



Rapport moral du président

Jean-Hervé Bradol

Rapport moral présenté lors de la 35^{ème} assemblée générale
de Médecins Sans Frontières, le 13 mai 2006

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, interdite.

Rapport moral 2005

Assemblée générale

13 mai 2006

2005, l'humanitaire dans tous ses états

La 35^{ème} assemblée générale est ouverte.

Le rapport moral cette année sera divisé en deux parties, une partie qui consistera à revoir les éléments principaux de notre action au cours de l'année 2005. Et une deuxième partie qui portera sur les évolutions de l'association MSF, l'institution, tant sur le plan national que sur le plan international.

L'année 2005 a été une année passionnante. Les hasards du calendrier ont fait que se sont concentrés dans cette année beaucoup d'aspects, différents les uns des autres, de l'action humanitaire et quelques surprises.

L'action

Du point de l'activité, quand je dis que cela a été une très grosse année, cela se traduit aussi sur le plan de la croissance budgétaire en comparaison avec l'année 2004. La croissance budgétaire est de 24%. Les dix dernières années ont été des années de forte croissance puisque nous avons eu 300% de croissance, nos budgets annuels ont en effet été multipliés par trois en dix ans.

Cela souligne une responsabilité particulière, de faire des progrès dans le rendu de comptes sur la façon dont cet argent a été utilisé. Il y a eu toute une première période où l'amélioration de la présentation des comptes a fait l'objet de notre attention -je pense à la fin des années 90. Cela a été également un mouvement d'ensemble dans la société française. Maintenant nous sommes passés à une deuxième phase, qui est de tenter de rendre des comptes beaucoup plus précis sur le résultat des actions elles-mêmes, de mettre des informations sur la quantité d'actes de secours et de soins réalisés avec cet argent et sur les résultats obtenus par ces activités, par exemple les taux de guérison.

C'est cela le défi, arriver à construire une présentation de notre activité, où trois éléments principaux soient intégrés les uns aux autres, puissent être visualisés dans le même temps, c'est-à-dire les raisons qui nous font intervenir sur une thématique, dans un endroit, nos motivations de départ, tout ce qui relève de la pertinence du projet ; l'efficacité que nous avons obtenue au cours de la mise en œuvre du projet, c'est-à-dire les résultats réels d'une activité. Le troisième élément étant l'analyse critique des moyens utilisés, l'efficacité.

Par exemple quand nous fournissons de l'eau, est-ce que c'est de l'eau réellement potable, combien de litres par personne et par jour, et pour quel prix arrivons-nous à faire ça ?

Cette année le rapport du trésorier est renforcé dans cette direction, et vous trouverez également un rapport d'activités où les éléments quantitatifs sont mieux construits et plus systématiquement mis en relief. Nous avons aussi maintenant des données médicales, analysés sur une base annuelle. Je pense au cahier réalisé par le département médical, qui s'appelle Analyse des activités médicales 2005, où l'on trouve beaucoup d'informations quantitatives sur ce que nous faisons en médecine.

Pour ces raisons, mon intervention, qui est le rapport moral du conseil d'administration, portera plutôt sur des remarques qualitatives puisque le rapport du trésorier, qui est complémentaire à cette présentation et qui le suivra, développera l'ensemble des éléments quantitatifs.

Les catastrophes naturelles

Le tsunami

L'année 2005 commence par le Tsunami. On a vu avec quelle passion des représentants d'intérêts divers, politiques, économiques, religieux, militaires se sont jetés sur l'action « humanitaire » pour s'emparer de ce label. C'est presque un lieu commun et cela n'a pas été une surprise. La surprise a plutôt consisté à être témoins de l'intensité avec laquelle les institutions d'aide se sont prêtées au jeu. C'est la façon dont les organismes d'aide eux-mêmes se sont emparés de cet effet d'aubaine pour défendre leurs intérêts institutionnels (publicité et collecte de fonds), dans la plus parfaite collusion avec les pouvoirs politiques, économiques, médiatiques. Cela a été un peu une surprise pour nous parce que le plus souvent les grandes positions publiques que nous sommes amenés à prendre – ce n'est pas une nouveauté que nous prenions des positions publiques en rupture avec notre milieu de travail quand c'est nécessaire et qui soulignent notre indépendance politique par rapport aux pouvoirs- le sont le plus souvent sur des questions relatives à des conflits armés ou sur des questions liées par exemple ces dernières années à l'accès aux médicaments essentiels. L'année 2005 est tout à fait remarquable car c'est la réponse internationale à une catastrophe naturelle qui a mis en relief notre conception de l'action humanitaire indépendante.

Par ailleurs, nous avons rempli nos engagements. L'ensemble de l'argent collecté en France pour le Tsunami est allé pour 20% à l'aide aux populations affectées par le Tsunami et pour 80%, comme nous l'avons indiqué publiquement, à d'autres urgences, dans l'idée de bien répartir les secours en fonction des besoins. Ces autres urgences ont été les missions du Tchad (malnutrition aiguë et épidémie de rougeole), au Nigeria (idem), au Niger pour la grande épidémie de malnutrition aiguë que le Niger a connue l'an dernier, au Soudan et au Pakistan.

Nous avons à la fin de l'année dépensé sur des urgences l'entièreté des sommes collectées. Nous l'avons fait avec l'accord de nos donateurs, à qui nous avons écrit pour demander l'autorisation de le faire.

Nous critiquons beaucoup les autres, mais en tant que membre du conseil d'administration et du conseil international, il me faut dire qu'il a également fallu que nous surveillions – nous qui représentons la part associative dans le fonctionnement- la façon dont tout cela se faisait. Nous avons insisté en France pour que le message aux donateurs concernant l'affectation de leurs dons soit le plus clair possible. Nous l'avons fait légèrement modifier. Sur le plan international, nous avons veillé scrupuleusement à ce que les projets financés par l'excédent d'argent Tsunami soit réellement des projets d'urgence. Au prix de cette mobilisation du conseil d'administration et du conseil international, nous avons obtenu de bons résultats.

Le tremblement de terre au Pakistan

La deuxième surprise qui nous vient des catastrophes naturelles cette année, c'est le tremblement de terre au Pakistan. La réponse aux tremblements de terre et aux catastrophes naturelles, ces dernières années, nous avait laissé un sentiment d'insatisfaction. Nous avions du mal à trouver un rôle médical qui fasse vraiment la différence pour les patients. Après de sinistrés qui ont tout perdu, les secours non médicaux, les jerricans, les abris, la nourriture sont très importants, mais dans ces domaines-là, il y a d'autres acteurs et ce n'est pas notre mission principale. En revanche, sur le plan médical, nous avons toujours un peu de mal à trouver un rôle qui nous donne l'impression d'être vraiment utiles, pour le dire comme ça.

