



Rapport moral du Dr Jean-Hervé Bradol XXXVIIe assemblée générale samedi 31 mai 2008

Bienvenue

L'Assemblée générale est ouverte.

Je vais faire le rapport annuel en deux parties.

La première consistera à expliquer la façon dont la mission sociale a été mise en œuvre en 2007. La deuxième portera sur l'état de Médecins Sans Frontières comme institution.

Mise en œuvre de la mission sociale

Du point de vue de la mise en œuvre de la mission sociale, l'année 2007 est une année qu'on peut caractériser comme contrastée. Il y a à la fois un dynamisme sur des terrains difficiles -je pense aux pays en conflit notamment-, et de nombreux progrès spécifiques dans les domaines médicaux et techniques, mais, et c'est là que le bât blesse, il y a globalement des signes de sous-activité et de consommation excessive de moyens.

Notre première responsabilité étant l'engagement dans l'action, surtout quand les ressources pour le faire sont disponibles, cela nous amène à conclure que le résultat de l'année 2007 n'est pas satisfaisant.

Dynamisme et progrès

Je vais commencer par présenter ce que j'ai appelé des éléments de dynamisme et de progrès. Dans les **conflits armés**, nos équipes ont fait preuve en 2007 et au début 2008 d'un véritable dynamisme dans des situations difficiles d'accès.

Je pense à la réouverture de la chirurgie à Point Pedro dans le Nord du **Sri Lanka**, dans le cadre d'une guerre civile qui s'est radicalisée et où l'humanitaire a été pris pour cible. Il faut mentionner l'assassinat de nos 17 collègues d'Action Contre la Faim, qui est le massacre le plus important d'une équipe humanitaire qui ait eu lieu ces dernières années. En dépit des difficultés, nous avons réussi à reprendre pied opérationnellement, à la fois en chirurgie et, pendant certaines périodes, sur l'aide aux déplacés.

Au **Tchad**, dans le dernier épisode de la guerre à N'Djamena, l'équipe a réussi à prendre en charge des blessés dans des conditions difficiles. Les conditions opérationnelles au Tchad ont été particulièrement dangereuses, y compris pour les équipes qui travaillaient dans l'Est du pays. Je pense à l'agression sévère dont a été victime notre équipe à Koukou à l'automne dernier.

Au **Soudan**, 2007 est l'année où l'on a enfin réussi à se déployer au Sud Darfour, foyer principal de tensions et de besoins d'assistance. C'est également l'année où l'on a su ouvrir de nouvelles activités au Sud du Soudan.

Nous avons été aussi particulièrement impressionnés par la pugnacité de notre équipe dans les **Territoires occupés**, notamment à Gaza, qui, en dépit d'une insécurité croissante, de

violences contre les organisations humanitaires et les journalistes et de la situation d'instabilité politique et militaire, a réussi pour la première année à étendre nos activités, au-delà des soins psychologiques, à des activités de soins post-opératoires pour des blessés et des soins pédiatriques.

Nous avons aussi apprécié le dynamisme de notre équipe au **Kenya** cet hiver quand des troubles politiques accompagnés de violences graves ont touché Nairobi et toute une partie du Kenya. Le fait d'avoir réussi à faire des évacuations médicales de blessés dans les endroits les plus tendus de la ville -je pense aux bidonvilles de Matharé et de Kibéra- est un succès. Nous avons fait vivre la tradition et la pratique de la neutralité des ambulanciers humanitaires. Je sais que l'un d'entre eux, Michael, que j'ai rencontré ces jours derniers et un peu plus tôt à Nairobi au cours de l'hiver, est là aujourd'hui, et je voudrais le remercier particulièrement de l'excellent travail réalisé.

L'année 2007 est également l'année où les équipes en **République Démocratique du Congo**, au Nord Kivu précisément, continuent à être très dynamiques dans l'adaptation aux nouveaux besoins, dus à la persistance des violences, que ce soit le très grand nombre de femmes victimes de violences sexuelles ou les déplacements de populations ou encore les soins généralistes.

L'année 2007 est également l'année où l'on prend pied dans le **conflit yéménite**, un conflit complexe. Peu facile d'accès pour des organisations internationales comme la nôtre, et particulièrement violent. Là également, il faut saluer le dynamisme et le courage de l'équipe qui est restée dans les zones de combat ces dernières semaines dans des conditions difficiles, parfois sous les bombardements, et on ne peut que se féliciter d'avoir encore une équipe à Saada qui travaille.

L'année 2007, c'est aussi l'année où l'on a mis une équipe internationale en place sur le terrain en Irak, je pense à Souleymanié, au **Kurdistan**. Ce n'est pas une décision facile à prendre et également une bonne preuve de dynamisme.

2007, c'est aussi l'année où l'on démarre la chirurgie en **Somalie** à Mogadiscio. Là aussi les équipes successives, et particulièrement le personnel somalien de MSF, réalisent l'exploit d'offrir des soins à des blessés de toutes origines, ce qui dans le contexte de Mogadiscio est inédit.

Évidemment toutes ces missions dans des contextes dangereux nous ont amenés à nous interroger sur la **sécurité des équipes**. Le meurtre d'Elsa Serfass, en République centrafricaine, a été, pour nous, un des moments les plus dramatiques de l'année 2007. Et l'assassinat de nos collègues de la section hollandaise à Kismayo en Somalie au début de l'année 2008, a été un drame supplémentaire qui nous a amenés à réexaminer les conditions de travail des équipes en situation de guerre. Nous distinguons -pour décider du maintien de personnels dans ces conditions particulièrement dangereuses- ce qui relève des responsabilités institutionnelles, c'est-à-dire s'assurer que les équipes sont bien en train de produire des secours, qu'il y ait une certaine forme d'efficacité de l'action, que ce n'est pas simplement une présence symbolique pour défendre une cause. Nous souhaitons évidemment que l'action soit réelle et efficace pour décider de la soutenir. Nous souhaitons également qu'une attention particulière soit portée au détournement de nos moyens, notamment à des fins militaires, qu'ils soient matériels ou symboliques (nos emblèmes, notre identité). Nous posons également comme limite le fait qu'un groupe politique -ayant de manière relativement réaliste les moyens de mettre ses menaces à exécution- annonce qu'il compte s'en prendre aux humanitaires et les assassiner ; dans les territoires où ces groupes ont assez d'influence pour pouvoir passer à l'acte, nous ne soutiendrons pas la présence d'équipes.

