



Rapport moral MSF 2003-2004

Jean-Hervé Bradol

MSF

16 mai 2004

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.

Médecins Sans Frontières

Rapport moral 2003 -2004

Bienvenue à toutes et à tous pour notre 33^{ième} assemblée générale qui s'ouvre ce matin. La mobilisation de nos équipes au cours de l'année 2003 a été intense. Les résultats sont dans l'ensemble bons. Mais le rôle du Conseil d'administration est d'en faire une revue critique. C'est pourquoi, je vais tout au long de ce rapport pointer les échecs, les erreurs, les ambiguïtés plutôt qu'exposer les réussites déjà documentées dans les rapports des différents départements et satellites.

Ce rapport est divisé en deux parties. Nous ferons en premier une revue des opérations engagées au titre de la mission sociale :

- Les secours aux victimes des conflits armés ;
- La prise en charge médicale des malades privés de soins face aux épidémies et aux grandes endémies ;
- La prise en charge des personnes privées de soins en raison de leur place particulière dans leurs sociétés (jeunes et personnes âgées en difficulté sociale, prostitué(e)s, prisonniers de droit commun, usagers de drogues...)
- Les prises de positions publiques de notre association en rapport avec les missions ou plus généralement l'action humanitaire.

La seconde partie présentera l'état de notre institution et de ses satellites, et je ferai une brève remarque sur le fonctionnement du Conseil international

les actions de notre association

les missions

Nous travaillons aujourd'hui dans une trentaine de pays et, en 2003, nous avons 110 programmes de terrain ouverts. Au cours des cinq années écoulées, nous avons modifié les objectifs de nos missions pour les rendre mieux en rapport avec notre conception du rôle de l'action humanitaire médicale et des principes qui la guident.

Notre portefeuille de programmes de terrains comporte aujourd'hui moins de 5% de programmes pour lesquels la fermeture s'impose sans que leurs objectifs ne soient atteints.

Cette évolution s'est accompagnée d'une augmentation des ressources, humaines et financières, affectées aux projets de terrains et d'une diminution du nombre de projets de terrain afin d'en améliorer la qualité.

L'effort important réalisé en cinq ans (moins un quart des pays, moins 30% de projets de terrain, plus 30% de ressources humaines internationales, augmentation du budget des projets de terrain d'environ 80%) pour concentrer nos ressources afin de produire des soins et des secours de meilleure qualité est réel. Mais a-t-il produit les effets escomptés pour les individus à qui notre aide est destinée ?

Ci-dessous, l'évolution de 2001 et 2003 concernant la disponibilité de certains soins médicaux dans nos projets de terrains. Exemple : en 2001, 19% de nos programmes de terrains avaient une activité spécifique de pédiatrie, en 2003 cette activité est présente dans 44% de nos programmes.

Evolution des activités médicales	2001	2003
Pédiatrie	19%	44%
Maternité	11%	30%
Soins femmes violées	1%	25%
Psychiatrie	10%	15%
Tuberculose	14%	25%
HIV& ARV	6%	15%
Vaccination	21%	42%
Nutrition	27%	42%
Distribution alimentaire	3%	11%
Eau et assainissement	21%	40%
Hygiène	21%	42%
Suivi des Références médicales	22%	84%

l'aide aux personnes affectées par des conflits armés

Cette catégorie absorbe 60% des dépenses réalisées sur le terrain : Libéria, République Démocratique du Congo, Côte d'Ivoire, Tchétchénie, Palestine ... 33% de ces programmes sont engagés en urgence.

Le département des opérations a développé les urgences avec un grand dynamisme les années précédentes, et la proportion d'interventions réussies augmente. La première remarque, c'est que nous avons développé une timidité récente, de fait, à intervenir en urgence dans des pays où nous ne sommes pas déjà présents. L'année 2003 a été marquée par deux exemples : en Irak, nous avons eu vraiment beaucoup d'hésitations à monter une mission chirurgicale à Bagdad au moment de l'offensive américaine, et quand il a fallu intervenir en Algérie, cet été, lors du tremblement de terre, le démarrage a été difficile. Je pense que nous avons un peu perdu l'habitude de nous projeter dans des pays où nous n'avons pas déjà une mission de la section française. Nous avons à retrouver un certain dynamisme dans ce domaine, mais il me semble que, depuis le début de l'année 2004, le desk des urgences y prête une véritable attention.

Par ailleurs, dans des pays où nous sommes déjà bien implantés, nous avons parfois eu des difficultés à débiter l'urgence dans de bonnes conditions. Je pense au démarrage d'une des grosses urgences de l'année, le Libéria, où les désaccords au sein du département des opérations ont été suivis de retard à la phase initiale de l'opération. Pourtant nous étions déjà installés dans ce pays depuis de nombreuses années.

L'urgence en Ouganda -les 100.000 déplacés qui se sont regroupés dans la ville de Soroti- est une opération qui a commencé trop lentement et qui n'a pas été couronnée de succès. C'est parmi nos grosses opérations d'urgence, celle dont nous estimons qu'elle a été un échec, principalement parce que nous n'avons pas su déployer, dans le rythme des événements, les secours pour faire face à une épidémie de rougeole, c'est-à-dire que nous n'avons pas su à la fois être plus dynamiques dans la vaccination ni plus rapides dans la prise en charge des patients atteints de la rougeole à l'intérieur du service pédiatrique de l'hôpital de Soroti.

Nous ne sommes pas seuls responsables de cet échec, puisque nous n'étions pas en charge officiellement de cette vaccination, mais nous aurions pu faire plus d'efforts dans ce domaine comme dans celui de la prise en charge hospitalière des enfants. Cela s'est soldé par un certain nombre de morts évitables. C'est difficile à dire, il n'y a pas eu d'évaluation scientifique de faite, mais pour donner un ordre de grandeur, il y avait probablement dans cette situation une centaine de morts évitables. Notre appréciation des performances possibles des équipes du ministère de la santé ougandais, appuyées par l'Unicef, a été à la mesure des illusions communément développées dans nos équipes, depuis de nombreuses années, sur le régime ougandais. Il est important de dire que certaines de nos opérations d'urgence sont parfois en échec sur des points essentiels et que nous devons poursuivre l'effort pour améliorer notre action.

A propos des missions « conflits », nous avons vu resurgir dans nos discussions internes les mêmes problèmes d'analyse habituels rencontrés par nos équipes dans les situations de conflit. Nous avons parfois du mal à

comprendre la dynamique des conflits et avons une tendance, toujours présente au sein des équipes, à l'explication simpliste des conflits par les différences d'origines : ethnies, religion, ... Nous devons -surtout à une époque où, dans les relations internationales, les acteurs politiques surtout les plus radicaux abusent de ce registre-, nous devons nous appliquer à ne pas reproduire ces discours qui rendent très mal compte des facteurs et des dynamiques qui génèrent des situations de conflit armé et qui ne peuvent pas être réduites, comme on l'entend souvent dire, et même par certains d'entre nous, par exemple, à un affrontement entre de soi-disant arabes et de soi-disant populations noires au Soudan. Ces grilles d'analyses simplistes ont resurgi aussi lors du conflit en Iturie où nos équipes n'échappaient pas toujours à ce travers. Notre association doit vraiment porter une attention à ces points : il n'est pas très difficile d'imaginer que la situation en Iturie ne se résume pas à une guerre tribale, car il y a de multiples opérateurs militaires internationaux, les Ougandais, les Rwandais, et il y a une compétition pour le pillage des ressources naturelles. Il y a des phénomènes politiques et sociaux dans ce conflit, qui sont bien plus divers que de soi-disant haines interethniques.

De même, nous avons vu resurgir, dans nos discussions sur les conflits, des appels à la protection internationale qui m'ont semblés peu réalistes. Pour revenir sur l'Iturie, quand MSF réclame que l'intervention militaire internationale pacifie l'ensemble de la province, cela me paraît bien irréaliste. Nous ne sommes pas capables de déployer des secours médicaux cohérents à l'échelle de toute la province de l'Iturie. Alors pourquoi imaginer, dans cette situation complexe, que cela serait faisable d'arriver de l'étranger, avec des militaires, et de subitement résoudre tout problème de violence, tout problème d'accès des populations civiles aux secours, comme par miracle ? Nous ne devons pas nous faire les propagandistes de telles illusions, et parfois nos discours publics, dans ce domaine, dérapent. Je ne veux pas dire qu'il n'y avait pas de critiques pertinentes (persistance de l'insécurité dans la ville de Bunia, peu d'initiatives militaires pour permettre l'accès aux victimes des massacres à l'hôpital) à porter sur l'intervention militaire internationale, mais formulées comme cela elles ne peuvent être comprises.

l'aide aux populations réfugiées et déplacées

Les missions « conflits » ont été marquées par la part que prennent, de nouveau, les situations de camps de réfugiés et de camps de déplacés internes. Nous avons coutume de dire que nous ne travaillions plus ces dernières années, comme nous l'avions fait à la fin des années 80 et au début des années 90, dans de très gros camps de réfugiés ; aujourd'hui nous sommes de retour dans ces camps, ou plutôt ils se sont reformés à la faveur de certains conflits : je pense aux camps du Bong, au Libéria, ou aux camps de déplacés du Darfour, au Soudan.

