



Rapport moral, année 2006

Dr Jean-Hervé Bradol, président

26 mai 2007

Bienvenue à la 36ème assemblée générale de Médecins Sans Frontières.

Les sources

Le rapport moral du conseil d'administration cette année repose sur un ensemble de sources qui au cours de ces dernières années se sont bien améliorées. Entre les rapports des différentes directions, les fiches pays du département des opérations, le rapport du département médical, le rapport du trésorier, les travaux du Crash, les rapports des satellites : Epicentre et MSF Logistique, les réunions dans le cadre national et international et leurs minutes, les visites de projets de terrain par les membres du Conseil d'administration, les discussions individuelles avec les membres du personnel, les donateurs et les observateurs, tout cela constitue un corps de données qui nous permet d'apprécier un peu mieux chaque année l'activité réelle.

Les sources sont plus complètes, plus détaillées, mieux analysées, mieux diffusées, et plus souvent traduites en anglais, ce qui, dans notre fonctionnement, n'est aujourd'hui plus un détail.

Le conseil d'administration est conscient que, par cette exigence de rendu de comptes, que ce soit les comptes financiers ou les résultats opérationnels des activités réalisées, nous faisons peser une charge assez lourde sur les équipes.

Nous réalisons que la façon dont cela est organisé aujourd'hui entraîne aussi des formes d'asphyxie de l'initiative opérationnelle par les surcharges que créent le remplissage, la tenue à jour de tous ces recueils de données.

Mais nous avons en projet de rationaliser ça. Autour de la direction générale, à l'automne, sera mis en place un groupe de trois personnes avec une composante financière, une composante en épidémiologie, en système d'informations sanitaires -le système étant l'ensemble des données d'activités des terrains-, et une personne du CRASH pour les analyses de contextes et les discussions sur l'adaptation de l'action à l'environnement social, politique, dans lequel l'action se développe. La mise en place de ce groupe de travail devrait permettre de simplifier, rationaliser et assurer que cette production de données soit mieux inscrite dans le travail quotidien et qu'elle constitue moins une surcharge de travail pour les équipes et surtout que le retour sur les analyses intéressantes que permet le recueil de ces données soit mieux diffusé, mieux expliqué aux équipes. Ceci afin que les choix opérationnels s'appuient plus solidement sur une revue critique de faits solidement construits.

Mais pour maintenir la mobilisation de l'ensemble des individus qui remplissent ces recueils, il faut bien évidemment les associer au projet et leur montrer en quoi les résultats de ces analyses sont susceptibles d'infléchir positivement les résultats de leur travail.

Voilà en guise d'introduction.

Les activités de terrain

Sur le plan de l'activité de terrain, **la guerre et ses conséquences** demeurent le contexte principal de nos activités.

Statistiquement, ce sont environ 60% de nos programmes et de nos dépenses.

Nous devons remarquer, même si nous avons attendu pour le dire car nous ne voulions pas en préjuger, que le cadre international, posé par ce qu'on a coutume d'appeler maintenant **la guerre contre le terrorisme**, a une influence importante sur nos conditions d'interventions dans des contextes chaque année plus nombreux.

Les attaques contre les civils sont massives et justifiées soit par la nécessité de lutter contre le terrorisme soit par la nécessité de s'opposer à cette politique, perçue comme une tentative hégémonique. Quel que soit le parti pris, ce registre explicatif est intensément utilisé pour justifier des attaques contre les civils qui sont de moins en moins discutées comme un problème.

Les prisonniers de guerre sont quasi systématiquement maltraités y compris par les grandes puissances qui s'engagent pourtant à être des modèles en matière de respect des Conventions de Genève. Les humanitaires -je pense à l'Irak et à l'Afghanistan mais on le note également dans d'autres pays- sont devenus des « cibles légitimes » pour les opposants armés à la guerre contre le terrorisme et une catégorie à assujettir aux objectifs militaires pour ses partisans.

Il est remarquable que, aujourd'hui, l'implication internationale dans un conflit local approfondit et accélère très souvent sa radicalisation.

Il y a des contre exemples où l'implication internationale dans la réponse à une crise a été un facteur d'apaisement : je pense à la Sierra Leone, à la Côte d'Ivoire et au Libéria. Mais il y a aussi de très nombreux contextes dans lesquels nous avons travaillé l'an dernier, marqués par les formes de radicalisation que la configuration actuelle des relations internationales induit : je pense au Liban, à la Palestine, à la Somalie, au Soudan, à la Tchétchénie, à la Thaïlande, à la Colombie et même au Sri Lanka, où la rhétorique de la guerre contre le terrorisme a une influence très importante sur les conditions de secours, sur les conditions de survie de la population. Ce n'est pas le seul facteur de la radicalisation de la vie politique sri lankaise, mais les acteurs radicaux trouvent là une forme de légitimité internationale à leurs manœuvres extrémistes.

Les **Nations-Unies**, et c'est aussi un aspect important du contexte aujourd'hui, sont devenues une puissance militaire internationale. De plus, une de celle qui reprennent à leur compte les objectifs et le vocabulaire de la guerre contre le terrorisme. Et cela se traduit également par le haut niveau d'activités militaires des troupes des Nations-Unies qui sont, après celles des Etats-Unis, la deuxième armée la plus importante en opérations. Dans la réforme des Nations-Unies, peu de choses ont été effectivement réalisées -à part la réforme de la partie droits de l'homme qui a été effectivement mise en place et qui fonctionne mal- mais la réforme du système de coordination de l'action humanitaire en est certainement la traduction la plus concrète. Et si on y regarde de près, l'action humanitaire est aujourd'hui placée sous coordination politique et, quand la force est employée, sous coordination du département de maintien de la paix des Nations-Unies qui, en d'autres termes, est le département des opérations militaires des Nations-Unies.

On voit que la mise au pas et la mise en ordre de l'action humanitaire, dans un projet international de réponse aux crises, s'accroissent.

C'est pour cette raison que le Bureau International de MSF a développé ces dernières années une campagne d'explication pour accompagner notre décision de **ne pas nous intégrer dans ce système de coordination**.

Marine Buissonnière, notre précédente secrétaire internationale, a fait un énorme travail d'explication auprès de nos partenaires, auprès des Nations-Unies, comme en interne dans les différentes sections du mouvement. Je pense que ce travail était judicieux. Nous sommes beaucoup plus à l'aise aujourd'hui de pouvoir nous présenter sur des terrains difficiles comme des acteurs indépendants. Je viens de participer à une mission exploratoire à Mogadiscio, Somalie, ce mois-ci, et j'ai pu effectivement constater à quel point ce serait très inconfortable pour nous de nous trouver embarqués dans le système international de coordination des organismes d'aide. Puisque clairement, en Somalie aujourd'hui, pour une partie des acteurs du conflit -l'Union des tribunaux islamistes-, les Nations-Unies sont perçues en tant que belligérant et quand le sous-secrétaire à l'aide humanitaire, Monsieur Holmes, s'est présenté à Mogadiscio, les attentats se sont multipliés sur son parcours.

On voit que là nous ne pouvons que nous féliciter qu'un choix comme celui là -notre maintien en dehors des mécanismes de coordination internationaux- ait été pris par notre association et qu'il ait été assumé au niveau international.

