

# **COMPTE RENDU DE LA JOURNEE DES DONATEURS DU 5 AVRIL 2008**

**Organisée conjointement par Médecins du Monde et  
son Comité des Donateurs**

▪ **Introduction : Ouverture de la journée par P. Micheletti.**

Mesdames, messieurs, bonjour.

J'ai le plaisir de vous accueillir au nom de l'association dans nos locaux. Le simple fait que vous soyez aussi nombreux témoigne de l'intérêt que vous accordez à ce que nous faisons, intérêt que vous entendez concrétiser par vos dons mais également, aujourd'hui, par votre présence. Je trouve que c'est de très bon augure d'avoir des donateurs qui viennent au contact pour peut être aller un peu plus loin qu'on ne le fait dans la relation habituelle, sous forme de courrier ou d'échanges électroniques. Donc j'espère que nous allons pouvoir répondre à vos attentes en matière d'information.

Pour essayer de le faire, nous avons mobilisé les acteurs naturels de ce que l'on fait sur les différents segments de l'association. Il y a les directeurs concernés par les missions, il y a les directeurs concernés par les aspects de recherches de financements, et puis, il y a un certain nombre de membres du Conseil d'Administration, dont moi-même. A cette table, complètement à ma gauche, Jérôme Larché, référent pour les missions internationales ; à la droite de Jérôme, Patrick David, qui est un des 2 vice-présidents. En première ligne, ici en face de moi, Catherine Giboin, trésorière de l'association, qui à ce titre porte des responsabilités sensibles et importantes. Et puis, viendra dans l'après-midi, Patrick Beauverie, l'un des référents du Conseil d'Administration, pour le secteur France plus particulièrement impliqué dans la réduction des risques, autour notamment des questions de toxicomanie. Cela correspond à la fois à sa pratique professionnelle parce qu'il est pharmacien des hôpitaux de Paris sur des hôpitaux psychiatrique, et son investissement dans l'association.

Donc, c'est une journée importante pour nous, ce qui explique aussi que nous essayions de répondre présent, en fonction de nos contraintes. Parce que, finalement, pour définir l'importance de nos donateurs privés, j'ai l'habitude de recourir à une image. Ce qui caractérise l'homme par rapport au singe... vous savez c'est la pince. L'opposition du pouce par rapport au doigt. Et nos donateurs privés, sont le complément de nos donateurs institutionnels. A MDM, nos finances reposent sur 2 grands équilibres : nos donateurs privés et puis des financements que nous allons chercher auprès d'autres sources, plus institutionnelles. Et si un des éléments de la pince ne fonctionne pas, on a du mal à tenir les finances de notre association et les actions mises en œuvre sur le terrain.

On va encore certainement vous le dire plusieurs fois, dans l'après-midi, mais bienvenue chez nous et encore merci pour ce que vous nous aidez à essayer de mettre en œuvre sur le terrain, le moins mal et le plus efficacement possible.

Je vais essayer en introduction de vous balayer, de façon forcément partielle – j'ai choisi un peu dans l'actualité des éléments qui vont ouvrir cette demi-journée - les différentes facettes de ce que met en œuvre MDM.

Je vais vous parler très rapidement de l'actualité internationale, de l'actualité de nos actions en France, de l'adoption. Et je vais essayer de vous balayer ces trois champs en pointant soit des sujets de préoccupation, soit des sujets d'actualité, au sens large, soit des questions qui nous animent, parce qu'elles sont stratégiques pour nous, ou parce qu'elles nous renvoient à des questions de société.

Je vais essayer de mettre tout ça sur la table pour que dans un premier temps vous soyez informés et pour que dans un second temps, peut-être, vous puissiez réagir pour dire si vous êtes d'accord/pas d'accord et que vous apportiez votre propre éclairage sur certaines de ces questions, sensibles ou difficiles à résoudre. Et je voudrais que vous sachiez qu'elles se posent à nous en tous cas, en interne

### **Sur l'international je voudrais** rapidement évoquer quelques situations de crise.

D'abord, le continent africain, qui n'en finit pas d'aller mal, de plus en plus mal parfois. Je citerais la situation en RDC, et dans l'Est de cette République, à la frontière du Rwanda, dans la région de Goma. Même, si c'est moins décrit dans la presse aujourd'hui, nous avons tout lieu de penser que s'y déroule une des plus grandes urgences humanitaires de ces dernières années.

La question de la Somalie où se superposent des luttes tribales avec un conflit religieux. Et tout cela aboutit, de même qu'en Éthiopie d'ailleurs, à des migrations de personnes qui vont tenter leur chance, qui essaient de traverser la mer pour se rendre au Yémen. Régulièrement, nous avons des informations sur ces bateaux, dont des personnes tombent et qu'on retrouve mortes, noyées, sur les côtes yéménites. Si elles y parviennent, de là, elles vont essayer d'aller dans les pays du Golfe, en Arabie Saoudite, puis du Golfe pour essayer de trouver un sort meilleur.

Je voudrais évoquer le Soudan en général. Jérôme, certainement, vous en parlera tout à l'heure. Mais, après une année d'interruption, nous sommes revenus au Darfour, dans des conditions et à la suite de des négociations, qui n'ont pas été faciles, pour de nombreuses raisons: du fait même des conditions qui on conduit à notre départ, mais aussi des turbulences de ces derniers mois autour du Tchad et puis de la Libye et puis de l'affaire spécifique de l'Arche de Zoé, qui n'est pas venu simplifier notre réimplantation dans la région. Peut-être que là à ce propos, aussi, vous aurez des questions ; même si je crois qu'il ne faut pas que nous ayons n ait un débat sur l'Arche de Zoé, nous ne nous déroberons pas aux questions si il y en a.

Et puis, des pays moins connus en Afrique : je pense au Niger, aux pays du Maghreb. Nous avons des inquiétudes liées à la propagation, de formes un peu radicales, de l'Islam, qui génèrent une certaine insécurité pour nous, des tensions et des violences pour les populations.

### Sur l'Asie, 2 sujets particulièrement sensibles.

La Birmanie, depuis quelques mois. Pays dans lequel MDM est engagé depuis presque une quinzaine d'années, sur des programmes, qui ont eu différentes formes, mais qui sont depuis quelques années, des programmes de lutte contre l'usage de drogues injectables. On peut souligner que 3 des pays dont je veux vous parler (la Birmanie, l'Afghanistan et la Colombie), outre le fait qu'ils connaissent des problèmes humanitaires majoritaires, sont des pays fortement producteurs et exportateurs de drogues ; ce qui est aussi dans l'environnement humanitaire une des réalités auxquelles nous sommes confrontés. Donc, la Birmanie est le 2e producteur d'opium pays où l'injection de drogues est très répandu, chez les travailleurs pauvres, et constitue presque, dans les mines de rubis ou de jade, un complément au salaire. L'injection d'héroïne transformée à partir de l'opium, en Birmanie est à 1 euros. Elle a beaucoup augmenté : elle était à 0.3, il y a 3 ans, quand je m'y étais rendu. Enfin, en tous cas, c'est vous dire que, même dans un pays pauvre comme celui-là, cela reste très accessible à des gens même modestes, et donc cette pratique est très répandue.

Le Tibet, qui a fait parler de lui, dont on sait peu de choses au fond, puisque très vite le couvercle est retombé, les autorités chinoises ayant verrouillé la circulation des personnes,

même si par ailleurs, ils ont autorisé une visite de journalistes de plusieurs pays. Mais, donc, je crois qu'on peut avoir des inquiétudes pour ce qui va se passer après, au niveau politique dans ce pays.

L'Amérique Latine. Je voudrais simplement insister sur 3 situations.

La Colombie, que j'ai déjà évoquée, pays de contrastes énormes : Bogotá, qui n'a rien à envier à Paris en termes de développement et à côté de cela, dès qu'on sort de la capitale, on change complètement de monde. MDM intervient dans 2 zones complètement différentes : au sud du pays, dans le Meta, régions où la population est prise un peu en sandwich. Ce sont des régions de forte production de coca et la population locale est prise en sandwich, entre les groupes paramilitaires, les forces armées et la guérilla, pour le contrôle des zones de production et l'exportation de ces produits. Et, sur une problématique différente, dans le nord du pays, dans le Choco, et là aussi d'où le contraste que j'évoquais, MDM intervient auprès des populations indiennes Emberas, qui ont des modes de vie très simples encore. Ce sont des peuples qui vivent encore au pied des rivières, et là, nos actions visent à mettre en place un système de soins qui les préserve des maladies qu'on rencontre dans la région.

Le Moyen-Orient, qui est aussi une des autres poudrières mondiales avec toute une logique et une intrication des éléments de cette problématique régionale, quoi font que dès que l'on touche à un élément du puzzle, c'est tout l'équilibre de cette région, qui peut être remis en cause. Nous sommes présents au Liban, dans les Territoires Palestiniens. En Afghanistan, Irak, même si ce n'est pas le Moyen-Orient, à proprement parler, nous avons également toute une problématique intriquée. Et, avec l'enjeu, plus particulier, de la confrontation, que d'aucuns aimeraient bien voir s'installer, entre l'Islam et l'Occident, « un choc des civilisations ». Et là aussi, je crois que pour les humanitaires, il y a des enjeux particuliers dans ces stratégies, dans ce dogme du choc des civilisations. Sur ce point aussi, nous aurons l'occasion d'en revenir.

L'Europe de l'Est, toutes ces républiques du Caucase, qui sont très instables, où évoluent des groupes mafieux, où il y a beaucoup de violence sur les populations civiles, où l'association est peu présente, pour le moment, en dehors d'une fin de programme en Tchétchénie et sur laquelle nous cherchons à intervenir un petit peu plus.

Sur l'international, donc transversalement, pour évoquer le fil conducteur de tous ces contextes, ce sont, bien sûr, les inégalités et les difficultés d'accès aux soins et pour nous, de plus en plus, une nouvelle donne relative aux questions de sécurité pour les humanitaires.

Aujourd'hui, nous vivons une situation où, pour nos équipes, l'immunité dont nous bénéficions il y a encore une quinzaine d'années, pour plein de raisons qu'on aura peut-être le temps de détailler dans le débat, n'est plus de mise.... Il ne suffit plus d'être humanitaire pour bénéficier d'une certaine protection tacite de la part des parties en conflit. Nous pouvons être pris pour cible parce qu'il y a des groupes mafieux qui ne nous veulent pas, nous pouvons être pris pour cible parce que nous sommes occidentaux et ressentis comme tel, et non comme des humanitaires.

Et donc, cette question de l'insécurité, d'abord pour nos équipes locales, puis pour nos volontaires, devient une question absolument prégnante, dans nos interrogations. Bien sûr, dans une déclinaison très concrète, cette insécurité est responsable, en partie, de la difficulté que nous avons à trouver des ressources qualifiées, parce qu'aujourd'hui, trouver des professionnels expérimentés, chevronnés, pour aller travailler en Afghanistan... Vous comprenez bien qu'en France, la représentation que nous avons de l'Afghanistan fait que nous

sommes quand même confrontés, en France, en terme de recrutement, aux conséquences très immédiates de cette insécurité.

### **Sur la France, 2 grandes problématiques.**

Celle de l'accès aux soins, avec une équation qui montent en puissance de façon de plus en plus évidente : accès aux soins, pauvreté, étrangers et la toxicomanie.

Tout se passe pour MDM, qui intervient sur les 2 problématiques, comme si nous assistions, de plus en plus, à une espèce de synthèse de ce qu'on appelle « le ici et le là-bas », parce que de plus en plus, « le ici et le là-bas », ce sont les mêmes populations. Ce sont des Afghans et des Irakiens à Calais, qui essayent de passer en Angleterre. Ce sont des Roms originaires de l'Europe centrale sur les frontières strasbourgeoises ou lorraines. Ce sont des Comoriens ou des Anjouanais à Marseille. Ce sont les Maliens dans la région Rhône-Alpes. Tout cela, au gré de l'histoire particulière de chaque région française et des liens particuliers que chaque région française entretient avec chaque région étrangère.

Donc, cette équation s'impose à nous et dans nos consultations précarité la situation des étrangers devient absolument prédominante.

Je vais juste évoquer quelques uns de nos combats dans ce domaine : tout ce qui concerne les expulsions des étrangers gravement malades, la remise en cause des mécanismes de protection sociales telles que l'aide médicale état, qui jusqu'à présent, protégeait, en partie, les étrangers. C'est la question des gens dans la rue, des SDF en particulier. Et parmi ces SDF, la question fondamentale de la santé mentale, puisque je vous rappelle qu'il y a dans la rue une surreprésentation de la maladie mentale. On estime en gros que, dans une population générale, il y a 1% de personne porteuse de pathologies psychiatriques et selon études, dans la rue, ce pourcentage va jusqu'à 30%. Donc il y a une surreprésentation de la psychiatrie dans la rue. Cause ou conséquence ? Certaines de ces personnes dans la rue ont basculé dans la folie ou certaines autres étaient déjà porteuses de pathologie mentale et se trouvent dans la rue. C'est une des réalités du système de santé français : l'état de la psychiatrie en France ne permet plus de les accueillir dans des structures d'hébergement adapté.

Je ne parle pas des tentes nous aurons sûrement l'occasion d'y revenir. MDM a été un petit peu le détonateur de cette action très visible, à Paris, durant l'hiver 2005. Un an plus tard, avec pas mal de talent, d'autres associations, dont les Enfants de Don Quichotte, se sont saisies de cette stratégie. Elles l'ont rendue encore plus visible, donc encore plus dérangeante, en organisant les tentes, que MDM avaient mis à disposition de manière dispersée sur le territoire de la ville, en rendant cette stratégie encore plus visible par le fait du regroupement, d'abord au canal St Martin, et puis dans d'autres lieux qu'ils avaient investis. On peut avoir des regards plus ou moins critiques de ce qui s'est passé, sur toute cette dynamique, mais ce que je voudrais souligner c'est qu'elle a prouvé, cette affaire des tentes, que MDM, mais pas tout seul, avec toute la mobilisation inter-associative qu'il y a eu, que quand le secteur associatif donc opère des alliances, il obtient plus rapidement une mobilisation des pouvoirs publics et des décisions qui nous semblent aller dans le bon sens ; même s'il faut rester attentif à leur mise en œuvre effective, dans la réduction des risques.