Le Libéria, donc, la Côte d'Ivoire, la République Démocratique du Congo et le Soudan ont été ces grosses urgences de l'année dans lesquelles les déplacements de populations ont joué un rôle important, même si, en Côte d'Ivoire, il n'y a pas de camps. 54% des dépenses des projets en situation de conflit répondent aux besoins de réfugiés ou déplacés, 36 projets sur 110.

Ce qui a été frappant sur les missions « conflits » concernant les réfugiés et les déplacés, c'est la pénurie d'acteurs de secours. Un des exemples, mais ce n'est pas le seul, a été le Darfour. Nos équipes se plaignent depuis de nombreux mois, à juste titre, d'être parmi les seuls organismes engagés sur le terrain, alors qu'on a une catastrophe majeure concernant plusieurs centaines de milliers de personnes. Il y a déjà des sites de regroupements très importants. Les équipes MSF ont vu à l'intérieur du Soudan au moins 400.000 personnes, ces derniers mois, regroupées sur des sites, et très peu de mobilisation des agences des Nations-Unies, du CICR et des autres opérateurs. Cette situation est souvent présentée comme une nouvelle donne. Or, à ma connaissance, elle perdure depuis le début des années 90. Ma mémoire personnelle ne va pas bien au-delà, mais, ce que j'ai vécu, c'est que depuis le début des années 90, nous sommes régulièrement engagés dans des situations de ce type, où nous sommes isolés alors que les besoins de secours sont très importants. C'est d'ailleurs pour cela que nous avons décidé d'étendre notre gamme de secours à certaines formes de distribution alimentaire. Il ne s'agissait pas d'effectuer la distribution générale de la ration complète, mais nous réalisons aujourd'hui beaucoup plus fréquemment des distributions complémentaires. Alors que, comme association médicale, nous n'avions pas vocation à nous impliquer dans cette activité, si cela a été décidé, il y a une dizaine d'années, par l'assemblée générale et le conseil d'administration, c'est qu'à l'époque il y avait déjà une pénurie d'organismes sur certaines crises importantes pour les populations qui les subissaient, mais qui mobilisaient peu l'attention internationale.

Il faut aussi rappeler aux équipes que, sur le plan technique, la prise en charge des déplacements de populations est un parcours balisé. Nous avons écrit un livre, il y a une dizaine d'années sur les dix priorités sanitaires en situation de déplacements de populations. Nous devons revigorer cette capacité qui consiste pour nos responsables de terrain, nos chefs de mission, nos desks à nous présenter un camp en nous donnant un minimum d'informations sur la démographie, la mortalité, l'état des secours, l'état des distributions d'eau, l'état des distributions de nourriture, les principaux éléments de la morbidité du camp... Ces réflexes salutaires, par manque de pratique ces dernières années, se sont un peu émoussés, et il est bien que cet aspect du travail soit remis au devant des préoccupations des opérations.

Je suis satisfait de voir que, pour le Darfour, les données arrivent maintenant grâce à l'appui d'Epicentre, et que nous commençons à avoir des photographies un peu plus précises de l'état des populations et de l'état des secours. Cela nous permettra de mieux piloter notre action.

C'est d'autant plus indispensable que les mois à venir seront critiques en raison de l'épuisement d'une population captive, regroupée dans des camps privés de secours pendant des mois. La situation est très inquiétante au Darfour, puisque, pour prendre un exemple, dans le camp de Zelindjé dans le Sud Darfour qui compte 33.000 déplacés, ces cinq derniers mois, environ 1000 d'entre eux sont morts. La moitié de ces morts ont été dues à des violences contre les civils, des assassinats au cours des razzias contre leur village, souvent répétées plusieurs fois pour éviter qu'ils ne se réinstallent. La mortalité a déjà été très élevée parmi ce groupe de populations. Elle reste aujourd'hui aux alentours de 1 pour 10.000 et par jour dans les camps où nous sommes présents. La malnutrition aiguë est déjà à 25%, la part de malnutrition sévère à 5%. Je ne vais pas détailler maintenant, mais l'état de la population, qui est poursuivie depuis plus d'un an par des milices pro-gouvernementales qui s'en prennent systématiquement à elle, est très précaire et pourrait encore se dégrader et nous plonger dans les mois qui viennent dans des opérations très difficiles. C'est la principale mobilisation de l'année. Le Soudan, vous le verrez sur le plan financier, est le pays dans lequel Médecins Sans Frontières mène le plus d'activités aujourd'hui, pratiquement plus de 7 millions d'euros dépensés sur l'année 2003.

prise en charge médicale de personnes victimes de violences

A part les déplacements de populations, une des autres activités que nous menons en zone de conflit est la prise en charge, individuellement, des personnes qui ont été affectées par la violence. C'est un peu maladroit comme formulation. J'entends par-là les blessés de guerre, les personnes sévèrement traumatisées sur le plan psychique, les femmes victimes de viols au cours des campagnes militaires. Si on fait l'addition de la part d'activités consacrées à ces personnes, elle reste encore un peu faible, notamment la chirurgie. Dans le domaine de la prise en charge des blessés de guerre, un développement est nécessaire. Cela me semble être en cours, par exemple, dans l'opération au Soudan, puisqu'il y a un projet en cours du côté tchadien pour les réfugiés soudanais et un projet en gestation du côté soudanais pour les populations déplacées.

chirurgie

Par ailleurs, nos activités chirurgicales se sont développées, même si la part consacrée à la guerre reste faible, puisque 97% des activités chirurgicales que nous avons menées au cours de l'année 2003 ne concernent pas des blessés de guerre. En revanche, il y a une augmentation du nombre de projets. Nous menons une activité chirurgicale sur 10 sites, le plus important étant Bouaké en Côte d'Ivoire, où nous réalisons 40% de notre activité chirurgicale. Il faut également citer l'ouverture d'un hôpital à Monrovia où la chirurgie est disponible, Bujumbura, Makamba dans le sud du Burundi, Macenta en Guinée, et Bétou au Congo-Brazzaville. Au total, 2430 patients opérés, au cours du 1^{er} trimestre 2004, 70% d'interventions majeures, 63% de ces interventions ont été réalisées en urgence, 30% de viscéral, 20% en gynéco-obstétrique dont la moitié de césariennes (plus de 200 césariennes par trimestre) ... Le reste étant la prise en charge de pathologie des plaies, de l'orthopédie...

Ce que je veux saluer aujourd'hui, c'est la relance des activités chirurgicales, qui est bien réelle, et je pense que les personnes qui s'en occupent ont travaillé avec efficacité pour que cette activité ne s'effondre pas à la suite de la fermeture de nos projets au Sri Lanka. Vous pourrez voir une exposition photographique au cours de l'assemblée générale sur l'évolution de nos missions chirurgicales. Nous en profiterons pour rendre hommage à Enrico Marchis, un des doyens de la chirurgie sur nos terrains.

pénuries alimentaires aiguës

Dans les conflits, nous distribuons des compléments à la ration générale. Dans notre jargon, nous appelons cela le « blanket feeding », mais l'idée est plus généralement d'apporter un supplément à la ration alimentaire générale d'une famille quand elle est insuffisante et qu'aucun autre organisme ne s'occupe du problème. Les deux interventions marquantes où nous l'avons fait en 2003, c'est la fin de l'urgence alimentaire en Angola, notamment à Bailundo, et surtout l'urgence de cette année au sud du Soudan dans la région d'Akuem. Ce mode d'intervention dans les poches de famine se consolide. Malheureusement, il faut souligner que, en termes de capitalisation des savoir-faire à l'intérieur de la structure MSF, il n'est toujours pas très clair de savoir qui porte cette connaissance, qui va être chargé de la capitaliser, de la développer sur le plan technique au niveau du siège.