Au Pakistan, en raison du grand nombre de blessés et du développement de nos capacités chirurgicales ces dernières années, nous avons été en mesure d'examiner 3500 patients en salle d'urgence, de réaliser 500 opérations chirurgicales, nous avons également vu plus de 700 patients en physiothérapie, et l'unité de soins psychologiques que nous avons ouverte a permis de recevoir 780 patients en consultation. C'est la bonne surprise du Pakistan.

Le développement des capacités chirurgicales réalisé ces dernières années, le travail en réseau avec d'autres praticiens permet vraiment de nous doter de capacités d'intervention qui sont mieux à même de répondre aux besoins des patients.

La grande pauvreté et l'exclusion sociale

Une autre surprise de l'année 2005 est que les catastrophes liées aux situations de grande pauvreté se sont rappelées à nous par leur intensité, notamment sous la forme de l'épidémie de cas de malnutrition aiguë chez les enfants -principalement des enfants de moins de 3 ans- qui survient chaque année au Niger mais qui en 2005 nous semble avoir été d'une intensité particulière.

Je vais dire tout de suite -pour qu'il n'y ait pas de malentendus- que j'ai trouvé cette opération particulièrement réussie. Le groupe MSF et la section française ont été mobilisés. Il y a eu plus de 60.000 enfants présentant une malnutrition aiguë sévère traités avec d'excellents taux de guérison et une grande avancée dans nos protocoles de prise en charge des situations catastrophiques où il y a un très grand nombre de cas de malnutrition aiguë.

Pour mémoire, rappelons que, lors d'une des dernières grosses opérations que nous avons réalisées, en Angola en 2002, nous étions très fiers d'avoir pu prendre en charge 8000 cas de malnutrition aiguë sévère. Au Niger, c'est par dizaines de milliers que nous avons pu les prendre en charge avec de très bons résultats.

Vous connaissez le principe du travail du CA et le principe du rapport moral. Je dois revenir sur les points qui font problème dans notre propre activité et, en dépit de cette réussite globale de l'opération au Niger, il y a néanmoins quelques remarques à faire.

La première c'est sur notre compréhension des mécanismes qui, dans la société nigérienne, conduisent à ce grand nombre de cas de malnutrition aiguë de la petite enfance. Nous avons critiqué l'aveuglement des autres organismes d'aide qui faisaient en permanence référence à la sécheresse et aux invasions de criquets pour expliquer la crise alors qu'il nous semblait que d'autres faits objectifs, l'évolution des prix, l'évolution des marchés, l'évolution de la situation sociale des paysans montraient que ce n'est pas dans la nature qu'il convient de chercher l'explication à ces phénomènes, mais dans le fonctionnement de la société, dans les rapports entre les différents groupes humains et notamment les rapports économiques. Ce n'est pas une grande nouveauté, puisque sur le plan académique, dans le domaine de l'étude des famines, et notamment - pas seulement- depuis les travaux de l'économiste indien Amartya Sen, prix Nobel d'économie en 1998, pas seulement sur ses travaux sur la famine mais pour l'ensemble de ses travaux sur la pauvreté-, nous savons que les crises alimentaires sont rarement dues à une pénurie globale de nourriture, mais plutôt à la façon dont cette nourriture se répartit à l'intérieur d'une société.

Nous-mêmes, nous avons hésité sur cette question. En témoigne la façon dont nous avons déployé dans le temps nos équipes de terrain. Si nous croyons à la catastrophe naturelle, nous sommes enclins à déployer les équipes dans les zones situées plutôt au nord du pays, et si nous sommes plus attentifs à une autre explication, celle que j'ai mentionnée précédemment, nous avons plutôt tendance à déployer les équipes de terrain dans le sud du pays, dans les gros foyers de populations.

Cela s'est illustré dans notre intervention, au moment où nous intensifions le déploiement, nous ouvrons dans des endroits comme Dakoro ou Keita, et l'on peut se poser la question, lorsqu'on revoit l'opération, s'il n'aurait pas été plus pertinent d'ouvrir plutôt à Zinder, dans un autre foyer au sud.

Encore une fois, quand on conduit des opérations difficiles à réaliser, le scénario n'est pas écrit à l'avance et c'était des décisions extrêmement difficiles à prendre dans le rythme des événements. En faisant ces remarques, je ne veux pas du tout affirmer que je suis scandalisé par les hésitations dans le déploiement de nos opérations, mais il faut quand même en prendre conscience. Parce que probablement, il y avait plus d'enfants à sauver dans un déploiement centré sur le Sud.

La deuxième remarque que je voudrais faire sur notre opération au Niger, c'est sur le fait que jusqu'à l'année dernière, jusqu'à l'été 2005, nous prenions en charge quasi exclusivement des cas sévères. Tout le monde s'était habitué à tolérer une forte incidence annuelle de la malnutrition aiguë et une mortalité infanto-juvénile très élevée en rapport. Plus de 190.000 enfants de moins de cinq ans décèdent chaque année au Niger (sur une population d'enfants de 2,5 millions d'enfants pour un petit pays de 12 millions d'habitants), un enfant sur quatre n'atteint pas l'âge de cinq ans. C'est vrai, tout le monde s'y était habitué, et les médecins en particulier, on verra pourquoi.

Il y avait donc une très faible offre de soins pour la malnutrition aiguë sévère et une offre de soins inexistante pour la malnutrition aiguë, malencontreusement dite « modérée ». Nous étions nous-mêmes tombés dans cette organisation des soins qui nous conduisait à trop souvent dire non à une maman qui apportait un enfant qui était déjà dans un état pédiatrique aigu très inquiétant -la malnutrition aiguë encore une fois, une pathologie sévère en elle-même. Notre dispositif de soins nous amenait à lui répondre que malheureusement son enfant n'était pas encore dans un état assez critique pour qu'elle puisse recevoir de l'aide.

L'été 2005 a été l'occasion d'étendre notre réponse en direction de tous les enfants qui en avaient besoin. La façon dont l'opération a été planifiée pour 2006 intègre l'ensemble des cas de malnutrition aiguë que nous rencontrerons dans les zones où nous intervenons, c'est-à-dire principalement les deux départements du sud de la région de Maradi. Je me félicite de cette évolution mais c'était également une remarque à faire.

Nous sortons de la crise 2005 avec une bonne nouvelle. C'était l'occasion de tester en situation particulièrement difficile le potentiel d'une nouvelle approche thérapeutique fondée sur une nouvelle génération d'aliments, les aliments prêts à l'emploi, intégrant l'ensemble des nutriments essentiels, sous forme de pâte. Je pense que les taux de guérison obtenus et le fait d'arriver à traiter plus de deux tiers de cas sévères en ambulatoire, sont des résultats très encourageants.