Tout ce qui est toxicomanie. Notre préoccupation vient du fait qu'aujourd'hui il y a un référent sur cette question en France. Les affaires de lutte contre la drogue sont gérées, en France, par une institution qui s'appelle la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre la drogue

et les Toxicomanies). C'est une mission interministérielle dirigée par un haut fonctionnaire, directement placé sous la responsabilité du Premier Ministre, pour étayer le fait que cette mission doit bien sûr faire la synthèse entre une dimension, bien sûr répressive, mais aussi une dimension plus sanitaire. D'où son statut de mission interministérielle. Dans l'ambiance générale de préoccupation sécuritaire en France notre constat est que le nouveau président de la MILDT, M. Apert, est sur une ligne beaucoup plus dure en termes de répression. Alors, nous pourrions peut-être débattre là-dessus mais, en tous cas, le corollaire pratique, c'est que des personnes qui sont toxicomanes vont, dans ce contexte, avoir tendance à se cacher pour échapper à la police, aux contrôles. Alors, je ne veux pas porter un regard politique sur cette politique sécuritaire mais, elle a quand même des traductions pratiques pour les soignants de nos équipes, dans la mesure où, quand les personnes porteuses de pathologies se cachent, il est plus difficile d'aller à leur contact. C'est plus difficile de les faire rentrer dans une démarche de prise en charge, de soins, etc. Donc, cette politique sécuritaire dans le champ de la toxicomanie a une incidence et des conséquences très importantes pour les personnes concernées et, de facto, pour nos équipes.

**Troisième grand volet : l'adoption.** L'adoption internationale. Encore une raison pour laquelle MDM a été attentif à l'affaire de l'Arche de Zoé, puisque cette affaire nous impactait de deux façons. Nous étions présents, il y a quelques années, au Tchad. Nous étions en train de négocier notre retour au Darfour. Donc, cette affaire nous gênait du point de vue des missions humanitaires internationales et bien sûr, elle nous interpellait parce que, fait moins connu parfois, parce que MDM est la première organisation pour l'adoption internationale, en France. Donc, nous ne pouvions pas ne pas être attentifs à ce qui était en train de se jouer sur cette affaire.

L'adoption, aujourd'hui, dans la maison, nous apporte 2 types de préoccupations, d'une part des préoccupations liées aux changements politiques des pays dont sont originaires les enfants, d'autre part des préoccupations liées aux nouvelles formes d'adoption.

Des pays comme la Chine, comme le Vietnam, etc. rentrent dans des démarches de quota par pays. Donc, il y a une régulation à prévoir et ce n'est pas facile de s'entendre entre pays. Les 4 grands pays occidentaux en matière d'accueil d'enfants étrangers sont les États-Unis, l'Espagne, l'Italie et la France - la France venant de passer en 4<sup>e</sup> position.

Donc, en France, nous avons à gérer ces nouvelles politiques des pays, dont sont originaires les enfants ; et j'ai envie de dire nous avons à gérer cette réalité au regard du nombre de familles adoptantes qui ont reçu l'agrément et qui sont en attente d'enfants. Or, il y a une trentaine de milliers de familles qui sont en attente, et donc, le différentiel est de plus en plus important entre le nombre de familles pouvant adopter et le nombre d'enfants pour lequel nous cherchons des familles et des possibilités d'adoption. Donc un problème quantitatif et parfois, une détresse et des situations psychologiques de la part des familles en attente qui tiennent.

Et puis, nous discutons beaucoup dans l'association, autour de questions pour l'adoption, qui sont plus des questions de société, comme l'adoption monoparentale et l'adoption homoparentale. Pourquoi est-ce que nous en débattons ? D'abord, parce que MDM est la première association française et que nous sentons que ce sont des concepts en évolution, que le cadre légal est en train de bouger, en Europe et peut-être demain en France. Nous voulons y avoir réfléchi avant que peut-être la loi nous concerne. Vous savez qu'en Europe, les adoptions homoparentales, par exemple, sont autorisées dans des pays comme la Belgique et la Hollande. Jusqu'à présent, la France, les autorités françaises étaient plutôt frileuses à l'égard de cette réforme. Vous avez peut-être suivi l'actualité, vous avez vu qu'il y a

quelques mois, la Cour Européenne de Justice a cassé un jugement rendu par la justice française à l'égard d'une dame, institutrice dans l'est de la France, qui avait été déboutée d'une demande d'adoption, au motif qu'elle vivait avec une autre femme. Donc, nous avons tout lieu de penser qu'assez vite l'actualité va nous rattraper et qu'il faudra que nous nous posions question. Donc, c'est un peu dans cet esprit qu'il y a un an, nous avons organisé dans cette maison, un grand forum en essayant de mettre en présence les tenants des 2 positions, pour y voir un peu plus clair. Ce sont des questions de société sur lesquelles nous n'avons pas forcément spontanément d'éléments pour débattre et, pour trancher sur une question éminemment sensible ; donc, ce forum participait de cette envie de nous nourrir et de nourrir notre débat. Et ce que nous pouvons supposer en tous cas, c'est que, si la loi rend effective la possibilité de l'adoption homoparentale, nous aurons à nous prononcer à cet égard. Ce que je sens et ce qui est apparu à l'occasion de ce forum, c'est que cette question est sensible et que quelque soit la décision, dans notre association, nous ferons des mécontents, en interne, je parle. Vous aurez peut-être, vous comme donateurs, la possibilité de vous exprimer là-dessus... Mais c'est une question qui va remuer l'association en fonction de la décision que nous pourrions être amenés à prendre, si nous devons le faire.

Je ne vais pas être beaucoup plus long, j'ai déjà débordé... Je pourrais vous dire encore plein de choses mais d'autres vont le faire, mieux, en complément de ce que je viens de vous dire. Je ne serai pas là cet après-midi, car j'ai d'autres contraintes mais, très sincèrement, merci de votre présence, merci de votre soutien financier, qui est le soutien qui nous donne le plus de liberté d'actions. Contrairement à ce que je disais tout à l'heure en utilisant l'image de la pince, les financeurs institutionnels nous imposent plus de contraintes dans les opérations que nous pouvons mener alors que les dons des donateurs privés, que vous incarnez, sont ceux qui nous donnent le plus de liberté. Merci à vous. Bienvenue dans nos locaux. Soyez très libres dans vos questions. Nous ne saurons peut-être pas répondre à tout mais, nous allons essayer de le faire. Merci beaucoup.

- **Dominique Dumand Présidente du Comité des donateurs**

En préambule je voudrais attirer votre attention sur l'originalité et la force de la relation de MdM avec ses donateurs à travers son comité des donateurs.

**1990** Création du Comité des Donateurs de MdM à l'initiative de Robert Lion. Volonté d'une part de remonter à l'association les coups de cœur et coups de sang des donateurs, et d'autre part celle de restituer aux donateurs des informations sur l'utilisation de leurs dons : « les donateurs doivent pouvoir être informés de ce que l'on fait avec leur argent ».

**Ce Comité, composé d'une quinzaine de membres, relaie vos interrogations à l'association dans un esprit constructif qui n'exclut pas la critique.** Il s'efforce d'apporter, par son existence et ses travaux d'évaluation, une caution aux activités de Médecins du Monde.

### **Qui sommes-nous ?**

Comme vous des donateurs, des donateurs « militants », issus de la « société civile » et non statistiquement « représentatifs ». Sociologiquement nous sommes issus d'horizons très différents. Nous nous renouvelons par cooptation à la suite d'appels à candidatures. Nos membres sont cooptés pour 6 ans.

### **Qu'analysons-nous ?**

Tout ce qui touche à la marche générale de l'association : modalités de collecte des fonds auprès du public, communication de l'association et son image auprès du public, utilisation des fonds recueillis, actions dans les missions.

### **Comment intervenons-nous ?**

En nous tenant à votre écoute:

.en suscitant et en organisant régulièrement des rencontres avec vous comme aujourd'hui ou à Nantes récemment.

.En suivant vos remarques faites par courriers et mails.

.En essayant d'inventer un mode de relation plus actif avec ceux que nous aimerions appeler les donateurs du 1<sup>o</sup> cercle, c'est-à-dire vous qui êtes présents aujourd'hui. En appréhendant ce qui fonde les actions de Médecins du Monde et tout particulièrement son projet associatif (avec ses corollaires : stratégie des missions, stratégie de marketing direct, stratégie de communication...) et en apportant nos remarques voire nos critiques.

### **Comment concrétisons-nous cela ?**

. Par des **dossiers** (sur la collecte de rues, les mailings, le site Internet), **des déplacements sur le terrain (environ 4 par an)** qui nous amènent à réaliser des rapports, sans concession, communiqués aux cadres associatifs et salariés. Ces rapports sont disponibles sur le site Internet de l'association.

Cette année des membres du comité se sont rendus en Birmanie en juin, en Haïti en octobre et sur plusieurs sites mission France.

.Par le maintien d'un **regard continu sur les comptes sans en devenir les arbitres.**

Le Comité n'est pas un organe de contrôle de gestion ou des comptes mais peut demander au Conseil d'administration des éclaircissements sur certains aspects de la politique financière, les principes de fonctionnement et les ratios de gestion.

Nous nous fixons pour ce faire quelques **principes simples** :

.des comptes **en équilibre** associés à un niveau de réserves compatible avec une gestion responsable de la structure. Concrètement nous souhaitons un budget 2008 en équilibre.

.un équilibre justement « éthiquement acceptable » entre les postes de dépenses, et surtout entre les « missions sociales » et le « fonctionnement »



.des « ratios » cohérents avec les objectifs et les valeurs de l'association se rapprochant le plus possible de l'objectif des 70/20/10 : 70% pour les missions, 20% maximum de frais de collecte et 10% maximum de frais de structure.

En revanche nous ne sommes ni médecins et donc ne réalisons pas d'évaluation du travail médical ni gestionnaires de l'association et donc n'interférons pas dans son fonctionnement .

**En guise de conclusion, 2 mots pour caractériser les relations de MdM avec ses donateurs:**

**Indépendance** => c'est ce vous les donateurs privés permettez à MdM

**Transparence** => c'est ce qui caractérise les relations de MdM avec ses donateurs et nous les en remercions

## **1 - OU ET QUAND, QUELLES MISSIONS ?**

### **■ Comment naît un projet de mission ? Le groupe géopolitique : la mission exploratoire, l'analyse de l'environnement. : J. Larché**

Bonjour. Je vais essayer d'être le plus explicatif possible puis le diaporama sera ensuite à disposition de ceux qui ne pourront pas le voir de suite. Je suis le docteur Larché, réanimateur médical à Montpellier et, pour MDM, délégué aux missions. Je vais un petit peu vous parler de ce qui fait le cœur du métier pour MDM.

Alors, les missions et notamment, **la mission exploratoire**, qui est l'étape préalable indispensable pour ces missions, c'est trois choses : c'est d'abord une situation identifiée, une décision politique et enfin, la mission exploratoire en elle-même.

Alors, une situation identifiée. Sur quels arguments lance-t-on ou veut-on lancer une mission exploratoire ? Il y a plusieurs situations. Tout d'abord, la situation d'urgence très contextuelle : le Kenya, un tremblement de terre, une crise médiatique. Il y a des priorités que MDM se fixe de manière un peu prospective et de manière collective : des priorités thématiques, des priorités vis à vis des populations, des segments de population, mais également, des priorités géographiques, sur un certain nombre de continents, sur lesquels nous voulons être présents quoiqu'il en soit. La situation identifiée peut-être aussi la résultante d'une réflexion collective interne qui associe des membres associatifs et non associatifs de la maison et/ou venir d'acteurs de terrain qui nous interpellent sur une situation particulière, dans un pays donné, où nous pouvons être présents mais pas sur la problématique particulière. Vous voyez que ce sont des situations variées.

Il y a un certain nombre de strates politiques pour que cette mission puisse voir le jour. J'irais très vite et P. David insistera un peu plus dessus. Mais globalement, cette mission exploratoire est discutée et validée en groupe continental (Afrique, Moyen-Orient, Europe de l'Est, etc.). Il y a ensuite une validation paritaire par le Comité de Direction, qui regroupe des associatifs, les directeurs de la maison, des responsables de groupes... où des décisions – que je qualifierai de « les plus consensuelles possibles » sont prises. Chaque groupe continental gère un budget pour pouvoir lancer ces missions exploratoires. Ce qui veut dire qu'avec une validation politique, la question financière est somme toute relativement annexe. Bien sûr, nous nous imposons des cadres mais en tous cas, cela donne une certaine flexibilité et autonomie aux groupes.

Alors, la mission exploratoire à proprement parler. Elle contient un certain nombre de termes de références, c'est-à-dire d'indications et d'informations que nous allons vouloir obtenir pour pouvoir y réfléchir. Elle associe le plus souvent des associatifs mais aussi des salariés du desk urgences, par exemple. Elle donne lieu à un rapport qui, ensuite, est validé ou non par le groupe continental et par le Comité de Direction. Donc, il y a une boucle, très identifiée, très solide, qui nous permet globalement de déterminer ce que nous voulons faire, dans quel contexte nous voulons le faire, de l'intégrer dans les objectifs globaux de l'association et de pouvoir intervenir dans des délais raisonnables.