Il serait temps que la situation se clarifie cette année, parce que sinon, en dépit de la multiplication des expériences, nous risquons de répéter à l'infini les mêmes erreurs si personne ne s'occupe de suivre cette activité, de manière un peu spécialisée.

quelques autres remarques sur nos opérations dans les conflits armés

Nous avons encore une tentation devant certaines situations d'appeler à l'usage de la force pour secourir les populations. Il me semble que nous en avons discuté régulièrement. Je ne vais pas développer de nouveau ni les arguments ni les récits des expériences passées qui nous incitent à considérer qu'il n'est pas du rôle d'une organisation humanitaire de réclamer l'usage de la force pour que des secours adaptés puissent être délivrés aux populations. Cela reste une tentation présente au sein de nos équipes et une proposition récurrente de nos débats internes. C'est aussi un point sur lequel nous devons porter toute notre attention.

Cette réflexion est au centre du livre « A l'ombre des guerres justes », publié par Médecins Sans Frontières en septembre 2003. Je vous invite à continuer à le consulter, car il me semble qu'il est tombé au bon moment du point de vue de l'analyse des situations pratiques auxquelles nous sommes confrontés. Je reviendrai à l'Irak plus loin.

Malheureusement, le lancement de ce livre en France a été moyennement réussi, même en interne, où il me semble qu'il est sous-utilisé. En revanche, les campagnes de communication que nous avons menées aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne autour de ce livre ont suscité de l'intérêt.

En France, nous avons été malheureusement un peu moins dynamiques à promouvoir nos idées.

A propos de l'Irak, je nous trouve un peu silencieux sur les violences commises contre les non combattants, c'est-à-dire les civils, les soldats hors de combats, prisonniers ou blessés, celles qui sont commises par la coalition dirigée par les Etats-Unis. Je sais bien que nous ne sommes pas toujours témoins directs de l'ensemble de ces actes et que ces problèmes font l'objet d'une large couverture médiatique, que nous n'avons donc aucun rôle particulier pour les révéler au public, qu'ils sont même omniprésents dans l'actualité, trop par rapport à d'autres crises comme le Soudan ou la République Démocratique du Congo. Mais l'insistance des dirigeants de la coalition à prétendre qu'un des objectifs de leurs opérations militaires est la délivrance d'une aide humanitaire devrait nous rendre plus attentifs à faire des commentaires, dans le temps du débat public international, pour expliquer à quel point notre conception de l'action humanitaire diverge. Il est frappant qu'un porte-parole de l'armée américaine -à qui on demandait quels étaient les objectifs autour de Falludjah en Irak- ose encore dire qu'à Falludjah les objectifs de l'armée américaine étaient : en premier, évidemment de rétablir l'ordre, et en second, d'apporter de l'aide humanitaire aux habitants de Falludjah.

Les porte-parole de Médecins Sans Frontières, pas seulement ceux de cette section, qui ont l'occasion de s'exprimer, devraient faire plus régulièrement des commentaires expliquant à quel point cette conception de l'aide humanitaire conduit les secours à des échecs. C'est bien cela qui est en jeu, une aide conduite dans un esprit aussi partisan n'est pas seulement un non-respect des principes humanitaires, mais surtout, en pratique, elle conduit à des secours très peu efficaces. C'est le cas en Afghanistan, où notre appréciation des secours pour la population n'est pas bonne et où il y a quelques semaines la coalition larguait un tract aux populations afghanes en leur expliquant que si elles ne participaient pas avec la coalition et le gouvernement d'Hamid Karzaï à la chasse aux Talibans, elles ne recevraient pas d'aide humanitaire. A ces occasions-là, je pense que nous devrions nous exprimer plus clairement.

l'enlèvement d'arjan erkel

L'enlèvement de notre collègue a entraîné une limitation de nos opérations en Tchétchénie et a mobilisé une énergie considérable dans l'ensemble du mouvement international.

J'avais déjà eu l'occasion de dire l'an dernier qu'Arjan a été victime d'un enlèvement politique. Pendant la recherche d'Arjan, nous avons pu établir des faits qui montrent clairement l'implication de membres de l'administration russe au moment de l'enlèvement, et d'autres dans sa détention. Un membre du parlement daghestanais et un membre daghestanais du parlement de la Fédération de Russie sont impliqués dans l'enlèvement et la détention d'Arjan.

Nous avons exercé une pression à la fois par des rendez-vous avec des diplomates qui ont des relations étroites avec la Russie, ainsi qu'en soulevant ce problème dans la presse. L'ensemble de ces campagnes d'opinion, menées depuis un an, a permis que notre collègue puisse sortir récemment de sa geôle.

Je me suis toujours engagé à être honnête avec l'association sur ce qui se passe dans ces moments-là, même si je ne peux pas évidemment donner tous les détails de cette affaire. Pour cette libération, le gouvernement hollandais a -à notre connaissance- payé une rançon et une rançon importante à l'administration russe. Maintenant, le gouvernement hollandais nous demande de la rembourser.

Je ne sais pas ce que décideront les dirigeants de la section suisse qui est la section directement concernée, mais cela me paraît particulièrement scandaleux.

Depuis 10 ans, plusieurs fois, l'administration fédérale en CEI a kidnappé des ressortissants de l'Union européenne en les revendant ensuite à leurs pays. Je pense que nous ne devons pas nous taire là-dessus. Nous taire sur ces pratiques ne protégera pas nos équipes puisque 4 de nos collègues ont été kidnappés depuis 1996.

La preuve est faite que le silence qui a prévalu sur ces questions, depuis 1996, s'est accompagné de la multiplication des actes de cette nature. Aujourd'hui, même si Arjan a pu sortir, de très nombreuses personnes restent détenues dans le Caucase.

Le dernier point sur la gestion de l'enlèvement d'Arjan Erkel est que cela a été extrêmement pénible de travailler avec le groupe international qui gérait cette affaire. Pas avec les gens qui la géraient au quotidien, parce que j'ai eu l'occasion de remercier très chaleureusement Thomas Nierle, Jean-Christophe Azé, de la très bonne collaboration

que nous avons pu développer avec eux, mais, au niveau du Conseil international et du groupe des directeurs généraux, les relations ont été plus difficiles.

Sur la question de la rançon, les désaccords sont profonds puisque l'attitude qui a été choisie par le groupe des directeurs généraux, sans l'accord de Rafa (section espagnole) et de la section française, a été de mener une campagne de désinformation à la suite de la libération d'Arjan, qui a consisté à essayer d'affirmer stupidement à tout le monde qu'aucune rançon n'avait été payée. Alors que, parmi les journalistes spécialisés qui travaillent sur le Caucase, tout le monde sait bien que c'est faux. C'est particulièrement dommageable. C'est une mauvaise idée en général de mener des campagnes de désinformation, c'est encore plus une mauvaise idée pour une organisation humanitaire comme la nôtre.

En pratique, pour la sécurité de nos équipes, je trouve cela désastreux. Si nous avons réussi à défendre Arjan, c'est bien en nous appuyant sur des campagnes de communication. Ces campagnes ont pu avoir lieu parce que les médias, les médiateurs que sont les journalistes nous font confiance. S'ils acquièrent la conviction que nous avons ce type d'attitude, trahir leur confiance, je ne vois pas comment dans l'avenir nous pourrions continuer à faire passer des messages quand certains d'entre nous seront en grande difficulté.

épidémies, endémies

Les programmes en direction des malades affectés par les épidémies et les grandes endémies représentent 23% des dépenses projets de l'année, 26 projets sur 110 mais aussi de nombreuses activités dans l'ensemble des autres projets de terrain. Sur ces projets spécialisés, le sida et la tuberculose représentent trois quarts de dépenses.

sida

Où en sommes-nous ? Depuis trois ans, nous avons reçu, dans nos consultations sida et nos centres d'hospitalisation, 26.575 patients dont environ un millier d'enfants, sur 9 programmes de terrain, pour la section française. 7647 patients ont reçu des antirétroviraux. Avec nos critères, le double de malades aurait dû recevoir ce traitement dans nos files actives. C'est-à-dire que quand nous en avons mis 7000 sous antirétroviraux, en fonction de critères cliniques et biologiques, il y avait encore dans notre cohorte 7000 autres malades qui nécessitaient de recevoir le traitement. Malgré un très grand dynamisme des équipes, des rythmes d'inclusion très rapides, une simplification très bien venue des procédures d'inclusion, nous voyons la grande difficulté objective qu'il y a à faire face à cette pandémie même à l'intérieur des projets limités de MSF. Pour les patients mis sous antirétroviraux, les résultats sont bons. Pour l'ensemble des patients, 82 % sont encore en vie, 11% sont décédés et le taux de suivi correct des traitements est très important. Epicentre estime aujourd'hui que, quelqu'un qui entre dans un programme MSF antirétroviraux, aura, 18 mois plus tard, à 70% de chances d'être encore en vie. La mortalité reste élevée et 50% des décès des patients sous antirétroviraux surviennent les trois premiers mois. Cela indique que nous nous devons commencer les traitements plus tôt et qu'un plus grand nombre de patients doivent bénéficier des antirétroviraux.

