sud-, mais nous avons toujours expliqué qu'il y avait d'autres conditions indispensables : stimuler la concurrence par la mise en place des mesures prévues dans les accords sur la propriété intellectuelle, alimenter les carnets de commande par le « Fonds global », lancer des productions régionales dans les régions les plus affectées ...

Sur les prix différenciés, il faudrait aussi qu'il y ait une liste des molécules dont l'OMS estime indispensable qu'elles doivent bénéficier de prix différenciés. Ce n'est pas le cas aujourd'hui. Les pressions sont très fortes pour limiter le plus possible le nombre de médicaments concernés et la baisse de leurs prix.

**Recherche et Développement**, le débat débute dans les enceintes internationales. Il y a aura une déclaration de principe au G8 d'Evian début juin encourageant la recherche et le développement pour les maladies les plus négligées, notamment dans le domaine de la médecine tropicale, et nous-mêmes, comme vous l'avez voté l'an dernier, nous avons l'intention de prendre nos responsabilités. Le DNDi (Drugs for Neglected Diseases initiative), l'institution dans laquelle nous sommes associés avec l'Institut Pasteur, la Recherche médicale publique brésilienne, indienne, malaisienne, la recherche en médecine tropicale de l'OMS, verra le jour au mois de juillet prochain. Le processus d'élaboration d'une charte et de statuts s'est bien déroulé avec nos partenaires. Ils ont confirmé leur engagement, et nous avons commencé à construire ce que nous appelons le port folio, c'est-à-dire la liste des projets concrets de recherche et développement. Dans la constitution de ce port folio, nous avons noté avec plaisir que l'OMS et sa branche de recherche en médecine tropicale nous donnaient un vrai coup de main. Nous étions un peu dubitatifs sur la volonté de nos collègues de l'OMS de s'engager à nos côtés, et c'est avec un vif plaisir que nous avons vu que, dans leur domaine de compétences, ils étaient décidés à vraiment appuyer l'initiative.

### **L'aide aux personnes privées de soins en raison de leurs situations particulières au sein de leurs sociétés (prisonniers, prostitués, migrants, populations rurales et urbaines négligées par les services publics de santé, jeunes en situation difficile ...)**

Cette troisième « catégorie », à hauteur de 20% de nos projets de terrain, fait référence aux catastrophes humaines mentionnées dans la charte de Médecins Sans Frontières. Nous avions 31 projets de terrain dans cette catégorie en 2001, nous n'en avons plus que 21 en 2002. Ces problèmes ne sont pas moins humanitaires que les précédents. Notre conception de l'action humanitaire ne se limite pas à la guerre, aux épidémies et aux endémies. La raison de la volonté de limiter le nombre de ces projets vient de la nécessité d'en assurer la qualité. Nous avons fait trop de fausses promesses dans ce domaine.

Nous avons promis que nous allions donner l'accès aux soins, par exemple à des populations rurales du sud de la Chine particulièrement négligées par l'Etat dans la phase de transition politique et économique que connaît ce pays au cours de ces dernières décennies. En réalité, nous avons été incapables de fondamentalement modifier ce que nous appelions nous-mêmes

leur accès aux soins même si nous avons temporairement traité les tuberculeux de deux districts et permis à quelques indigents de se faire soigner.

Dans ces projets, nous nous heurtons à deux difficultés caractéristiques de notre association. La première est la continuité. Nous ne sommes pas une organisation professionnelle, nous sommes une association, de plus à vocation internationale. Instaurer la stabilité de nos missions est, dans ces conditions, une vraie difficulté. Ces projets ne peuvent avancer sans un minimum de continuité du travail dans le temps, sur parfois plusieurs décennies. Nous devons avoir la lucidité de reconnaître nos limites et arrêter de faire un certain nombre de fausses et cruelles promesses.