Mais toutes ces réserves -qui relèvent d'une responsabilité institutionnelle- faites, cela nous a aussi amenés à conclure que même si ces points pouvaient être acquis dans certaines

situations, dans la majorité de celles que j'ai citées précédemment, la décision de s'exposer au danger reste une décision individuelle. Tout volontaire a le droit de refuser ce type de proposition. Ceux qui l'ont accepté ont parfaitement le droit d'arrêter à tout moment sans qu'il y ait de conséquences sur « leur carrière à MSF ». Si nous sommes présents sur ces terrains particulièrement dangereux, c'est grâce à une somme de décisions individuelles que l'association soutient, par ses moyens, après s'être assurée des conditions mentionnées plus haut, mais c'est avant tout le produit de la volonté de nos membres. Et je les remercie parce que, de ce point de vue-là, nous pouvons être fiers de leur engagement sur ces terrains dangereux.

Il y a également eu des **progrès** spécifiques dans des domaines techniques, je ne peux pas tous les nommer, je vais en citer quelques-uns, dans le domaine des **soins** et des **secours**. Dans le domaine de la **tuberculose**, nous avons commencé à mieux étayer nos diagnostics par des examens de laboratoire. En particulier, la mise en place des cultures. C'est un gros progrès parce qu'on traite beaucoup de tuberculoses liées au sida et les premières données que recueille notre équipe à Homa Bay au Kenya montrent sans surprise que, quand on ne fait pas cet examen complémentaire bactériologique, on passe à côté d'un très grand nombre de cas de tuberculoses chez les patients VIH.

On a vu aussi nos patients tuberculeux commencer à bénéficier de traitements antirétroviraux pour le VIH quand ils en avaient besoin. Je pense à la Thaïlande et l'Abkhazie, et là aussi c'est une source de satisfactions.

Dans le domaine du **sida**, on a massivement mis en place, dans les cohortes de malades, le traitement tuberculose et le traitement de la dénutrition. On a également fait un effort pour offrir les antirétroviraux plus tôt. Vous savez qu'une grande cause de mortalité à l'intérieur de nos cohortes, c'est la mise trop tardive sous antirétroviraux des patients.

Le **co-traitement sida/tuberculose**, dans un environnement comme celui de la grande majorité des pays africains, est parmi ce qui se fait de mieux au monde au point de vue médecine en situation précaire. Le mouvement d'élargissement de l'accès aux antirétroviraux à Chiradzulu au Malawi s'est accompagné du transfert de responsabilités à des infirmiers prescripteurs pour l'initialisation des traitements, ce qui manifeste aussi une vraie audace technique. Il faut rappeler qu'en France le médecin généraliste n'est pas autorisé à prescrire des antirétroviraux, cela relève de la médecine de spécialité.

C'est un peu de l'ordre du détail, mais le traitement des **rétinites** à CMV au Cambodge par exemple, c'est une des choses qui font très plaisir à voir..

Il reste des faiblesses, notamment notre investissement dans la **transmission mère/enfant**, qui reste beaucoup trop faible.

En **nutrition**, nous avons fait de gros progrès ces dernières années. Nous avons multiplié par dix nos capacités à prendre en charge des cas de **malnutrition aiguë sévère** et nous avons amélioré les taux de guérison de cette pathologie très difficile puisqu'on obtient fréquemment dans des programmes de plusieurs milliers d'enfants des taux de guérison qui varient entre 80, 85, 90 %, pour la malnutrition aiguë sévère.

Nous avons appris à traiter efficacement la **malnutrition aiguë modérée**. Nous avons obtenu des résultats inédits dans l'histoire médicale contemporaine puisque les revues de cohortes montraient des efficacités, des taux de guérison, auparavant, pour les malnutris modérés, autour de 65, 70 % dans les meilleurs des cas. Là nous obtenons pratiquement à chaque fois plus de 90%. Et puis nous avons montré également, au Niger -ce qui n'avait pas été montré dans les actions médico-nutritionnelles contemporaines-, qu'on pouvait obtenir par des programmes de supplémentation un impact au niveau d'un groupe de populations. On avait montré auparavant par des programmes de supplémentation qu'on pouvait guérir des individus

mais on n'arrivait pas à modifier significativement la prévalence globale de la maladie dans une entité géo-administrative donnée.

Je pense qu'on a eu de l'intuition, depuis 2005, en nutrition, puisque vous avez vu cette année que le débat sur l'accès aux aliments de base est lancé dans de nombreux pays et sur la scène internationale. Grâce à la Campagne pour l'accès aux médicaments, nous avons commencé à y participer en tenant compte des leçons de la crise du Niger 2005.

Dans le domaine du **paludisme**, saluons la sortie d'une nouvelle combinaison thérapeutique par la DNDi, la combinaison artésunate/méfloquine.

Je vais le dire maintenant. Nous avons, en tant que conseil d'administration, revu avec le directeur général de la DNDi, Bernard Pécol, l'état de développement de cette fondation de droit suisse à laquelle nous participons. Et le conseil d'administration a décidé de renouveler son soutien pour les cinq années qui viennent à la DNDi. Ce sera donc la position que notre section défendra lors du prochain conseil international de juin.

Chirurgie, également des progrès. Nos pratiques d'ostéosynthèse se stabilisent, si je peux me permettre cette expression. Les résultats sont vraiment très encourageants. Nous savons que cela reste une chirurgie complexe. Grâce au travail de nos collègues chirurgiens, nous la simplifions le mieux possible, mais elle ne pourra pas être mise en oeuvre partout. Mais enfin, avant, nous ne faisons pas d'ostéosynthèse. Pour employer une image, les patients étaient sauvés mais ne pouvaient pas remarcher. Ils perdaient une partie de leurs fonctions.