Nous avons des difficultés à faire face aux besoins des patients que nous avons déjà sous les yeux dans nos files actives. C'est pour cela qu'en dépit du succès important que représente le fait d'avoir osé démarrer l'utilisation des antirétroviraux, j'aimerais, pour paraphraser un de mes collègues du conseil d'administration, Thierry Durand, dire que, si le premier objectif était de commencer, le deuxième est de maintenir en vie les malades dans la durée. Cela ne me semble pas acquis. Il y a de multiples éléments de complexité : les enfants, les femmes enceintes, la prise en charge de la tuberculose et plus largement des infections opportunistes, se préparer à changer les traitements en cas d'intolérances aux antirétroviraux de première ligne, détecter l'émergence des résistances et mettre en place des traitements de seconde ligne pour y faire face, obtenir les tests diagnostiques et traitements à des prix accessibles, etc. J'invite les équipes à la prudence sur les charges de travail qu'elles se créent dans ces programmes. Encore une fois, l'engagement que doit prendre MSF vis-à-vis des patients dont nous sommes directement responsables est de les maintenir en vie dans des proportions acceptables, et si nous chargeons trop la barque, il est peu probable que nous atteindrons cet objectif.

tuberculose

Sur la tuberculose, depuis 1998, nous avons traité 35.000 patients dans nos missions. Il y a conjoncturellement cette année une baisse des nouvelles admissions car quelques programmes importants ont connu une fin prévue. Il faut donc prêter attention à l'ouverture de nouveaux projets et de nouvelles activités dans les programmes déjà existants. Il y a un projet en gestation en Arménie, une piste intéressante.

Les résultats des traitements en 2002 (je ne peux pas vous donner les résultats de 2003 en raison des particularités de l'évolution de cette maladie sous traitement qui fait qu'il y a un décalage des résultats dans le temps) : il y a 68% de succès, 10 % de décès et 9% d'abandons du traitement. En regard des environnements difficiles dans lesquels nous avons ouvert des soins pour la tuberculose, parfois chez des migrants illégaux comme en Thaïlande à Maesot, au sein de groupes de populations semi-nomades, comme chez les Afars en Ethiopie, dans des contextes très difficiles, comme dans la ville de Ghazni en Afghanistan, en dépit de ces contextes difficiles, nos équipes obtiennent des résultats tout à fait convenables en matière de guérison de la tuberculose.

paludisme

Le paludisme a été aussi un grand sujet de mobilisation : il représente 13% des projets épidémies, endémies. Pour vous donner une idée de l'activité, voici les chiffres à la fin du premier trimestre 2004 : nous avons traité au cours de ce trimestre 80.000 patients, ce qui signifie que nous sommes sur une base annuelle qui, suivant les épidémies, les types de projets que nous ouvrons au cours d'une année, est d'environ 300.000 patients traités par nos équipes. 94% des patients traités en ce moment le sont après diagnostic biologique. Pour la première fois dans notre histoire, nous sommes bien certains, quand nous parlons de traitements du paludisme, qu'il s'agit effectivement de paludisme. Et 85% de ces patients sont traités avec les traitements les plus efficaces, les ACT.

Ce succès, est le résultat de trois années d'efforts intenses. Aujourd'hui, un patient qui se présente à une consultation de MSF, section française, a vraiment toutes les chances d'être pris convenablement en charge pour un accès simple de paludisme. C'est également le cas dans les missions de la section suisse et de la section hollandaise, la progression dans les autres centres opérationnels est réelle et nous espérons que d'ici un an l'ensemble des centres opérationnels obtiendront des résultats du même ordre.

Autre bonne nouvelle au sujet du paludisme, notre connaissance des épidémies et de la façon d'y répondre progresse au cours de l'année 2003. Deux exemples : l'épidémie au Sud du Soudan et l'épidémie en Ethiopie. Nous commençons à avoir un certain savoir-faire pour prendre rapidement en charge un grand nombre de patients au cours d'une épidémie, et dans chacun de ces deux exemples, nous avons traité plusieurs dizaines de milliers de patients avec succès.

méningite

A noter aussi dans le domaine des épidémies que, cette année, nous contribuons à remettre à niveau, si je puis dire, le traitement de la méningite. Le professeur Rey, qui était là hier à la journée scientifique d'Epicentre, sera particulièrement satisfait, lui qui s'intéresse à la méningite depuis très longtemps, de voir que MSF et Epicentre continuaient à essayer d'améliorer le traitement des formes épidémiques de méningite. Nous avons fait une étude au Niger sur l'usage possible de la ceftriaxone dans ce domaine, étude qui est concluante et qui nous donne une alternative au chloramphénicol huileux. Il reste encore à définir si nous avons réellement besoin de mettre en place cette alternative partout dans toutes les situations. En tout cas aujourd'hui une alternative existe.

CAME : campagne pour l'accès aux médicaments essentiels

2003 a été une année de transition suite au départ de son directeur Bernard Pécoul après des années de travail qui auront permis à de très nombreux malades de recevoir enfin un traitement efficace. J'en profite pour saluer l'arrivée de Karim Laouabdia, notre précédent directeur général, au poste de directeur de la Campagne.

Je dois dire qu'il est temps que les discussions sur les orientations de la Campagne prennent un nouveau tour. Parce qu'il y a une ambiguïté qui est en train de s'approfondir, qui existe depuis le lancement de cette Campagne, et qui est présente dans MSF sur de nombreux sujets dits médicaux depuis des années. Entre la responsabilité des médecins humanitaires que nous sommes et la responsabilité de santé publique, on voit, à la fois dans les équipes de la Campagne mais également dans les équipes des opérations et des départements médicaux, la remontée de la tentation de faire de la « couverture » des besoins médicaux à l'échelle de provinces, de parties de pays, et de voir MSF prendre des responsabilités finalement d'ordre politique, de l'ordre de celles d'un médecin provincial ou d'un directeur général de la santé ou d'un ministre de la santé. Il m'a semblé que nous avons réussi à avoir une influence positive sur les autres acteurs, y compris les acteurs politiques ces dernières années, avec la méthode opposée. Ce n'est pas en co-administrant les protocoles nationaux avec les autorités que nous avons fait bouger le milieu, c'est en sortant de ces protocoles, en étant innovateurs, en étant en avance -un peu en avance, il ne faut pas se prendre la « grosse tête »-, mais c'est en tout cas en étant en rupture avec les habitudes dominantes que nous avons réussi à influencer les autres acteurs.

Je ne crois pas que nous mettrons dans des logiques de co-administration du changement avec les acteurs de santé publique des pays où nous intervenons nous permettrait de continuer à être cette force de stimulation, cette force d'innovation.

Cela va être un des enjeux principaux des discussions à l'intérieur de la Campagne, parce que les tentations sont fortes. J'ai été particulièrement déçu -par exemple- de nous voir organiser une conférence en commun avec l'Unicef sur le paludisme à New York, et donc de donner l'impression d'être en accord avec l'Unicef sur ces questions, parce qu'il me semble que c'est exactement l'inverse qui s'est passé ces dernières années. La politique suivie par l'Unicef a en effet constitué en elle-même un obstacle à l'accès à des traitements efficaces. A des signes comme celui ci, mais aussi à beaucoup d'autres, nous voyons poindre de nouveau cette tentation de prendre une responsabilité qui n'est pas la nôtre mais celles des acteurs politiques de la santé.

personnes privées de soins en raison de leurs situations particulières au sein de leurs sociétés (prisonniers, prostitués, migrants, populations rurales et urbaines, jeunes en situation difficile ...)

Ces programmes ont représenté 17% des dépenses de terrain, 21 programmes sur 110. A l'intérieur de ce groupe, plus du tiers de l'activité est dédié aux jeunes en situation difficile. Un nouveau projet, ouvert en 2003 dans cette direction, celui de l'orphelinat de Khartoum l'illustre.

aide médicale d'état en france

La mission France est en transition, puisqu'il y a d'abord un difficile renouvellement de ses responsables depuis deux ans. Il y a également un changement de la situation dans le pays, notamment du point de vue de l'Aide Médicale d'Etat. Je vais simplifier, et je m'en excuse pour ceux qui connaissent bien ce dossier, mais, en résumé, l'Aide Médicale d'Etat couvre principalement les étrangers arrivés récemment dans le pays et n'ayant pas tous les papiers nécessaires. Il y a des mesures de réforme de l'AME qui accroissent les délais pour l'obtenir, qui font de son obtention en termes de pièces à fournir un véritable parcours d'obstacles, qui mettent ainsi fin à la gratuité des soins. Nous sommes pessimistes sur l'impact que ces nouvelles mesures vont avoir sur l'accès aux soins de santé de ces malades en situation sociale précaire, estimés à 150.000 en France.