Rapidement, quelques mots pour vous dire que nous avons quand même développé des outils méthodologiques à MDM pour essayer de planifier un peu les missions. Ca s'appelle le

CP BOARES. Précisons que dans la phase de diagnostic qui va correspondre à la phase de mission exploratoire, il y a **3 éléments fondamentaux** qu'il va falloir identifier.

1. le contexte, c'est-à-dire les déterminants qui font que la situation qu'on observe est celle-là. Ce sont des déterminants politiques, économiques, sociaux, culturels, en termes de sécurité, en termes sanitaires bien sûr, donc très variés. Anthropologiques aussi.

2. les problèmes collectifs de santé. C'est-à-dire quelle est la situation sanitaire que l'on observe. Dans quelle mesure doit-elle être corrigée parce qu'on observe, par exemple, des taux de mortalité infantile à 1000%, etc. ? Donc, nous essayons d'identifier tout cela, nous essayons de les mettre en rapport avec des normes qui ne sont pas forcément les normes en France mais, les normes du pays, les normes de la région et essayer d'aboutir à une régulation.

3. les besoins en matière d'intervention, c'est-à-dire qu'est-ce qu'il va falloir faire pour essayer de corriger ces problèmes qu'on a identifiés ?

Ca, c'est vraiment le moteur de ce qui va nous guider pour la mission exploratoire. Et après, bien sûr, une fois que ces éléments sont identifiés, nous définissons des objectifs, des activités, la mise en place de ressources, humaines, financières, logistiques. Pendant la phase d'implantation du programme nous évaluons les effets, nous suivons ces effets là, nous évaluons et nous faisons les ajustements nécessaires. Donc, tout ça, ça paraît très linéaire mais en fait, ça ne l'est pas : c'est très dynamique et ça s'ajuste en permanence pour garder à la fois une cohérence externe par rapport à l'environnement (parce que si on n'est pas dans la réalité du terrain, on n'arrive pas à faire ce que l'on veut) et pour garder une cohérence interne par rapport aux différents problèmes identifiés.

Simplement, j'ai voulu vous montrer que la mission exploratoire correspond de manière très précise à une part de cette planification et donc ce n'est en rien quelque chose d'anarchique et de chaotique. Je voudrais vous illustrer cela par **un exemple**, qui est **celui du Kenya**, exemple récent de Février 2008, à la suite aux violences qui ont suivi les élections présidentielles en Décembre/Janvier.

MDM a une base à Nairobi, mais qui est dédiée au suivi et à la mise en place des programmes en Somalie et absolument pas dédiée à la mise en place d'un programme au Kenya, en tout cas, initialement, parce que le Kenya pour beaucoup d'ONG était le pays stable de la région. C'est sur la base logistique des ONG, des Nations Unies – il y a 80 000 personnels des Nations Unies présents au Kenya, donc c'est quelque chose d'assez énorme et Nairobi est vraiment le *hub* logistique et financier de la région. Donc c'est vraiment quelque chose d'important.

Et à la suite à la deuxième vague de violences qui a fait plusieurs centaines de morts, nous avons décidé de mettre en place, rapidement, une mission exploratoire qui a associé les associatifs, les gens du desk urgences. Nous sommes partis pour 10/15 jours, dans un pays sur lequel nous étions présents mais que finalement, nous ne connaissions que peu, déterminer quels étaient les besoins qu'il fallait essayer de couvrir, où, comment et dans quel contexte nous pouvions le faire. Cela veut dire, pour essayer de revenir à la méthodologie, comprendre le contexte, et en l'occurrence, celui du Kenya est assez complexe. En tous cas, beaucoup plus complexe qu'un simple affrontement ethnique. Celui-ci s'avère, en fait, plus la conséquence et l'instrumentalisation que la véritable cause du conflit, les véritables causes étant plus de type socio-économique (répartition des richesses et effet post-colonisation qui n'a jamais vraiment été gérés par les gouvernements successifs). La situation était réellement

dégradée tout particulièrement sur Nairobi, où des affrontements assez importants ont eu lieu dans des bidonvilles mais, où là, pour pouvoir intervenir de manière pertinente, il fallait avoir une pré-implantation, ce qui n'était pas notre cas et qui nous rendait l'accès difficile à ces endroits. Donc nous avons d'emblée, regardé vers la vallée du Rift qui était l'autre zone vraiment impactée par ces violences. Quels étaient ces endroits où il y avait eu ces problèmes et où des gens avaient vraiment des gros soucis d'accès aux soins – on reste MDM, c'est-à-dire une ONG médicale, qui s'occupe, bien sûr, de protection de la personne mais, qui s'occupe avant tout des problématiques médicales - et nous avons regardé dans quelles zones nous pouvions essayer d'intervenir de manière pertinente. Nous avons réalisé un « mapping » des différentes organisations travaillant à ce moment-là, donc quasiment en temps réel sur la vallée du Rift. Donc cela veut dire intégrer des processus de coordination, discuter avec les gens. C'est énormément de travail en capitale avant de se rendre sur le terrain et on doit faire ce travail au préalable, qui peut paraître un peu bureaucratique, technocratique, ce travail de lien et de réseaux indispensable, si nous voulons, en un nombre de jours limités sur le terrain, être pertinents et arriver là où il faut. Donc, c'est ce que nous avons tenté de faire. Nous avons identifié la zone de Nacouru et visité tous les centres, l'hôpital provincial de Nacouru, l'hôpital de district de Molo. Nous avons juste dressé une sorte de petit listing pour que vous voyiez à chaque fois le nombre d'endroits, avec un nombre de jours limités sur le terrain, alors que la situation était quand même assez catastrophique. En tous cas, les violences ont été réellement majeures et l'indicateur assez fiable (le nombre de morts par rapport aux blessés)... En général, sur des violences un peu standard, il y a 1 mort pour 10 blessés... Là, nous approchions d'un rapport de 1 mort pour 2 blessés ; donc il y a eu vraiment de grosses difficultés avec des hôpitaux en rupture de stock d'équipement de réanimation lourde (drains thoraciques, etc.)... Les choses avaient été très violentes, pas mal de populations déplacées et surtout, beaucoup de petits camps dispersés, qui sont finalement difficiles à localiser et à atteindre, à moins d'y aller. Et parfois, c'est vraiment par hasard que nous sommes tombés dessus ! Donc, en résumé un travail de fourmi même sur une zone géographique qui n'est pas trop vaste, pour, au final, dégager un certain nombre de résultats. C'est-à-dire qu'il y avait beaucoup de déplacés, que beaucoup d'entre eux étaient dans des camps ; les besoins étaient essentiellement des besoins de santé primaire, notamment pour ces populations isolées. La situation était d'autant plus complexe qu'il y avait un nombre important de camps, les fonds de santé manquaient de produits et de ressources basiques parce que, soit cela avait été utilisé, soit parce qu'il n'y avait personne pour les utiliser. Il y avait donc un besoin d'identifier ces groupes de personnes, souvent mobiles, souvent isolés. Et pour cela, il fallait donc un projet adapté, souple, mobile, flexible et donc, ne pas débarquer avec la grosse cavalerie mais de pouvoir s'adapter à ce terrain là.

Donc nous avons identifié ces 3 camps comme étant des camps qui répondaient à ces critères-là, qui abritaient des populations de différentes origines. Ce qui nous permettait aussi d'être perçus comme neutres, de ne pas prendre parti pour tel ou tel groupe ethnique. Ce qui nous permettait aussi de faire un travail localement de lien entre les différents groupes ethniques et de lien entre les groupes ethniques et les structures de santé, auxquelles ils n'auraient peut-être pas osé accéder spontanément. Nous avons ciblé, bien sûr, des problématiques de santé publique, de soins de santé primaire, d'éducation à la santé, de monitoring nutritionnel et de protection, parce que ceux sont des gens qui peuvent rencontrer des problèmes sur cet aspect-là.

Donc, voici ce que nous avons rapporté de la mission exploratoire, et consigné dans le rapport, puis présenté en groupe, au Comité de Direction et c'est ce qui a été validé. La réalité, en fait, est que nous n'en sommes là. Nous sommes dans la zone identifiée mais n'est pas du

tout sur les 3 centres et camps dont je vous ai parlé. C'est-à-dire que nous avons ajusté notre fusil à la réalité. C'est-à-dire que le temps que nous repartions, qu'il y ait ce processus de validation en interne, que nous trouvions les ressources et que nous arrivions, la situation avait changé et puis, finalement ce n'était pas là que l'on avait besoin de nous. C'est-à-dire que nous avons été flexibles, mobiles, que nous restons dans la vallée du Rift, dans la zone géographique identifiée, où nous avons pu faire du lien avec les autorités locales et les autorités traditionnelles ; mais, ce n'est pas sur les camps ou les dispensaires que nous avons identifiés. Et globalement, cela ne nous a pas posé trop de problèmes depuis : nous avons apporté des structures supplémentaires. Donc cela signifie vraiment que nous sommes dans un schéma d'ajustement et de dynamique permanent et perpétuel, qui est indispensable si l'on veut être efficace sur ce type de terrain.

Pour terminer avec la mission exploratoire, c'est une étape indispensable au lancement d'une mission. Elle se déroule parfois dans un contexte d'urgence mais ça ne doit nuire en rien à notre exigence de qualité sur ces missions exploratoires. C'est pour cela que nous avons des cadres qui sont clairs sur nos modalités d'approche, c'est pour cela que la nécessité de créer un réseau, d'avoir une bonne évaluation du contexte et une bonne évaluation des besoins sanitaires est indispensable. Sans cela, on ne peut pas faire une mission qui soit optimale, qui soit au bénéfice des populations. Il y a aussi la nécessité d'avoir un appui communautaire et de se servir des gens parce que ceux sont ces gens-là qui permettront la pérennisation des programmes qu'on met en place. Et puis, cela nous a permis de mettre en place des stratégies, que j'appellerais « exploration/action », c'est-à-dire que de manière quasi simultanée, nous explorons un village et hop !, nous installons un petit programme derrière : c'est ce que nous avons réalisé en Indonésie. Cela nous permet d'être très réactif et, simultanément, de faire un diagnostic et de mettre en route le traitement ; ce qui pour tout médecin est le rêve par définition. Cela veut dire que nous essayons de nous adapter mais que parfois nous devons renoncer : toutes les missions exploratoires ne sont pas prolongées par des missions. Heureusement, parce que nous ne serions pas en capacité de tout faire mais, ça veut dire aussi qu'il faut faire des choix.

C'est là que je passe la parole à Patrick. Les choix doivent s'intégrer dans un certain nombre de cadres et de priorités dont l'association est porteuse. Je vous remercie.

▪ **Comment se décide l'ouverture, la prolongation, la fermeture d'une mission, les contraintes : P. David**

Je suis P. David, médecin anesthésiste à Reims. Je vais vous parler cuisine, cuisine interne, et essayer de la rendre digeste...

Donc voilà, nous partons d'une situation donnée, d'un équilibre entre les besoins en santé d'une population et l'offre de soins d'un pays. Et à un moment, va survenir une rupture dans cet équilibre soit par l'augmentation de la pathologie des populations (ça peut être une catastrophe naturelle, une épidémie, etc.) soit par une déstructuration de l'offre de soins (c'est le cas dans les conflits armés). Voilà, il y a une impulsion à un moment donné et, nous nous sommes interpellés sur cette déstabilisation entre l'offre de soins et les besoins de la population et c'est là que nous intervenons.. Mais nous intervenons à partir de certains critères. C'est-à-dire que chaque année, à partir du travail des groupes géopolitiques, nous essayons de réfléchir à des priorités parce que, ainsi que nous vous l'avons dit précédemment, nous ne pouvons intervenir sur tout et partout ; Nous débattons des grands axes politiques dans toutes les instances de l'association. Donc, quand l'impulsion vient d'une situation de crise dans un pays donné, nous confrontons cela à nos choix stratégiques et politiques.

Donc, quels sont nos **choix politiques et stratégiques** ? D'abord, les crises. Les crises, elles peuvent être de deux natures : les conflits armés, d'abord et les catastrophes naturelles ; donc, là, nous avons un certain savoir faire dans cette donnée des crises : nous pouvons faire de la chirurgie, des soins primaires, du psycho-trauma (c'est-à-dire tous les traumatismes qui peuvent suivre une catastrophe naturelle, notamment au niveau des enfants). Donc, ça c'est notre savoir-faire. Mais nous intervenons aussi dans des zones qui ne sont pas l'urgence. C'est une priorité politique définie comme « mondialisation et accès aux soins ». Ce peut être par exemple, la question du SIDA et l'atteinte dans les zones rurales de l'épidémie de SIDA, ce peut être la pénurie en personnel de santé dans les pays du sud, ce peut être les actions que nous essayons de rendre visibles et lisibles sur la question de l'accès aux soins gratuits dans les pays du sud (les deux exemples pilotes à MDM sont le Niger et Haïti). Une troisième priorité politique pourrait être la santé génésique, c'est-à-dire les soins aux femmes et aux enfants qui correspondent à l'incantation, aux engagements du millénaire, parce qu'aujourd'hui, on voit que les bailleurs qui se sont engagés sur cette prise de parole de l'ONU n'ont pas tous suivis leurs engagements, donc il y a encore d'énormes besoins. C'est alors le travail que nous faisons par exemple, en Éthiopie, où nous essayons d'aller dans des zones rurales pour permettre aux infirmiers de savoir faire des césariennes et sauver des femmes, qui si elles n'avaient pas cette offre de soins, mourraient. Voilà, donc, nous avons déterminé, nous, des axes et acquis un savoir-faire et nous confrontons cela un peu à la réalité. Voilà, cela c'est le premier tamis.