Aujourd'hui, nous avons commencé dans des endroits comme Haïti, Port Harcourt au Nigéria, en Irak et en Jordanie, et les résultats préliminaires sont très encourageants.

En **traumatologie**, on a fait également de vrais progrès dans la prise en charge des **brûlés**, pathologie particulièrement ingrate et difficile, grâce à la mission dans l'hôpital de Souleymanié au Kurdistan. A l'arrivée de l'équipe, on a trouvé dans le département des grands brûlés une létalité inacceptable. Aujourd'hui notre action a fait baisser cette létalité de manière très significative.

Nous faisons aussi maintenant un peu plus couramment de la **chirurgie plastique** et de la **chirurgie maxillo-faciale** et tout ça est très encourageant.

Je ne peux pas citer tous les domaines de dynamisme, de progrès, mais il y en a eus.

Sous-activité

Maintenant, la liste d'éléments dynamiques et de progrès spécifiques que je viens de présenter ne fait pas un résultat globalement positif pour autant, et je vais essayer d'expliquer pourquoi.

En premier lieu parce que -même si aucun indicateur n'est parfait et qu'il faut tous les interpréter dans leurs limites, dans leurs contextes-, nous avons aujourd'hui un ensemble d'indicateurs qui convergent dans la même direction pour conclure à la **sous-activité**.

Il y a moins de patients traités par nos équipes, j'y reviendrais. Et il y a moins de projets de terrains. Il y a 48 projets de terrain fin 2007. Il y en avait 74 fin 2004, 67 fin 2005, 58 fin 2006. Pierre Salignon, notre directeur général, ne souhaitait pas que ça descende en dessous de 60. On voit donc qu'on a un problème en termes de nombre de projets.

Les **ressources humaines**. Le nombre total de postes sur le terrain est d'environ 6.000 en 2006 et 4.500 en 2007. Il y a aussi une chute de 1.500 postes, une chute importante.

Sur le plan des **finances**, il y a une stabilité des dépenses d'opérations alors qu'il y a une activité globale plutôt en baisse.

Il y a une hausse des ressources collectées utilisées. Il y a un résultat positif de 11 millions cette année, dont on ne peut pas à mon sens être très fier, parce qu'il y a quand même 4 millions de dépenses d'opérations non réalisées. C'est plutôt un signe indirect supplémentaire de sous-activité.

Je sais qu'à chaque fois qu'on utilise des indicateurs, il y a un expert pour répondre que sur ce point-là, il y a une explication pour justifier pourquoi les choses ont bougé, etc. Ces explications sont souvent intéressantes. Mais il faut s'apercevoir que, quelles que soient les justifications, au global, les différents indicateurs utilisés donnent une image de sous-activité. Quand nous passons à l'examen de notre action face à des pathologies ou des activités communes dans notre exercice, c'est également manifeste.

Paludisme : 65.000 cas traités en 2007, 236.000 en 2006, 338.000 en 2004, par exemple.

Tuberculose : 7.000 cas en 2006, 4.600 cas en 2007. En tuberculose, il faut noter un doublement des cas de résistance traités, mais enfin ça fait 200 patients, ce sont des cas durs à traiter, ça fait forcément des petits nombres

Les **accouchements**, 9.400 en 2006, 5.800 en 2007.

Les **infections sexuellement transmissibles**, 14.000 en 2006, 4.100 en 2007.

Au point de vue des inclusions sous **ARV**, globalement, dans l'ensemble de nos projets, c'est stable depuis 2003.

En **psy**, c'est stable avec une file active de 6.000 patients.

Stabilité en **chirurgie** avec environ 20.000 interventions par an.

La **nutrition** est en hausse notamment avec l'ouverture de deux projets au Burkina Faso.

Encore une fois, ce sont des indicateurs, avec évidemment un découpage en année civile arbitraire, mais quand on observe la tendance sur plusieurs années, il y a clairement des signes d'une activité qui se réduit.

Éléments d'explication de cette situation

Le premier est qu'il ne semble pas que ce soit un résultat explicable par des facteurs externes, par des modifications de notre environnement au travail. Il y a bien des modifications dans notre environnement au travail. J'en avais présenté l'an dernier, lors du rapport moral, par exemple, les conséquences que me semblait avoir la « guerre globale contre la terreur » dans laquelle se sont fait aspirer les relations internationales et une grande partie des institutions internationales. Je ne nie qu'il y a à la fois un environnement politique et sanitaire toujours en évolution, mais il ne peut pas expliquer notre faible activité, d'abord parce que dans les conflits nous sommes restés très dynamiques, et la difficulté à développer des activités sur certains conflits ne date pas d'aujourd'hui.

Il faut se souvenir de l'effroyable guerre civile sierra-léonaise, par exemple, où pendant des années nous n'avons jamais pu travailler correctement sur le terrain. On n'a jamais réussi à travailler dans le cadre de la grande guerre Iran/Irak des années 80. Donc cela n'a jamais été facile d'être présents sur les zones de conflits.

Ce n'est pas là que le bât blesse.

Il n'y a pas non plus de diminution significative des grandes épidémies/endémies sur lesquelles nous intervenons.

Les crises nutritionnelles ont plutôt tendance à se durcir ces dernières années.

Ce résultat n'est pas non plus le produit d'une somme de décisions périphériques qui auraient été prises dans les missions pays par pays par les équipes de terrain.

C'est le produit d'une approche centralisée, et c'est en particulier -vu la façon dont nous sommes organisés- la responsabilité de la direction des opérations et de l'équipe des opérations.

Ce qu'on peut dire sur le déséquilibre du travail, de ce point de vue-là, c'est qu'il y a eu une approche restrictive de la mission sociale.

Notre directeur général, lors de la présentation du plan annuel 2008, en janvier, Thierry Durand, a parlé d'approche doctrinaire et parfois, pour reprendre ses termes, de catéchisme humanitaire. Et c'est vrai qu'il y a eu un durcissement de l'interprétation de ce qui était notre éventail d'activités, d'actions possibles.