Maintenant, même si l'analyse des limites que le contexte actuel des relations internationales pose à notre action est importante, il faut quand même faire remarquer qu'aucune des configurations internationales qui ont prévalu depuis la naissance de Médecins Sans Frontières n'a été facile pour l'action de terrain. Je ne pense pas que du temps de la guerre froide il était plus aisé d'avoir accès à certains territoires où se déroulaient des catastrophes. Je ne pense pas que l'action humanitaire et ses acteurs étaient mieux respectés à cette époque. Donc, de toute façon, pour nous, comme exercice pratique, le terrain de la guerre nous impose toujours le même effort.

Et cet effort je voudrais en parler de **deux façons** :

La première, c'est d'arriver à regarder chaque situation comme une situation spécifique, très évolutive, parce que ces contextes nous demandent de changer d'opération très rapidement. La mise en place d'une activité est à peine terminée qu'une population déplacée est rentrée chez elle, une autre est arrivée, des nouveaux blessés arrivent. Il y a une grande plus-value à l'adaptation rapide des opérations. Et il y a aussi une nécessité de trouver des formes opérationnelles, des modes d'organisation, qui nous permettent de dépasser certaines des limites que nous rencontrons. Par exemple, les menaces et la violence contre la présence de personnel international sur certains terrains ont entraîné la constitution d'équipes de terrain entièrement composées de personnel national ces dernières années.

Je pense à l'équipe qui porte la responsabilité de nos projets en **Tchéthénie** ; il faut noter qu'à condition de lui permettre d'être une véritable équipe de terrain, dotée de l'ensemble de ses prérogatives, c'est-à-dire à condition d'abandonner l'expression absurde « remote control », renvoyant à l'absence de présence permanente de personnel international au sein de l'équipe, nous avons la possibilité de réussir des projets là où nous ne pouvons envoyer de personnel international.

Voilà ce que je veux dire quand je parle de formes d'organisation qui nous permettent de trouver de petits espaces sur des conflits très difficiles.

Je pense à notre équipe à **Bagdad** -nous avons une équipe de collègues irakiens à Bagdad- qui doit être considérée pleinement comme une équipe MSF. Elle a pour mission de recruter des blessés pour que nous puissions les opérer dans des conditions plus calmes à Amman en Jordanie.

Voilà donc les évolutions dans l'organisation, dans la délégation de responsabilités, qui permettront de trouver quand même des petits interstices dans des contextes où la présence d'organisations humanitaires internationales est très difficile.

Notons également que des modes opératoires inhabituels -« le centre de traumatologie » d'Haïti, la chirurgie électorale à Amman- nous ont permis de nous insérer dans des contextes difficiles.

Sur la réactivité et l'adaptation de nos activités à une situation de guerre très mobile, très volatile, il faut souligner l'excellente performance cette année des projets du **Nord-Kivu**. A partir d'une implantation stable dans un hôpital de référence, Rutshuru, nous avons pu développer un plateau technique qui a rendu de grands services à la population puisque 1500 femmes victimes de viol ont pu être traitées, 8000 personnes ont été admises en salle d'urgence, 5000 hospitalisations ont été réalisées ainsi qu'environ 1500 interventions chirurgicales. L'installation de ce plateau technique, de ce point fixe, de cet hôpital de référence n'a pas empêché une bonne réactivité, la projection des secours à l'extérieur de cette « base », quand il y avait, dans les environs, de nouvelles attaques contre les populations civiles qui entraînaient leurs cortèges de blessés -malheureusement encore une fois de femmes violées-, d'enfants sévèrement dénutris, de populations déplacées, regroupées sur des sites, privées des moyens essentiels de survie. Tous ces phénomènes se sont produits autour de Rutshuru et, bien souvent, nous avons réussi, dans des délais raisonnables, à déployer des secours.

Nos projets au **Tchad** ont à mon sens rencontré plus de difficultés pour s'adapter à une réalité violente et changeante.

Le contexte n'était pas facile. Il y avait d'abord une fois de plus une très grande violence déployée contre les populations civiles qui entraînait de fréquents déplacements de populations. Cela nous a obligés à plusieurs évacuations d'équipes au cours de l'année, ce qui a rendu difficile la réalisation des activités. La chefferie de mission et l'équipe sur place ont été aussi dynamiques que les circonstances le permettaient pour suivre les évolutions des déplacés et de leurs besoins, mais on doit faire remarquer que l'appui fourni par le siège sur cette mission a été légèrement déficient. Je pense notamment à la question de ce qu'on appelle les « non food items » (secours non alimentaires). Je pense aussi à l'épidémiologie parce que, en dépit de l'existence de cette intervention au Tchad maintenant depuis un certain temps, quand on veut planifier l'envoi de secours ou témoigner de leur insuffisance, nous manquons trop souvent de données épidémiologiques bien construites. De plus, s'il y a eu un effort de communication, de l'équipe et du chef de mission en particulier, et du service de la communication de Paris, je pense que l'insuffisance des secours au Tchad n'a pas été portée suffisamment par Médecins Sans Frontières comme une cause importante de l'année 2006. Tout bilan fait, le principe de l'aide à ces populations déplacées, c'est de leur donner la moitié en quantité de ce que reçoivent les réfugiés du Darfour, avec l'éternelle explication qui consiste à ne pas vouloir trop donner à des réfugiés ou à des déplacés pour éviter qu'ils se fixent sur place. Enfin, le résultat, on le connaît bien par expérience parce que ce n'est pas la première fois qu'on voit se prendre des décisions politiques de cette nature, c'est une insuffisance d'assistance pour les déplacés associée à des mortalités catastrophiques. Je pense qu'on aurait dû jouer un rôle plus important dans le fait de poser cette insuffisance d'assistance comme un problème sur la place publique avec des arguments plus solides. On a essayé, l'équipe a été dynamique, mais on n'a pas réussi à passer un certain seuil. Le sort des déplacés du Tchad aurait mérité mieux, d'autant plus que la situation révèle que le manque d'assistance est l'autre face d'un problème plus grave qui est le manque de protection de ces civils.

Un autre projet qui essaie de trouver des pistes dans un environnement difficile, c'est celui d'Amman en **Jordanie**.

Il ne se limite pas à Amman, car il y a aussi un soutien en fournitures de matériel données à des salles d'urgence à l'intérieur de l'Irak dans des hôpitaux, et puis il y a eu aussi ces derniers mois des missions exploratoires au Kurdistan pour essayer d'implanter un projet d'assistance aux blessés dans un des hôpitaux de cette région.

Il y a eu malheureusement une trop petite activité à Amman en un an : du printemps 2006 au printemps 2007, il y a eu environ 200 interventions chirurgicales réalisées. Ce sont des interventions chirurgicales complexes, c'est de la chirurgie réparatrice, chaque cas est très lourd. Mais le service dans lequel nous travaillons peut absorber beaucoup plus. L'activité est en train de se développer, et nous espérons que les blessés d'Irak pourront plus largement bénéficier de ces soins. Une installation au Kurdistan est envisagée aujourd'hui, le Conseil d'administration en a fait la remarque, elle aurait pu être envisagée et développée un peu plus tôt. C'est une des remarques entendues au Conseil d'administration lorsque nous avons parlé de l'Irak. Nous avons relevé une certaine timidité finalement à s'investir sur ce terrain. Avec le niveau d'activités que nous avons aujourd'hui, une visite à Bagdad, ne serait-ce que dans la zone verte pour discuter chez elles avec les autorités, doit être sérieusement envisagée.