Mais je voudrais faire une remarque. On a beaucoup attribué la réussite aux vertus du produit lui-même. C'est vrai il y a un grand rôle joué par ce produit, mais je voudrais insister sur un des aspects qui permet de traiter en ambulatoire, et là il faut aller encore un peu plus loin dans l'explication. Ambulatoire cela veut dire que finalement il y a un transfert de responsabilité : la mère et l'enfant deviennent les acteurs de l'administration du traitement. Je pense que cela fait toute la puissance de ces protocoles. C'est la possibilité de déléguer aux patients l'administration de leurs traitements qui fait la différence. La délégation est une arme redoutablement efficace et cela au prix d'un petit effort de transfert de connaissances et de responsabilité vis-à-vis des patients.

Nous avons décidé de commencer à faire campagne pour que ces nouveaux aliments thérapeutiques soient mieux connus et mieux distribués, à des prix plus bas. Aujourd'hui si nous pouvons nous féliciter de leur existence, c'est clair que nous avons besoin d'une gamme plus large incluant probablement des aliments conçus de la même façon, mais utilisables encore un peu plus en amont, quand l'enfant est à risque de malnutrition aiguë, en prévention. La prévention de la dégradation du statut nutritionnel d'un enfant est un acte de base de la consultation pédiatrique de routine et il y a là la perspective de gagner du terrain en efficacité avec ces aliments. Encore faut-il que le prix de ces aliments baisse, qu'ils soient à même de s'adapter aux goûts alimentaires des différentes populations au sein desquelles ils seront utiles, et là, nous sommes plutôt optimistes, puisque ce sont quand même des produits qui sont assez simples à développer et produire localement.

Mais je pense que ce thème doit faire l'objet d'un travail comparable à celui mené sur les dérivés de l'artémisinine, les ACT et les antirétroviraux. C'est une des orientations retenues par la Campagne d'accès aux médicaments essentiels.

Les guerres

La deuxième grande catégorie de l'action, c'est la réponse aux besoins des populations affectées par les guerres.

Première remarque. Le nombre de nouveaux conflits déclarés baisse ces dernières années, on peut s'en féliciter. Mais immédiatement, on entend presque, dans les milieux des secouristes, de l'aide humanitaire, une inquiétude face à la disparition des guerres.

Nous sommes en train de parler d'une conjoncture, rien n'indique à propos du monde d'aujourd'hui qu'il soit moins conflictuel. Et si le nombre de nouveaux conflits est en baisse, les grandes opérations de l'année 2005 ont été marquées par des missions en zones de guerre. Il ne faut pas tirer de conclusions rapides et définitives à partir d'une conjoncture. D'autant plus que nous gardons de très grosses interventions au

Soudan et en RDC, où les conflits sont encore en cours, et que nous n'avons pas encore réussi à nous réinsérer sur des conflits comme l'Irak et l'Afghanistan. Et là il y a un défi, et je me félicite que le département des opérations ait remis sur le métier le travail sur l'Irak.

Sous quelle forme ? L'insécurité qui règne pour les travailleurs humanitaires en Irak, et notamment pour les travailleurs étrangers, ne nous pousse pas aujourd'hui à ouvrir une mission à l'intérieur du pays. Les interlocuteurs irakiens que nous rencontrons ne nous appellent pas à venir à l'intérieur du pays, conscients de cette difficulté.

Nous sommes en train d'ouvrir un projet à Amman en Jordanie qui permettra de traiter des blessés qui ont besoin d'interventions chirurgicales, de seconde phase, après l'intervention d'urgence, des interventions d'orthopédie, de chirurgie maxillo-faciale ou de chirurgie plastique, dont nos collègues irakiens nous signalent, aujourd'hui, qu'ils ont de moins en moins de capacités à les réaliser en Irak. Nous leur avons proposé de les effectuer en Jordanie en collaboration avec nous et des médecins jordaniens dans un hôpital du Croissant Rouge, dont nous louons une partie. C'est une grosse ambition politique d'arriver à faire travailler ensemble des médecins irakiens, toutes tendances confondues, si je puis dire, surtout en regard la détérioration de la situation politique dans le pays et l'intensité des violences commises par les milices. Mais nous avons, à travers l'Association Médicale Irakienne, l'équivalent de l'Ordre des médecins en France, trouvé une institution partenaire à l'intérieur de laquelle les différentes tendances de la société irakienne sont encore représentées et collaborent pour les activités médicales. Nous avons également reçu l'accord du ministère irakien de la santé.

Nous avons un autre programme qui porte ce type d'ambition, c'est celui que nous avons à Grosny qui est également en phase de préparation. Une fois encore, nous avons un exemple d'articulation nécessaire entre un travail d'explication humanitaire pour ouvrir un espace vis-à-vis des différentes composantes politiques dans un conflit très polarisé et très peu respectueux du droit de la guerre et un travail technique, de développement de techniques chirurgicales, sans lequel nous serions incapables de faire une proposition pour intervenir.

Ce travail de développement technique nous a également permis d'intervenir l'an dernier à Haïti. Je veux souligner l'évolution. L'ambition est d'aller au-delà de la chirurgie de première urgence. Il s'agit aussi de prévoir les soins de façon à ce que les patients puissent retrouver une véritable autonomie de vie. Et cela nécessite de s'ouvrir vers l'extérieur, de travailler avec des praticiens d'autres disciplines, des kinésithérapeutes par exemple.

Une autre nouveauté dans ces programmes qui prennent en charge les victimes de violence directe, les violences spécifiques faites aux femmes -mais le viol n'est pas exclusivement réservé aux femmes, ce qu'on appelle dans notre jargon les soins médicaux aux victimes de violences sexuelles s'intègrent plus souvent à l'offre de soins.

Les missions sur les terrains de guerre ont été aussi l'occasion d'un rappel. Nous avons développé un cadre d'analyse des dilemmes rencontrés par l'action humanitaire dans les situations de conflits armés dans le livre *Populations en danger* (2003). J'invite à relire ce travail qui reste tout à fait pertinent et qui nous aide à nous prémunir des tentatives de manipulation de l'action et du label humanitaires, et parfois de notre propre association, auxquels nous devons faire face.

Un exemple, au cours des négociations de paix se poursuivant entre les différentes parties impliquées dans le conflit du Darfour et l'Etat soudanais, à Abuja, pour faire pression sur les acteurs politiques soudanais et les contraindre à signer un accord, l'aide humanitaire aux populations déplacées, l'aide alimentaire en l'occurrence a été bloquée pendant la durée des négociations de paix.