Je vais essayer de donner quelques exemples.

Quand les guerres se terminent nous fermons très rapidement. Je pense à des pays où pourtant il y a des problèmes sanitaires particulièrement aigus dans certains domaines : l'Angola, le Libéria, la Sierra Leone. On pourrait citer de nombreux exemples et avec, souvent, l'explication, en interne, entre nous, que, la guerre terminée, les problèmes de santé grave résiduels, finalement, relevaient de la pauvreté et que la pauvreté, ses conséquences sanitaires, parfois catastrophiques, ne relèveraient pas de l'action humanitaire. C'est à mon sens une interprétation particulièrement restrictive de la mission sociale qui a été malheureusement beaucoup entendue au sein des équipes opérationnelles ces dernières années.

Elle est d'ailleurs en contradiction avec les décisions d'assemblée générale et notamment les décisions qui ont été prises et validées en international autour du processus de La Mancha (validées par l'ensemble des assemblées générales). Le texte de La Mancha ouvre sur une définition de la mission sociale et de l'action plus large que celle qui a été utilisée par nos opérations ces dernières années.

Cette approche rigide a conduit à l'ouverture de missions avec des mots clés. On a senti le besoin de rentrer dans des cases.

Je ne vais pas revenir trop longtemps là-dessus puisque cela a été bien décrit par Thierry Durand lors de la présentation du projet annuel 2008 : cette dérive du fonctionnement interne vers un fonctionnement autoritaire, trop codifié, trop normatif, auquel devaient se plier les équipes, et dont les personnels de terrain se sont plaints à maintes reprises.

Sur la définition de la mission sociale, la difficulté était réelle, quand on abordait certaines questions de santé publique, quand, par exemple, il s'agissait d'avoir un peu d'ambition de couverture par l'action de certains problèmes dans des unités géographico-administratives, des districts, par exemple.

Quand nous avons voulu nous fixer des objectifs à l'échelle de départements dans la région de Maradi au Niger, il y a eu beaucoup de difficultés à les faire accepter. Il y a une culture interne peu propice à certaines ambitions de santé publique. Depuis une dizaine d'années, nous avons effectué un retour critique sur nos investissements passés dans la mise en place ou le soutien à des réseaux d'institutions de santé publique. Je pense aux projets de terrain qui ont suivi Alma Ata et l'initiative de Bamako, la tentative de redynamiser les institutions de santé publique, ce qui a donné lieu par MSF à des projets de terrain de type hôpital de district et réseau de dispensaires autour. Nous en avons tiré un bilan assez négatif car le développement sanitaire attendu n'a pas été au rendez-vous. De plus, nous avons souvent été, ces dernières années, en confrontation avec certaines grandes orientations de santé publique qui, dans le domaine des maladies infectieuses, nous contraignaient à l'utilisation de protocoles inefficaces. Dans le domaine de la gestion des structures de santé, par le mécanisme de recouvrement des coûts, les orientations dominantes de la santé publique conduisaient à l'exclusion des soins de larges segments de la population des pays où nous travaillons. Donc nous ne souhaitons plus nous remettre dans des projets comme ça, de construction des institutions publiques de santé.

Mais en revanche, il est clair que nos investissements dans des cadres plus restreints, par exemple en appui sur une maladie particulière, je pense au sida, où la plupart des belles cohortes de patients que nous avons en matière de sida, aujourd'hui, on peut dire que nous les cogérons avec le ministère de la santé. Nous ne voulons plus de responsabilité globale, parce

que nous-mêmes nous n'avons pas été très performants quand nous étions dans ces projets de construction des institutions de santé publique, mais nous acceptons volontiers des responsabilités plus limitées et, comme on dit dans notre jargon, un peu plus « verticales ». Et dans ces cadres-là, nous sommes amenés à faire publiquement des recommandations sur la façon d'aborder certaines catastrophes, en termes de protocole, en termes d'extension de l'action, donc à participer à des débats de santé publique, sur des choix de santé publique, mais sur des domaines spécifiques, sans vouloir prétendre réformer globalement la santé publique des pays en voie de développement, ce qui était encore le cas à la fin des années 70 ou lors des années 80, où se tenaient ces conférences d'Alma Ata ou de Bamako.

Je pense qu'il est nécessaire de préciser ça, si on veut redonner du dynamisme aux équipes pour traiter dans certains endroits un grand nombre de patients.

Cela ne s'oppose pas à la qualité. C'est une question qui a été posée. Est-ce que nos exigences, de qualité médicale notamment, n'ont pas été un frein au développement des missions ?

Une brève revue du passé récent indique vraiment le contraire, parce que, à chaque fois que nous nous sommes lancés dans le traitement de pathologies compliquées pour lesquelles nous ne faisons rien ou pas grand chose auparavant, cela a plutôt conduit à une augmentation globale du nombre de patients. Le sida est un très bon exemple. Je pense que MSF a une cohorte de l'ordre de 80.000, 100.000 patients sous ARV et, dans notre centre opérationnel, il y en a environ 25.000. On voit que l'investissement dans une prise en charge d'une maladie infectieuse particulièrement lourde et complexe n'amène pas automatiquement à des petits nombres de patients bien au contraire. C'est également le cas en nutrition et en chirurgie, ces dernières années. On a fait des chirurgies plus compliquées. Globalement, on a nettement augmenté le nombre d'interventions.

Donc ambition de qualité médicale dans notre expérience récente ne s'associe pas automatiquement à petit nombre de malades et petits projets, bien au contraire.

Par ailleurs, travailler avec des petits groupes de patients peut être intéressant et justifié. Je pense au projet de traitement des formes résistantes de tuberculose, qui sont des projets essentiels, même si le nombre de patients se situe autour de 200. On peut regretter qu'il n'y ait pas à côté de ces projets, des projets un peu plus ambitieux en nombres de patients pour la tuberculose commune. Mais l'effort, y compris l'effort financier important fait sur les cas résistants, me semble justifié.