Ensuite, quels sont **nos moyens** ? Un des moyens limitant, ce sont les ressources humaines. Il nous faut des médecins. Alors parfois, il faut qu'ils puissent parler une langue étrangère. Nous n'envoyons pas en Amérique latine, un médecin qui parle anglais ; donc, il faut une adéquation entre la qualité de l'offre de soins médicale et la situation. Il nous faut des logisticiens, il nous faut des administrateurs. Et ça, c'est un vrai facteur limitant, qui est compensé par le fait que MDM travaille en réseau international avec d'autres délégations, Espagne, Suisse, Belgique, Hollande. Donc voilà un peu comment parfois, nous sommes

amenés à résoudre ces contraintes de ressources humaines. Ensuite, c'est là, où vous vous intervenez ; il faut en effet chiffrer les programmes choisis. Et quelles sont nos réserves en fond propre ? Voilà, notre interface hebdomadaire : nous pensons à vous chaque semaine parce que c'est vous qui nous aidez à faire nos choix sur ces données là. Heureusement, dans certaines zones géographiques, nos donateurs sont épaulés par des bailleurs qui de temps en temps peuvent donner un petit coup de main. Donc, voilà, ça, ça, rentre en ligne de compte dans nos décisions.

Et puis, quelque chose qui est très spécifique à MDM, c'est ce qu'on appelle la « dimension associative ». C'est-à-dire qu'une fois que nous avons tous ces termes techniques éclaircis, il faut qu'il y ait une conviction derrière ; cette conviction c'est ce qu'on appelle la « dimension associative », que nous portons nous médecins, qui ne sommes pas des professionnels de l'humanitaire, qui sommes dans nos cabinets, dans nos hôpitaux, mais qui avons une conviction militante et nous savons que ça fait partie du succès de nos missions MDM. Donc, dans les moyens que nous devons mettre en place pour permettre l'ouverture d'une mission, il faut qu'il y ait cette conviction militante. Il faut qu'on ait identifié les acteurs de santé qui vont porter la problématique du choix de l'intervention. On sait que si on n'a pas ça, ce ne sera pas un succès ; ça sera une action technique mais où l'on va perdre cette dimension militante. Donc, il faut vraiment que dans les moyens à identifier on ait identifié nos ressources internes associatives.

En ce qui me concerne, moi j'ai connu l'action humanitaire, en Afghanistan, en 1984, à l'époque c'était encore les 2 grands blocs qui s'affrontaient, L'URSS contre l'Ouest, et ça réglait pas mal de questions de sécurité. En 1984, le docteur Augoyard, qui était aide médical international, avait été fait prisonnier par les soviétiques, nous savions que, même dans ce contexte là, il pouvait y avoir des négociations bloc est-ouest. Les choses n'étaient pas si compliquées que ça. Aujourd'hui, avec cet éclatement clanique, ethnique, religieux dans le monde c'est beaucoup plus compliqué donc nous avons une vraie contrainte qui s'appelle la sécurité. Il y a une situation de crise humanitaire, nous envoyons une équipe mais quelles vont être les conditions d'exercice par rapport à la sécurité ? Et donc cette sécurité-là, il faut que nous, au moyen de nos savoirs faire et nos réseaux, nous identifions d'autres réseaux qui vont nous permettre de nous introduire dans ces pays complexes. Et c'est ce que nous avons réussi à faire en Somalie, puisque nous y sommes. Demain nous espérons réussir à le faire en Irak, puisqu'e nous sommes est en train de pénétrer le Kurdistan irakien, c'est ce que Jérôme a su faire en revenant au Darfour. Donc cette dimension de sécurité est vraiment stratégique pour nous et c'est toute une analyse de contexte, un savoir-faire et c'est savoir parler à ces médecins qui exercent dans ces pays.

Ensuite, une autre dimension, c'est **la durée** : nous y allons pour combien de temps ? Soit c'est une action d'urgence, et nous allons pratiquer ce que nous appelons de la substitution, nous allons suppléer au manque de soins de 0 à 6 mois. Ce n'est pas trop compliqué, nous envoyons des chirurgiens et au bout de 6 mois, quand le pays a réglé ses problèmes, nous partons ou alors c'est du long terme, ce sont des indicateurs de santé materno-infantiles qu'il faut corriger et ça, cela se fait pas en 6 mois... Ca c'est du 3 à 5 ans et même sur le SIDA, nous avons pris des engagements ici qui étaient de dire que quand on commence une trithérapie pour un malade, on l'accompagne à vie, donc voyez que les engagements ça peut être de 0 à toute une vie. Nous savons très bien que nous ne serons pas toute la vie derrière lui mais nous ne le laisseront pas tomber et nous nous arrangerons pour que quand, lors de notre départ, d'autres partenaires entretiennent cette trithérapie. Cela s'appelle la pérennité de nos actions. C'est-à-dire que quand nous démarrons une action, il

faut pouvoir dire quand elle s'arrête et comment elle s'arrête. C'est une des conditions très importantes, sinon nous ne savons pas où nous allons, sinon nous ne savons pas ce que nous faisons.. Donc pour pérenniser nos actions, il faut identifier, dans les pays où nous intervenons des partenaires. C'est encore une notion de réseau, mais pas la même que celle dont je vous ai parlé initialement qui était celle sur la sécurité, plus politique ; là, c'est une option de réseau de partenaires médicaux qui vont relayer nos actions. Donc, quand nous décidons une action sur 3 ans, il faut que ce partenariat commence tout de suite pour que nous puissions transférer un savoir faire à ces partenaires.

Alors, l'action est ponctuelle. Jérôme nous en a parlé en ce qui concerne les 3 camps au Kenya. **Comment démultiplier l'efficacité d'une action ?** Nous sommes dans une stratégie qui s'appelle le plaidoyer. Nous démarrons l'action, nous choisissons une thématique et nous allons essayer de démultiplier l'effet de levier de cette action. C'est-à-dire qu'avec le lobbying, nous allons essayer d'agir sur des leviers qui ne sont pas directement des leviers de santé mais, des leviers d'acteurs décisionnels qui vont amplifier le travail pilote initié dans certains pays. Donc, autour de nos actions médicales, nous développons un argumentaire et nous allons à la rencontre de décideurs qui sont nationaux comme internationaux mais, il faut que cette petite action médicale soit démultipliée dans ses effets en essayant de convaincre d'autres acteurs qui, ont aussi les moyens d'agir.

Donc voilà, en gros, toutes les conditions pour démarrer une mission. Où ça se passe ? Les vendredis au 6<sup>e</sup> étage, si vous passez par là... C'est donc une instance paritaire, à laquelle participent soit des acteurs salariés de la maison qui ont des compétences en gestion ou en opérationnel (médical, etc.) et en face d'eux, il y a les cadres associatifs et c'est donc par consensus que nous décidons de l'ouverture ou non d'une mission. Donc voilà un peu la cuisine hebdomadaire, le vendredi, de 14h30 à 18h, et c'est là que se prennent les engagements financiers hebdomadaires, c'est là où se décide l'usage de vos fonds propres.



▪ **QUESTIONS DÉBAT**

- ***Une question générale... en partie reliée à toutes les politiques d'immigration... est-ce qu'une action humanitaire doit être destinée avant tout à soigner ponctuellement les gens ou bien à s'inscrire dans une politique qui va leur permettre de continuer à vivre sur place, c'est-à-dire stopper en fait les politiques d'immigration, réussir à maintenir les gens sur place... ???***

*On peut entendre votre question de différentes manières ; je crois qu'elle n'est pas que pour les humanitaires, elle renvoie aussi aux politiques gouvernementales. Sur le thème particulier de l'immigration, on se dit qu'on fait plutôt une politique répressive en France pour repousser les immigrés et les empêcher de venir. Mais si on est logique avec ça, il faudrait que ça aille de pair avec une augmentation de la coopération française, de ce qu'on appelle l'aide publique au développement en disant « à la fois on défend l'idée d'une politique sécuritaire vis-à-vis des immigrés mais on est logique avec nous-mêmes et donc on augmente le budget de l'aide publique au développement pour permettre aux Maliens, aux Sénégalais, aux Irakiens d'espérer avoir de meilleures conditions, de telle sorte que ces conditions empêchent la migration ». C'est ça qui est derrière votre question et cette question vaut pour le gouvernement comme elle vaut pour les ONG. Alors pour le gouvernement, il y a encore eu des articles hier soir... toute à l'heure Patrick faisait référence aux objectifs du millénaire. C'est un engagement pris par les Nations Unies, précisément pour faire face à ces mécanismes pour que tous les pays riches, développés, atteignent 0.7% de leur richesse nationale placée dans l'aide publique au développement. En disant que les pays riches sont confrontés à des flux migratoires massifs, soyez cohérent augmenter votre aide publique au développement, aider ces populations à avoir chez elles de meilleures conditions et chemin faisant, vous contribuerez à réduire les flux migratoires et donc vous pourrez vous sentir moins lésés par ces flux migratoires. La France est engagée dans ces objectifs du millénaire et on a appris hier que l'aide publique au développement vient d'être réduite. Alors, pour les ONG, j'hésite un peu à le dire là, mais c'est le volume que nous manipulons ; le volume de MDM, on va en parler c'est 60 millions d'euros, approximativement, c'est la moitié de l'hôpital de Béziers, sous préfecture de l'Hérault... donc je ne pense pas que nous agissions sur des volumes tels que nous puissions, sauf à ce que la grenouille se prenne pour le bœuf, agir sur les grands flux migratoires internationaux. Donc c'est vrai que par rapport à cette réalité, on est plutôt sur la gestion de l'urgence et des crises. Nous, et toutes les ONG mises ensemble, ne pouvons pas peser au point de modifier ce phénomène, c'est des dizaines de millions de personnes*

- ***Oui, mais d'un point de vue philosophique, vous pensez qu'on doit agir pour éviter le déracinement continu des gens ?***

*Oui, je pense que le sens de ma réponse c'était ça. Comme je l'écrivais dans un des derniers éditos du journal des donateurs, on réserve souvent un mauvais accueil aux migrants, mais réfléchissons un peu nous-mêmes aux mécanismes qui pourraient nous pousser à quitter notre pays, pour partir à l'aventure, dans des dangers absolument dingues, pendant lequel des milliers de personnes vont mourir en chemin... il faut donc que les mobiles soient quand même forts, donc je pense que chacun d'entre nous préfère vivre dans son village, dans sa culture, avec ses proches, sa famille, manger ses produits régionaux que de partir à l'aventure. Et je crois que ce qui est vrai pour nous, je suis persuadé que c'est vrai pour toute personne tentant cette aventure, parfois mortelle.*

- ***Je voulais savoir s'il existe une coordination entre associations humanitaires ? Comment ça comment ça se passe ? Un exemple, MSF par rapport à MDM ?***

- *En général, la coordination est plutôt sur le terrain. Tout en restant modeste, encore une fois, on intervient à plusieurs ONG mais, un des reproches qui nous est fait, est une sorte de concurrence entre humanitaires sur le terrain. Ce que je réponds à ça c'est que, bien souvent, quand on est sur une crise d'une ampleur réelle, il n'y a pas de concurrence, notamment au regard de ce que nous mobilisons comme aide internationale, il y a largement assez pour que tous les acteurs puissent trouver des besoins réels auxquels faire face. Après la question qui se pose, c'est la coordination sur le terrain. Il faut se mettre d'accord sur une répartition géographique, sur une répartition thématique. Qui fait de la chirurgie de première urgence ? Qui fait de la dotation en médicaments ? Qui fait des campagnes de vaccination ? Il faut se coordonner. Et quelques fois, on a ce qu'on appelle dans notre jargon un grand « barnum » humanitaire, où là, il y a, et on l'a connu pendant les événements du tsunami,... , où là il y a un tel nombre d'humanitaires que c'est un peu la pagaille et sans être élitiste, je pense que c'est encore plus la pagaille quand il y a beaucoup de petites associations. Leurs mobiles sont tout aussi légitimes que les nôtres mais, il y a quand même des mécanismes, justement, de connaissances internes, de volonté de se coordonner qui font que souvent c'est des petites associations que viennent les problèmes à avoir*

- **Je voulais revenir sur la question précédente... les 0.7% qui vont être réduits en France... C'est géré par qui ?**

- *C'est une question sensible... Chaque année est publié L'observatoire national de la coopération française... et en France, c'est un sujet qui fait souvent débat parmi les observateurs des relations internationales, parce que c'est une nébuleuse ! Un des grands reproches faits à la France est que, non seulement elle n'atteint pas son quota de 0.7% du PNB, mais qu'en plus, elle mettrait, dans ce qu'elle identifie à de l'aide publique au développement, des fonds qu'elle octroie à ses DOM-TOM (Polynésie Française Martinique, Guyane) ! Deuxième critique qu'on lui fait, c'est que ce pot commun a servi pendant des années à des services spéciaux, avec des vocations plus ou moins avouables sur des opérations internationales. Sur le cas de la France, je suis peut-être caricatural, mais, c'est ce que les observateurs internationaux s'accordent à dire : d'abord, on n'atteint pas les quotas en volume et ensuite, la façon dont on remplit cette enveloppe est une nébuleuse. Il n'est pas exclu que tous les fonds spéciaux de l'Élysée pour les opérations spéciales à l'étranger soient comptabilisés dans cette cagnotte...*

- **Aucune ONG n'en profite ?**

- *Bénéficiaire ou non des fonds de l'État est plus une question de « culture » dans le milieu associatif. Quand on observe le mouvement humanitaire international, il y a en gros trois grandes catégories, qui renvoient à l'histoire et à la culture de chaque pays dans la relation de sa société civile à son gouvernement. Il y a ce qu'on appelle les ONG de type scandinave, les ONG de type anglo-saxon et les ONG de type méditerranéen. Le système scandinave (Danemark, Norvège, Allemagne, etc.) a pour habitude, une forte habitude, de faire bénéficier les fonds de l'État aux ONG. Et souvent, dans ces pays, les ONG sont de véritables acteurs, de véritables artisans de la coopération internationale ; dans ces cas là, l'aide publique au développement peut transiter jusqu'à 40% par le biais des ONG. Il y a un 2<sup>e</sup> modèle, qu'on appelle le modèle anglo-saxon, qui fonctionne un peu à l'image de grandes entreprises privées. On y retrouve les ONG américaines, qui bénéficient souvent des fonds de l'État et qui, de plus, ont une revendication qui rejoint la politique internationale de leur pays. Beaucoup d'ONG américaines sont dans cette logique. Et puis, il y a ce qu'on appelle les ONG de type*

méditerranéen (France, Espagne et d'autres) où notre système humanitaire s'est construit plutôt en rupture ou en suspicion par rapport à l'État. On n'y aime pas les finances qui viennent du gouvernement, parce qu'on estime qu'elles peuvent être empreintes d'arrière pensées géopolitiques ou géostratégiques. Et dans le cas de la France, c'est donc le plus faible pourcentage d'APD qui transite par les ONG : environ 1% seulement de l'aide publique au développement. Donc les ONG françaises s'alimentent très peu en APD. Il faut en trouver la cause dans l'Histoire et dans la suspicion réciproque que nous entretenons avec notre gouvernement, quelle que soit d'ailleurs sa couleur politique.