Nous avons pris plusieurs fois la parole pour alerter sur la dégradation de cette situation et je pense que nous devons continuer à le faire mais nous devons également adapter l'activité de terrain, l'offre de services, en réponse à cette situation nouvelle.

fermeture du projet d'érevan en arménie

Au sein de ces programmes, menés en réponse à l'exclusion des soins de groupes socialement discriminés, la fermeture du projet d'Erevan en Arménie est une bonne nouvelle. Il me semble que, dans les grandes lignes, les objectifs de ce programme ont été atteints, qu'il peut être fermé pour cette raison aujourd'hui. La passation se fait dans des conditions qui semblent satisfaisantes, à une autre association prête à s'inscrire la durée sur cette question en Arménie. Je suis également satisfait que, au cours de cette passation, nous ayons prêté une véritable attention à faire que le personnel arménien de MSF puisse retrouver un emploi auprès de l'association qui prend le relais. Le plus satisfaisant est évidemment l'amélioration des conditions de vies de ces jeunes et la diminution des violences commises contre eux dans les institutions publiques.

prises de paroles publiques : ppp

Le dernier point de la mission sociale de Médecins Sans Frontières que je souhaite commenter est la qualité des prises de positions publiques de MSF au cours de l'année, celles qui sont marquantes. Je vais parler aussi du volume total de ces prises de positions publiques. Je ne voudrais pas être mal compris. Dans les déséquilibres dans cette activité, tout n'est pas dû au département de la communication. C'est un département qui va tout de même beaucoup mieux depuis deux/trois ans, par rapport à de nombreuses époques précédentes. Il ne s'agit donc pas pour moi de mettre en cause le département de la communication dans les remarques que je vais faire, mais de souligner de réelles difficultés collectives que nous avons dans la maîtrise de cette activité et je vais commencer par le nombre de communiqués de presse.

Il a eu environ 90 communiqués de presse cette année. Tous les trois jours ouvrables, il y a eu de fait une prise de position de MSF en France. La plupart de ces communiqués portent d'ailleurs sur des sujets importants pour l'action humanitaire. Ce ne sont pas seulement des communiqués où nous annonçons que nous venons d'envoyer un « full charter ». Je suis censé être un des principaux porte-parole de l'association et je n'arrive pas à suivre ce rythme. Je ne suis pas capable d'intégrer un nouveau sujet tous les trois jours. Et je doute que beaucoup de mes collègues le soient. Il est peu probable que les gens qui s'intéressent aux idées de Médecins Sans Frontières puissent également absorber un tel flux. Cela me semble refléter le dynamisme des opérations et du département de la communication, mais il faut que ces deux départements se rendent compte que, au total, une fois l'addition réalisée, cela nous crée des problèmes de clarté des messages et une petite crise interne permanente, tellement nous sommes débordés par le nombre de sujets de communication.

Je souhaite, pour l'année 2004, une meilleure hiérarchisation des sujets et une diminution de leur nombre. Il me semble que, depuis le début de l'année, il y ait une véritable attention prêtée à ce sujet.

Les principales prises de positions publiques ont été : l'Irak, sujet sur lequel je me suis déjà exprimé ; l'Iturie, je vous ai dit aussi qu'à ce sujet nous sommes tombés dans le piège de la dénonciation abusive, selon l'avis du Conseil d'administration.

Le Libéria a été aussi un des principaux sujets de communication. Il y a eu la tentation de communiquer sur l'appel aux armes –comme dirait Fabrice Weissmann- c'est-à-dire la tentation d'appeler une opération militaire internationale. Elle a été contrôlée heureusement.

Sur la Tchétchénie, il m'a semblé particulièrement sain que l'enlèvement d'Arjan Erkel n'aboutisse pas à ce que nous nous taisions sur le rapatriement forcé des réfugiés de l'Ingouchie vers la Tchétchénie. Nous sommes restés attentifs et mobilisés sur cette question, cela m'a semblé plutôt réussi.

Concernant la mission France, certaines des positions sur l'AME, pas toutes, notamment le communiqué de presse du 2 décembre 2003, m'ont semblé aussi de l'ordre de la dénonciation abusive. Je partage totalement les positions de la mission France sur l'AME, mais elles ne peuvent pas être exprimées comme elles l'ont été dans ce communiqué de presse dont le titre est très exagéré –je cite de mémoire « *Le gouvernement s'apprête à supprimer tout accès aux soins médicaux pour les étrangers les plus précaires* : Corps du communiqué : *le gouvernement prévoit d'interdire purement et simplement l'accès aux soins des personnes étrangères vivant en France sans titre de séjour*.

C'est vrai que le gouvernement était très critiquable pour le parcours d'obstacles qu'il était en train de mettre en place, et nul doute que cela aura des conséquences en privant des personnes en grande difficulté sociale de recevoir des soins. Mais le gouvernement français n'était pas en train d'édicter une loi pour interdire à tout étranger en situation irrégulière de pouvoir se faire soigner dans ce pays. Il faut que notre critique soit précise, sinon elle dérape politiquement, si je puis dire.

Le Darfour a été également et à juste titre l'objet de notre mobilisation en matière de diffusion de messages. Cette campagne d'information me paraît dans l'ensemble réussie. Nous avons contribué significativement à faire connaître l'importance de la catastrophe et l'insuffisance des secours. Même si quelques dérapages sont survenus avec l'emploi d'un vocabulaire inadapté, inacceptable dans la bouche de représentants de notre association. L'expression milices gouvernementales devrait se substituer à « milices arabes ». L'information serait plus juste délivrée, mieux en rapport avec la réalité et n'ouvrirait pas la porte aux interprétations simplistes du conflit, malheureusement courantes dans les milieux politiques et humanitaires, en termes de conflit tribal.

Les sujets liés à la Campagne d'accès aux médicaments essentiels ont été très présents. Je pense aux campagnes de communication autour du G8, de la Journée mondiale du sida du 1^{er} décembre.

Je voudrais attirer l'attention sur une dérive qui me paraît assez inquiétante au niveau de la Came. Il me semble que la communication de la Campagne a pris un tour très lobbyiste, c'est-à-dire que l'intention d'obtenir quelque chose prime sur l'expression de notre point de vue sur le sujet. Si l'interlocuteur auquel nous nous adressons n'accède pas à notre requête, nous allons le sanctionner par un communiqué de presse très critique. S'il nous donne raison, par exemple une réponse positive de la part de l'OMS sur les associations à dose fixe d'ARV, alors nous faisons un commentaire plus positif sur l'OMS. Une communication faite, en somme, de punitions et de récompenses. En termes simples, cela nous conduit à ne plus exprimer nos idées sur certains sujets, mais à distribuer des bons et des mauvais points. Comme l'OMS semblait faire quelques petites concessions au moment de la journée sida, MSF a fait une campagne de communication le 1^{er} décembre assez favorable à l'OMS, en mettant en sourdine nos critiques sur le plan 3X5 de l'OMS. Ce plan prétend qu'il sera possible de mettre 3 millions de personnes sous antirétroviraux en deux ans. Nous ne jugeons pas réaliste d'avoir une telle ambition, surtout quand, dans le plan d'action de l'OMS, la gratuité des traitements n'est pas mentionnée, les prix des médicaments génériques sont à peine évoqués comme un problème, toutes les conditions qui font le succès ou pas de ces actions sont absentes. Nous avons évité soigneusement de les mettre en avant, parce que, la veille du 1^{er} décembre au soir, un dirigeant de l'OMS nous avait fait une concession très tactique au téléphone sur les combinaisons à doses fixes. Je pense que la ligne de la communication de la Campagne doit retourner vers l'expression des positions de MSF et non pas persister dans cette forme de communication opportuniste et politiquement ambiguë.

Une des autres campagnes marquantes de l'année est celle que vous voyez en affiches sur certains murs du métro et bientôt en spots publicitaires à la télévision, sur l'accès, des malades africains, à des traitements efficaces pour le **paludisme**.

l'état de l'association msf

La dernière partie de mon rapport moral porte sur l'état de l'association. Je ne me prends pas pour un président américain, rassurez-vous, je ne vais pas vous faire l'état de l'union....