Le conseil d'administration ne prétend pas arriver devant vous avec toutes les explications parfaitement claires sur les difficultés que nous avons rencontrées mais souligner des éléments d'explication. Comme deuxième grand élément d'explication -mis à part l'approche restrictive de la mission sociale-, il nous semble qu'il y a eu un déséquilibre dans le travail du siège entre, d'une part, le soutien aux missions et, d'autre part, l'orientation des missions dans le cadre d'objectifs généraux définis par l'institution. Entre parenthèses, l'imposition de normes.

Pour simplifier, le siège a trois grandes fonctions, la première est de collecter des ressources pour l'action, là il n'y a pas eu de problèmes, j'y reviendrais brièvement.

Les deux autres sont de soutenir les missions, mais aussi d'en proposer les orientations. Entre appui et pilotage, il y a un équilibre à trouver.

Ces dernières années, cela s'est déséquilibré sur le mode du pilotage central autoritaire. C'est encore une remarque qu'on a entendue de la part des chefs de mission lors du démarrage de la semaine, et je pense qu'il faut vraiment en tenir compte. Cette méthode d'imposition, par le centre, par le haut, d'un porte-folio idéal, quitte à fermer des projets utiles mais qui ne cadrent plus dans la ligne générale, doit être abandonnée.

De même, les exigences de qualité technique de chaque département de support aux opérations, doivent être mieux coordonnées parce que là il y a un saucissonnage des

responsabilités, une augmentation des requêtes faites aux équipes, et ça conduit plutôt à une paralysie du travail qu'à en assurer la qualité.

Ceci dit l'état présent des opérations montre quand même, dès la fin de l'année 2007, un redressement. D'abord, à partir de l'automne 2007, une interprétation plus ouverte de la mission sociale rend de nouveau possible de présenter des projets sur un plus large éventail. Et puis les activités d'urgence décollent au premier trimestre 2008. Il y a eu plus d'une quinzaine de missions d'urgence lancées au premier trimestre.

Même s'il faut faire remarquer que la baisse d'activités sur les trois années précédentes n'était pas due à un manque de dynamismes des urgences. C'est bien de voir que ce dynamisme continue mais ce n'était pas cela qui faisait problème.

En revanche, il y a quelque chose qui reste un peu inquiétant dans l'état du département des opérations, c'est la mise entre parenthèses, à la suite de la crise de l'automne 2007, de la réorganisation du travail dans ce département et notamment de l'évolution du partage des responsabilités entre les chefferies de mission et les responsables de programmes.

On avait souhaité qu'il y ait un transfert net de responsabilités vers le terrain. C'est le sens de la disparition du poste d'Assistant responsable de programme, mais, malheureusement, tout ce travail de mise en œuvre a été mis entre parenthèses. C'est également le calage du département des opérations avec ses départements de support, et notamment le département des ressources humaines et le département médical, qui a pris un retard inquiétant.

L'état de l'institution

Cela m'amène à parler de l'état de l'institution. Au regard d'un bilan peu satisfaisant de la mise en œuvre de la mission sociale, qui est encore une fois une tendance qui s'est construite sur trois ans, il était logique de s'attendre à des changements dans les postes de direction. Le conseil d'administration regrette que ces changements se soient faits dans une ambiance de tension, d'épuisement nerveux, de psychodrames, de lettres de dénonciation Tout cela ne nous a pas paru très constructif et cela a conduit à escamoter le bilan réel. La possibilité de travailler, de distinguer ce qui allait bien de ce qui n'allait pas, notamment pour les séminaires de bilan de fin d'année et de planification de l'année suivante, qui n'ont pas pu se tenir dans des conditions satisfaisantes. Et l'on peut regretter que les directeurs responsables de la mise en œuvre du travail des années précédentes n'étaient pas là pour expliquer les éléments de leur bilan.

A notre sens, le conseil d'administration aurait dû réagir plus tôt. Je dirais qu'à sa décharge les présentations qui lui étaient faites de l'état des opérations étaient biaisées. Cela a été reconnu par la direction des opérations lors du CA extraordinaire de mai 2007 et c'est aussi un élément du rapport du directeur général pour le plan 2008. Je cite « les responsables opérationnels se sont mis à mentir, pour entrer dans les bonnes cases, à eux-mêmes et à leurs collègues. » Donc c'est une remarque à faire, mais ceci dit je ne pense pas que ça décharge pour autant le conseil d'administration qui avait reçu de nombreux signaux d'alerte, aussi bien internes qu'externes au conseil d'administration ; il aurait dû réagir plus notamment à cette dérive dans l'interprétation restrictive de la mission sociale.

En novembre, le conseil d'administration a dû prendre des mesures de sauvegarde, suspension des procédures de licenciement dans le département des opérations, choix d'un nouveau directeur général, audit sur le fonctionnement et la gouvernance du siège et procédure d'investigation des allégations d'abus. L'investigation d'abus a été arrêtée au bout de cinq mois sans qu'aucun élément n'ait été apporté pour soutenir les allégations. Les résultats de l'audit sur le fonctionnement du siège, la gouvernance, vous seront présentés cet après-midi.

C'est un peu long pour que j'aborde le sujet maintenant. Je vous renvoie à la discussion de cet après-midi parce que ça mérite qu'on s'y arrête.

Ceci dit, procédures disciplinaires, procédures d'audit de fonctionnement, rappels à l'ordre moral, injonctions faites aux membres ou aux employés de se comporter de meilleure façon les uns vis-à-vis des autres, n'ont pas réellement fait progresser, il me semble, le dossier sur les déséquilibres de notre fonctionnement qui subsistent à l'intérieur du bureau.

Je pense que l'acte le plus positif a été le bilan que nous a présenté Thierry Durand en janvier 2008, parce qu'il a permis une re-politisation des sujets de travail, et c'est quand même plus productif d'avoir des discussions en admettant que nous avons eu des divergences politiques sur l'interprétation de notre rôle, que de penser que l'essentiel des difficultés est lié à l'incompétence de certains en matière de mise en œuvre de procédures ou à l'agressivité d'autres.

Au début de l'année 2008, nous avons senti l'amorce d'une reprise opérationnelle, essentiellement à partir des urgences.