L'autre difficulté est le statut d'étranger, la dimension internationale de notre association. Notre compréhension et notre légitimité sont plus faibles sur ces questions en rapport avec notre « statut d'étranger ». De plus, nous ne pouvons pas dire -et je vais y revenir- que nous associons correctement le personnel national à la conduite de l'action. Cette tradition assez faible est une difficulté supplémentaire pour garantir le succès.

Nous avons fermé un certain nombre de ces programmes. Ceux que nous avons conservés sont de souvent de vraies réussites.

Par exemple le projet de Tananarive, à Madagascar, que j'ai visité au mois de septembre. Je remarque que le programme qui vise à offrir des soins aux enfants vivant dans des situations extrêmement précaires, souvent dans des abris en carton ou en plastique, dans les rues de Tananarive, a pu être développé positivement parce que la chef de mission expatriée est restée six ans, qu'elle s'est vraiment investie dans la durée pour développer ce programme. Le coordinateur médical également est resté quatre ans et demi. Quand je suis allé à Madagascar au mois de septembre, à la fin de la mission de ces deux personnes, j'ai trouvé un programme très enthousiasmant.

Une autre condition à la réussite de cette mission est la part de responsabilités qu'a pris le personnel malgache dans ce programme.

J'ai visité une autre mission de ce type cette année, celui qui vise à apporter des soins aux personnes âgées de la ville de Soukhomi en Abkhazie. Des personnes laissées totalement à l'abandon. Nous apportons des soins, mais pas seulement, nous apportons aussi une aide à la réparation des maisons, souvent des cabanes, avec des visites à domicile, un dispensaire en ville, des références médicales possibles. J'ai trouvé ce programme très motivant. Ces personnes sont totalement abandonnées, victimes de toutes les prédations. Imaginez un couple de personnes âgées, dans une région où la loi et l'ordre ne règnent pas, habitant dans une petite maison en train de s'écrouler... Certains ont eu des vies incroyables. Je me souviens d'un couple qui avait connu les grandes famines en Ukraine du début du vingtième siècle, l'homme avait été un des soldats russes qui ont pris Berlin à la fin de la deuxième guerre mondiale, et, à la fin de sa vie, la récompense à laquelle il avait droit était quasiment de crever de faim dans une cabane en Abkhazie sans aucun soin. J'ai trouvé ça humanitaire que l'équipe veuille les aider et ait ouvert un programme. Mais il faut avoir la lucidité de comprendre les conditions d'un succès. Première remarque : le médecin russe qui est cœur de ce programme, Alexander, n'est pas correctement intégré dans l'équipe de la mission. Le *turn over* du personnel international sur cette mission est resté très important.

Voilà pour l'action sur le terrain.

## **La structure**

### **Le personnel engagé sur le terrain**

Cette année, 1017 départs de membres du personnel international ont eu lieu, soit une augmentation de 7% par rapport à 2001.

Le nombre de postes de terrain pour le personnel international est resté stable à 443 (égal à celui de 2001).

La proportion de départs en « première mission » est de 33%, conforme aux objectifs fixés, même si cela reste faible dans le sous-groupe des logisticiens, 27%. Ce qui est inquiétant c'est que seulement 1/3 des postes de chefs de mission est occupé par des médecins. On trouve 73% de médecins dans les postes de coordination médicale, en fait une dégradation de la situation, 83% en 2001 et 95% en 2000. Le pourcentage de médecins parmi les responsables de terrain demeure faible, inférieur à 20%. Au sein du personnel international, nous avons réel problème avec la catégorie des médecins.

Quant au personnel national, à la fin de l'année 2002, nous comptons 2545 membres du personnel national sur le terrain. Lorsque, en tant que membres du conseil d'administration, nous demandons au bureau à Paris quelles sont exactement leur profession, comment ils se répartissent, nous remarquons que nous n'avons pas de gestion centralisée du personnel national. C'est vraiment une très grosse limite pour caler l'appui opérationnel.