Nous notons d'un côté un véritable dynamisme mais aussi un léger manque d'audace pour poser des questions sur des situations qui demeurent très difficiles, y développer de manière plus réactive des activités. Sur la question irakienne, nous ne sommes pas du tout présents sur la thématique des réfugiés. D'autres sections sont présentes.

Mais il est vrai que, sur ce sujet-là également, on entend peu la voix de l'humanitaire.

Cette timidité, ce manque d'audace sont souvent en rapport avec les problèmes de sécurité. 2006 a été une année noire de ce point de vue puisque 17 de nos collègues sri lankais d'Action contre la faim ont été assassinés. Un massacre, le plus important depuis de nombreuses années.

Nous réalisons à quel point les questions de **sécurité** pèsent sur notre activité.

Nous avons rappelé très souvent un principe de référence qui est de ne pas pousser nos personnels au sacrifice humain. Et en conséquence, nous demandons aux responsables de nos opérations de ne pas planifier d'opérations en incluant un pourcentage de pertes.

Nous voulons que les incidents graves demeurent accidentels et non une habitude intégrée au fonctionnement.

Mais les terrains dont je viens de parler ne sont pas des terrains faciles. Comment savoir si le groupe qui a proclamé qu'il s'en prendrait aux humanitaires a vraiment les moyens de le faire sur l'ensemble du territoire d'un pays ? Est-ce qu'il n'y a pas un coin dans ce pays où la sécurité est meilleure, et où la population a réellement besoin de recevoir de l'assistance ?

Toutes ces décisions ne sont pas simples à prendre. Elles demandent à être prises après des missions exploratoires sur le terrain. Pour faire ces missions exploratoires, nous sommes obligés d'exposer une partie de nos personnels à des risques qui sont, par définition, au stade de la mission exploratoire, mal connus.

Mais sans encourager au sacrifice humain, je voudrais quand même encourager à un véritable dynamisme d'exploration des terrains en conflit, c'est-à-dire ne pas se résigner à ne pas aller voir ce qui se passe.

Je trouve de ce point de vue que l'attitude de l'équipe de MSF Belgique l'été dernier au Liban dans la ville de Tyr m'a semblé exemplaire. L'objectif était d'approvisionner un hôpital libanais qui recevait des blessés et qui était dans une des principales zones cibles des opérations militaires, alors que l'armée israélienne refusait de donner aux organisations humanitaires des autorisations pour circuler dans cette zone. L'équipe de Tyr a bravé cette interdiction et s'en est expliqué publiquement. Il y a eu des contacts avec les officiers israéliens. L'équipe a estimé devoir enfreindre ces interdictions pour pouvoir faire son travail. C'est Christopher Stokes, qui était directeur des opérations à MSF Belgique, qui dirigeait

cette équipe (Christopher est maintenant devenu en remplacement de Marine Buissonnière le Secrétaire international).

Voilà ce que je voulais dire sur les situations de guerre.

La médecine

Le deuxième grand sujet de nos activités, c'est la médecine, l'ensemble des pratiques médicales.

On aura l'occasion cet après-midi de revenir sur les missions dites de réponse à des situations d'exclusion. Mais j'avoue que, au fil du temps, il devient vraiment difficile de manier, pour raisonner sur la pertinence des projets, ces **catégories** (exclusion, épidémies, endémies, guerres) qui initialement répondaient au besoin de classer pour décrire l'ensemble de nos activités.

Un certain nombre de situations de terrain, de situations médicales, ont soulevé les limites de ce raisonnement en catégories.

Je pense notamment à la situation du **Niger**. Que dire du Niger, qui commence par une intervention pour la prise en charge des malades atteints par une épidémie de rougeole, qui se poursuit par, chaque année, à la période de soudure, une épidémie de malnutrition aiguë, si on veut bien l'appeler comme ça ?

Quand on essaie de comprendre pourquoi la malnutrition aiguë est aussi fréquente au sein de cette population de quelques régions du Niger, principalement les régions de Maradi, Zinder et Tahoua, on ne peut que remarquer que c'est en rapport avec des formes d'extrême pauvreté de populations rurales qui ne dégagent pas de leur travail aux champs suffisamment de revenus pour se procurer leur nourriture pendant toute l'année, et encore moins de revenus permettant d'acheter des aliments de bonne qualité pour la petite enfance.

Nous remarquons, dans cet exemple-là, à quel point des catégories descriptives pour présenter les activités annuelles trouvent toutes leurs limites quand on essaie de les utiliser pour expliquer et justifier la dynamique des missions, voire fixer les objectifs.

Je dirai que tous les malades que nous voyons, à quelques exceptions près, ont en commun d'être très nombreux, laissés sans soins, minés par des pathologies létales, très handicapantes et douloureuses, et surtout, ils ont en commun d'être des malades très pauvres.

Nos **pratiques médicales** s'organisent autour d'un nombre limité de **spécialités médicales**.

Dans certaines (et je pense à l'infectiologie, la chirurgie, la pédiatrie, la nutrition et la pharmacie), nous avons fait des progrès notables. Ils ont souvent été présentés, commentés, je ne vais pas les détailler aujourd'hui.

Je voudrais insister sur **trois** autres spécialités médicales qui doivent, me semble-t-il, faire l'objet d'un travail de développement dans les années qui viennent : la première d'entre elles est la **gynécologie-obstétrique**, spécialité pour laquelle nous avons beaucoup de retard, bien que je note avec satisfaction cette année que grâce au soutien apporté par la petite unité basée à Sydney qui s'occupe du soutien aux missions en pédiatrie et en gynéco-obstétrique, nous commençons à avoir une méthode pratique pour aborder la question et développer des activités dans ce domaine. J'ai bon espoir que les années qui viennent soient des années où l'on nous voit plus souvent offrir l'accès aux césariennes, l'accès à la contraception, enfin à l'ensemble des soins spécifiques aux femmes.

Ce sera une tâche du conseil d'administration de suivre ce point, car entre l'affichage d'intention et la réalisation, il y a souvent un décalage. Donc nous porterons notre attention sur ce point-là.

La biologie et l'imagerie médicale sont deux autres spécialités qui nécessitent un développement. La biologie et l'imagerie nous permettent de confirmer, par les examens complémentaires, un diagnostic évoqué à partir de l'examen clinique.

Ce n'est pas un mystère, la plupart des pathologies auxquelles nous sommes confrontés relèvent de l'infectiologie.

En infectiologie, l'examen clinique est rarement suffisant pour faire un diagnostic précis et avoir une prescription adaptée susceptible de réellement guérir le patient. De même, face à d'autres pathologies non-infectieuses, sans image, sans radiologie, sans échographie, l'impression clinique est trop vague pour permettre des soins de bonne qualité. C'est un peu nouveau pour nous, nous commençons à voir arriver comme consultants, comme aide sur certains dossiers, les premiers médecins biologistes dans notre association. Il y a encore peu de temps, les pharmaciens étaient absents de nos équipes. Depuis une dizaine d'années, le pool de pharmaciens s'est étendu rapidement, et nous avons vu à quel point nous en avons retiré les bénéfices du point de vue de la qualité de nos prescriptions. Je pense que la biologie doit connaître un essor comparable à celui qu'a connu la pharmacie ces dix dernières années. L'imagerie médicale devrait également suivre le même mouvement.