- **J'ai deux questions. La première. Vous nous avez dit que le budget de MDM était d'environ 60 millions (la moitié, selon vous, du budget de fonctionnement de l'hôpital de Béziers...) Là, vous parlez donc de ce qui est monnayable, chiffrable. Mais, avez-vous une idée de ce qui est fait gratuitement, par les médecins, les chirurgiens, les anesthésistes, qui donnent une semaine, dix jours ou plus, par an, et qui, eux, le font sans être payés ? Savez-vous donc, dans ces conditions, à combien on pourrait évaluer le budget réel ? Et deuxièmement, à combien se monte ce 1% du gouvernement, et est-ce que MDM en reçoit plus... et dès lors MDM peut-elle rester une ONG non gouvernementale ?...**

- *Je ne veux pas me dérober à la question, mais je suis un peu gêné parce qu'il est prévu juste après une intervention de notre trésorière et qu'elle va apporter des éclairages supplémentaires. Donc, par respect pour elle et pour ce qu'elle va présenter, je préférerais que ce soit elle qui réponde aux questions qui ont directement un lien avec les finances... avec des éléments d'informations chiffrés. Je pense que Catherine se saisira de la question ; elle ne l'oubliera pas.*

- **Moi, je voudrais savoir quelle est la politique de mise en place de missions de planification familiale dans les pays fortement touchés par le SIDA ? Est-ce qu'on ne devrait pas faire des missions de prévention ? Quelle est votre politique, qu'est-ce que vous faites ?... Parce que je n'ai rien vu et que je n'arrive pas à comprendre vos actions !**

- *D'une part, la lutte contre le SIDA représente un pourcentage d'au moins 25% de notre budget des missions internationales. Je cite de mémoire et, là encore, on vous donnera des éléments chiffrés tout à l'heure. En la matière, MDM, comme beaucoup d'ONG, a connu des évolutions stratégiques ; je vais essayer de vous les résumer : Pendant de nombreuses années, on est arrivé à ce paradoxe qui reléguait l'épidémie de SIDA dans les pays du sud et les traitements (la mono puis la bi et enfin la trithérapie) dans les pays riches. Donc, pendant des années, les ONG ont développé des stratégies de prévention, d'abord parce qu'on n'avait pas de médicaments... On était totalement démunis. Donc, la prévention restait la seule stratégie efficace. Ceci dit, on ne pouvait rien faire, à l'époque, pour les personnes déjà contaminées. Puis, sont apparues les premières molécules en Occident et la plupart des ONG, dont MDM, se sont battues contre les logiques des grands laboratoires qui ne voulaient pas que les pays du sud aient accès aux trithérapies. Ces derniers disaient qu'ils n'avaient ni les financements, ni les compétences médicales, ni les examens de laboratoire que nécessite l'usage de la trithérapie (car l'usage de ces thérapies a des effets secondaires qu'il faut surveiller, au niveau hématologique, hépatique, etc.) Donc, les grands laboratoires, dans une logique strictement économique, se positionnaient en disant : « la maladie est au sud mais, les médicaments sont au nord ». Et donc, MDM s'est bagarré sur un certain nombre de programmes pilotes pour prouver que, sous certaines conditions, y compris dans les pays du sud, on pouvait contribuer à créer et à faire en sorte que des équipes médicales africaines,*

asiatiques, rentrent dans la lutte contre le SIDA. Y compris dans le cadre thérapeutique. Ça c'est le cadre historique. Maintenant, ça reste un vrai problème ! J'ai l'habitude de dire que si on n'y prend pas garde, le SIDA est un véritable piège pour les humanitaires. Comme le disait Patrick, toute à l'heure, une personne qui est sous trithérapie, elle est sous trithérapie « à vie ». Donc, quand vous travaillez dans un pays pourri comme la Birmanie, où l'État ne remplit pas ses obligations, où la corruption est généralisée, vous allez prendre en charge des centaines de milliers de personnes (parce que la maladie est omniprésente et vous allez les mettre sous trithérapie. Mais quel espoir avons-nous aujourd'hui que les autorités birmanes prennent un jour le relais de MDM pour soigner ces personnes ? Autrement dit, on en prend pour 30 ans ! Alors, si nous n'y prenons pas garde et si nous multiplions des programmes SIDA dans des pays où les gouvernements sont aussi peu fréquentables, tout notre budget de fonctionnement va bientôt être absorbé par le respect des engagements médicaux pris vis-à-vis des populations touchées par le SIDA...

- **Vous avez mis l'accent sur l'importance des troubles mentaux dans les populations qui sont dans la rue en France... J'imagine aussi l'importance des troubles mentaux lors de crises graves à l'étranger... J'aimerais connaître la part des soins que vous apportez dans ce domaine.**
- *En volume financier, je ne saurais pas trop vous dire ça de tête. Nous revenons avec Catherine Giboin d'un séminaire régional qui s'est tenu au Moyen-Orient ; on y réunissait des équipes d'Afghanistan, d'Irak, de Palestine, du Liban, de Syrie, etc. Au-delà des discussions géopolitiques, au-delà de l'échange d'informations sur les programmes que les équipes de terrain ont voulu partager, la thématique centrale était celle de la santé mentale. Bien sûr, elle est omniprésente... Un des psychiatres, présent à ce colloque, est intervenu en disant que face à des situations traumatiques, l'individu avait deux possibilités : l'attaque ou la fuite. On travaille dans des régions où il y en a une troisième : c'est ni l'attaque, ni la fuite, c'est simplement « rester et subir ». Donc, les traumatismes psychologiques sont majeurs sur l'ensemble de nos projets et toutes les équipes nous renvoient qu'il faut travailler sur ce type de problématique. C'est aujourd'hui un des aspects qu'on développe dans beaucoup de programmes, que ce soit en Irak, au Liban, en Afghanistan. Cette préoccupation est en filigrane majeur.*
- **Quand vous arrivez à la fin d'une gestion de crise d'urgence, je suppose qu'il y a une phase de transition entre urgence et développement... est-ce que vous préparez d'autres ONG, qui vont vous succéder, à ces phases de développement ?**
- *On essaye de rester d'abord dans notre champ de compétences. Mais on se situe dans une certaine temporalité. Et, dès qu'on arrive sur le terrain et qu'on pressent que la situation sanitaire va être dégradée bien au-delà du temps qu'on va passer sur le terrain, on va immédiatement chercher un partenaire. C'est ce qu'on fait un peu partout. Je ne parle pas ici des situations d'extrême urgence, mais je parle de notre mission SIDA à Madagascar, de nos programmes en Amérique Latine. Tout cela se met en place en fonction des cultures qui existent dans les pays. Car tous les pays n'ont pas la culture de cette forme d'organisation sociale que sont les ONG. Certains ont d'autres formes d'organisation sociale, plus communautaires ou religieuses, etc. mais dans tous les cas, chaque fois que ces partenaires existent, on va essayer de travailler avec eux, c'est certain.*
- *La question est intéressante dans le sens où elle suppose qu'il existe un continuum entre l'urgence et le développement. C'est vrai sur certains terrains, mais ce n'est pas vrai sur*

*tous. Il arrive que cela s'entrecroise, et l'on passe d'un état à l'autre de manière assez brutale. C'est le cas des terrains complexes, sur des conflits armés un peu larvés qui prolifèrent actuellement. Cette notion n'est donc plus si linéaire que ça. Il faut donc qu'on adopte un mode de travail adapté à cette situation et qu'on se prépare à être tantôt dans une phase de développement, où on accompagne des populations et où on fait de la formation, tantôt dans des phases beaucoup plus aiguës, d'urgence, où là, on peut se remettre dans des situations de médecine de substitution. Voilà, il y a donc des terrains différents et ce n'est donc plus aussi linéaire que cela a pu l'être par le passé.*

▪ **FILM : Niger/ Keita**

▪ **Comment les missions sont-elles financées ? Les ratios - C. Giboin**

Bonjour à vous tous. Je suis très contente d'être parmi vous, parce qu'il est vrai que les donateurs représentent un élément très important de notre vie au quotidien. Les voir s'incarner, aujourd'hui, c'est quand même très sympathique. Pour ma part, cela fait 15 ans que je suis engagée à MDM et je tiens à préciser que je ne fais pas partie du corps médical. C'est difficile parfois mais cela m'a permis, quand j'ai été élue au Conseil d'Administration, qu'on me nomme trésorière... parce que la règle de trois n'est pas toujours maîtrisée par les médecins ! Non, pardon... ce n'est pas vrai : il y a les pédiatres et les anesthésistes qui maîtrisent bien les règles de trois !

Je rassure aussi ceux qui sont un peu loin de l'écran : je n'ai que 4 diapositives... Je vais essayer aussi de ne pas vous abreuver de trop de chiffres et de vous endormir avec, mais, avec la position que j'occupe, je ne peux pas éluder la question... Il y a donc un certain nombre de ratios et de chiffres que je vais vous présenter. Mais auparavant, je voudrais vraiment insister sur le fait que ces chiffres sont des moyennes annuelles, des ratios et qu'en aucun cas, finalement, ils ne témoignent du cycle de vie d'un projet au sein de l'association. Je voudrais vraiment insister sur ce point très important, en particulier dans la notion d' « équilibre » entre les fonds privés qui viennent de la générosité du public, c'est-à-dire vous, et les fonds institutionnels.

Il y a **deux grands types d'équilibres financiers** qui nous importent, et qui vous importent. Il y a d'abord celui des fonds privés, issus de la générosité du public, face aux fonds institutionnels. C'est un premier élément. Et il y a un deuxième élément, tout aussi important : ce sont les ratios de fonctionnement. Autrement dit, qu'est-ce qui relève de la mission sociale de l'association ? Des missions ? Qu'est-ce qui relève du fonctionnement de l'association ? Et qu'est ce qui relève des frais d'appel à la générosité du public ? Ce sont vraiment ces seuls chiffres que je vais évoquer aujourd'hui parce que, sinon, ça va vous embêter...

Avant de vous les présenter, je voudrais dire – même si cela a déjà été dit – que les fonds privés, c'est ce qui nous permet d'être réactifs, flexibles et indépendants. C'est un facteur de levier très important et c'est un point très important de la vie d'un projet. Je vais prendre deux ou trois exemples, et peut-être même des exemples que vous avez rencontrés dans les lectures du Journal des donateurs.

Pour la mission au Pakistan, il y a eu d'abord une mission exploratoire ; je peux en parler facilement : c'est moi qui l'ai menée... Je l'ai menée en 2004, et ça a donné lieu à un projet de mise en place de refuges pour femmes victimes de violences dans la province du Pendjab. Vous pouvez facilement imaginer que ce n'est pas un sujet extrêmement facile dans le contexte. Ça ne l'était pas plus vis-à-vis des bailleurs institutionnels. Ce projet, pendant trois ans (2005-2007), a donc été financé entièrement par vous. A100%. Et c'est parce qu'on a été capable de montrer des résultats tangibles, parce qu'on a été capable de mener à bien un certain nombre de choses sur le terrain qu'on a pu finalement intéresser les bailleurs de fonds institutionnels et qu'aujourd'hui, en 2008, ils financent ce projet à 80%. Ce qui veut dire que l'argent qui a été libéré à cette occasion va nous permettre de retravailler sur d'autres thématiques. Parce que – comme l'a dit Pierre – on est des acteurs de changement...

On n'a malheureusement pas le volume de porter aujourd'hui assistance à tout le monde, en reprenant l'image de l'hôpital de Béziers. Et c'est très important. Comme le disait toute à l'heure Jérôme Larché en parlant du Kenya, il y a effectivement des périodes d'urgence où la situation change extrêmement rapidement, et où on peut ajuster très rapidement l'offre de services. Quand vous êtes financés par un bailleur de fonds institutionnels, que vous avez déposé un projet et que vous êtes censés travailler dans trois centres de santé, eh bien, si demain, vous devez changer de centre de santé parce que la situation l'impose, ou parce l'urgence l'exige, il faut faire un avenant. Il faut aller discuter avec le bailleur. C'est assez compliqué et c'est finalement très lourd. Et les bailleurs institutionnels sont, parfois, assez difficiles à faire bouger. On a cité la Birmanie, où le Comité des Donateurs s'est d'ailleurs rendu en 2007, je crois. Eh bien, y a quelques temps, le Fonds Mondial s'est désengagé de la Birmanie. Le Fonds Mondial c'est l'un des principaux bailleurs sur la thématique du SIDA. Pour des raisons qui sont restées un peu obscures, ils se sont désengagés. On avait des patients sous traitement ; si on n'avait pas eu des fonds privés, on aurait été vraiment très handicapés. On peut citer le Népal, aussi. Pendant la guérilla, on a eu beaucoup de difficultés à travailler et c'est grâce aux fonds privés qu'on a pu continuer à travailler et qu'on continue de le faire, sans avoir la pression des bailleurs qui voulaient qu'on travaille dans la province A alors que nous, nous, voulions travailler dans la province B, parce que ça nous paraissait plus important.