Tout au long de l'année, les réunions du conseil d'administration, qui n'ont pas mal fonctionné à mon avis cette année -ce n'est pas le cas tous les ans-, ont été construites ainsi : les deux tiers du temps ont été utilisés à revoir les différents aspects de la mission sociale (opérations, questions médicales et prises de positions publiques), c'est-à-dire des présentations de projets de terrain, des présentations sur les principales prises de positions publiques de MSF.

Le dernier tiers du temps, la fin de la réunion du vendredi soir est dédiée au fonctionnement de l'institution, à son suivi, au suivi des politiques institutionnelles. C'est cette partie-là que j'aborde maintenant.

personnel international

La participation des volontaires internationaux aux missions se stabilise à un niveau élevé. Il y a eu 1056 départs au cours de l'année 2003, environ une soixantaine de départs de plus par rapport à 2002, qui semble due à la reprise des missions chirurgicales.

Le nombre des postes de terrain en 2003 est de 435. La variation est très faible par rapport à 2002 et peu significative (-8). Le départ des volontaires en premières missions chute un peu : ils représentent 32% du total des départs contre 33 % en 2002, 35% en 2001. Avec toujours le même problème spécifique de logisticiens en première mission pour lesquels il n'y a pas suffisamment de départs (20%). Cela va nous poser un problème pour former une partie des cadres logistiques à l'avenir.

les médecins

Que dire de plus sur le personnel international, sinon qu'il reste quand même une inquiétude au sujet des médecins : seulement 17% des postes de chefs de mission sont occupés par des médecins. Cela veut dire que sur une trentaine de pays, nous avons 3 ou 4 médecins chefs de mission, 70 % des coordinations médicales sont occupés par des médecins et cela se dégrade (95 % en 2000, 83% en 2001, 73% en 2002). Les postes de responsables de terrain sont trop rarement occupés par des médecins (un peu moins de 20% des cas). Donc, au sein du personnel international, il nous reste un souci sur le recrutement des médecins et la formation des médecins pour les postes de responsabilité.

personnel national

En ce qui concerne le personnel national, pour l'année 2003, je vais donner des chiffres qui restent indicatifs, car au sein de ces personnels, il y a trois grandes catégories : le personnel stable sous contrat, le personnel qui n'est pas principalement employé par nous, mais, par exemple, par le ministère de la santé, auquel nous versons des primes, et des travailleurs qui sont employés, par notre association, mais sur la base de contrats journaliers.

Si on prend les postes fixes, sans les « primes » et sans les journaliers, ils étaient 2545 en 2002, 3053 en 2003, soit une augmentation de 20%. Cela veut dire que l'on continue à recruter et augmenter les effectifs du personnel national de manière importante. Un des grands thèmes, pour moi le thème principal de cette assemblée générale, en termes d'organisation interne, est le déficit important que nous conservons dans la gestion de ces catégories de personnels. Cela recouvre plusieurs problèmes que je ne vais pas détailler puisque c'est l'objet d'un débat cet après-midi. Il est évident que les travailleurs journaliers ne sont pas suffisamment payés. C'est impossible d'établir un standard international en raison de l'extrême diversité économique et sociale des contextes. Mais il y a des points de repères : 1\$ par personne et par jour de revenu étant le seuil d'extrême pauvreté des institutions internationales. Cela peut uniquement servir de point de repère tellement les situations sont différentes d'un endroit à l'autre. Mais, dans l'ensemble, il nous faut faire un effort pour monter les salaires. Il y a des journaliers qui, dans le fond, pendant plusieurs mois, restent employés à plein temps par Médecins Sans Frontières, et nous leur versons des salaires qui –pour le dire en termes concrets-, assez fréquemment, ne leur permettent pas d'envoyer leurs enfants à l'école, de payer les frais de scolarité. C'est inacceptable. Je sais que surexploiter les journaliers est la norme, notamment en Afrique. Lorsqu'on ne le fait pas ou lorsqu'on le fait moins, on se distingue et on est critiqué. Mais je tiens à alerter nos responsables, les responsables de nos missions, sur le fait que certaines des situations constituent objectivement ce qu'il est raisonnable de qualifier de surexploitation au travail. Cela entraîne un coût humain inacceptable et limite la qualité du travail. J'ai rencontré les journaliers du Libéria, au cours de l'automne dernier. Il y en avait 500 qui travaillaient pour MSF. Je dois vous dire que je n'étais pas très fier, j'avais même franchement honte de la façon dont nous les traitions.

Les autres points sur le personnel national, qui concernent un peu tous les types de personnel, c'est la nature de contrats. Les contrats ne sont pas à jour et d'une qualité insuffisante. Les personnes doivent être employées, chez nous, dans le respect de leurs droits et dans le respect de leur dignité.

Deuxièmement, la politique décidée par le Conseil d'administration pour la couverture médicale de l'ensemble de nos personnels nationaux est peu appliquée : elle avait été initiée par Olivier Maurel, le directeur des ressources humaines, et Dounia Bitar, directrice médicale de l'époque, votée par le CA, débattue, amendée. Cela doit devenir une priorité, comme les contrats et le traitement des journaliers, que de faire appliquer cette politique.

Le dernier point qui nous semble devoir progresser en tant que membres du Conseil d'administration et qui a déjà commencé à décoller un petit peu mais qui se heurte à bien des résistances, c'est l'intégration formelle d'une partie des membres du personnel national, qui exercent déjà des responsabilités importantes dans nos programmes, au sein des équipes décisionnelles, c'est-à-dire au sein de la non moins sacro-sainte équipe de terrain, habituellement uniquement composée d'expatriés, et au sein de la non moins sacro-sainte équipe de capitale. Il ne s'agit pas –je ne vais pas détailler aujourd'hui ce que j'ai déjà dit l'an dernier- de remplacer les internationaux par des nationaux, mais il s'agit de mieux associer des collègues qui exercent déjà des responsabilités, à la prise de décision et à l'examen

critique des résultats des opérations. En une phrase, il s'agit de les associer au pilotage des opérations sur le terrain comme en capitale.

Il me semble d'ailleurs que c'est cela le sens de travailler pour une association, que l'on puisse être autre chose qu'un employé à qui un patron donne des ordres, qu'on puisse contribuer à la définition des objectifs et se sentir co-proprétaire des résultats, des succès comme des échecs. C'est cela -à mon avis- qui fait une grande partie de la force de Médecins Sans Frontières. Evidemment, travaillant dans trente pays, dans de multiples activités, ayant jusqu'à 5000 personnes employées certaines années, tout le monde ne peut pas être membre de l'association. Il y aura donc bien toujours des employés et des membres associés, mais l'association doit s'ouvrir à une partie de nos collègues du personnel national. C'est dans cet esprit que le Conseil d'administration a invité des représentants du personnel national à l'assemblée générale.

Je suis conscient qu'on ne peut pas changer la situation par décret, cela prendra du temps, le processus me semble engagé, les axes de travail sont définis. Le Conseil d'administration souhaite très fortement des progrès dans ce domaine et sera mobilisé pour vérifier que les directeurs, les chefs de mission, les responsables de programmes ne manifestent pas trop d'inertie sur cette question.

sections partenaires

Nous avons continué à partager la responsabilité des opérations avec les sections partenaires. En 2003, à la fois à Tokyo et à New York, nous avons commencé à suivre des opérations, progressivement, un pays à l'étranger par bureau. C'est une orientation qui n'est pas nouvelle, qui a mis du temps à se mettre en place, mais dont on peut déjà se féliciter des premiers effets. Notamment au Japon, où la perspective de développement de cette activité a permis à nos collègues japonais, qui connaissaient une transition un peu difficile ces dernières années, d'avoir du concret à se mettre sous la dent pour construire leur section. MSF Japon, où la participation aux opérations s'est aussi manifestée par un plus grand nombre de volontaires envoyés sur le terrain, comme jamais dans l'histoire de la section japonaise. Ce n'est pas le seul domaine dans lequel la section japonaise manifeste son dynamisme : en matière de communication, les choses se sont vraiment améliorées.

Je voudrais dire un mot sur le bureau des Emirats-Arabis-Unis, qui n'est pas une section partenaire, mais un bureau sous la responsabilité de Paris. Dans le contexte actuel des relations internationales, il est important que nous continuions à exprimer nos idées en arabe. C'est à partir de ce bureau que nous pouvons le faire. La composante communication de ce bureau doit continuer à se développer car les conflits en cours rendent particulièrement important que notre conception de l'humanitaire soit accessible en langue arabe.

antennes régionales

Je voudrais souligner que les antennes régionales -en dépit du fait que, ces dernières années, une partie des volontaires internationaux nous a été apportée par les sections partenaires- demeurent responsables du recrutement de 30% des volontaires internationaux. Leur participation aux campagnes de communication est significative mais ce n'est pas une nouveauté.