Il y a quelques semaines, le Programme alimentaire mondial annonçait qu'il était malheureusement -en raison de l'attitude de ses bailleurs de fonds principaux- contraint de diminuer par deux la ration alimentaire des groupes de populations déplacées qui sont pourtant quasi totalement dépendantes de cette ration alimentaire. Alors que, dans les hôpitaux dans lesquels nous travaillons dans les camps, un quart des hospitalisations est dû à la malnutrition aiguë. Et subitement quand l'accord politique a été signé, il y a eu

l'annonce qu'on avait retrouvé l'argent. Le lendemain de la signature, 225 millions de dollars sont ré-apparus comme par miracle pour compléter les budgets d'aide alimentaire. Les délais occasionnés par cette manœuvre se concrétiseront par une baisse de la ration même si elle ne sera pas diminuée de moitié. Cela illustre tout à fait comment les questions liées à l'aide, aux secours aux populations, sont manipulées dans le cadre de processus politiques. Dans cet exemple, un processus politique qui partait d'une bonne intention, amener les acteurs du conflit à signer un accord de paix. On peut partir d'une bonne intention comme celle-là, l'envie de faire la paix, et sembler trouver convenable, comme moyen, de menacer, voire de couper la ration alimentaire par deux d'une population déplacée. Nous devons être vigilants et renforcer nos propres capacités à aider les victimes de la malnutrition, mais nous devons aussi intervenir sur la scène publique pour souligner la façon dont cette décision est prise. Les agendas politiques, les agendas économiques passent toujours devant l'agenda de l'aide humanitaire qui pourtant impose de fournir les secours en fonction des besoins des populations et non pas en fonction d'autres considérations, si nobles soient-elles.

Les Territoires palestiniens occupés, où les Etats-Unis, Israël, l'Union européenne, le Canada, nous enjoignent, après avoir décidé de couper les financements au nouveau gouvernement palestinien, de devenir le remplaçant de l'Autorité palestinienne dans l'action sociale, sont un autre exemple de la manipulation de l'aide à des fins politiques. Ce n'est pas notre rôle de remplacer l'Autorité palestinienne. En situation d'occupation, c'est à la puissance occupante qu'il revient de couvrir les besoins essentiels de la population. D'autre part, ce n'était absolument pas réaliste, les organismes d'aide n'ont pas les capacités matérielles de remplacer l'administration publique et de maintenir les services à la hauteur des besoins essentiels de la population.

Les épidémies et les grandes endémies

Je vais commencer par le sida pour dire que je me félicite que l'équipe du Malawi affirme une ambition nouvelle qui consiste, alors qu'il y avait déjà eu un énorme effort pour augmenter le nombre de malades sous anti-rétroviraux, dans le district de Chiradzulu, à essayer de gagner encore du terrain, de trouver des façons d'organiser les protocoles de soins, d'organiser les équipes qui mettent en œuvre ces protocoles, afin d'élargir l'accès. C'est la question des gros foyers HIV où pour l'instant, même s'il y a une réponse, elle est encore très éloignée des besoins des malades qui viennent en vain frapper à la porte des centres de santé, des hôpitaux, pour réclamer un traitement indispensable à leur survie à court terme.

On peut également se féliciter de l'écriture par le département médical de deux brochures qui ont été intitulées « Les antirétroviraux pour les nuls » et « Les infections opportunistes pour les nuls ». Vous connaissez probablement ces livres qui encouragent les clients à passer à l'acte en informatique, par exemple « L'informatique pour les nuls ». Dans le même esprit, le titre de ces brochures indiquent que nous avons la conviction que maintenant nos collègues, travaillant en dehors des projets de terrain spécialisés dans la prise en charge des malades atteints du sida, ont les moyens de passer eux-mêmes à la délivrance de traitements antirétroviraux.

Ces deux brochures sont une incitation pratique dans cette direction. Car nous remarquons qu'il y a une hésitation persistante à rendre accessibles les ARV, dans les projets non spécialisés dans le sida.

Mais, en dépit de tous ces efforts, nous devons reconnaître qu'avec les outils dont nous disposons aujourd'hui -et même si, comme je viens de l'exposer, nous sommes perpétuellement en tension pour en optimiser l'usage- nous n'arriverons pas à faire face à l'ensemble de la demande légitime de soins dans les gros foyers. Les traitements actuels sont trop lourds à manier. De plus, leurs prix sont de nouveau en train d'augmenter. Les nouvelles générations d'antirétroviraux sont cinq à dix fois plus chères que la première génération que nous utilisons encore dans la majorité des cas. Beaucoup de traitements indispensables aux enfants ou aux patients co-infectés par la tuberculose sont toujours manquants. Tout cela pour dire qu'il y a besoin de souligner sur la place publique que, pour les situations de soins où vivent la grande majorité des malades atteints du sida, il y a très peu d'efforts de recherche et développement prenant en compte leurs

besoins spécifiques. La recherche et développement dans ce domaine sont plutôt orientés vers la satisfaction des besoins des malades qui habitent dans les pays riches, mais ces malades des pays riches bénéficient de circonstances de vie, de possibilités de soins qui sont totalement différentes de celles qu'on peut trouver dans des lieux comme Homa Bay (Kenya), Chiradzulu (Malawi) ou même Phnom Penh (Cambodge).

Nous avons été un des acteurs essentiels pour appeler à la diffusion des premiers traitements antirétroviraux, mais nous devons également prendre la responsabilité de souligner leurs limites. Je ne crois pas que nous devons contribuer à propager l'illusion qu'il est possible avec les protocoles actuels, surtout avec les moyens limités dont disposent les ministères de la santé, d'obtenir des bons résultats dans les gros foyers de HIV.

Cela souligne tout l'intérêt de notre soutien à une démarche initiée par le Kenya dans le cadre de la préparation de l'Assemblée mondiale de la santé de l'OMS.

Le Kenya a introduit une résolution pour que l'OMS se dote d'un mandat dans le domaine de la recherche et du développement pour les maladies négligées. Nouvelle illustration des difficultés avec l'OMS, il y a eu beaucoup de réticences, et même des arguties de procédure soulevées, pour essayer d'empêcher le Kenya de présenter cette résolution, soutenu par le Brésil.

La Campagne d'accès aux médicaments essentiels et la DNDi sont mobilisés, mais je pense que la semaine prochaine c'est tout MSF qui doit se mobiliser parce que c'est la première étape pour qu'un processus d'évolution survienne dans ce domaine. C'est l'étape par laquelle avait dû passer notamment le dossier des médicaments essentiels en général il y a environ 25 ans et c'est l'étape par laquelle nous avons dû passer sur la question des prix, des brevets, pour que la situation se débloque partiellement. Dans le domaine de la recherche et développement pour les maladies négligées, nous n'avons jamais réussi à franchir ce seuil et il y a là une opportunité de le faire.