Tout ce qui touche à la gestion des personnels en général demeure notre principal point de faiblesse. Cela fait plusieurs années que nous le disons, donc le répéter signifie un échec. Il y a cinq ans, je me suis associé avec Karim et cela faisait partie de nos ambitions de produire un changement de fond dans ce domaine. Il faut reconnaître que nous avons été incapables de le faire. Même si dans le même temps, le département des ressources humaines a amélioré son fonctionnement. Cela nous a permis de faire face à la plupart de nos missions, mais si nous écoutons aujourd'hui le directeur des opérations, le personnel demeure le principal paramètre limitant la qualité de nos actions.

**Il faut redéfinir de que l'on appelle une équipe de terrain aujourd'hui.** Le mode d'organisation ne correspond plus à la réalité. Je parlais de l'équipe de Brazzaville, dont une représentante, Jeanne est parmi nous aujourd'hui. L'équipe prend en charge les femmes victimes de viol et est composée d'un expatrié, de six Congolaises et d'un Congolais. Seul l'expatrié est considéré comme membre d'une équipe de terrain MSF au sens habituel : visites au bureau en France, connu du personnel du siège, inscrit à des formations ... Il est clairement associé à la définition et à l'évaluation des résultats de la mission. Les deux médecins congolaises qui voient les patientes au quotidien -même si le médecin expatrié, Grégoire, fait aussi de la clinique- ou les quatre assistantes sociales, « officiellement » ne sont pas considérées membres de MSF. Elles sont considérées comme des employées.

Cela ne correspond pas du tout à la réalité du travail, et les équipes comme celles-là sont nombreuses. Cela ne veut pas dire qu'il en s'est rien passé ces dernières années. Je vous parlais tout à l'heure de l'équipe de Surin en Thaïlande : depuis sa formation en 1996, cette équipe est mixte, nationaux et internationaux, ce qui lui a permis d'obtenir des bons résultats, Nous devons redéfinir les équipes de terrain. L'expatriation, le métier ne doivent plus être des facteurs primant sur la nature réelle du travail effectué sur le terrain. Il existe des missions où le chauffeur est un véritable ambassadeur, un véritable médiateur vis-à-vis du pouvoir local, de la population, et là le chauffeur doit être membre de l'équipe de terrain. Il y a d'autres missions où le chauffeur pourrait être remplacé par une compagnie de taxi, et là il peut être simplement employé par MSF. Il faut arrêter de faire de la nature des contrats, nationaux ou internationaux, et des métiers, l'alpha et l'oméga en matière de décision pour dire qui est membre des équipes, et les redéfinir équipe par équipe en fonction du travail réellement effectué par chacun. En pratique, nous devons ouvrir au personnel national. Cela sera aussi un changement associatif. Au quotidien, les personnels devraient être mieux associés à la formulation de l'action, à sa définition et à la responsabilité de ses résultats.

Dans le domaine de la formation des responsables d'équipes (terrain comme siège) aussi, nous avons du retard. Tout cela devrait conduire à redéfinir et réorganiser l'appui opérationnel au niveau central, particulièrement en limitant les volumes de travail et la diversité des projets pris en charge par les couples responsables de programmes et adjoints au responsable de programme. Aujourd'hui, la structure d'appui est très déséquilibrée. C'est plutôt une bonne nouvelle en un sens. Depuis fin 1998, nous avons vraiment beaucoup modifié les missions de terrain et la machine a été dépassée par le dynamisme des équipes. En conséquence, les structures d'appui au terrain sont un peu décalées de la réalité et il faudra s'atteler à équilibrer leur fonctionnement.