Donc pour moi, s'il y a un seul message à vous faire passer, c'est vraiment celui-là : les « moyennes » ne témoignent pas du cycle de vie, de la cinématique d'un projet, et de la liberté d'action que nous donnent les fonds privés.

*(Elle montre les graphiques projetés).* En fait, on a trois types de ressources... D'abord et avant tout, la générosité du public, c'est-à-dire vous ; puis les subventions des bailleurs de fonds institutionnels et les subventions privées. Aujourd'hui, émergent des fondations privées, du mécénat. C'est devenu une partie significative de nos financements.

Si l'on regarde une évolution sur quatre ans, 2005, 2006, 2007 et 2008, les chiffres sont assez homogènes pour ce qui concerne **le premier ratio** : 60% de fonds privés et 40% de fonds publics. Donc, si vraiment, il n'y a qu'un seul chiffre à garder en tête, c'est celui-là. On remarque un volume de ressources qui a sensiblement augmenté, entre 2004 et 2008, grâce à vous. Même si 2005 était une année un peu particulière, puisqu'il y a eu les dons du Tsunami, le ratio fonds privés/fonds publics est quasi constant. Il y a de légères variations mais elles ne sont pas très significatives. Cette générosité du public, Benoit en parlera plus longuement que moi, dans la présentation qui va suivre, mais je voudrais insister sur deux petites choses en amont. La générosité du public, elle s'articule aujourd'hui autour de deux approches, de deux stratégies : d'une part, les mailings et les publipostages et d'autre part, les prélèvements automatiques. Aujourd'hui, c'est à peu près moitié-moitié, si je ne dis pas de bêtises. Pour nous, le prélèvement automatique est un élément très important parce qu'il est *prédictible*. C'est représentatif de la relation de confiance qu'on a pu construire avec vous. Et puis construire un budget, c'est un exercice relativement complexe, sachant que d'une part les dépenses sont peu prévisibles (puisque nous travaillons beaucoup sur des terrains d'urgence) et que les ressources sont, elles aussi, peu prédictibles (puisque certains mailings ont une capacité relativement variable à générer des fonds, en fonction des thématiques.) Le prélèvement automatique devient donc un élément très important.

Je voudrais insister, et la question m'a été posée toute à l'heure, dans les couloirs, sur la question de **l'affectation des dons**. C'est un sujet important. On a toujours eu pour

principe, à MDM, de mutualiser les dons, sauf demande expresse de votre part. Donc, si vous demandez de façon claire et explicite que votre don soit affecté, votre don sera affecté ; il n'y a aucun doute là-dessus. En revanche, si vous ne le précisez pas, les dons sont mutualisés et donc, potentiellement réaffectés. C'est pour nous, un principe important, parce qu'il nous donne la possibilité d'intervenir sur des thématiques de façon très réactive. Je citais tout à l'heure le désengagement du Fonds mondial en Birmanie, et effectivement, c'est grâce vous qu'on a pu intervenir sans faire un mailing dans les quinze jours qui ont suivi. Je pense aussi que ça nous permet de nous dégager des agendas des bailleurs de fonds, qui ne sont pas toujours les nôtres, et de nous dégager aussi de la forte médiatisation de certaines thématiques. On peut donc travailler sur des sujets qui ne sont peut-être pas à la une des journaux ; d'où l'importance de cette relation de confiance entre vous et nous. Je pourrai vous photocopier les chiffres, après, si vous le voulez, mais ils figurent dans les rapports financiers et sur le site internet.

Pour ce qui concerne **l'évolution des dépenses** depuis 2004, on peut parler d'augmentation. Je voudrais juste dire qu'en 2003, les missions internationales représentaient 14 millions d'euros. En 2007, elles vont représenter quelque chose comme 23 ou 24 millions d'euros. Et sur le budget 2008, elles vont représenter 26 millions d'euros. On a donc un quasi-doublement de nos missions internationales, pas tout à fait, mais de l'ordre de 80% . Ce qui est effectivement très important, car le volume global de fonctionnement n'a pas du tout augmenté dans les mêmes proportions. Si les chiffres globaux de fonctionnement de MDM ont augmenté de 26% en 4 ans, le volume des missions a augmenté de 42% sur la même période.

Dans cette période-là, les missions France sont à peu près stables. Elles évoluent aux alentours de 4 millions d'euros, avec quelques variations. En 2007, nous avons pu nous désengager des « bus méthadone », qui a été repris par le système de santé national. Ce fut une grande réussite pour nous parce que, l'objectif n'est jamais de nous *substituer* à l'État. La logique de pérennité de nos actions au niveau international, elle prévaut aussi en France et donc, le fait de pouvoir transmettre l'activité de trois « bus méthadone », dans trois villes françaises, était le garant de cette pérennité. Et donc, maintenant, ce sont des associations créées *ad hoc* et qui bénéficient du financement de la DDASS.

Sur la diapo suivante, on voit le tableau classique des **ratios de fonctionnement** de l'association. On a pour objectif d'avoir un pourcentage de missions sociales qui soit supérieur à 70%, un ratio d'appel à la générosité du public qui soit inférieur à 20% et un ratio de fonctionnement (intégrant la communication) qui soit de l'ordre de 10%. Globalement, ces objectifs ont été atteints entre 2004 et 2005, et depuis, on progresse... Sur le budget 2008, on aura 74% du budget de fonctionnement attribué aux missions, seulement 18% en appel à la générosité du public et 8% en fonctionnement (intégrant toujours la communication). Ces objectifs, pour nous, sont les fondamentaux de la construction de notre budget. Et, comme l'a dit Dominique Dumand en introduction, nous avons construit le budget 2008 en tenant compte de ces ratios et en le ramenant à l'équilibre.

Et juste pour être un peu plus concret et pour coller à la réalité des différentes présentations d'aujourd'hui, je voudrais vous donner une petite idée de la répartition de nos fonds **par continents**. Je n'ai malheureusement pas la répartition des fonds par thématiques. Il y a des questions qui ont été posées tout à l'heure sur la santé mentale et le SIDA ; je n'ai pas les chiffres sous les yeux, mais je pourrais éventuellement vous les trouver et vous les transmettre. Mais je précise que c'est un peu compliqué, parce que souvent les projets ont des



volets. C'est-à-dire que dans un même projet, on a une partie sur la santé primaire, une partie sur la santé mentale ou sur le SIDA et que du coup, il est un peu plus complexe de sortir ces chiffres là. Mais on les a, et je me tiens à votre disposition pour vous les transmettre. Donc ici, c'est juste la répartition des missions internationales pour le budget 2008. Ça reprend un peu ce qu'a dit Pierre Micheletti sur les différentes urgences, thématiques et pays. Donc, grosso modo, l'Afrique représente 50% des missions internationales ; ce ratio a considérablement augmenté dans le volume de nos missions internationales. Pour faire simple, l'Amérique Latine, l'Asie et le Moyen-Orient représentent environ 15%. Et, l'Europe est effectivement peu représentée, puisqu'on est sur des projets plutôt symboliques et qui ne sont pas sur des engagements financiers importants. Je voudrais attirer votre attention sur des pays qui comptent le plus financièrement — et vous ne serez pas surpris — : ce sont la RDC, le Soudan, la Birmanie, la Somalie, l'Irak, et le Zimbabwe.

Je voudrais répondre aussi à la question qui a été posée sur la valorisation des contributions volontaires et sur le volontariat ; cela figure sur le rapport financier au pied du compte de ressources, page 41, et ça représente entre 15 et 18 millions d'euros. C'est un nombre calculé sur la base du bénévolat, en traduction du nombre de jours de volontariat et d'un salaire moyen. C'est inscrit en bas du tableau des comptes de ressources.

Merci à vous.

## **2 - COMMENT ? LES FONDS ET LES HOMMES**

### **▪ Les chiffres clés, la collecte – Juliette Chevalier et Benoit Duchier**

Bonjour. Je m'appelle Juliette Chevalier, je suis directrice de la communication et du développement, et je vous présente Benoit Duchier, qui est responsable de la collecte. On voulait vous dire que c'est de notre faute si vous êtes là, ou plutôt grâce à nous... ça dépend comment vous le voyez. C'est nous qui travaillons sur ce qui a été évoqué plusieurs fois : c'est-à-dire les fonds qui soutiennent nos missions.

Donc, on va assez vite vous présenter quelques chiffres, et puis, vous faire part de nos choix, les choix qui ont pris par la Direction Générale de MDM il y a plus de 2 ans, pour faire évoluer et modifier un peu la manière dont on faisait appel aux dons et transformer l'organisation de notre collecte. C'est essentiel, je le rappelle : car c'est la moitié du budget de MDM. C'est notre boulot de tous les jours. C'est fondamental pour les missions.

Comme pour les autres, on va vous faire une présentation de nos transparents la plus imagée possible mais ne vous inquiétez pas, il n'y en a pas énormément, même si c'est la spécialité de Benoit...

Ce qui est en rouge, c'est le niveau de collecte dans l'année ; ça représente en 2007 environ 25 millions d'euros. Ce qui est en gris, ce sont les charges affectées à la collecte de fonds, c'est le fameux ratio qu'on essaye de maintenir en dessous des 20%. Pour 2007, on a une marge de 15 millions d'euros sur l'ensemble des opérations de collecte de fonds. C'est donc une progression importante. 1 million et demi de marge en plus depuis 2006. On a des coûts de gestion en recul depuis 2006, et ce de façon assez significative, puisque cela représente environ 10% . Et puis on peut voir aussi que la collecte est assez stable depuis 2001. Les quelques pics que vous voyez sont dus aux urgences de 2004 et 2005, essentiellement le Tsunami. Donc, hormis 2001, qui est un peu plus haut, on est sur un **volume de collecte** qui est relativement stable et qui tend cependant à progresser un peu puisque sur le budget 2008, on a un estimatif pour la collecte qui tourne autour de 27 millions.

On a, comme je le disais, **deux principes** qu'on va vous présenter, qui soutiennent les choix stratégiques de la collecte, depuis plus de 2 ans maintenant, et qui sont essentiels dans son organisation.

Le premier principe, c'est la baisse du nombre de sollicitations dans l'année, c'est-à-dire la baisse des envois. C'est vraiment quelque chose qu'on continue à poursuivre et qu'on a vraiment accentué cette année. Pour vous donner un ordre de grandeur global, on est passé de 6 millions de courriers envoyés en 2003 à 3,7 millions en 2007. Donc, c'est une baisse soutenue, chaque année, que l'on continue puisque globalement, ça représente une diminution de plus de 40% depuis 2003. Et que, rien qu'entre 2006 et 2007. On a donc fait baisser ces envois de 23%. Parallèlement, le coût de ces mêmes envois a baissé de 20%. Le nombre de retours par message, en revanche est en hausse, et notamment en 2006 et 2007. On verra si ça se confirme en 2008. De plus, MDM est, par rapport à d'autres associations, l'une de celles pour laquelle le don moyen est assez élevé.

Le deuxième principe clé, c'est Benoit (Duchier) qui va en parler puisqu'il le connaît bien.

Ce deuxième axe, qui découle du premier puisqu'ils sont intrinsèquement liés, c'est l'idée de développer les dons par prélèvement automatique. Ils ont un intérêt très fort pour nous, permettant de prévoir, d'anticiper au mieux nos actions, de gérer nos budgets, et d'être le plus réactifs sur le terrain en fonction des urgences. Pour ça, il y a un moyen, que vous connaissez probablement tous, c'est la *collecte de rue*. Vous avez probablement croisé dans les rues de Paris, ou d'ailleurs, des équipes de collecte ; elles sont là pour recruter de nouveaux donateurs, par le biais du prélèvement automatique. On peut constater que les dons par prélèvement automatique, ont été fortement développés depuis 2003, puisqu'ils représentent en 2007 plus de 44% de la collecte, alors qu'ils ne représentaient qu'un peu plus de 10% en 2003. C'est donc une forte progression qui est due, pour nous, à deux efforts : convaincre les donateurs ponctuels (les gens qui répondent aux messages et qui font des dons par chèques, par carte bleue) de la pertinence de cet outil, et recruter des nouveaux donateurs dans la rue.

Pour la **collecte de rue**, on travaille avec des équipes qui suivent une formation chez Médecins du Monde et au cours de laquelle interviennent des associatifs et/ou des salariés. A plusieurs reprises, le Comité des Donateurs est venu assister à ces formations. Il a fait un rapport sur la manière dont ces formations étaient menées et dont les équipes de rue travaillaient. Donc, il y a bien un regard des donateurs sur ce qui se passe dans la rue et sur les équipes avec lesquelles on travaille.

Par ailleurs, on mène un travail en commun avec les autres associations qui interviennent aussi dans la rue pour qu'il y ait une présence régulière et régulée dans les villes, et pour qu'on ne soit pas tous, en permanence, au même moment et au même endroit. On travaille donc avec Handicap International, avec AIDES, ou avec ACF pour réguler ensemble cette présence dans la rue. Il y a deux choses sur lesquelles on voudrait insister par rapport à la collecte de rue ; c'est à la fois, une *présence* très importante en matière de communication – c'est-à-dire que les personnes, qui sont dans la rue et qui travaillent sur cette collecte, offrent, à chaque rencontre, une présentation de MDM et de ses activités à travers un certain nombre des piliers fondamentaux de l'association. C'est très important pour nous. Et puis, par ailleurs — et c'est fondamental — elle donne un soutien déterminant pour, à la fois, offrir une prévisibilité de nos ressources et donc une indépendance par rapport à des bailleurs institutionnels ou publics, et pour pouvoir aller quand on veut et, à peu près, où l'on veut.