Il y a un débat au sein des antennes sur la pertinence de recruter des nouveaux donateurs en les abordant dans la rue, en discutant avec eux sur la voie publique. Nous ne leur demandons pas de se prononcer immédiatement, de devenir donateur de MSF, mais nous leur présentons MSF, nous leur demandons leurs coordonnées afin de pouvoir les rappeler ensuite à la maison, puis nous leur écrivons, et enfin ils décident ou pas de devenir un donateur de notre association.

Je sais que cela a provoqué de l'émoi dans certaines antennes régionales, mais il est impératif de recruter de nouveaux donateurs, d'autant qu'on a transformé une grande partie des donateurs à don unique en prélevés et qu'on a besoin de nouveaux donateurs. Vous avez vu que nos dépenses continuent à croître, vous le verrez encore mieux dans le rapport de notre trésorière Sylvie Lemmet. Il n'est pas honteux d'aller parler à des personnes sur la voie publique à condition que le discours soit honnête. Nous employons des personnels spécialement pour cela, nous les formons de la même façon que nous formons des personnes de l'extérieur à écrire des lettres d'appel aux dons pour les mailings. La garantie d'honnêteté dans ces contacts pourra être donnée par un encadrement que certains des membres des antennes régionales sont à même de produire quand ces opérations ont lieu dans la ville où ils résident. Cela me paraît important car nous ne pouvons pas faire l'économie de rester dynamiques dans les techniques pour approcher les donateurs potentiels. Comme les membres des antennes régionales qui nous l'ont fait remarquer, la direction et le Conseil d'administration ont le souci que les messages demeurent authentiques et non malhonnêtes. Mais nous devons tous réaliser à quel point l'introduction régulière de nouvelles techniques de recherche de nouveaux donateurs est essentielle à l'indépendance de notre association.

J'encourage les antennes régionales à rester ouvertes sur ce point et à être plutôt dans une démarche d'accompagnement critique mais constructif.

les donateurs

Notre collecte en France se stabilise. Et dans le contexte général, c'est une bonne nouvelle. La collecte recule de 1% en 2003 par rapport à 2002. La collecte dans les autres associations est en nette diminution ces dernières années et nous sommes parmi les rares à maintenir notre collecte à un bon niveau. Mais comme je viens de l'indiquer, il y a une baisse des nouveaux donateurs, de 27% par rapport à 2002.

Aujourd'hui, nous avons 200.000 donateurs qui sont abonnés (des prélevés comme on dit dans notre jargon), 200.000 donateurs à don unique.

Nous avons besoin d'améliorer la qualité de la relation avec le donateur. Je nous trouve encore très très conservateurs au sens où nous acceptons mal la critique quand elle vient des donateurs. Nous avons souvent des réponses qui sont « langue de bois » à leurs critiques. Cela a été difficile d'obtenir qu'il y ait un petit courrier des lecteurs dans les journaux que nous envoyons aux donateurs et que dans ce courrier des lecteurs puissent apparaître des critiques de donateurs à l'encontre de Médecins Sans Frontières sans que la réponse soit autre chose qu'une réponse purement « langue de bois ». Nous devons reconnaître que nous ne sommes pas parfaits, que nous faisons parfois des erreurs. Là aussi une approche trop publicitaire, presque propagandiste déséquilibre la qualité de la relation que nous devons entretenir avec nos donateurs. Les « engagements » vis-à-vis de nos donateurs sont en cours de révision. Ce dossier avance lentement, mais il y a un vrai travail de réalisé, et, cette année, il sera bouclé pour la rentrée de septembre. Je parle de la liste précise des engagements que nous contractons envers nos donateurs.

les finances

Je vous conseille de suivre attentivement le rapport de notre trésorière, Sylvie Lemmet, qui est cette année très riche en informations.

épicentre

Je voudrais dire un mot de ce satellite de Médecins Sans Frontières parce que son activité reste très dynamique. Elle se tasse un peu en 2003, mais la croissance avait été tellement importante en 2002 que cela me paraît une bonne nouvelle qu'il y ait un refroidissement de l'activité. La part dominante de l'activité d'Epicentre était, dans les années 90, ce qu'on appelle les consultations, c'est-à-dire des actes assez descriptifs. Epicentre nous aidait à décrire une épidémie, à décrire les problèmes sanitaires d'un camp de réfugiés, etc. Aujourd'hui, cela a changé. La part qu'avaient ces consultations est occupée aujourd'hui par des projets dits de recherche opérationnelle. Comme le faisait remarquer un collègue hier au cours de la Journée scientifique d'Epicentre, il y a dix ans, Epicentre nous décrivait correctement des problèmes, aujourd'hui Epicentre commence à nous présenter des solutions pertinentes à ces problèmes bien documentés. Cette évolution souligne la contribution chaque année plus importante que notre association apporte au développement de la médecine au sein de populations en situation précaire. Cela ne pourrait avoir lieu sans Epicentre.

la dndi

Un mot sur la DNDi, cette institution qui n'est pas un satellite de MSF, mais une institution que nous avons en partage avec l'Institut Pasteur, le ministère de la santé de Malaisie, les recherches médicales publiques brésilienne et indienne, des chercheurs de terrain est-africains, la recherche en médecine tropicale de l'OMS. Sa création avait donné lieu à une décision d'assemblée générale, il y a deux ans. Elle a été ouverte en juillet 2003, elle s'est choisi son directeur général -Bernard Pécoul-, elle a choisi son directeur de recherche, elle a mis en place ses principaux comités, conseil d'administration, comité scientifique, et a déjà démarré le travail sur 9 projets de recherche. Vous aurez une présentation au cours de l'après-midi de la part des responsables de la DNDi, Yves Champey et Bernard Pécoul, qui vous donneront plus de précisions.

mouvement international

L'association, c'est aussi le Conseil international. Il existe aujourd'hui une crise de son fonctionnement. Pour moi, elle se résume comme ça : il devient impossible en ce moment d'obtenir du Conseil international qu'il fasse le bilan des décisions qu'il a prises. Ce que j'entends par décisions, ce sont des décisions prises quasi à l'unanimité à chaque fois. Mais quand on demande le bilan de leur mise en œuvre, on se heurte à un refus de le clarifier.

Je ne pense pas que nous puissions construire quelque chose de solide comme ça en nous mentant à nous-mêmes sur les résultats que nous obtenons quand nous prenons une décision ensemble.

Il y avait un engagement à ne pas participer à la commémoration du génocide des Rwandais tutsis qui n'a été que très partiellement respecté par la section belge et on est dans la dénégation totale des faits quand on essaie d'en discuter. Cela ne me rend donc pas optimiste.

Il y a avait un engagement de tout le mouvement à se situer en appui à la cellule de crise basée à Genève pour obtenir la libération d'Arjan. Il me semble que, aussi bien en août que là récemment en mars, la section hollandaise s'est totalement exonérée de cet engagement. Il n'a pas été possible de le faire reconnaître par le Conseil international.

Sur la mise en place des ACT dans les programmes paludisme, c'est la même chose. Trois ans après un vote en réunion plénière du conseil international en juin 2001, le conseil international n'est pas capable de se présenter à lui-même un bilan clair de ce travail.

Je trouve que la période n'est pas très positive. En dépit d'un travail adapté de la toute nouvelle équipe du président du conseil international, Rowan Gillies, et de la secrétaire internationale, Marine Buissonnière. De mon point de vue, ce n'est pas leur travail qui est en défaut. Ils viennent de prendre leurs fonctions avec un véritable dynamisme et un solide bon sens. Je n'ai aucun reproche à leur faire. Ce sont des fonctions difficiles. Il faut du temps pour en prendre la mesure. Mon reproche s'adresse plus à des collègues expérimentés dans leurs fonctions, les dirigeants des centres opérationnels, qui, à mon sens, prennent assez peu leurs responsabilités face aux échecs.