Une spécialité a fait l'objet d'un débat interne parfois un peu vif cette année, mais à mon sens utile, c'est la **psychologie clinique**. Je vais essayer de dégager les principales remarques qui ont été formulées au cours de ce débat. On a rappelé que la « psy », comme toute autre activité, ne doit pas servir d'alibi à l'ouverture de projets quand on ne trouve pas d'activité pertinente mais qu'on est très motivé, passionné par le contexte. Dans le retour critique que nous avons fait sur les activités psy, cette tendance a été notée. Elle n'est pas nouvelle. A d'autres époques, ce sont l'appui à des réseaux de dispensaires, la sanitation ou le forage de puits qui ont servi à nous créer des activités, alors que nous n'avions pas réellement trouvé de pistes sur des terrains où nous voulions à tout prix maintenir une présence.. Je pense que nous en sommes bien conscients maintenant et que la vigilance sera de mise.

Nos collègues psychologues et psychiatres ont précisé leurs ambitions aussi bien dans l'éventail de pathologies qui font l'objet de nos interventions que dans l'éventail de traitements. En matière de pathologies, la liste est raisonnable. Syndrome anxieux, syndrome dépressif, syndrome de stress post-traumatique, énurésie chez l'enfant, pour ne citer que quelques exemples. Cela ne me paraît pas une ambition démesurée pour une association médicale que d'essayer de s'attaquer à ces situations cliniques par une pratique de terrain. Là où plus de doutes ont été émis dans la discussion, c'est sur les traitements. Il est sorti de ces discussions que, pour l'instant, il y a une surestimation d'une approche thérapeutique : la psychothérapie courte d'inspiration freudienne, pour la définir brièvement. Les résultats rapportés sont prétendument obtenus avec des psychothérapies très courtes en réponse à la liste de pathologies évoquée plus haut. Aux regards de ces résultats très positifs, nous sommes en droit d'émettre un doute sur la méthodologie avec laquelle ils sont produits. Mais là aussi, je trouve que le débat a été fructueux puisque nos collègues psychiatres et psychologues nous ont précisé que leur groupe était divers -des praticiens venaient de pays très différents dont les traditions cliniques sont différentes- et qu'il y avait donc une véritable diversité des approches thérapeutiques en train de s'installer sur nos projets. L'usage des différentes approches thérapeutiques devrait s'équilibrer. L'emploi des psychotropes n'est probablement pas assez développé dans certaines pathologies. En particulier, il est étonnant de voir la dépression

revenir aussi régulièrement dans la liste des pathologies et de constater le peu de prescriptions d'antidépresseurs.

Merci à ceux et à celles qui ont eu l'énergie de mener et préparer ce débat –parce que c'était, il faut le reconnaître, un peu un sujet tabou, il y avait une critique de couloir rarement formulée en réunion sur les missions psy. Finalement, il n'y avait jamais eu un débat un peu ouvert, avec une publication dans Messages suivie d'un débat au conseil d'administration. Une commission de travail de l'exécutif poursuit l'effort de clarification.

Une autre spécialité médicale qui avance, j'en ai déjà un peu parlé, c'est la **nutrition**. Les résultats du Niger en 2006 sont particulièrement intéressants, je ne vais pas entrer dans le détail, vous avez déjà beaucoup reçu d'informations sur la nutrition. Je vais essayer de le dire en quelques phrases.

C'est la première fois que nous arrivons à avoir un impact sur la prévalence de la malnutrition aiguë de l'enfant et peut-être sur la mortalité –parce que nous avons déjà des signes annonciateurs que la mortalité diminue dans les groupes de populations avec lesquelles nous travaillons, dans 2 districts (Madarounfa et Guidan Roudji) de la région de Maradi. Pour la première fois, nous arrivons à entamer la prévalence de la malnutrition sans que la distribution générale et la ration familiale n'aient été modifiées. Simplement, en ayant une action principalement ciblée sur l'enfant, en utilisant une nouvelle génération d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi. Concrètement, d'habitude, Maradi est une région dont la prévalence de la malnutrition aiguë est, à l'automne, autour de 15%, c'est-à-dire une des pires situations du pays. Et cette année, à l'automne 2006, la prévalence dans la région de Maradi est tombée à 7%. Elle est de 9% à Niamey, la capitale du pays, où elle est historiquement la plus faible du pays. Donc, c'est vraiment extraordinaire de voir la prévalence de la malnutrition aiguë infantile décrocher avec cette ampleur-là dans la province de Maradi. Ce ne sont que des résultats préliminaires. Nous pensons tenir une piste, pour développer des protocoles et des stratégies d'intervention bien mieux susceptibles de traiter des groupes d'enfants beaucoup plus larges et d'obtenir des taux de guérison plus importants que ceux dont nous avons l'habitude.

Mais bien évidemment, nous ne pourrions conclure ce dossier qu'après plusieurs années de travail, après la répétition d'opérations comme celle-là dans des contextes différents par des équipes différentes, en mesurant rigoureusement les résultats obtenus, pour savoir si vraiment nous tenons un mode opératoire susceptible -on pourrait presque le dire- de décupler nos capacités de prise en charge pour les enfants malnutris. Il reste quelques belles années de travail sur ce sujet.

Nous fixons également comme objectif d'explorer l'intérêt de l'usage des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi à toute la malnutrition aiguë, à d'autres groupes de malades. Cela a un peu commencé avec les patients atteints du sida et de la tuberculose. Nous avons besoin d'élargir la gamme de ces produits, puisque ce n'est pas un produit unique qui va permettre de couvrir des besoins différents selon la catégorie de malades. Et puis nous avons besoin d'en diminuer les prix parce que, aujourd'hui, cette génération de produits coûte aux environs autour de 3 euros le kilo, et pour faire des interventions à très grande échelle -et imaginer qu'un jour ces interventions puissent être reprises par les systèmes de santé publique-, nous avons donc besoin d'obtenir une baisse des prix. C'est un dossier un peu comparable, propriété intellectuelle mise à part, au dossier de baisse des prix pour les médicaments que nous avons traité ces dernières années.

Quelques mots sur le **sida**.

Ces deux dernières années, nos équipes ont réussi à continuer à inclure un nombre significatif de nouveaux patients dans nos projets. Ce n'était pas joué, car nous avons un nombre limité de projets, avec déjà de grosses cohortes dans chaque endroit. C'était vraiment un défi de les pousser encore plus loin en termes de nombres. A travers un travail sur l'organisation de la filière de soins, la délégation de responsabilités à du personnel qui en avait moins auparavant -je pense au personnel infirmier et au personnel aide-soignant-, mais également la délégation de responsabilité à des groupes de malades, nous avons réussi, notamment au Malawi à Chiradzulu, mais aussi au Kenya, à garder un nombre d'inclusion de nouveaux cas relativement élevé. Ce qui fait qu'aujourd'hui nous suivons environ 50 000 patients, pour la section française, dont 25 000 patients sous antirétroviraux (ARV). La probabilité de survie à 4 ans sous ARV -nous avons maintenant 6 ans de recul pour les premiers traitements- est de 83% de survie.

La deuxième avancée, c'est le traitement conjoint **du sida et de la tuberculose**. C'était évidemment un objectif important car la tuberculose est une des toutes premières maladies tueuses en matière d'infection opportuniste chez un patient atteint du sida. En Afrique, c'est le plus souvent elle qui est responsable du décès du patient. Il y avait, dans ce qu'on appelle le co-traitement, un objectif essentiel pour la survie des patients.