### **Les sections partenaires**

Il y a une nette évolution de la relation avec les sections partenaires. Nous sommes passés d'une relation basée sur l'échange de ressources à une relation fondée sur le partage de la responsabilité de l'action conduite sur le terrain et cela s'avère beaucoup plus productif. Nous obtenons aujourd'hui, de la part des sections partenaires, un appui plus net, soit en termes de recrutement de personnels -je pense notamment à la place que sont en train de prendre les médecins américains sur nos missions de terrain-, soit en termes d'une participation active à l'élaboration du projet opérationnel annuel, soit dans la prise en charge des urgences à travers des départs de personnels des bureaux sur certaines opérations, soit dans le suivi de ces urgences, notamment vis-à-vis d'autres institutions -Nations-Unies, gouvernements-, dans une meilleure diffusion des messages publics d'alerte, dans une prise de responsabilité directe sur certaines missions. Aujourd'hui, la section japonaise a la responsabilité de deux programmes de terrain : la Birmanie et le Japon. Le bureau de New York vient de recruter une personne pour faire de même aux Etats-Unis. Nos relations sont dorénavant beaucoup plus orientées vers le soutien à l'action de terrain. Nous reprochions beaucoup ces dernières années à la section américaine d'avoir un développement financier trop rapide. Aujourd'hui, nous avons un accord afin que la collecte de fonds de la section américaine comme celle de la section française, de la section japonaise, de la section australienne, soient calées sur les besoins du projet opérationnel. Pas seulement du projet opérationnel français puisque les Etats-Unis ont les moyens d'affecter de l'argent à d'autres centres opérationnels (30%). Le projet américain est dorénavant ancré dans les besoins de terrain. Il ne vise pas à collecter de l'argent et des ressources de manière abstraite, mais à collecter de l'argent et à se développer en fonction de missions de terrain dont une partie existe déjà et dont toute une partie est des intentions sur des urgences à venir ou des ouvertures à venir.

### **Les antennes régionales**

Les antennes régionales restent très solides sur leur mission traditionnelle, le recrutement et la communication, mais elles se révèlent aussi un très gros atout pour les campagnes d'opinion que nous menons. Elles jouent un rôle important dans la préparation de nos actions, à l'occasion du G8, par exemple. Par ailleurs, là aussi, à l'intérieur des antennes régionales, le débat, la vie interne se sont équilibrés. Le fait que les antennes soient mieux associées à la discussion sur nos enjeux de travail était une volonté. Le pari semble réussi et l'appui qu'elles apportent ainsi aux missions de terrain est chaque année un peu plus important, notamment grâce à l'animation du réseau par Zouina.

### **Les donateurs**

Le montant des dons reçus des donateurs en France a progressé de 10% entre 2001 et 2002, passant de 28,4 à 31,3 millions d'euros. La crise du don en France ne nous touche pas. Les dons viennent du Japon, d'Australie, des Etats-Unis et de France, 89% de dons privés, essentiellement des particuliers.

Le succès en termes de collecte nous permet d'enregistrer un résultat positif de 2,5 millions d'euros pour cette année, un résultat conforme à notre politique de constitution de réserves, réserves visant à garantir la continuité des secours en cas d'une baisse brutale et significative de la collecte.

En France, nous avons aujourd'hui 386.000 donateurs actifs, 373.000 en 2002, dont 202.000 par chèques et 184.000 donateurs réguliers par prélèvement bancaire. 69.000 nouveaux donateurs nous ont rejoints en 2002 dont 23.000 prélevés.

Nos engagements vis-à-vis de nos donateurs, les garanties que nous leur donnons de bonne utilisation de leur argent sont en cours de révision. J'ai lu un premier projet dans le cadre de la préparation de l'assemblée générale. Il me paraît prometteur et l'approche beaucoup plus originale que l'approche traditionnelle. Malheureusement, c'est aussi un dossier -je l'avais dit l'an dernier et c'est de ma faute- sur lequel nous avons du retard.

## **Les finances**

Les dépenses combinées, satellites inclus sans les sections partenaires, augmentent de 8,2 millions d'euros en 2002, soit 93,7 millions d'euros. Je ne vais pas détailler mais je vous encourage vivement à prendre connaissance du rapport du trésorier cette année.