Mais il reste quand même une inquiétude. Je pense qu'il faut se méfier de l'état des **ressources humaines**. On le dit à chaque fois, mais la politique de délégation de responsabilités, de partage des responsabilités avec le **personnel national** fait un peu du surplace. Je pense que la structure des votes à l'Assemblée générale qu'on aura cette année, les participations aux semaines de formation, la participation à l'assemblée générale montrent que, depuis quelques années, il y a un véritable changement en cours, mais ça marque le pas. Et quand on examine l'intégration du personnel national, dans les lieux de travail où se prennent les décisions, au niveau des capitales notamment, il y a encore des progrès à faire. Il faut remarquer que -là où on a les pénuries traditionnellement les plus sévères, sur les postes de coordinateurs médicaux- c'est là que ça a été le plus facile pour le personnel national de faire une percée dans les postes à responsabilité. Aujourd'hui, il y a une bonne proportion de coordinateurs médicaux qui sont issus de la filière du personnel national. Et alors, ce point positif souligne par contraste l'importance des obstacles internes, parce que quand il y a pénurie on ouvre la porte à nos collègues du personnel national. Cela devrait être un enseignement pour les autres métiers, parce qu'à écouter mes collègues médecins au niveau central, ceux du département médical ou les autres médecins qui travaillent sur le terrain, on a plutôt vu l'arrivée de nos collègues du personnel national dans ces postes de coordination comme un bénéfice que comme une source de difficultés.

Il y a aussi une crispation inquiétante sur les **premières missions**. Il y a moins de postes de premières missions alors que l'évolution de l'organisation du travail sur le terrain et du partage des responsabilités entre nationaux et internationaux devrait nous permettre de mettre des premières missions plus facilement sur des postes qui ne sont pas des postes d'encadrement mais des postes d'exécution. Il y a du travail pour les médicaux, les paramédicaux, dans des postes de praticiens. Là aussi il y a une réticence à le faire.

Il y a également une réticence à gérer les métiers par **pools**, alors que depuis plus d'une quinzaine d'années au moins, nous avons identifié que c'était un des rares outils efficaces pour avoir moins de difficultés de recrutement.

Nous en avons parlé, mais nous n'avons pas encore pris de véritable initiative pour utiliser la **formation**, les formations comme outils de fidélisation.

Donc il reste des inquiétudes dans ce domaine des ressources humaines.

Il y a eu des progrès dans la **gestion des abus**. Il y a une bonne réactivité des équipes en matière de détection. Deux personnes ont été envoyées sur les terrains pour diffuser les procédures et expliquer le cadre de travail. On a des signalements réguliers maintenant, un ou deux par mois, suivant les périodes, et avons l'habitude de rendre compte dans le rapport

moral de cette activité en termes génériques. Je dirais que cette année, il y en a eu deux cas particulièrement graves. Il y a eu un abus sexuel d'un des employés de MSF sur une accompagnante de patients ; et puis il y a eu un vol d'environ 120.000 dollars, particulièrement significatif. Sur les 120.000 dollars, cela ne devrait pas conduire à des pertes financières. Nous sommes en train de rentrer dans nos frais de ce point de vue-là mais la gravité du détournement n'en est pas moins significative.

Le responsable de la diffusion de la politique de lutte contre les abus sur le terrain, Fouad Ismael, a fait une communication récente au comité de direction pour signaler qu'à son sens il commençait à y avoir une utilisation en excès des procédures d'abus. C'est-à-dire qu'elles servent maintenant pour régler des conflits interpersonnels voire des conflits politiques, voire des conflits classiques du travail. Il attire donc l'attention sur le fait que ces procédures sont mises en place pour détecter des délits et des crimes et ne pas être passifs quand les moyens de MSF sont utilisés pour les commettre ou quand ils se commettent à l'encontre de MSF.

Je voudrais dire aussi un mot sur **l'état du siège**. Même s'il y a eu des éléments de crise dans certains secteurs, beaucoup de mes collègues du siège se sont plaints que ça donnait une mauvaise image globale de leur travail parfois éloignée de la réalité.

Notamment, la **collecte d'argent privé** a très bien travaillé cette année.

Je pense aux **legs** en particulier, qui ont énormément augmenté.

Je trouve que l'on peut se féliciter que pour la première fois -alors que l'on cherche depuis deux ans-, en début d'année 2008, on trouve des gros donateurs dans les **Emirats-Arabo-Unis**.

Je vais dire un mot sur la **collecte**. Avec les croissances financières que nous avons connues ces dernières années et celles que nous pouvons entrevoir pour les années qui viennent, nous avons besoin d'un véritable dynamisme en collecte privée. Evidemment, notre sous-groupe de sections va être conduit à se tourner vers des sources qu'on n'exploitait pas ou peu les années précédentes. En dehors des Etats-Unis, où la part des gros donateurs est vraiment très significative, nous n'avons pas beaucoup de culture, en Europe, de la collecte auprès de gros donateurs, et nous n'en avons pas dans le Golfe non plus. Nous sommes en train d'essayer de la constituer.

Nous nous tournons aussi dans certains cas vers les entreprises. Nous essayons de les solliciter sur leur métier, c'est-à-dire de leur demander des produits ou des services dans l'activité qu'elles pratiquent. Nous sommes très contents, par exemple, que les producteurs de lait de l'Ouest de la France nous donnent du lait gratuitement pour fabriquer des aliments thérapeutiques. Nous sommes content qu'une entreprise de l'agroalimentaire, Lactalis pour ne pas la nommer, nous fasse la transformation de ce lait liquide en lait en poudre, *pro bono*. Donc nous cherchons effectivement des partenariats.

L'année a été marquée par un certain nombre de polémiques, où certaines interventions dans le débat interne ont laissé à penser que nous cherchions de l'argent tous azimuts sans trop regarder la qualité des sources. On fait attention scrupuleusement à nos partenaires. Mais il faut rappeler, par exemple, pour les entreprises qui sont souvent un sujet de débat, que l'on n'exclut *a priori* aucune catégorie d'entreprise. C'est à chaque fois un choix singulier.