Maintenant, même si nous pouvons affirmer que nous ne nous sommes pas tourné les pouces ces deux dernières années en matière de sida, il reste pas mal de choses à faire dans la période qui vient. Nous avons commencé à discuter des questions de changements de ligne thérapeutique, où comment remplacer la Triomune® dans les années qui viennent. Ce n'est pas une question simple. Je ferai juste une remarque : nous allons avoir tendance à nous voir proposer par nos collègues des pays riches de reproduire toutes les étapes de lignes thérapeutiques qu'ils ont historiquement franchies, une par une. Peut-être devons-nous nous arrêter et réfléchir un peu avant d'être dans la reproduction de ce parcours ? Parce que les conditions de vie précaires de nos patients, ainsi que les conditions de travail des personnels de santé, leurs qualifications, leur nombre, les moyens dont ils disposent (absence de suivi de la charge virale), font que nous n'avons ni les capacités d'adapter les traitements au profil de chaque patient ni celles de changer fréquemment de traitement. Les stratégies thérapeutiques développées dans les pays riches s'adressent à des patients qui ont des conditions de vie pas trop mauvaises, qui peuvent fréquenter régulièrement le système de santé et bénéficier d'un suivi biologique serré. Je me demande s'il ne nous faut pas prendre le temps d'une réflexion plus approfondie, plus originale, un peu du type de celle que nous avons eue quand nous avons décidé de commencer les antirétroviraux sur le terrain, alors qu'il n'y avait pas de modèles qui nous venaient des pays riches pour le faire. Je pense que, pour les traitements de deuxième ligne, il faut nous reposer la question dans le même esprit et ne pas sauter sur la première proposition qui nous est faite.

Un des points sur le sida où nous aurons des progrès à faire, c'est sur les programmes de **transmission mère-enfant**. Cette activité n'est pas satisfaisante au sein de nos propres cohortes de malades, c'est-à-dire des femmes que nous suivons déjà pour le sida, et nous avons très peu d'activités en dehors de nos cohortes sur ce sujet dans les maternités. Cela renvoie -me semble-t-il- à notre faible présence sur le terrain de la gynécologie obstétrique. Si nous voulons faire plus dans ce domaine, il faut bien sûr dans les projets verticaux sida mieux nous occuper des femmes enceintes, mais surtout il faudra s'installer dans de grosses maternités, dans des régions de très forte séroprévalence.

Un mot sur la tuberculose

La tuberculose- et vous l'avez entendu souvent dans notre bouche- est un sujet un peu désespérant. Le vaccin ne protège pas ou très peu, le test diagnostique date de la fin du XIXe

siècle, le dernier médicament a quarante ans. En gros, nous n'arrivons pas à faire le diagnostic de la maladie une fois sur deux. Les guérisons avec les stratégies thérapeutiques actuelles demeurent trop peu nombreuses pour les formes communes. Quand nous traitons des patients atteints de tuberculose multirésistante, nous n'arrivons pas à guérir plus d'un patient sur deux dans nos projets.

Cette année, les autorités internationales qui s'occupent de tuberculose, l'Organisation mondiale de la santé et l'Union internationale de lutte contre la tuberculose et les maladies pulmonaires, reconnaissent enfin la gravité de la situation, et apparaît dans leur communication publique la nécessité de développer d'autres outils diagnostiques et d'autres outils thérapeutiques pour faire face aux malades atteints par des formes résistantes.

Le catalyseur de cette prise de conscience a été la survenue d'une série de cas intraitables au Kwazulu Natal en Afrique du Sud, au sein d'un groupe de patients atteints du sida. Les patients sont décédés avant que le diagnostic n'ait pu être fait.

Il y avait depuis plusieurs décennies une stagnation, mais aujourd'hui nous assistons à une reprise de l'effort pour développer de nouveaux outils. Nous participons à un groupe de travail pour le développement de protocoles compassionnels, avec de nouvelles molécules, pour les patients intraitables. Nous étudions également la possibilité d'utiliser différemment, à plus fortes doses pendant une durée plus courte, de « vieilles molécules » comme la rifampicine. Et puis, dans le domaine du diagnostic, nous multiplions sur nos terrains l'usage des cultures afin de mieux cerner les tuberculoses résistantes. Il y a eu un développement de nos capacités bactériologiques ces dernières années. Nous avons maintenant un laboratoire de référence à Anvers depuis plusieurs années et nous sommes en train d'augmenter nos capacités diagnostiques des formes multirésistantes. Nous avons lancé, dans certaines de nos cohortes sida, une série d'études pour essayer de mieux comprendre la prévalence des tuberculoses multirésistantes. Il faudra des années de travail, mais pour la première fois en 2006, il y a eu à la fois une reconnaissance politique de la pénurie d'outils adaptés et de la gravité de la situation. En résumé, maintenant, il n'y a plus grand monde pour dire qu'il sera possible de contrôler la tuberculose à l'échelle internationale avec le vaccin, les diagnostics et les traitements existants. Pour la première fois, il devient largement admis qu'un profond effort de recherche est nécessaire.

C'est un sujet dont s'occupe **la Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels**. Après une période de flottement, la Campagne a repris son dynamisme. Je félicite l'équipe parce que les circonstances n'étaient pas faciles. Je ne vais pas développer, mais dire un mot sur une des activités de l'année 2006, à propos du procès intenté par Novartis à l'Inde, qui demande l'abrogation de la Loi indienne qui permet encore de produire des génériques, une loi adoptée en 2005 à la suite de l'entrée de l'Inde dans l'Organisation mondiale du commerce.

Nous aurions pu mieux débiter cette « campagne Novartis », avec des arguments plus solides, mieux ancrés dans notre pratique, c'est-à-dire nous présenter plus clairement comme un acheteur de ces génériques en Inde. Nous sommes entrés dans cette campagne sur un mode un peu trop idéologique. Nous avons une légitimité à poser ces problèmes, qui était simplement due au fait que nous sommes un des gros acheteurs de produits pharmaceutiques en Inde.

Nous avons réussi au fur et à mesure à rééquilibrer les propos que nous tenions. Et cette campagne a eu un impact positif. Les procès en Inde ne sont pas terminés. Mais pour l'instant, l'impression que nous avons du rapport de forces nous encourage plutôt à l'optimisme.