Le travail de classification des missions, des projets, d'analyse des coûts de certains programmes rend le rapport financier présenté par le trésorier et construit par toute l'équipe des finances, Marc, Cécile et Mébarka, beaucoup plus concret.

## **La communication**

Il y a un vrai progrès. Les messages que nous échangeons entre nous quand nous parlons des missions de terrain, ceux que nous relayons auprès des journalistes, et donc du « grand public », et ceux que nous envoyons aux donateurs possèdent le même contenu. Il n'y a pas trente six discours suivant les publics afin de séduire le plus possible. C'est un point de la relation avec les donateurs qui a été grandement amélioré par le département de la collecte de fonds et de la communication. Prenons l'exemple de l'Irak. L'Irak, on vous l'a dit, est une petite opération. La lettre d'appel aux dons, diffusée ces dernières semaines, commence par l'Irak en expliquant que, certes, il y a des problèmes, une équipe, des besoins mais que ces derniers ne sont pas extraordinaires. Dans l'autre moitié de la lettre, nous parlons des situations plus alarmantes, en Afrique notamment. Les campagnes publicitaires faites par d'autres organismes d'aide ces derniers temps à propos de l'Irak permettent de comprendre que cette éthique de la relation avec le donateur est souvent affichée mais peu mise en pratique.

La communication interne demeure le point faible. Je ne pense pas que ce soit la responsabilité du département, c'est plutôt de la responsabilité de la direction et du conseil d'administration. Je pense que nous sommes vraiment incapables de définir des objectifs clairs dans ce domaine. Ce n'est pas non plus par manque d'outils –il y a quasiment pléthore d'outils. Cela génère des malentendus à répétition. Il va falloir vraiment s'y pencher plus sérieusement.

La communication sur le terrain s'est un peu développée. L'opération qui a été réalisée à Brazzaville paraît vraiment très significative du potentiel qu'il y a d'appui aux programmes par des actions de communication directement sur le terrain. Je trouve que la conception de cette opération est tout à fait remarquable.

## **La logistique**

### **Le département logistique**

Le département logistique va beaucoup mieux. S'il reste des points faibles en logistique, le département est capable de les identifier, de planifier et de mener à bien leur correction dans une dynamique positive. Il reste une instabilité sur le terrain au niveau des postes de responsables des techniques logistiques et cela a un impact non négligeable en termes de gestion des stocks, gestion des commandes et donc de gaspillage.

Le soutien aux projets de construction demeure le parent pauvre.

Dans le domaine des ressources humaines logistiques, il y a eu un véritable effort fait en formations. Il faudrait qu'elles soient un peu plus ouvertes aux non francophones.

Dans le domaine de l'eau, la priorité a été donnée aux urgences. L'embauche d'un deuxième poste au niveau central devrait permettre un meilleur soutien aux programmes réguliers (approvisionnement en eau, bonne élimination des déchets) et au travail de développement de nouveaux outils.

**MSF-Logistique**, qui travaille à 60% pour notre section mais pas uniquement, s'affirme comme un outil toujours performant pour la prise en charge des « grosses urgences » (2000 tonnes de fret maritime pour l'Angola, plusieurs full charters). Nous n'aurions pas pu assumer correctement la grosse mission Angola en 2002 sans MSF Logistique. Pour cette raison, nous avons décidé de consolider et développer cet outil : doublement de la surface de l'entrepôt, mise aux normes d'établissement pharmaceutique, bravo.

## **Epicentre**

Le niveau d'activité a augmenté de 20% depuis l'an dernier, essentiellement dans le domaine de la recherche opérationnelle et des consultations. La moitié des activités est réalisée avec la section française.