Au sujet du paludisme, nous notons la faible disponibilité, à l'échelle internationale, des ACT, en rapport avec les énormes besoins des pays où la mortalité est importante. La bonne nouvelle c'est que sortiront, à la fin de l'année 2006, deux nouveaux médicaments, développés par la DNDi, l'un avec le laboratoire Sanofi en France et l'autre avec le laboratoire Farmanguinhos, laboratoire public brésilien.

Un mot sur la méningite pour dire que, dans quelques temps, nous aurons une nouvelle génération de vaccins et nous devons nous poser la question -et là il ne faudra pas louer le coche, si je puis me permettre- de leur utilisation rationnelle dans nos activités. Car cette nouvelle génération de vaccins ouvrira la possibilité de vacciner en préventif contre la méningite, et cela dans les pays où les épidémies sont récurrentes, dans la ceinture de la méningite -dans laquelle nous avons beaucoup vacciné ces dix dernières années mais malheureusement uniquement en réactif devant des épidémies déjà déclarées. La possibilité d'un changement dans l'approche de la réponse à ce fléau existera bientôt. Je pense que nous devons nous poser sérieusement la question du rôle que nous voulons jouer.

Nous pouvons nous inquiéter par ailleurs au sujet des maladies les plus négligées, la leishmaniose, la maladie du sommeil, l'ulcère de Buruli, d'une certaine dichotomie entre d'un côté l'effort de recherche et développement auquel nous participons et de l'autre côté une moindre présence opérationnelle dans les foyers principaux où s'expriment ces maladies parmi les plus négligées. Cela souligne la nécessité d'une meilleure coordination internationale des opérations -parce qu'aucune section ne va couvrir l'ensemble de ces thématiques de travail. Une répartition harmonieuse des équipes et du travail ne peut se faire que par une meilleure coopération opérationnelle internationale. Je pense que nous devons nous y employer car il serait dommage que, d'un côté la DNDi développe des nouveaux médicaments pour la maladie du sommeil, et qu'une fois ce développement terminé, MSF ne travaille plus sur la maladie du sommeil, par exemple.

Dans le domaine de la tuberculose, nous sommes en situation d'attente. Beaucoup de progrès pratiques ont été réalisés au sein de nos équipes mais malheureusement nous attendons encore la sortie d'une nouvelle génération de tests diagnostiques et d'antibiotiques. Nous suivons de près notamment à travers nos départements médicaux et la Campagne d'accès aux médicaments essentiels les perspectives dans ce domaine et, peut-être que nous nous trompons, mais elles ne nous paraissent pas si mauvaises. Il y a quand même un nouveau traitement en cours de développement et d'ici quelques années on devrait être parmi les

premiers à le tester. Encore une fois, en attendant nous ne resterons pas inactifs. D'autant plus que si nous pouvons espérer un nouveau traitement dans quelques années les pistes de recherche suivies sont loin d'être des plus innovantes.

Nos pratiques médicales

Sur le reste des pratiques médicales, quelques remarques à faire.

Il y a peut-être besoin de repenser la façon dont le support médical est organisé. Je n'ai malheureusement pas le temps de le développer dans ce rapport, mais pour le dire vite, notre acte principal est de faire des consultations. Ce sont essentiellement des consultations pour des femmes et des enfants, et les deux spécialités médicales, la pédiatrie et la gynéco-obstétrique sont très peu représentées au sein de nos départements médicaux.

Il me semble qu'il y a là une piste de réflexion.

Pour être concrets, nous-mêmes, la section française, avons une pédiatre dans les départements médicaux, le Dr Myrto Schaeffer qui est basée à Sydney pour la supervision des missions, et puis nous avons Anne-Sophie Coutin, gynéco-obstétricienne, seulement quatre heures par semaine. Il me semble qu'il y a là un décalage entre la nature de « la clientèle » et un développement insuffisant de l'approche par spécialités médicales.

Il y a là une piste pour faire des progrès dans un domaine où malheureusement nous faisons du surplace, c'est le domaine des soins médicaux spécifiques aux femmes pour lesquelles Emmanuel Baron, le directeur médical, me rapportait récemment qu'il y a des progrès mais ils sont d'une extrême lenteur.

Je vois donc là une autre raison de repenser le support médical.

L'autre piste pour faire évoluer le support médical est de repartir aussi à la fois des spécialités médicales et non pas seulement des maladies et des actions de santé publique mais également de partir des situations de soins concrètes. Quels actes devons-nous réaliser dans une consultation, quel est le minimum d'actes qui doivent être garantis, si je puis me permettre, à l'usager au sein d'une consultation pédiatrique. Il faut nous reposer les questions sous cet angle-là.

Autre domaine où un membre du conseil d'administration, spécialiste de la question, Daniel Annequin, nous signale que les progrès sont lents, c'est le traitement de la douleur. Là aussi il faut continuer l'effort parce que, quand même, garder un faible niveau de prise en charge de la douleur demeure extrêmement choquant.

L'affaire Erkel

Je vais dire un mot sur l'affaire Arjan Erkel parce que je me suis engagé à le faire depuis le début. Je vous rappelle que le gouvernement hollandais poursuit devant la justice suisse la section suisse de Médecins Sans Frontières en affirmant qu'elle lui avait fait un emprunt d'un million d'euros pour payer la rançon d'Arjan Erkel, et qu'elle ne lui a pas remboursé ce prêt de 1 million. Il y a un procès en cours. La justice suisse s'est déclarée compétente dans un litige commercial au sujet de la vente d'un être humain (sic).

Les auditions sont terminées.

Les fonctionnaires hollandais ont reconnu devant le tribunal que la demande de rançon leur était parvenue par le FSB et que la rançon avait été remise à l'amicale des anciens du FSB.

Il a été établi également que le gouvernement hollandais ne peut fournir aucun document dans lequel ce prêt soi-disant contracté par MSF est mentionné. Il n'y a évidemment pas de contrat de prêt, pas non plus de e-mail ou de notes, de cahiers d'un fonctionnaire hollandais ou de qui que ce soit qui évoque un prêt. Il n'y a pas non plus de témoin de ce prêt. Le seul témoin qui s'est présenté pour défendre ce point de vue est l'ambassadeur de Hollande à Moscou, l'ambassadeur de l'époque. Lui-même partie prenante au conflit. Le responsable de l'amicale des anciens du FSB qui devait témoigner en faveur des Pays-Bas ne s'est pas présenté au tribunal.