Sur le **paludisme**, je voudrais revenir aussi très brièvement. Le sujet était sorti avec intensité en 2001-2002 à la suite d'une épidémie de paludisme au Burundi, une des plus grandes jamais décrites dans l'histoire médicale. Sur un petit pays de 7 millions d'habitants, il y avait eu

plusieurs millions de cas. C'était la première constatation. La deuxième constatation est qu'à l'époque il n'y avait aucun médicament efficace disponible dans le pays. Il n'y avait pas de médicaments efficaces contre les souches de falciparum devenues résistantes aux antipaludéens les plus communs utilisés dans le pays à cette époque, c'est-à-dire la chloroquine et le Fansidar®. Depuis, 5 ans plus tard, la situation du Burundi a beaucoup changé. Les ACT (combinaisons à base d'artémisinine) sont devenus le protocole national. On ne trouve quasiment plus ni chloroquine ni Fansidar® en dehors de quelques échoppes au marché noir, en toutes petites quantités. Le Burundi a trouvé des sources de financement, notamment le Fonds global, pour acheter ces médicaments pour son secteur public. Le Burundi a également décidé de la gratuité des soins, et de ces produits en particulier, pour les femmes enceintes et pour les enfants de moins de 5 ans. Il y a une offre maintenant pléthorique d'ACT sur la scène internationale, et la dernière en date est celle de nos amis de DNDi et de Sanofi, c'est-à-dire la possibilité d'avoir pour ½ euro un traitement pour les enfants, les plus petits enfants, un comprimé par jour pendant 3 jours. Les conditions internationales relatives à l'accès à des traitements efficaces, les conditions de production et de distribution des antipaludéens se sont profondément modifiées en 5 ans. Maintenant la réalité concrète de la vie des Burundais est que, pour un habitant pauvre, c'est toujours aussi difficile d'avoir accès à un centre de santé. Parce que dans le centre de santé, il y a effectivement -même si c'est une somme modique- une somme significative à payer au titre de la participation aux coûts. Les patients doivent également faire face au coût du transport pour se rendre au centre de santé.

Il y a un ensemble de facteurs socio-économiques qui font que si les conditions d'accès aux ACT au Burundi ont changé, le Burundi lui a peu changé. C'est toujours un pays aussi pauvre, notamment avec un phénomène de pauvreté rurale très marquant. Et malheureusement, dans ces conditions, quels que soient les progrès en matière de disponibilité des médicaments, on voit mal comment l'accès universel à des soins de qualité pourrait être assuré.

Nous avons 5 ans de recul. L'exemple du paludisme est intéressant pour comprendre nos limites. Nous pouvons catalyser le changement de certaines conditions d'accès à des traitements essentiels, mais nous ne pouvons pas changer un pays profondément pauvre et profondément inégalitaire, au point que l'accès universel à des traitements de qualité puisse être garanti pour tous.

Le paludisme doit demeurer un axe de travail des départements médicaux, des départements des opérations, puisqu'il y a encore des foyers très sévères et parfois des épidémies, et nous ne pouvons que souhaiter des opérations dynamiques dans ce domaine. Mais ce n'est plus vraiment un thème légitime de campagne. Il y a une sorte d'excès à toujours critiquer et à faire porter la responsabilité des difficultés sur le Fonds global, l'OMS, l'industrie pharmaceutique, en bref les acteurs internationaux. Les pays eux-mêmes ont une responsabilité, les dirigeants politiques de ces pays, les citoyens de ces pays. Et là nous devons, nous, accepter les limites inhérentes à notre identité d'acteur international.

L'affaire Erkel

Je voudrais également dire un mot à propos de l'affaire Erkel.

Cela fait quatre ans que malheureusement nous en parlons lors de l'assemblée générale. Cette année, les nouvelles sont plutôt bonnes puisque le gouvernement hollandais a été débouté par un tribunal genevois, condamné à payer les frais de justice et plus de 40 000 euros à Médecins Sans Frontières. Je rappelle que le gouvernement hollandais réclamait 770 000 euros à Médecins Sans Frontières en alléguant que MSF avait contracté un prêt auprès du gouvernement hollandais pour payer la rançon d'Arjan Erkel. La justice nous a donné raison,

elle a confirmé que le gouvernement hollandais n'avait apporté, pour soutenir sa thèse, aucun témoin, aucune pièce écrite, fut-ce-t-elle un simple courriel. Et donc le juge n'a pas trouvé matière à suivre le gouvernement hollandais dans ces requêtes. Celui-ci a décidé de faire appel. Je ne sais pas quoi en penser sinon que cela m'étonnerait qu'il obtienne en appel beaucoup plus que ce qu'il a obtenu au premier jugement. Cela nous semble plutôt correspondre à la volonté politique de continuer à affirmer, contre l'évidence, que la Hollande ne paie pas de rançon. Donc le gouvernement persiste dans la négation répétée de toute participation hollandaise au paiement d'une rançon. Cela semble quand même être un peu passé d'époque, puisque l'on voit bien que dans différentes histoires en Irak, en Afghanistan et dans d'autres pays, les gouvernements mettent la main à la poche pour récupérer certains de leurs ressortissants. Essayer de faire croire aujourd'hui qu'on peut faire des actes de cette nature, paiement de rançon, de sommes très importantes, souvent plusieurs millions de dollars par individu, et continuer à maintenir publiquement que les Etats ne participent pas, semble absolument illusoire. Malheureusement, le gouvernement hollandais s'engage dans cette voie absurde.

L'état de l'institution

Une des discussions importantes entre nous ces derniers temps a porté sur la croissance et ses conséquences. Et vous verrez lors du rapport financier présenté par Philippe Houdart, notre trésorier, à quel point la croissance a été importante.

L'année 2006 se stabilise au même niveau de l'année 2005, mais comme l'année 2005 avait été une année exceptionnellement élevée, nous sommes quand même depuis dix ans dans une tendance de très forte croissance ; nous avons presque triplé en 10 ans en masse budgétaire, et en nombre de personnels nous avons doublé, en recrutant essentiellement du personnel national.

Je vais essayer d'exprimer mon sentiment sur la **croissance**.

C'est plutôt oui à la croissance, parce que d'abord c'est une réalité. Quand je dois présenter l'institution Médecins Sans Frontières à l'extérieur, j'ai souvent coutume de dire qu c'est une « start up » depuis le début des années 80.

Sur les terrains sur lesquels nous travaillons, l'aide internationale que nous voyons se déployer -je citais au début du rapport l'exemple du Tchad- n'est pas de bonne **qualité**. Nous avons à cœur d'améliorer notre propre contribution à ces opérations de secours. Et pour cela, nous augmentons le nombre de personnes que nous mobilisons au travail, nous augmentons le nombre de matériels achetés, la qualité de ces matériels. Si nous regardons aujourd'hui l'analyse des commandes pharmaceutiques, nous voyons à quel point le nombre d'items différents a explosé. La croissance sert à améliorer une aide qui structurellement est de mauvaise qualité. Les standards internationaux -nous essayons de nous en différencier un peu en investissant plus sur certaines questions- sont misérables. Un débat récent illustre ce propos : devons-nous acheter des tentes pour les déplacés tchadiens, était-ce trop cher ? Cet exemple montre le besoin de croissance parce que, quand on est une famille tchadienne en plein cagnard, vivre sous une tente n'est pas un luxe. Eh bien, c'est un luxe dans le milieu de l'aide internationale pour qui une feuille de plastique de 4 mètres sur 5 et 20 mètres de cordages sont un abri décent pour une famille, parfois pendant plusieurs années !

Donc oui à la croissance pour répondre aux insuffisances, mais il existe aussi des conditions. Il faut pouvoir **justifier les dépenses** : quand on dépense bientôt 150 millions d'euros par an dans une institution comme la section française et ses satellites, on est obligé de rendre des

comptes claires et précis. Il faut pouvoir dire si cet argent s'est transformé en des actions pertinentes, au bon endroit, au bon moment, si elles ont été couronnées de succès ou pas, et dire combien elles ont coûté. On ne peut pas à la fois réclamer sur le terrain plus de moyens et se plaindre que le poids de la gestion augmente.