Encore un petit point sur les prélèvements pour vous en montrer l'évolution : en 1999, on avait un total de dons de 0.8 millions d'euros par prélèvement automatique. En 2007, cela représentera 10.8 millions. C'est une augmentation considérable. Ne serait-ce qu'entre 2006 et 2007, la collecte auprès des donateurs *classiques* (comme on les appelle) a gonflé de 11% les dons par prélèvement automatique, alors que les gens rencontrés dans la rue, ont, eux, augmenté leur contribution de 168%. C'est vraiment, pour nous, un point stratégique sur le développement de la collecte et, forcément, sur les actions de MDM.

Juste un dernier point pour finir (et ce n'est pas de la démagogie) c'est qu'on a fait un certain nombre de choses à **l'écoute des donateurs et en lien avec eux**. C'est-à-dire qu'en fonction des questions qui nous sont posées sur Internet et des remarques qui sont soit reçues par téléphone soit transmises par le Comité des Donateurs, on a donc – vous l'avez vu – pu baisser le nombre d'envois. Et ça c'est vraiment fonction des remarques qu'on avait récoltées. On a fait aussi, de la même manière, évoluer le *ton* des messages. Depuis plusieurs années, on est vraiment en lien avec nos missions, on ne cherche pas à dramatiser, ou à en rajouter sur ce que l'on voit. On essaye de faire en sorte que le Desk Urgences ou que les équipes de

la Direction des Opérations Internationales puissent lire nos messages et s'y reconnaissent, et y retrouvent le travail qu'ils font sur le terrain sans faire un grand écart entre ce qu'on vous écrit et ce qu'on fait concrètement. Dernière chose, on a décidé, fin 2006, d'arrêter les échanges de fichiers d'adresses de donateurs avec d'autres associations.

Enfin, pour votre information : vous étiez environ 300.000 à nous avoir soutenu en 2007. Merci à vous.

▪ **16H35 Les hommes : bénévoles, volontaires, salariés, qui fait quoi, comment se constitue une équipe terrain ? – Th. Durieux**

Bonjour, à tous. Je m'appelle Thomas Durieux, je suis directeur des ressources humaines. Ça fait 10 ans que je suis engagé aux côtés de MDM. J'ai fait quelques années sur le terrain, en tant que coordinateur sur des projets d'urgence ; puis, j'ai rejoint le siège où j'ai animé le département urgences. Et aujourd'hui, je vais vous présenter les différents acteurs de MDM.

Plutôt que de vous présenter un organigramme qui risque d'être un peu rébarbatif, j'ai l'idée de vous présenter rapidement quels sont les différents statuts des acteurs de nos projets et également, quelles sont les passerelles entre les uns et les autres. Vous verrez que l'on peut passer d'un statut à l'autre et que l'engagement au sein de l'association peut se faire à différentes époques et sous différents statuts, que ce soit en France ou à l'étranger. Et à la fin de mon intervention, je vous expliquerai rapidement comment on recrute une équipe qui partira à l'international, pour vous donner une idée de la manière dont nous sommes organisés.

Effectivement, MDM a une multitude de statuts. Nous avons tout d'abord les **bénévoles**, qui sont environ 1.300. Les bénévoles, ce sont ceux qui donnent de leur temps sur nos projets en France. Ils sont le cœur qui fait vivre nos projets. Ils sont répartis dans l'ensemble des régions françaises et impliqués bénévolement sur l'ensemble de nos projets. En parallèle, nous avons ce que nous appelons des **volontaires**. C'est le même principe que les bénévoles. Ce sont des gens qui prennent de leur temps, mais qui, eux, partent à l'international sur nos missions de développement ou d'urgence. Le nom n'est pas le même parce que les volontaires bénéficient d'un cadre juridique un peu différent que les bénévoles et qu'ils sont *indemnisés*. Ce n'est pas grand-chose : on parle de 800 euros par mois pour un chirurgien qui se déplace, ce qui est censé couvrir *a minima* les charges fixes que l'on peut avoir en France. L'an dernier, nous avons eu 194 départs.

Troisième statut : ceux sont les **adhérents**. Alors, comment devient-on adhérent de MDM ? Pour être adhérent, il faut avoir fait du bénévolat ou du volontariat, c'est-à-dire, à un moment ou à un autre, avoir donné de son temps à MDM. Puis, lorsqu'on a donné de son temps, il faut être coopté par un cadre associatif (ou du moins quelqu'un qui est responsable d'une mission) et faire la demande d'être adhérent en payant une cotisation annuelle. Mais tous les bénévoles et volontaires ne sont pas forcément dans une démarche d'adhésion. C'est un choix personnel, et nous ne l'imposons pas.

Quatrième statut : c'est nos associatifs, nos **cadres associatifs**. Ce sont des adhérents, qui ont donc fait du bénévolat ou du volontariat et, qui, à un moment donné, ont décidé de prendre une responsabilité vis-à-vis de projets, en France, à l'international, ou au sein de l'organisation. Ce seront par exemple des membres du Conseil d'Administration, ou des gens qui s'investissent sur des groupes géopolitiques, continentaux. En tout cas, ce sont eux qui fixent les orientations stratégiques et les orientations opérationnelles de nos projets.

Cinquième statut : ceux sont donc les **salariés** ; nous sommes au nombre de 252. Environ 150 au siège, une trentaine en international depuis que certains postes de coordinateurs sont

salariés. Nous en avons aussi une cinquantaine dans nos régions françaises, soit pour faire vivre la vie associative des antennes locales, soit pour coordonner les projets en France.

Et dernier statut de nos acteurs : nos **donateurs**. Je ne reviens pas dessus. Juliette et Benoit viennent de vous en parler.

Je vous disais en introduction que l'on peut très bien passer d'un statut à l'autre. Je crois que le meilleur exemple, c'est de vous présenter, à travers la gestion d'un projet, **quels sont les différents statuts et comment on peut évoluer de l'un à l'autre**.

Imaginez une espèce de patate avec trois cercles. C'est ce que nous appelons dans notre jargon, notre *triptyque*. Mot savant, mais qu'est-ce qu'on y met derrière ? En fait, ceux sont les 3 acteurs-clés qui font vivre nos projets. C'est-à-dire que nous avons, au centre, les coordinateurs et les équipes de terrain, qui font la mise en œuvre de nos projets, que ce soit en France ou en international.

Ils sont guidés par ce qu'on appelle un responsable de mission (un associatif). Ce sont des bénévoles, qui donnent de leur temps, qui, à un moment donné, ont été acteurs d'une mission et qui fixent la *politique* et la *stratégie* de l'action. L'idée n'est donc pas de faire uniquement du soin, mais aussi de donner du *sens* aux actions opérationnelles qui sont développées par les équipes de terrain.

Et puis, troisième acteur, qui fait vivre les projets : le *desk*. En fait, c'est un chef de projet; il est, ici, au siège, et va y gérer entre 5 et 8 projets. Il va être en appui méthodologique, financier, opérationnel, logistique. Tout du moins, il va coordonner l'ensemble des services du siège (que je vais vous présenter plus tard) pour permettre aux équipes terrain, aux coordinateurs et aux responsables associatifs de mener, dans les meilleures conditions possibles, les actions en faveur de nos bénéficiaires.

Alors quel statut pour qui ? En gros, nos responsables de mission, en France ou à l'international, sont des cadres associatifs. Donc, vraiment des gens bénévoles, qui donnent de leur temps en parallèle de leurs activités professionnelles.

Pour ce qui concerne les équipes de terrain, en France, nous allons dire que ce sont des *bénévoles* alors qu'à l'international, on les appellera du *personnel national*. Je veux dire que ce sont généralement des salariés de droit nationaux. Si, par exemple, nous avons une mission au Libéria, nous allons peut-être salarier 150 Libériens, médecins, infirmières, sages-femmes, qui vont, eux, faire tourner nos actions au quotidien.

Donc vous voyez là deux statuts différents pour les équipes opérationnelles. Et puis, vous avez les coordinateurs qui sont soit salariés (pour la France), soit salariés ou volontaires (pour l'international). Et puis, donc, dernière catégorie : le *desk*, le chef de projet. Lui, est à Paris et il est forcément salarié.

En fait, on passe d'un statut à l'autre. C'est-à-dire que, généralement, on commence à s'impliquer dans une équipe terrain et puis, après, on peut accéder aux postes de coordination. Et puis, on peut tout aussi bien, d'un poste de coordination, décider de venir s'impliquer au siège en tant que *desk*. Ou bien, à un moment donné, arrêter son implication à l'international et décider d'être adhérent, puis de prendre un peu de recul avec les équipes, quotidiennes, opérationnelles, et prendre une fonction de cadre associatif. Et on passe tout à fait de l'un à l'autre. Je dirais, que dans les personnes qui sont venues ici cette après-midi,

nous sommes quasiment tous passés par 2 ou 3 statuts. Pierre, notre Président, a été volontaire en mission, puis a été salarié au siège en tant que Directeur des opérations, et a également été responsable de mission... Catherine a eu un parcours quasiment identique. C'est la richesse de l'association. A un moment donné, nous sommes tous en mesure de pouvoir, en fonction de nos projets de vie personnels, de nos disponibilités et de nos souhaits, passer d'un statut à l'autre et nous y enrichir un peu plus.

### **Comment sommes-nous organisés au siège, pour apporter un certain nombre d'appui aux personnes qui sont sur le terrain ?**

Commençons par les **ressources humaines**. C'est un service qui s'occupe de tout ce qui est recrutement, accompagnement et parcours de nos acteurs, que ce soit en France ou en international. Il y a ensuite le **service logistique**. Tout à l'heure, on vous présentait la mission au Darfour. Eh bien, il faut certes avoir des hommes, mais il y a également de vrais défis logistiques à relever pour tout mettre en place. On a donc un service logistique au siège pour envoyer du matériel, des médicaments. Nous avons également un **département financier**. « L'argent est le nerf de la guerre ». A un moment donné, si on veut être dans une gestion financière la plus saine, la plus fine et la plus efficiente possible, on a des spécialistes, ici, au siège, qui accompagnent nos chefs de projets.

Nous avons aussi ce que nous appelons le STAO, **système technique d'appui aux opérations**. Pour faire très simple, ceux sont des médecins et des infirmières en santé publique, qui, ont chacun une spécialité bien précise, et qui apportent une vision transversale entre les projets. Nous avons par exemple quelqu'un qui est spécialisé sur le VIH, ou quelqu'un qui est spécialisé en santé materno-infantile. Ce sont eux qui apportent un appui ponctuel aux opérations, quand elles l'exigent, pour permettre d'extraire, de chacun des projets ce qui va permettre d'avoir une politique et des pratiques harmonisés sur l'ensemble de nos projets, en France comme à l'étranger.

Nous avons également ce que nous appelons le **développement institutionnel**. Ce sont des spécialistes en recherche de financement auprès des bailleurs de fonds. Par exemple, la Communauté Européenne, ainsi que d'autres bailleurs de fonds d'ailleurs, nous financent. Ils ont chacun leurs règles, aussi bien financières que stratégiques. Et, à un moment donné, si l'on veut faire financer notre projet au Niger, il ne suffit pas d'avoir un bon projet et des donateurs qui peuvent nous accompagner, mais il faut aussi se dire : « comment peut-on faire financer autrement une partie de notre projet ? ». Et c'est important de savoir qui finance, et quelles sont ses règles. Cette équipe est donc là pour accompagner les *équipes projets* à présenter des demandes de financement à des bailleurs adaptés, aussi bien techniquement qu'éthiquement.

Et puis, il y a aussi tout un tas d'autres ressources que je ne vais pas vous énumérer. L'idée principale est de se dire que chaque service a pour finalité d'être au service des *équipes projet*, qui mettent en œuvre des actions pour nos bénéficiaires.

**Enfin, comment mobilise-t-on une équipe ?** Je vais prendre l'exemple d'une catastrophe naturelle parce que c'est un peu plus facile à présenter. De plus, c'est un peu la même logique mais avec des délais plus longs, que sur nos projets de développement. On part du pré-requis que, lors d'une catastrophe naturelle, il faut être opérationnel, sur le terrain, 72 heures après son déclenchement. C'est-à-dire qu'en 72 heures, il faut qu'on soit informés, et qu'on prenne la décision d'intervenir. Ça, c'est le boulot de la direction des opérations

internationales, et je crois que, toute à l'heure, Carole DROMER vous en dira un mot. Mais une fois que la décision est prise – et, en général, on est en mesure de le faire en 24 heures - il nous reste 48 heures pour identifier et faire partir une équipe. Comme on n'a pas de baguette magique, on s'appuie sur quatre réseaux pour trouver les hommes et les femmes qu'on va envoyer en premier, aussi bien pour faire l'évaluation de la situation que pour démarrer les premières actions de soins.

On a tout d'abord les équipes déjà présentes dans le pays de la catastrophe naturelle, si nous y avons déjà un projet, ou dans les pays limitrophes. Si, à un moment donné, nous avons une catastrophe en Indonésie, posons-nous la question : « est-ce que nos équipes indonésiennes ou dans les pays limitrophes ne peuvent pas, elles, se rendre disponibles et ont-elles les capacités nécessaires ? » Ça nous permet de gagner un temps précieux, parce que je vous rappelle que, pour aller en Indonésie, il faut 24 heures. Donc, certes, on va envoyer une équipe de Paris mais, on va d'abord essayer de mobiliser des équipes *sur place*. Ensuite, parmi les associatifs, à un moment donné, on a nécessairement des gens qui ont une expérience du terrain et une implication; donc, il faut se demander lesquels de nos cadres associatifs peuvent se rendre disponibles, dans les 24 heures, pour un départ immédiat.