On fait, par exemple, 40% de nos dépenses avec des entreprises privées, en passant des contrats avec des entreprises privées. On donne 40% de notre argent finalement dans cette activité-là, en échange de produits et de services évidemment. On ne va pas vérifier la structure, la moralité de chaque entreprise. On n'est pas une institution de contrôle moral des opérateurs économiques.

Il y a effectivement des entreprises qui ont une mauvaise image ou qui ont des pratiques en contradiction avec les nôtres, ou une image en contradiction avec la nôtre, et là, évidemment,

nous sommes très attentifs aux intérêts de Médecins Sans Frontières et nous sommes scrupuleux dans les partenariats que nous montons. Mais franchement, le monde de l'entreprise est bienvenu pour soutenir l'humanitaire comme d'ailleurs toutes les composantes de la société. Par définition, l'action humanitaire se veut une action qui transcende les différences religieuses, les différences sociales, les différences politiques et qui fédère les bonnes volontés d'où qu'elles viennent sur un programme d'actions de secours minimum pour éviter qu'un trop grand nombre de personnes ne décèdent dans des catastrophes. Avec une raison sociale comme celle-là, nous serions malvenus d'exclure des soutiens, sans avoir des raisons précises de conflit d'intérêt ou d'image.

L'état de l'institution dans une association comme Médecins Sans Frontières aujourd'hui, c'est aussi beaucoup l'état de **l'institution internationale**.

J'en profite pour saluer Jean-Marie Kindermans, président de la section belge, qui est dans la salle, Christophe Fournier, président du Conseil international, et d'autres membres du Conseil international qui m'excuseront de ne pas tous les nommer, qui sont là ce matin.

Un des gros travaux positifs qui a été réalisé dans les suites du processus de La Mancha qui avait eu lieu en 2006, est l'Accord passé au Conseil international de 2007 sur la répartition, le **partage des ressources privées** et sur la mise en place d'éléments de **maîtrise de la croissance financière**. Cette discussion avait commencé de manière déséquilibrée puisque la première proposition internationale était un partage mécanique, automatique sans trop de contrepartie qualitative. Mais, à mon sens, le conseil international a bien travaillé, ainsi que le Bureau international. Ils ont permis que, fin 2007, en décembre, à Amsterdam, nous passions un accord, où nous nous engageons à partager les ressources privées en fonction des besoins de l'ensemble des centres opérationnels, ce qui au passage veut dire, pour un groupe comme le nôtre, de faire un effort chaque année, non seulement pour couvrir ses propres besoins, mais pour être dynamique dans la couverture des besoins des centres opérationnels qui ont des collectes moins volumineuses que les nôtres.

Mais nous avons été plusieurs présidents à exiger des contreparties en termes de coordination internationale. Nous voulons bien partager les ressources, mais pas seulement, nous voulons notamment contrôler le développement institutionnel, celui des bureaux.

Cela nous a conduits à examiner un certain nombre de bureaux, d'**entités**, dites **nouvelles**, qui avaient proliféré ces dernières années. Il y a un travail très intéressant qui est en cours et qui sera finalisé au conseil international de juin.

On a aussi demandé des garanties sur la **coordination des opérations**. Nous sommes nombreux au sein du Conseil international à nous inquiéter de la multiplication des centres opérationnels sur certains terrains et à remarquer que les directeurs des opérations, que le groupe international des directeurs opérations est le seul groupe à ne pas avoir vraiment un poste en titre pour assurer sa coordination. C'est également en train de se mettre en place.

On a demandé des garanties dans le domaine du rendu de comptes des activités opérationnelles (c'est un peu ce que je faisais tout à l'heure en début de rapport moral pour la section française) afin que cela puisse être consolidé en fin d'année sur l'ensemble des centres opérationnels et qu'il y ait un rendu de comptes mutuel des sections et des centres opérationnels, construit et transparent.

Nous avons également demandé que la coordination des collectes progresse.

Je ne vais pas trop détailler, mais on a passé un accord important de partage des ressources, que nous devons respecter. Nous avons auparavant passé un accord politique important autour du texte de La Mancha. Encore une fois, le débat sur son interprétation, l'éventail des possibles, a eu lieu chez nous (je vais donner mon opinion) d'une gestion un peu restrictive des possibles. Mais il faut souligner que ce débat a eu lieu dans d'autres sections. Il a aussi donné lieu à des tensions.

Les difficultés politiques internes que nous avons eues sont dans l'ensemble assez peu spécifiques et elles traversent l'ensemble de notre mouvement.

Nous sommes contents d'accueillir dans le groupe, doucement -parce que ce n'est pas un processus bureaucratique, ça repose sur une volonté commune et sur des bases pragmatiques-, un **autre centre opérationnel**, celui qui est piloté à partir de Barcelone et des deux sections qui le font vivre, **l'Espagne et la Grèce**. Je pense que, pour nous, c'est une opportunité d'élargir un peu les discussions. La culture interne opérationnelle est assez différente à Barcelone et à Paris, et cela nous permettra d'avoir des débats un peu plus riches.

Pour conclure sur l'international, je trouve que le mouvement international, les institutions internationales elles-mêmes, sont en assez bon état. Cela ne m'étonne pas, car cela fait quand même des années de travail de Morten Rostrup, Rafa Vila San Juan, président et secrétaire internationaux, puis Rowan Gillies, Marine Buissonnière. Avant il y avait eu James Orbinski qui avait amorcé le mouvement. Il y a quand même une vraie dizaine d'années de travail constructif et je crois que ça commence à porter ses fruits. Je pense que dans les années qui viennent, nous serons prêts à consolider une bonne partie du plan opérationnel -pas l'entièreté des portes folios-, mais je dirais les deux tiers, gardons un tiers d'initiatives pour les centres opérationnels. On est à la porte de la consolidation internationale des opérations.. Personnellement, vu la petitesse des différences entre nous aujourd'hui -encore une fois ce n'était pas acquis d'avance, on a travaillé des années à ces rapprochements- je le souhaite. Je pense que c'est également peut-être la seule piste sérieuse pour éviter un volume total de MSF qui soit trop gros.