La deuxième condition est qu'il nous faut trouver des sources de financement qui ne grèvent pas notre **indépendance**. Evidemment, les sources de financement doivent être diverses même si elles sont aujourd'hui principalement privées. Je pense que ce qui doit aussi contribuer à réguler notre croissance, c'est le fait de continuer à l'appuyer uniquement sur des **fonds privés** collectés auprès d'un grand nombre de personnes dans des endroits différents. Bien évidemment, aujourd'hui, la collecte de ressources privées a été internationalisée et se répartit entre les Etats-Unis, la France l'Australie et le Japon. Mais son développement doit mieux s'équilibrer entre les différentes sources. A l'échelle du mouvement international cela est encore plus nécessaire.

La dernière condition, pour accepter de la croissance dans les années qui viennent, est de comprendre qu'inévitablement elle a des **effets secondaires** et de se préparer à les équilibrer. Ce sont des phénomènes classiques, on les a connus à toutes les époques et on les sent très fortement en ce moment dans le fonctionnement du bureau à Paris. Il nous faut donc contrebalancer certains effets négatifs de la croissance.

La croissance, chez nous, doit être **orientée vers le terrain** et les besoins du terrain. Il faut vérifier les ordres du jour des réunions, la fréquence des visites sur le terrain, le niveau des activités opérationnelles afin que notre fonctionnement ne se nourrisse pas principalement des impératifs de gestion interne.

Deuxième point pour contre-balancer les effets de la croissance, nous ne pouvons pas nous développer en centralisant les décisions. Nous n'avons pas une culture très prononcée de la discipline, nous n'avons pas une culture du commandement central, avec tout le monde au garde à vous. La seule carte réaliste que nous pouvons jouer, c'est la **décentralisation** et la **délégation des responsabilités**. Je trouve que, dans notre expérience, à chaque fois que nous avons eu l'audace de le faire, nous n'avons pu que nous en féliciter. Je pense qu'il nous faut aborder les ajustements de notre organisation et de notre fonctionnement autour d'idées comme celles-là : orientations vers les pratiques de terrain, utilisation de ressources privées diversifiées, délégations des responsabilités, décentralisation des prises de décision sur le terrain, délégation et décentralisation à l'intérieur du mouvement des centres opérationnels vers les sections partenaires. Le processus ne doit pas s'arrêter aux frontières de notre association. La DNDi, par exemple, dont Bernard Pécoul nous présentera le bilan cet après-midi, est une tentative d'assumer la croissance d'une activité, le travail de recherche et le développement de nouvelles molécules, sans nous en prendre tout le poids en interne.

Voilà donc les remarques que j'ai à faire sur la croissance. Elle doit se poursuivre, à condition que nous procédions maintenant à un **ajustement** assez net de notre fonctionnement. Je ne vais pas m'étendre là-dessus. On aura l'occasion d'en reparler si vous voulez lors des questions à la fin du rapport moral ou cet après-midi lors de la rencontre entre les participants à l'AG et les membres du CA. Mon opinion n'est pas partagée par tout le monde, j'en suis conscient. On constate, dans la façon dont le siège travaille, que la croissance a entraîné une bonne dose de **bureaucratisme** et de fonctionnement rigide avec des préoccupations de gestion surestimées, surdimensionnées, par rapport aux nécessités d'être plus clairement en réponse à la demande des équipes de terrain et de faire du siège une structure de support, de soutien à l'activité de terrain, et non pas l'inverse. Notre fonctionnement s'est un peu décalé

vers le pilotage à distance, le contrôle. Encore une fois, ce sont des cycles dans le développement institutionnel. On pense toujours pouvoir mieux les équilibrer, mais c'est quelque part le prix à payer de tout le dynamisme qu'il y a eu ces dernières années. Maintenant, à mon sens, il est grand temps d'en prendre conscience, parce que diriger, c'est légèrement anticiper, et si on ne commence pas à corriger cette tendance, on va la payer très lourdement dans les années qui viennent.

C'est aussi une question qui se pose au **mouvement international**. Nous voyons se multiplier les bureaux, et la première remarque du Conseil international est de dire à quel point ces bureaux sont peu orientés vers la réponse au terrain.

Nous avons un cycle de discussion qui va se poursuivre toute l'année 2007 pour essayer de limiter le plus possible la multiplication d'institutions MSF qui ne soient pas orientées vers le soutien au terrain.

Je suis un peu en retard, donc je ne peux pas développer trop, mais s'il y a des questions à la fin, je serai heureux de répondre sur ces points.

Dans le domaine de l'international, après **la Mancha**, 2006, nous avons commencé à discuter d'un meilleur contrôle de la croissance et d'un **meilleur partage des ressources**. Nous commençons à entrer concrètement dans des phases de discussion, et peut-être demain dans des phases de négociation avec certaines sections.

Cela ne nous concerne pas encore tout à fait directement, bien que j'y ai été associé dès le début en tant que membre du conseil d'administration de MSF Etats-Unis, mais la section espagnole, en l'occurrence le directeur des opérations, Eric Thomas, la présidente par interim, Catrin Schulte, sont venus faire une présentation au Conseil d'administration de MSF USA en demandant du soutien. Barcelone est un centre opérationnel qui n'a pas de sections partenaires, qui se trouve en ce sens un peu isolé, qui aimerait trouver du soutien en ressources privées, en recrutement, en épidémiologie et en logistique. Le groupe international que nous formons (Australie, Etats-Unis, France, Japon) possède le potentiel de contribuer au développement d'un autre centre opérationnel.

Aujourd'hui, il y a tout de même une épidémie, si on regarde les listes d'ouvertures de bureaux (Irlande, Argentine, Brésil, Tchéquie, Turquie...) sans que les objectifs poursuivis ne soient clairs.

Nous défendons l'idée, alternative à la multiplication des structures à l'échelle internationale, de procéder encore à des regroupements autour des groupes existants (Amsterdam, Bruxelles et Paris) et de commencer par mieux partager les ressources disponibles. Quand nous analysons l'état des ressources humaines, l'état des ressources privées, nous voyons bien que l'ouverture de nouveaux bureaux nous apportera peu. Alors que, par contre, dans d'autres domaines, sur le support médical, logistique, épidémiologique, là il y a de réels investissements à faire pour mieux appuyer nos terrains. Ce développement, ces investissements doivent être envisagés sur un mode international et non plus sur un mode strictement national comme nous le faisons dans le passé. Et comme le recommande La Mancha, la priorité doit être donnée à des régions où nous sommes trop mal représentés. Voilà l'état d'esprit avec lequel nous abordons le dossier de la croissance du mouvement international.

Sur l'état de l'institution, en particulier **les personnels**, je voudrais remercier l'ensemble de nos personnels parce que tous ces développements réussis d'activités se sont accompagnés de la mise au travail de beaucoup de personnes nouvelles et qui dans l'ensemble ont bien rempli leur tâche.

Je regrette que, dans le débat interne, quand nous essayons d'aborder les causes d'échec des projets sur le terrain, la qualité des personnels soit improprement mentionnée. On entend toujours ce discours : on manque de cadres, on manque de personnes adaptées, on manque de... Franchement, plus je vois d'équipes sur le terrain, plus je suis frappé par l'engagement dans le travail, cela dans des contextes difficiles. Il me semble que l'humanitaire n'est pas un héros. Il y a une demande parfois irréaliste pesant sur nos cadres, sur ce qu'ils peuvent accomplir. La plupart du temps, les tâches qu'on leur confie sont complexes. Aller systématiquement chercher des causes d'échec dans les insuffisances, cela me paraît peu adapté et destructeur. C'est une espèce de bouc émissaire du débat interne.