Le gouvernement hollandais est également revenu sur la version erronée donnée au tribunal au sujet de la constitution de la somme d'argent avant versement.

Juste pour dire que le dossier est vide et que ça ressemble de plus en plus à un mauvais procès politique.

J'espère que la justice suisse va y mettre un terme rapidement sinon nous pourrions nous poser des questions sur son indépendance.

Nous avons évidemment du mal à croire que si n'importe qui d'autre que le gouvernement hollandais se présentait devant un tribunal commercial suisse en disant qu'une autre institution lui doit, à la suite d'un prêt, un million d'euros, en ne produisant ni document écrit ni témoin, cela fasse l'objet de l'ouverture d'une procédure. Pourtant, quand il s'agit de MSF et du gouvernement hollandais, la justice suisse fait preuve d'un zèle suspect.

Résultat probablement au cours de l'année 2006 ; à notre connaissance, un premier rendu de jugement devrait advenir à l'automne prochain.

L'institution

La deuxième partie de ma présentation, qui sera plus brève que la première, est celle qui porte sur l'état de notre institution.

L'association en France

Nous avons pris quelques initiatives cette année, notamment celle de réviser les statuts de l'association. Il s'agissait d'une remise à niveau, nous avons fait passer dans les statuts des modalités de fonctionnement qui étaient déjà pour beaucoup mises en œuvre dans l'exercice quotidien. Nous avons mis les textes en accord avec la pratique.

A cette occasion, nous nous sommes posé la question de savoir s'il n'y avait pas un plus à faire pour re-dynamiser notre vie associative. Un travail au sein du conseil d'administration a commencé, sous la direction d'Anne Guibert, qui ne peut pas être là aujourd'hui car elle vient d'accoucher, associant également Jacques Allix, Marie-Pierre Allié et d'autres.

Le but de ce travail est d'améliorer le fonctionnement associatif en soulignant qu'il nous semble qu'il y a un décalage : à la fois l'état des membres, l'état des votes aux assemblées générales nous montrent qu'aux deux tiers la participation est plutôt le fait d'anciens du terrain que de personnes en activité aujourd'hui sur les terrains de Médecins Sans Frontières. C'est la première chose que nous aimerions rééquilibrer. Nous devons être non seulement une association « d'anciens » mais aussi une association d'actifs, vivante au quotidien sur les terrains d'interventions.

Qu'est-ce que cela signifie ? Parce que tout ça sonne un peu slogan. Ce que je vois comme élément vraiment principal de la vie associative, c'est qu'un associé c'est une sorte de copropriétaire de l'action. Pour qu'il y ait sentiment de copropriété, il faut tout de même, en dehors de l'urgence, en dehors de la crise, que les décisions qui soient prises soient discutées, et discutées de manière réellement contradictoire avant qu'elles ne soient finalisées. Evidemment nous sommes une institution tournée vers l'action, et vers l'action d'urgence, il faut donc que les décisions soient arbitrées pour ne pas bloquer les secours, mais ça ne doit pas servir de prétexte au fait que les débats, avant que les décisions ne soient prises, ne se tiennent pas.

Dans ce domaine-là, je peux témoigner qu'il y a beaucoup de travail à faire pour que la vie associative soit sur ce point-là plus ouverte. Il y a quand même une propension un peu naturelle de chaque institution à étouffer la contestation interne. Nous n'y échappons pas tout à fait.

La re-dynamisation de la vie associative doit porter là-dessus, faire mieux apparaître ce qui fait débat, mieux garantir que les points de vue différents sont présentés, diffusés, faire que les personnes qui arbitrent les décisions aient entendu des points de vue différents avant d'arbitrer, garantir que lorsqu'elles arbitrent elles donnent les arguments principaux sur lesquels l'arbitrage est rendu, qu'elles donnent la durée pendant laquelle cet arbitrage s'applique et indique donc à quelle date il y aura la possibilité de réouvrir la question, à la lumière d'une expérience réalisée.

Il y a tout un effort pour acquérir dans le quotidien du fonctionnement un peu plus de maturité démocratique même si les fonctions exécutives doivent conserver leurs pouvoirs. Cela commence par le poste de responsable de terrain, par exemple, où il faut bien que quelqu'un prenne une décision à la suite des discussions.

Nous souhaitons également que l'association demeure ouverte vers l'extérieur. Nous avons conscience de l'aide que nous a toujours apportée le groupe de personnes qui n'étaient pas issues directement des terrains MSF à l'étranger. Ces personnes nous apportent leurs compétences dans des domaines divers, que ce soit les bénévoles des antennes, qui viennent nous aider à faire vivre les antennes régionales ou à recruter en régions, que ce soit des chercheurs spécialisés ou des financiers qui nous apportent leur aide technique et qui adhèrent à notre association. Cela a toujours été d'un grand apport.

Là aussi le travail tel qu'il s'est développé ces dernières années, je parle du travail en réseau, sur beaucoup de sujets, un travail en collaboration active avec des éléments extérieurs à notre institution, par exemple dans le domaine de la Campagne d'accès aux médicaments essentiels, nous a vraiment montré tout son intérêt et souligne à quel point nos portes doivent demeurer ouvertes.

Voilà l'état d'esprit dans lequel démarre ce travail que nous comptons conclure à l'assemblée générale 2007. Il y a encore un an pour faire des propositions, dans ce domaine.

La Mancha

L'autre domaine associatif dans lequel il y a eu une initiative forte cette année, c'est l'association internationale.

C'est un processus qui s'étale sur pratiquement sur deux ans. Il a démarré fin 2004, il sera achevé à la fin de l'année 2006.

Il a commencé par une consultation large, suscité des contributions individuelles, des réunions pour parler de notre avenir international. Il y a eu également dans la phase de consultations une conférence internationale tenue au Luxembourg au mois de mars avec plus de 200 personnes venues de tous les horizons, du terrain, des sièges, de l'association dans les pays d'origine.

Une proposition a été établie par le conseil international, c'est le Texte qui est soumis à l'examen des assemblées générales et des conseils d'administration, le Texte dit Accord de La Mancha. Nous sommes dans une nouvelle phase de consultation/décision. Nous, les membres du conseil international attendons les remarques sur ce Texte pour le finaliser au mois de juin lors du dernier conseil international avant l'été.