Dans le renouveau des traitements contre les maladies infectieuses, Epicentre a été vraiment au cœur du processus, sur le paludisme pour les enquêtes de résistance, sur le Sida pour le suivi des cohortes de malades, etc. Au Niger, Epicentre va probablement apporter une contribution significative au choix d'un nouveau protocole international de traitement des formes épidémiques de la méningite. La Journée scientifique d'Epicentre d'hier constitue un bon exemple de ce dynamisme.

## **L'internationale des MSF**

Beaucoup des problèmes examinés dans la section française sont des problèmes qui ont un titre ou à un autre se retrouvent dans l'ensemble du mouvement d'autant plus que le débat international est beaucoup plus productif.

Sur la croissance du mouvement, je voudrais rappeler quelques décisions du Conseil international. Sous l'impulsion de son président, nous avons maintenu le moratoire sur l'ouverture de nouvelles sections. Nous avons voté deux fois le refus d'augmenter le nombre de centres opérationnels. La condition à l'implication directe des sections partenaires dans les

opérations est claire : cela reste sous le contrôle d'un directeur des opérations d'une section opérationnelle, il n'y aura pas multiplication des centres de décisions opérationnelles. Nous sommes en discussion avec l'ex-section grecque qui souhaite revenir dans le mouvement MSF. Les conditions posées par le conseil international sont claires : retour critique sur le Kosovo, remise de la propriété de « la marque » au Bureau international et intégration de leurs opérations au sein d'un des cinq centres opérationnels existants.

Les membres de l'ex-section grecque sont au courant de ces conditions. Leur président et une partie du bureau sont venus affirmer qu'ils sont prêts à les accepter. Le conseil international a donc commencé un cycle de discussion avec l'ex-section grecque. J'étais un partisan de l'exclusion de MSF Grèce, je pensais que la mésentente politique était suffisamment sérieuse pour la justifier, que le non-respect des principes du mouvement au moment du Kosovo avait entraîné la section grecque à apporter *de facto* un soutien au régime de Milosevic qui était en train de commettre des crimes massifs contre la population kosovare albanophone. La position de l'ex-section grecque au cours du conflit afghan et leur position au cours du conflit irakien ont montré qu'ils avaient évolué sur ce type de question.

Ils n'étaient pas les seuls avec lesquels nous avons un désaccord sur le rôle de MSF. Nous ne sommes pas une organisation pacifiste. Il y a une différence de responsabilité entre les deux. Cette différence n'est pas toujours bien comprise et elle fait l'objet d'un débat entre nous, parfois avec l'Espagne, avec l'Italie ou avec d'autres sections.

Les derniers contacts, la dernière réunion que nous avons eus avec Kostas, le président de MSF Grèce, nous ont indiqué que les personnes ont changé, la situation a évolué. Il y a eu dans l'ex-section grecque un renouvellement des individus dans les postes de responsabilité. Les dirigeants actuels affirment ne pas avoir la même culture de travail que leurs prédécesseurs. Ils s'en sont d'ailleurs démarqués au sein de la société grecque à plusieurs reprises ces derniers temps. Le sectarisme n'est pas une solution. Il faut prendre le temps d'avoir un débat avec l'ex-section grecque et examiner sérieusement la possibilité de la réintégrer.

### **Les disparus, la santé des équipes**

C'est avec une grande tristesse que nous avons appris la disparition d'Engombe Epondu -qui travaillait dans le centre médico-social de Lille depuis 1997-, d'Alexander -médecin russe qui s'occupait en Abkhazie des personnes âgées en situation difficile, décédé cette semaine subitement.

Concernant 'la santé des équipes', j'aimerais rappeler un vote du conseil d'administration sur l'assurance maladie des personnels, en particulier l'assurance maladie du personnel national. Nous nous sommes engagés à couvrir les antirétroviraux. Cela commence à être fait, en Ethiopie par exemple. Mais au cours de mes visites sur le terrain ces derniers temps, je n'ai pas eu l'impression que cette décision était suffisamment connue, en particulier des administrateurs et des administratrices. Je me permets de le souligner au cours de ce rapport.