L'élément positif du paysage international cette année sera le retour de la section grecque. S'il y avait eu une exclusion de cette section, c'était pour de bonnes raisons. Mais nous sommes un mouvement qui n'a pas vocation à scissionner et nous ne pouvons que nous réjouir que nos amis grecs reviennent dans le giron international à partir du moment où ce retour s'effectue sur des bases claires. Et il me semble qu'elles le sont. La section grecque n'aura pas d'opérations en propre. Elle sera sous l'autorité du centre opérationnel de Barcelone. Ses missions existantes vont être revues par le directeur des opérations de Barcelone et seront intégrées au porte-folio de MSF Espagne. Elle conservera, comme d'autres dans le mouvement, un desk à Athènes, et pilotera une partie des opérations à partir d'Athènes -comme les desks décentralisés de New York et Tokyo aujourd'hui avec MSF France-, avec un volume plus important pour eux que New York et Tokyo, mais elle n'aura pas de directeur des opérations. Les Grecs ont montré dans leurs prises de positions publiques sur la guerre en Afghanistan, la guerre en Irak, qu'ils avaient changé de conception et qu'ils n'étaient pas prêts à refaire les erreurs qu'ils avaient commises lors de leurs prises de position sur le Kosovo en 1999. Nous avons nous-mêmes reconnus, lors d'une assemblée générale précédente, que notre position avait été marquée par certaines formes d'opportunisme à l'égard des forces de l'Otan. Sur la détention du nom MSF, ils sont d'accord pour transférer la « marque » au bureau international. Il me semble que les conditions sont remplies et il s'agit pour moi d'une bonne nouvelle.

les abus

Un des derniers points sur lesquels je souhaite m'exprimer est la gestion des abus. Gérer une institution, c'est aussi gérer la discipline interne. A l'occasion du scandale des camps en Afrique de l'Ouest il y a deux ans, nous avons essayé de préciser nos idées dans ce domaine.

Je voudrais parler d'une histoire, je ne vais pas nommer le pays, je ne vais pas nommer les personnes. Mais je vais vous raconter brièvement la nature de l'histoire et les décisions prises par le comité de direction, soutenu par le conseil d'administration.

Dans un pays d'Afrique, nous avons un logisticien, membre du personnel international, dont le mode de gestion du personnel national dans le travail consistait à employer des insultes, à connotation sexuelle, et de penser qu'utiliser ces mots-là au quotidien dans le travail faisait finalement partie de la philosophie du pays. Il volait du matériel à MSF et il entretenait des relations sexuelles avec des mineures, de manière répétée. Cela durait depuis un certain temps, et le quatrième élément de cette affaire est que les responsables de capitale n'ont pas prêté une attention suffisante à cette situation grave.

A la suite de ce constat, insultes comme mode d'administration régulier du personnel national, vol de matériel MSF en accusant ses collègues, abus sexuels vis-à-vis de jeunes filles mineures et dont certaines étaient sous son autorité parentale, négligence de l'équipe de capitale, voici les décisions que nous avons prises : le logisticien en question évidemment ne travaillera plus pour MSF, nous avons également décidé de signaler ses relations avec les mineures à la justice en France, puisqu'il s'agit d'un ressortissant français. Cela avait déjà été le cas, il y a quelques années, j'avais eu l'occasion de le dire. La directrice des opérations de l'époque, Brigitte Vasset, il y a environ une dizaine d'années, avait signalé à la justice un de nos membres pour des faits commis à l'étranger contre des personnes étrangères.

Pour les membres de l'équipe de capitale, sur les trois qui étaient concernés, il y en a deux qui, lorsque nous avons discuté avec eux, ne nous semblaient pas comprendre que l'on ne pouvait plus travailler comme ça en tournant la tête de l'autre côté quand on voyait des abus. Ces deux-là, nous leur avons indiqué que nous ne souhaitions pas les revoir postuler à des postes de responsabilités de capitale. Nous ne les mettons pas dehors de l'association, nous ne les mettons pas dehors des missions. Nous leur avons indiqué que nous communiquerions cette position aux autres centres opérationnels. Pour le troisième membre de l'équipe de capitale, qui nous semblait comprendre qu'il avait échoué dans sa fonction en faisant preuve de négligence, nous lui avons donné un avertissement écrit.

Voilà, à titre d'exemple, puisque nous nous sommes aussi engagés à être le plus transparents possible sur les affaires embarrassantes, les abus. Le conseil d'administration tenait à ce qu'au moins un exemple vous soit

présenté, et chaque année nous essaierons de consolider le rendu de comptes sur cet aspect-là des décisions que nous prenons.

Je voudrais ajouter encore un mot sur cette affaire. J'ai perçu dans les explications que j'ai entendues de la part des membres de l'équipe concernée, du moins chez certains d'entre eux, un énorme mépris des jeunes, des jeunes femmes, des jeunes femmes africaines et en particulier, des jeunes femmes africaines pauvres. Ce « background » idéologique explique en partie pourquoi un certain nombre de pratiques sont encore courantes dans nos contextes d'intervention, spécialement en Afrique. Dans les lettres que j'ai rédigées quand j'ai écrit à certaines de ces personnes, je leur ai poliment mais fermement expliqué à quel point nous ne partageons pas cette vision de l'Afrique, des femmes et des jeunes en difficulté. Conserver de telles représentations n'est pas compatible avec notre travail. Ne pas comprendre que certains actes sont inacceptables aussi bien pour le personnel national que pour le personnel international, est incompatible avec l'exercice de responsabilités de capitale. Et j'engage tout le monde, les responsables de terrain, les chefs de mission et les responsables de programmes à être vigilants dans ce domaine.

les disparus, les départs

Les disparus. Cette année en 2003, nous avons eu à regretter l'assassinat de Ricardo Munguia qui ne travaillait plus pour MSF mais pour le CICR en Afghanistan. Il avait 39 ans et a été assassiné fin mars 2003. Il avait travaillé sur plusieurs missions avec MSF (Sud Soudan, Pérou, Libéria) et c'est avec une grande tristesse que nous avons appris son assassinat.

Nous n'avons pas eu à déplorer, à notre connaissance, car ce n'est pas toujours facile de faire remonter l'information, d'accidents graves cette année sur le terrain.

Les départs. Une grande partie du comité de direction s'en va. Cela correspond à la politique que le CA et l'AG de 1997 avaient validée, afin que les personnes occupant des postes à haute responsabilité exécutive tournent. Karim Laouabdia a quitté son poste de directeur général après six ans d'excellent travail et encore une fois je l'en remercie. La bonne santé de notre association doit beaucoup au travail de Karim.

Anne Fouchard quitte son poste.

Jean Rigal a aussi quitté son poste en 2003, pour reprendre un poste sur le terrain.

Gilles Isard quitte la direction de la logistique.

Guillaume Le Gallais, notre directeur des opérations, est en fin de mandat. Je voulais dire que si j'avais manifesté mon inquiétude sur les médecins à des postes de responsabilités, ce n'est absolument pas dans l'idée qu'il ne devrait y avoir que des médecins sur ces postes. Pour le dire comme ça, c'est dans la période où Guillaume Le Gallais, qui n'est pas médecin, a été directeur des opérations que les progrès médicaux au sein des missions ont été les plus nets. Et je l'en remercie.

Les sortants du conseil d'administration. Je remercie également les sortants du conseil d'administration pour leur travail, leur patience à mon égard, et je leur souhaite bonne chance pour la suite en espérant que la suite, ce soit de continuer à participer à Médecins Sans Frontières, comme membre à diverses occasions, et je suis très heureux de voir que des anciens administrateurs comme Philippe Chazerand et Maurice Nègre par exemple, une fois leur mandat terminé au conseil d'administration, continuent à participer aux missions, à participer à la vie collective. Il y a donc une vie associative après le conseil d'administration.

les candidatures au conseil d'administration

Cette année, vous avez neuf candidats. Le conseil d'administration déclare valides toutes ces candidatures et s'estime flatté que ces personnes souhaitent rejoindre ses rangs.

Je dois apporter une précision. Il y a donc cinq sortants cette année et deux postes qui se libèrent pour des raisons non liées à une fin de mandat. Bénédicte Jeannerod a été nommée au département de la communication, elle doit quitter son poste d'administratrice puisque vous savez que le cumul d'une fonction salariée dans l'exécutif avec un poste d'administrateur n'est pas possible.

Michel Janssens, pour des raisons personnelles, a décidé de quitter le conseil d'administration. Il s'excuse de ne pas pouvoir être présent aujourd'hui, mais il a des difficultés personnelles en ce moment qui ne rendent pas possible sa présence.

Ce qui fait donc sept postes à pourvoir.

Les élus qui arriveront en sixième et septième position dans les votes termineront les mandats de Michel (reste 2 ans) et Bénédicte (reste 1 an).

Certains autres administrateurs sont absents, je pense à Marie-Christine Férier dont le conjoint est tombé malade hier, elle aura donc probablement des difficultés à être là aujourd'hui, et Thomas Nierle, qui a été épuisé par la charge de travail en Suisse ces derniers mois, est en repos en ce moment et sera absent ces deux jours. Ils m'ont demandé de vous expliquer les raisons qui motivent leur absence.

Je vous remercie de votre attention et vous encourage à émettre maintenant vos critiques à ce rapport moral du Conseil d'administration, de poser vos questions. Puis nous passerons au vote.

Dr Jean-Hervé Bradol
Président