J'aimerais expliquer pourquoi le conseil d'administration soutient ce Texte, même si nous pensons qu'il est encore améliorable et que nous comptons bien, lors du conseil international de juin, faire encore des remarques pour l'affiner. L'équilibre politique du Texte nous convient. D'abord parce qu'il part d'un double diagnostic, le premier élément de ce diagnostic est que l'on apprend de ses erreurs. Nous commençons donc par reconnaître dans l'introduction du Texte que notre institution a commis des erreurs et nous citons un certain nombre de choix qui nous paraissent, a posteriori, avoir été des erreurs de MSF, des illusions.

Par exemple, l'illusion que notre présence sur le terrain apporte une contribution significative à la protection des populations. Je ne dis pas que nous n'avons aucune influence, mais il y avait une illusion assez forte dans les années 90. Des massacres comme celui de Kibeho (Rwanda, 1995) qui était dans une zone humanitaire protégée, comme on le disait à l'époque, ou le massacre de Srebrenica (Bosnie, 1995), qui était également une soi-disant enclave humanitaire protégée, par des forces internationales, nous ont fait perdre une certaine forme de naïveté. Et cela se retrouve dans ce Texte.

Autre exemple, le recouvrement des coûts dans les systèmes de soins publics, dont nous avons été, et certaines sections plus que d'autres mais MSF dans son ensemble, à partir de la fin des années 80, des propagandistes. Nous constatons que cette politique a mené à des soins de faible qualité, de moins en moins

accessibles aux populations concernées. Nous affirmons dans le Texte que nous n'avons pas l'intention de commettre à nouveau l'erreur de nous prononcer en faveur de solutions globales de santé publique.

Le deuxième élément du diagnostic est que l'on part d'un point de vue sur la qualité de l'aide internationale en réponse aux crises, qui nous paraît dans l'ensemble assez médiocre.

Le Tsumani en a été un exemple mais il y en a de multiples. Nous fixons donc comme première ambition d'améliorer la qualité de l'aide que nous délivrons. Là aussi c'est un progrès parce qu'auparavant il y avait tout de même une ambiguïté. Le mouvement hésitait entre un investissement pour améliorer le système, global, de l'aide internationale, et la priorité à l'amélioration de nos propres soins, de nos propres secours. Cela a fait l'objet de nombreuses controverses entre nous, mais sur le plan international maintenant le choix est fait. La première responsabilité est clairement définie : améliorer la qualité de l'aide, principalement médicale, que nous délivrons. C'est un des points qui nous encouragent à soutenir ce Texte.

Ce texte fera l'objet, cet après-midi, d'une présentation suivie d'un débat et d'un vote. Pierre-Pascal Vandini introduira le Texte et le débat sera animé par Virginie Raisson, du conseil d'administration de MSF Etats-Unis.

Un mot sur un autre aspect du Texte, la délimitation du rôle de MSF.

Il y avait deux sujets : le premier, préciser le rôle de MSF, ce qui nous conduit à mettre des limites. Notamment, la distinction entre organisation humanitaire et organisation de promotion des Droits de l'Homme est mieux faite, et dans un autre domaine, entre organisation pacifiste, voulant œuvrer à la résolution des conflits, et organisation humanitaire. Toutes ces distinctions sont beaucoup mieux posées.

Le dernier sujet était le fonctionnement international, ce qu'on a appelé la gouvernance. Je me reconnais aussi assez bien dans le Texte. D'abord parce que sur le plan international il y a un déséquilibre entre le poids de l'exécutif et la part associative. Au point que le conseil international, qui est pourtant l'association internationale-même, n'était pas censé s'intéresser à l'exécution de la mission sociale de MSF. A revoir de manière critique comment cette mission est mise en œuvre, son rôle se limitait à être une plate-forme d'échanges, de services, de biens, de techniques, et certes un lieu de débats. Mais un lieu de débats qui ne portait pas la responsabilité de la mise en œuvre de la mission sociale de MSF.

En conséquence, pour être concret, l'essentiel de l'emploi du temps des réunions du conseil international était occupé par des questions très institutionnelles, comment partager ceci, comment harmoniser le paiement des salaires, comment faire travailler ensemble les centrales logistiques, et très peu de temps était consacré à la revue critique des opérations et des prises de positions publiques. Un rééquilibrage est nécessaire. Non pas pour prétendre piloter à la place de nos collègues de l'exécutif qui sont - et nous n'avons aucun mal à le reconnaître - plus compétents que nous pour piloter au quotidien la mise en œuvre de la mission sociale, mais afin de pouvoir en faire la revue critique et émettre des avis réactifs à cet examen pour contribuer à orienter le travail de nos collègues de l'exécutif.

Autre point important du chapitre gouvernance, c'est nouveau, nous décidons d'une obligation mutuelle de rendre des comptes sur la réalisation des opérations. Jusqu'à présent, nous avons énormément de mal à obtenir des informations claires sur les résultats des opérations des uns et des autres. La consolidation et la certification des comptes à l'international a été un stimulant de ce point de vue, puisque, dans le domaine financier, ce niveau de consolidation de l'information est en train de se réaliser. Il est clair que dans le rendu de comptes des opérations, des résultats des opérations, il est nécessaire de progresser également, et ce sera une des tâches centrales du fonctionnement du conseil international dans les années qui viennent.

Les personnels

Le Texte de La Mancha reconnaît la mauvaise situation concernant la répartition des rôles et des responsabilités entre personnel national et personnel international. Là aussi nous sommes satisfaits de voir que le Texte porte une véritable ambition. Nous avons, pour notre section, fixé trois objectifs : améliorer la qualité des contrats des employés ; améliorer leur assurance médicale ; intégrer beaucoup mieux le

personnel national dans les postes à responsabilité. Il y a eu des progrès nets de réalisés, mais il y a encore beaucoup d'hésitations, notamment sur le troisième volet qu'est l'intégration du personnel national sur les postes à responsabilités. Il y a eu une présentation récemment au CA du Directeur des ressources humaines qui, à travers l'exemple du Soudan, nous expliquait la méthode qui allait être employée par les départements des ressources humaines terrain et des opérations. Nous en avons pris acte. Mais le conseil d'administration sera très attentif à surveiller que, quelle que soit la méthode, à la fin, les résultats soient au rendez-vous.

Mais quand même les progrès réalisés ouvrent vite une autre question qu'il va falloir se reposer, c'est la question des formations internes, parce qu'une des premières demandes de l'ensemble des personnels, particulièrement des personnels nationaux, est d'avoir accès à des formations qui les préparent réellement aux tâches qu'ils sont censés exercer. Je pense que nous aurons à faire porter l'effort sur le dossier de la formation, réouvert par nos partenaires d'Epicentre. Dans le cadre de cette orientation qui consiste à améliorer les politiques en direction du personnel pour conduire à une meilleure qualité des soins, la formation sera un outil essentiel.