Nous avons continué à travailler sur la division personnel international/personnel national pour la réduire et aboutir -on l'espère- dans quelques années à une gestion des personnels qui soit vraiment commune, intégrée. Bien que, évidemment, chaque type de personnels conservera des spécificités, mais la façon dont institutionnellement nous souhaitons l'aborder, c'est un corps de règles, une réglementation dont les éléments principaux soient les mêmes pour les expatriés que pour le personnel national. Sachant par ailleurs que nous voulons également développer les passerelles entre les deux situations. Ce qui est déjà en cours aujourd'hui. On fait porter l'effort sur 4 axes :

- la qualité des **contrats** de travail et des **salaires** ; on voit que la part des frais de personnels a augmenté dans les budgets. Cela a été une politique volontariste de révision des grilles de salaires, de révision des contrats pour une meilleure qualité des conditions d'emploi.
- le département médical vient de terminer une révision de notre politique en matière **d'assurance maladie** pour les membres du personnel national et leurs familles ; là aussi, j'apprécie que le travail, qui avait été initié il y a quelques années, soit repris par le département médical et développé.
- le troisième axe est l'accès à des **postes à responsabilités pour le personnel national** : là, le bilan est clair : aujourd'hui, il y a vraiment une amélioration au niveau de l'équipe de terrain. Les statistiques ne sont pas très précises bien que cela commence à s'améliorer, mais on voit un petit 30% de personnel national s'installer dans la réunion d'équipe qui prend les décisions sur l'orientation des activités sur le terrain. En revanche, au niveau des équipes de capitale, un gros retard persiste. Le nombre de nos collègues du personnel national réellement intégrés dans les réunions où se prennent les décisions dans les équipes de capitale demeure en décalage avec l'importance des responsabilités, réelles, qu'ont ces personnes.
- la **vie associative** sur le terrain, nous essayons de la redynamiser, de la redéfinir aussi bien sur le plan national que sur le plan international mais il y a là également un effort, entrepris par le Gupa, à poursuivre.

Les sujets d'avenir, émergent. Il y a une importante **demande de formation** ; nous avons un système de formation interne principalement orienté vers les expatriés et, maintenant que l'association au travail se fait différemment, une forte demande de formation est formulée par le personnel national. Nous devons y réfléchir, nous organiser pour y répondre sachant que ce n'est pas un dossier simple. C'est facile de dire oui par démagogie mais il faut concevoir un dispositif réellement nouveau. Cela demande un investissement lourd, et je ne peux pas affirmer que cela puisse être rapidement réalisé. Cela sera un processus sur plusieurs années..

L'autre sujet qui émerge des questions des personnels est celui des **pensions de retraite**. Dans des pays dans lesquels nous intervenons depuis très longtemps, nos collègues du personnel national nous posent la question de la participation de l'employeur à la constitution du régime des pensions de retraite.

Un autre point de la gestion de l'institution, qui est important pour nous, est celui de la gestion de ce qu'on a appelé les **abus**.

Il avait été convenu d'en faire un minimum de compte rendu lors du rapport moral.

J'ai la liste des abus graves en 2006, détectés et traités par l'exécutif, en particulier par le directeur général.

Dans un des pays, il y a eu un viol entre membres de notre personnel. Ces dernières années, nous traitons au moins un cas par an de cette nature. Une femme qui se plaint de viol par un de ses collègues. Cela souligne à quel point la sécurité de nos collègues sur les lieux de travail et les lieux d'habitation est fragile. La sanction a été le licenciement.

Il y a eu, dans un autre pays, une autre histoire grave. Un expatrié, après avoir eu des relations sexuelles avec une collègue du personnel national, a fait pratiquer par un troisième collègue un test HIV sur sa partenaire sans le consentement de cette dernière, sous prétexte d'un autre examen médical. Deux personnes ont été exclues à la suite de ces faits.

Les vols : nous avons eu quand même des vols significatifs au Niger et au Kenya et dans d'autres pays, je ne cite que ces deux-là, des vols dans lesquels des membres de notre personnel sont impliqués, c'est pourquoi ils sont sous la rubrique abus. Diverses sanctions ont été prises à la suite de ces vols dont plusieurs licenciements.

Et puis, ce que je voulais dire aussi, il y a une catégorie de **plaintes** qui est émergente, ce sont toutes les accusations de mauvaises pratiques médicales qui sont formulées par les patients et leur famille. Nous avons eu des cas dans divers pays, au Libéria, au Soudan, et là je pense qu'il va falloir que nous nous attelions à développer des procédures internes et une culture de travail qui soient mieux en phase avec les attentes qu'ont les familles et les patients en matière d'informations, de recueil de consentement éclairé, d'explications en cas de problèmes. La précarité de nos conditions d'exercice ne peut plus servir d'excuse à l'inaction dans ce domaine.

L'évaluation du Directeur général par le CA

Au cours l'année, le CA a fait procéder à ce qu'on appelle entre guillemets, parce que ce n'était pas une entreprise de notation, « l'évaluation du directeur général » par le conseil d'administration. Le mandat de direction générale dure trois ans, renouvelable une fois. Nous arrivions à la fin du premier mandat de Pierre Salignon, et Pierre, depuis déjà un bout de temps, nous avait demandé d'organiser son évaluation par le conseil d'administration. Je ne vais pas développer, nous ferons circuler plus d'informations là-dessus à nos partenaires qui le demandent, mais le bilan est du point de vue du conseil d'administration très positif. Nous avons évidemment remarqué l'ensemble des charges assumées par Pierre depuis trois ans, soutenu sa demande de pouvoir être aidé par un directeur adjoint et de pouvoir composer ses équipes comme il l'entend. Nous avons fait aussi un ensemble de recommandations sur des points sur lesquels il nous semble que la direction générale doit porter son attention.

Les décès et les accidents graves

Il y a eu en 2006 dix-huit décès dans le personnel national, par maladie, à l'exception d'un accident de la circulation et d'une morsure de serpent. Il y a eu neuf décès dans le personnel international, dont trois en mission, par maladie.

Je voudrais **remercier les membres sortants du Conseil d'administration**. Merci pour leur travail tout au long de ces années.

Et je voudrais brièvement parler d'une **motion** qui nous est arrivée par des collègues d'autres sections qui demandent aux assemblées générales du mouvement de se prononcer en faveur du fait que les FAD (Field Associative Debates : débats associatifs de terrain) puissent être tenus au dernier trimestre de l'année afin de permettre que le processus sur le terrain contribue à la constitution de l'ordre du jour des assemblées générales. C'est vrai que la remarque est pertinente : on reçoit beaucoup trop peu de propositions du terrain quant à l'ordre du jour des assemblées générales. Un groupe de collègues fait campagne dans les différentes assemblées générales pour que le conseil international arrête une décision au sujet des dates et une recommandation sur la composition des ordres du jour en insistant sur le fait que l'ordre du jour doit donner une bien meilleure place aux préoccupations qui remontent du terrain. Le conseil d'administration hier soir n'a pas estimé nécessaire d'en faire une motion particulière à l'Assemblée générale. Il y avait unanimité au sein du conseil d'administration pour soutenir cette requête. La position de notre section au sein du conseil international sera de soutenir cette idée.

Merci pour votre attention.

Dr Jean-Hervé Bradol
Président