### **Les départs ou changements de fonctions prévus en 2003**

Les départs et les changements de fonction prévus en 2003 sont particulièrement nombreux et importants au sein de l'exécutif. Un certain nombre de personnes occupant de « gros postes » vont changer de fonction ou partir. Il se passe ce que nous avons souhaité en termes de renouvellement des cadres afin d'éviter la bureaucratisation du siège. Ce processus doit permettre non seulement de renouveler les personnes mais aussi les idées. Je vous encourage

à y participer le plus largement possible, aussi bien à la discussion qu'aux candidatures. J'ai fait une petite liste, elle est forcément injuste, car elle ne peut pas être exhaustive : Dominique Legros quitte la direction d'Epicentre : au regard du rôle joué par Dominique ces derniers temps, c'est vraiment ce qu'on peut appeler un « gros départ ».

Patrick Séries -je vous ai parlé du bond en avant fait à MSF Logistique- quitte sa fonction de directeur au cours de l'année 2003.

Jean-Clément Cabrol quitte après cinq ans son poste de responsable des urgences –on a eu maintes fois l'occasion de dire à quel point les urgences avait redémarré ces dernières années.

Cécile Aujaleu, directrice adjointe des finances, va quitter son poste : ces dernières années on vous parle d'amélioration, de clarté sur les dépenses de terrain -vous pourrez constater les progrès dans le rapport du trésorier-, et beaucoup de ce travail est dû à Cécile.

Arnaud Laurent, qui a porté à bout de bras le département des ressources humaines terrain pendant deux ans, un peu isolé sur cette fonction, parce qu'il y avait des problèmes de direction, quitte son poste de directeur adjoint.

Fiona Terry, ex-présidente de la section australienne, et surtout ex-collègue de la Fondation MSF, nous quittera aussi au cours de l'année 2003. Fiona faisait partie des personnes qui apportaient beaucoup en matière de réflexion sur l'analyse des contextes et les grands enjeux de l'action humanitaire.

Pour la section française, Karim Laouabdia, le directeur général termine son mandat. Comme nous l'avions décidé en 1997, ce mandat ne peut excéder 6 ans. Karim a été vraiment le chef d'orchestre au quotidien de Médecins Sans Frontières et sous sa direction notre section a pu faire de nets progrès.

Autre départ important pour le mouvement, celui de Rafa Vila San Juan, secrétaire international -la personne qui facilite la coordination des directeurs généraux des sections-, et celui de Morten Rostrup, le président du Conseil international. C'est avec un grand regret que nous les voyons quitter leur poste.

Je voudrais dire aussi un mot sur le départ cette année du bureau, mais pas de MSF, de quelqu'un qui a été au quotidien un collègue proche, Pierre Pascal Vandini, qui était directeur adjoint des opérations.

Enfin, un dernier mot pour dire que le conseil d'administration a examiné l'ensemble des candidatures de cette année. Il les a reconnues toutes légitimes et valables.

J'en profite pour saluer les membres du conseil d'administration, Marie-Christine Férier, Didier Fassin, Chantal Lang, sortants et qui ne se représentent pas et leur dire merci pour leur participation et pour leur travail au nom de l'ensemble du conseil, de l'ensemble de l'association.

Nous avons étendu la date de clôture des candidatures. Pourquoi ? On sait que cela ne favorise pas la bonne information des électeurs. il n'y avait pas assez de candidatures selon nous un mois avant l'AG. Entre un principe, une bonne information aux électeurs, et un autre principe, une bonne pluralité des candidatures, nous avons donné la priorité au deuxième. On peut encore être candidat au conseil d'administration. Jusqu'en début d'après-midi. C'est une possibilité, n'hésitez pas à la saisir.

Merci de votre attention et bonne assemblée générale à toutes et à tous.

Jean-Hervé Bradol  
Président