Les abus

L'an dernier, lors de l'assemblée générale, j'étais assez détendu sur la question, puisque au cours de l'année 2004, nous n'avons pas enregistré d'abus graves. Cette année, nous avons traité plusieurs affaires, et je voudrais en mettre deux en relief.

Pour la première, il s'agit d'un viol.

Vous connaissez le principe, je le fais en assemblée générale pour que les choses soient bien claires, mais par respect des individus, je ne donnerai pas de précisions sur le nom des personnes, l'endroit où cela s'est passé. L'an dernier, une de nos collègues expatriées s'est plainte qu'un de ses collègues expatriés l'avait violée. Grâce au dynamisme de la chef de mission, qui a pris ça tout à fait au sérieux, nous avons pu en dépit des circonstances difficiles, en dépit du fait que notre collègue qui se plaignait souhaitait la plus grande confidentialité sur les faits, nous avons quand même pu nous faire une idée, après avoir mené une investigation. Le soir où cela s'est passé, il n'y avait pas de témoin, il n'y a pas eu d'examen médical, on n'a donc pas pu conclure et donner sur un avis sur ce qui s'était passé ce soir-là. En revanche, nous avons eu la mauvaise surprise, lorsque nous avons fait l'investigation, de découvrir que, depuis plusieurs années, les collègues féminines du collègue masculin en cause se plaignaient qu'il était extrêmement agressif, qu'il y a eu à plusieurs reprises besoin de le repousser par la force pour le faire sortir de la chambre de ses collègues, que cela s'est passé de manière répétée chez nous mais également dans d'autres institutions, et que depuis des années ce collègue manifestement très agressif en direction des femmes pouvait poursuivre sa carrière sans anicroche.

Si nous n'avons pas été capables d'établir précisément ce qui s'était passé concernant l'accusation de viol ce soir-là, en revanche nous n'avons eu aucun mal, encore une fois grâce au dynamisme de la chef de mission, à établir la matérialité des comportements agressifs tristement routiniers de ce collègue. Nous avons donc tous les éléments, y compris des témoignages extérieurs à MSF, pour prendre la décision de l'exclure. Ce que nous avons fait et nous avons signalé à l'ensemble des organismes d'aide susceptibles d'employer cet ex-collègue de nous prévenir avant pour en discuter avec nous.

Une chose m'a frappé, ces dernières années, au sujet d'abus particulièrement graves, c'est la décontraction des coupables qui donnent quand même l'impression de se balader dans notre milieu d'une manière très détendue et qui, quand nous les prenons sur le fait, donnent l'impression qu'auparavant ils pensaient que rien ne pouvait leur arriver.

Il y a eu un important travail sur le traitement des abus, réalisé par notre précédent directeur des opérations, Guillaume Le Gallais, et ce sera certainement un des points de travail que nous allons continuer à développer cette année, parce que ce climat, que nous pouvons caractériser comme non suffisamment hostile à ceux qui commettent des abus graves, doit changer.

Deuxième abus, moins grave mais néanmoins très triste, nous avons été victimes d'un détournement d'argent au siège dans le département de la comptabilité à Paris. Le département administration/finances a découvert des écritures comptables irrégulières et s'est rendu compte que parmi cet ensemble 30.000 euros relevaient du vol manifeste, pour lequel il n'était pas difficile d'étayer, par des éléments matériels, la matérialité des faits. L'employée en question a donc été convoquée pour lui demander des explications et, pour ces 30 000 euros, elle a reconnu les faits. Elle a donc été licenciée. Nous avons également déposé une plainte, avec constitution de parties civiles, puisque nous sommes dépositaires d'argent collecté après du public. Nos commissaires aux comptes sont également tenus de signaler au procureur des faits de cette nature. Il y a ces 30.000 euros avec une situation à peu près claire, et un certain nombre d'autres irrégularités. Nous avons examiné ces irrégularités, cela n'a pas été simple car malheureusement notre ex-employée avait modifié les écritures comptables. Et il n'est pas toujours facile de comprendre en détails ce qui s'est passé. Mais nous avons procédé à un audit extensif, pièce par pièce, une revue sur plusieurs années, trouvé un point de départ, et réussi à cadrer ces irrégularités. A ce moment-là, nous avons demandé aux personnes impliquées dans ces mouvements de fonds et dans leur contrôle de procéder à des rectifications. Elles ont été effectuées, avant la clôture des comptes 2005, et nous pouvons dire aujourd'hui qu'il n'y a pas de déficit, de trou financier lié à l'ensemble de ces faits. C'est-à-dire que l'intégralité des sommes en cause a été de nouveau créditée sur nos comptes. Et donc nous ne présentons pas de rapport de trésorier avec un trou financier lié à un vol puisque nous avons pu récupérer l'argent.

Vous constatez que je suis un peu vague, c'est évidemment à dessein, c'est parce qu'il y a une plainte en cours, donc je réserve à la justice la primeur de mes explications. Je ne vais donc pas commencer à m'exprimer publiquement sur les détails de cette affaire, d'autant plus que, sans les pouvoirs d'un juge d'instruction, comprendre exactement l'ensemble de ce qui s'est passé n'est pas possible.

La préoccupation principale du conseil d'administration était de récupérer l'argent des donateurs, d'assurer à nos donateurs que l'argent ne serve pas à autre chose que ce pour quoi il nous a été donné, c'est ce que nous avons fait. Nous avons donc récupéré l'intégralité des sommes et ce sera à la justice de faire la part des responsabilités.

Les disparus

2005 a été une grosse année de travail avec beaucoup de succès, mais cela a aussi été une année triste parce que nous avons perdu de nombreux collègues, trois en mission, Hawah Camara et Thomas Lamy, dans un accident d'avion, ainsi que Michel Jan, au cours d'une mission à Haïti, décédé de maladie. Et nous avons également perdu d'autres collègues, qui n'étaient pas en mission à ce moment-là mais avaient travaillé pour MSF. Je vais citer Miki Suzuki, que beaucoup d'entre vous connaissent, psychologue, Denis Galin, travailleur social, Andrea Infuso, médecin, Bénédicte Decludt, médecin épidémiologiste

Un drame aussi nous a beaucoup choqués c'est la disparition de Patrice Pagé, directeur de MSF Canada, et très récemment celle de Catherine Vrancken, infirmière.

2005, une année chargée faite de réussites, mais aussi de tristesse.

Les sortants du Ca

Je voudrais remercier les sortants du conseil d'administration qui ne se représentent pas : François Bourdillon, Daniel Annequin, Christine Nadori, Marie-Christine Férir, pour l'ensemble de leur travail et de leur contribution qui nous a été essentielle.

Merci de votre attention

Dr Jean-Hervé Bradol
Président