Aucun des centres opérationnels n'acceptera des diminutions, chacun chez soi.

Je pense qu'aujourd'hui la seule façon de **maîtriser la croissance**, c'est de se poser d'examiner les portes-folios d'un point de vue international. Le conseil international a donné une indication. Il a dit, si vous voulez doubler la croissance financière dans les 8 ans qui viennent, il faut que vous fassiez à peu près 8% de croissance par an. A ce rythme-là, le conseil international dit : on pense pouvoir couvrir chaque année ces dépenses supplémentaires (probablement doubler dans 8 ans) avec de l'argent privé, dans les mêmes proportions, voire des proportions un peu plus importantes qu'aujourd'hui. Au-delà d'un rythme de croissance autour d'un doublement tous les huit/dix ans, il faudrait vraiment revoir sérieusement une partie de nos stratégies de collectes. C'est une indication. En faisant ça, le conseil international n'entend nullement limiter le dynamisme opérationnel. On a mis dans nos discussions du Conseil d'administration de l'international beaucoup de garde-fous pour éviter qu'une décision comme celle-là puisse être interprétée et gérée comme une décision castratrice pour les opérations et qu'elle conduise à un frein dans l'engagement dans l'action des équipes dans les années qui viennent.

Les présidents et les directeurs généraux qui administrent ça sont tout à fait sérieux dans ce domaine et je n'ai jamais entendu la moindre velléité de limiter le dynamisme opérationnel. Mais c'est quand même notre responsabilité d'indiquer qu'à ce rythme-là on est en train de passer à une institution globale avec un budget autour d'un milliard d'euros dans les années qui viennent. Aujourd'hui c'est déjà pratiquement un milliard de dollars. Est-ce souhaitable, surtout en prenant en compte qu'il y a beaucoup de « doublons » ? L'organisation interne actuelle du mouvement international autorise beaucoup de multiplications d'actions identiques, de procédures de support aux opérations, d'institutions de support aux opérations qui pourraient être mieux partagées. En bref, si on veut compacter un peu dans les années qui viennent notre organisation pour la rendre suffisamment réactive opérationnellement et politiquement, il faudra le faire d'un point de vue international.

Je tiens vraiment à dire merci à mes collègues du conseil international et en particulier du ICB (Conseil d'administration de l'association internationale), parce que ce n'était pas gagné d'avance, d'être arrivés à passer ces accords, vu l'état des relations en 2004 après l'affaire Erkel, mais je trouve que tout le monde a fait un véritable effort. Avec Jean-Marie qui est là aujourd'hui, on s'est tapé tous les deux de rédiger la partie de La Mancha sur la médecine, la santé publique et je lui suis très reconnaissant d'avoir participé à ce travail. Je pense à Albertien en Hollande. Vu les relations franco-hollandaises en 2004 et hollandaises vis-à-vis du Mouvement international en 2004 et dans les années précédentes, Albertien a fait beaucoup aussi pour permettre de progresser. Je ne peux pas citer tout le monde, mais vraiment cela a été un véritable plaisir pour moi les dossiers internationaux ces dernières années sans oublier ma participation au board américain où les discussions ont été graduellement de plus en plus intéressantes.

Les disparus

Je vais dire un mot pour conclure le rapport sur les **disparus**.

On a eu deux décès en mission, celui d'Elsa Serfass. Elsa a été tuée par balles dans le Nord de la Centrafrique en juillet 2007 alors qu'elle effectuait avec des collègues une mission exploratoire dans une zone de guerre. Les circonstances de son décès : on est à peu près sûr qu'il n'y avait pas derrière une intention particulière de s'en prendre à MSF. Sur l'identité même du tireur, il reste des doutes. Quand nous avons revu la gestion de la sécurité en Centrafrique Graziella Godain et moi, nous avons constaté qu'il y avait eu des défaillances au siège. Et non dans la façon dont l'équipe de terrain avait réagi à l'accroissement du danger et des menaces. En revanche, au siège, on aurait pu s'inquiéter et faire plus tôt les démarches diplomatiques rendues nécessaires par l'agressivité de la Garde présidentielle. Mais là, il faut être très clair, ces défaillances n'ont pas de rapport avec le décès d'Elsa. Parce que ceux qui nous menaçaient à cette époque-là, et qui nous avaient déjà tiré dessus, étaient du côté des Forces gouvernementales, et Elsa a été tuée par un soldat d'un groupe de guérilla d'opposition avec lequel on entretenait des relations plutôt constructives et vis-à-vis duquel il n'y avait pas de signes de tension décelables.

Encore un mot sur le décès d'Elsa. Il faut rendre hommage à sa famille. Les circonstances étaient particulièrement pénibles, et la famille nous a beaucoup aidés à traverser cette période. Un autre décès, médical celui-là, sur le terrain, de l'année 2007, c'est celui de Franklin Benton, un collègue libérien, qui a été vraiment un des piliers de notre mission au Libéria pendant des années, et puis ces dernières années de nombreuses fois expatrié, et c'était vraiment une figure des équipes d'urgences. J'ai moi-même en 2003 distribué de la nourriture avec Franklin, et c'était vraiment un personnage central de notre efficacité sur le terrain. Cela nous a tous beaucoup affectés de le voir disparaître.

La disparition également de Fabienne Dorlencourt, ancienne membre du conseil d'administration d'Epicentre, a été un décès marquant de l'année.

Merci aux administrateurs, bonne chance aux candidats

Je vais conclure en remerciant les administrateurs sortants, pour leur travail. Moi-même j'ai des insatisfactions parfois par rapport au travail du conseil d'administration, mais je trouve que globalement, si on compare à beaucoup d'autres institutions, nos administrateurs font leur travail.

Je les en remercie.

Je souhaite bonne chance aux candidats, particulièrement à ceux à la présidence parce que je sais que c'est un moment difficile à traverser.
Maintenant c'est ouvert aux questions.

Dr Jean-Hervé Bradol
Président