Troisième source d'identification des équipes : le fichier de volontaires. C'est le fichier officiel des ressources humaines. Comme en possède n'importe quelle entreprise. A partir du moment où l'on fait du recrutement, on capitalise des CV, mais on ne s'appuie pas que là-dessus. Souvent, pour le départ des premières équipes, on s'appuiera plus sur les autres fichiers ; ce qui nous permettra de répondre plus rapidement. C'est le cas extrême des missions d'urgence. Bien évidemment, sur les missions de développement, on fait appel aux mêmes personnes pour monter les équipes, mais avec des délais qui nous permettent une recherche plus fine. Pour ce qui concerne, le fichier des volontaires, on reçoit à peu près 13.000 candidatures par an - ce qui est énorme - pour environ 200 départs. Ça veut dire que nous avons énormément de candidatures, même si toutes ne sont pas recevables par rapport aux critères qu'on se donne. En effet, beaucoup de personnes souhaitent partir dans l'humanitaire mais, malheureusement, ne sont pas toutes médecins, infirmiers, sages-femmes ou disposant d'une compétence logistique bien précise. On n'a pas forcément beaucoup de postes mais on capitalise l'ensemble de ces CV. Régulièrement, les équipes relancent une partie des personnes, ce qui nous permet de garder une partie du fichier actif et, quand nous en aurons besoin, de pouvoir recontacter ces personnes.

### **Avez-vous des questions ?**

- ***Lorsque vous avez un départ d'urgence et que vous avez formé l'équipe, bénéficiez vous de priorités sur certaines compagnies aériennes ? Si vous devez partir demain, aurez-vous 15 sièges disponibles pour l'autre bout du monde ?***

- *Je vais presque répondre au nom de Carole DROMER puisque nous étions ensemble au desk-urgence il y a quelques années. Il y a plusieurs cas de figure : soit on est sur une zone de catastrophe naturelle où les vols commerciaux ne sont pas perturbés. Dans ce cas, on bénéficie des vols commerciaux. Soit, on peut aussi affréter nous-mêmes un avion. Il y a des compagnies spécialisées dans ce domaine, en fonction du volume de matériel et de personnes que l'on envoie. De même, dans d'autres zones, on peut affréter un avion si les vols commerciaux n'y vont pas. On s'adapte en fonction du contexte et de la situation. Et, à chaque mission d'urgence, « contexte particulier, réaction adaptée ».*



**- Il y a quelques éléments que je n'ai peut-être pas très bien compris ; vous avez dit qu'il y aurait 194 personnes sur le terrain. C'est un chiffre qui me paraît faible .Est-ce que je me fais des illusions sur la capacité de ce qu'on peut faire avec une association comme MDM ?**

- Alors, s'il y a 194 volontaires de droit français, nous avons également 1.300 salariés nationaux. Il y a 25 ans, les premières équipes de MDM allaient à la pharmacie du coin, remplissaient leurs sacs à dos de médicaments et partaient soigner eux-mêmes. Et ils rentraient quand le sac était vide. C'est la naissance même de nos actions. Aujourd'hui, dans quasiment tous les pays où nous intervenons, nous avons sur place des médecins, des infirmières, des ingénieurs. En Afghanistan, par exemple, malgré la difficulté du contexte, les compétences sont sur place. Donc, les personnes que nous envoyons et les 194 dont nous parlons, ce ne sont que les chefs de mission, les coordinateurs médicaux ou des spécialistes très particuliers que nous n'avons pas sur place. Mais l'idée est de dire : « utilisons les ressources locales disponibles et n'amenons que les encadrements très pointus qui ne sont pas sur place. La meilleure des choses, c'est aussi de pérenniser les équipes et donc, à un moment donné, d'utiliser au maximum les ressources locales et de n'apporter que les compétences qui ne sont pas disponibles dans le pays, ou qui ne le sont pas au moment de notre intervention.

**- Les bénévoles travaillent ils sans contrepartie ?**

- Les 1.330 bénévoles qui font fonctionner nos missions France ne touchent pas un euro et n'ont aucun contrat avec MDM. Ce sont des gens qui ont une activité professionnelle en parallèle et qui décident, en plus, d'apporter leurs compétences à nos actions. Les volontaires sont des bénévoles qui partent sur nos missions internationales. Il y a un statut juridique un peu différent en effet, et ils touchent une indemnité de 800 euros par mois. Donc, un chirurgien qui part, va toucher 800 euros par mois. Donc, là, il y a un vrai don de soi...

**- Comment s'effectue le recrutement ?**

- Nous avons une équipe de 5 chargés de recrutement, puisque nous effectuons, sur les volontaires et les salariés, à peu près 450 recrutements par an. Les profils des chargés de recrutement sont volontairement variés. On mixe 3 profils pour avoir une richesse dans l'équipe : des psychologues, parce qu'à un moment donné (notamment quand on envoie des gens à l'autre bout du monde en situation d'urgence) il y a besoin de faire un accompagnement psychologique de nos équipes. Nous avons également des spécialistes chargés du recrutement, qui ont déjà travaillé et formé en entreprise, et qu'on intègre dans nos équipes. Et, enfin, des profils « anciens volontaires terrain » qui, eux, connaissent parfaitement le fonctionnement de nos équipes et de nos projets. En fait, grâce à ces 3 profils que nous mixons, chacun s'enrichit au contact de l'autre en fonction de chaque contexte. Mais on est surtout capables d'avoir le bon interlocuteur RH en fonction des situations auxquelles nous sommes confrontés.

**- Je suis moi-même psychologue clinicien. Je travaille dans la psychiatrie publique depuis une trentaine d'années. Sur l'aspect psychologique du recrutement et étant données les contraintes imposées à ceux qui partent sur le terrain, avez-vous des**

**paramètres ou des caractères psychologiques qui sont plutôt recherchés par vos recruteurs et d'autres qui sont plutôt à écarter ?**

- Effectivement, quand je vous disais qu'il y avait des psychologues au sein de l'équipe de recrutement, c'est pour être attentif à ça. Au moment du recrutement, les chargés de recrutement vérifient trois choses, et notamment pour les médecins que : 1. La personne possède le bon diplôme ; 2. Que la personne a la compétence pour ça. Et après, le gros de l'entretien revient à s'assurer que le projet de vie de la personne est en adéquation avec l'association. C'est-à-dire qu'à un moment donné, il y aura des conditions spécifiques de vie et de proximité ; il y aura des difficultés liées au contexte, à la proximité, à l'interculturel... Les chargés de recrutement vérifient tout ça. Après pour tout ce qui est « critères », j'ai envie de dire que c'est le boulot des chargés de recrutement que de s'assurer, au travers du prisme diplôme/compétences/projet de vie et des traits de personnalité, qu'à priori, on ne va pas mettre des gens en difficulté en les expatriant.

- **Avez-vous songé à aller dans les cités ? Je pense à Grigny, notamment. Pourquoi on ne les sensibilise pas à tous ces problèmes ? Vous avez là des communautés qui se regroupent de façon ethnique, qui pourraient vous apporter au niveau de la langue et qui simplement, pourraient vous accompagner aussi. Et moi, j'aimerais mieux que les jeunes aillent plutôt vers vous que vers Fleury...**

- Comment vous répondre d'un point de vue purement RH ? Lorsque l'on fait du recrutement, on ne reste pas sur un stéréotype socio-économique. On est particulièrement attentif à la diversité. On prend en compte un certain nombre de critères, et notamment de langues, en fonction de l'endroit où on intervient. Après... je suis d'accord avec vous... mais d'un point de vue RH, on reste essentiellement sur des profils médicaux. C'est-à-dire que nous avons essentiellement besoin de médecins, d'infirmières et de sages-femmes. Après, en parallèle, on va s'appuyer sur des minorités, en fonction du type d'action et d'intervention qu'on va faire. Quand on intervient au Sri Lanka, on s'appuie sur des groupes tamouls qui existent en France. Quand on intervenait en Iran, notamment au moment du tremblement de terre de Bam, on envoyait, au début, des psychologues iraniens dans nos équipes. Aussi bien au niveau de l'approche culturelle que technique, on essaye de faire au mieux. Après, malheureusement, s'inscrit la limite entre nos besoins et ceux des autres.

Pour rajouter deux mots, c'est vrai que c'est compliqué en international, on a besoin de profils. Mais on a aussi des missions dans beaucoup de villes de France et de banlieue. On a une mission à Saint-Denis, et des gens viennent s'y proposer. Elle est connue, elle intervient auprès des Roms. Il y a un centre de soins et les bénévoles sont d'âges et d'origines très variés, même s'ils passent et qu'ils ne restent pas forcément très longtemps. C'est donc aussi par les missions en France, par le bénévolat, qu'on touche les personnes dont vous parlez. Auprès des camps de roms, on a des gens qui interviennent et qui parlent le roumain, etc. Donc on peut faire des choses en France, aussi.

- **Ma question est plus financière. On a appris toute l'heure qu'il y avait des bailleurs institutionnels liés à la politique gouvernementale de leurs Etats ; et vous avez évoqué la nécessité de faire un choix éthique quant à ses bailleurs. Je voulais savoir, donc, dans quelle mesure, un choix éthique était institutionnalisé au sein de MDM ou si c'était au cas par cas, en fonction de celui qui cherche des fonds à l'instant T.**

- Effectivement, ce type d'arbitrage est décidé de façon institutionnelle. Et il est décidé soit de façon internationale (il y a peut-être des bailleurs avec qui on n'a pas envie de travailler du tout – à ma connaissance, je n'en vois pas), soit de façon nationale (on ne va pas accepter des fonds américains pour travailler en Afghanistan !). Ce sont des discussions qui sont faites au niveau institutionnel et qui reposent plutôt sur le binôme projet/bailleur. Mais, il y a effectivement des décisions qui peuvent être prises au niveau continental. De mémoire, je ne crois pas que ça se soit déjà fait au niveau international. On n'a jamais dit définitivement « non » à un bailleur. Mais il y a toujours un débat, qui a lieu en Comité de Direction et éventuellement, en Conseil d'Administration.

**- On a parlé toute à l'heure du don « moyen ». Aujourd'hui, quelle est sa valeur ? Comment se situe-t-il dans l'ensemble des dons ? De plus, pourriez-vous m'expliquer – je n'ai pas très bien compris – quel est le rôle de l'adhérent dans les RH ?**

- Concernant le don moyen, il tourne autour de 50 euros par an. Pour les gens qui ont opté pour le prélèvement automatique, il est un peu plus élevé, autour de 120 euros en moyenne et par an.

- L'adhérent est obligatoirement quelqu'un qui a eu une activité en tant que volontaire ou bénévole. Mais il a aussi le choix de maintenir cette activité et de ne pas devenir adhérent. Certains veulent être actifs au sein de nos projets, donc ils veulent être bénévoles ou volontaires. Mais, par contre, à un moment donné, ils estiment que ça leur suffit, et qu'ils n'ont pas besoin d'être adhérent pour autant. D'autres, alors qu'ils sont toujours volontaires ou bénévoles, se disent qu'en plus du temps de leur investissement, ils souhaitent être adhérents, symboliquement. C'est l'adhérent qui vote au moment de l'AG et qui élit les membres du Conseil d'Administration. Le rôle de l'adhérent est donc primordial car, à un moment donné, c'est lui, qui, à travers l'élection du Conseil d'Administration, fixe les orientations politiques, sociales et stratégiques de la maison. L'adhérent n'a pas forcément un profil médical. On ne peut pas, par contre, devenir adhérent en ne justifiant que d'une activité salariée chez MDM. Par contre, il se peut que d'anciens bénévoles ou volontaires décident, à un moment donné, d'être adhérent. Et ils pourront tout aussi bien, après, se retrouver salarié. Je complexifie volontairement pour vous montrer qu'il y a des passerelles.

**- Qu'en est-il des questions linguistiques ? Comment les réglez-vous ? Comment cela intervient-il dans vos dépenses ? Sont-ce des traducteurs ou des gens du pays ? En même temps, s'ils sont du pays, cela peut-il induire des biais ?**

- Nous n'envoyons pas, de France, des traducteurs à l'international. Nous demandons à l'ensemble de nos acteurs, qu'ils soient salariés ou volontaires, de parler au moins une langue, qui est la seconde langue du pays : espagnol, anglais, chinois, etc. Bref, on leur demande de ne pas parler que français. Après, soit c'est la langue qui est directement parlée sur place, et donc là, on n'a pas besoin de traducteur. Par exemple, on part en Amérique Latine, on a besoin d'hispanophones ; ils pourront directement discuter avec leurs interlocuteurs en espagnol. Soit, si effectivement, nous ne parlons pas la langue – nous avons très peu de personnes qui parlent le farsi dans nos fichiers - nous recrutons, dans ces cas-là, des traducteurs sur place, et que l'on paye parce qu'ils sont salariés. Ce qu'il faut en fait intégrer c'est qu'aujourd'hui, on peut demander à des gens qui vivent et qui habitent en France de partir jusqu'à six mois à l'international ; donc oui, nous salarions ces personnes, et nous sommes attentifs au fait que les salaires que nous leur versons suffisent à les faire vivre, eux et leurs familles.

**- Vous dites qu'une partie importante des salariés en international sont des médecins ou des personnels paramédicaux ; hors, dans la plupart de ces pays, il y a un manque terrible de personnel. Donc, n'êtes-vous pas en train de retirer du personnel pour des actions importantes, sans en rajouter, comme on aurait pu l'espérer ? De même, comment ces gens-là se situent-ils par rapport à leur communauté de travail dans leur pays ? Parce que finalement, ils deviennent salariés d'une organisation internationale et ne sont plus, comme le reste de leurs pairs, salariés dans leur pays ?**

*- Parmi les personnes avec qui on travaille à l'étranger, qu'ils soient du milieu médical ou paramédical, il y a celles qui sont elles-mêmes salariées de leur propre gouvernement. On ne les re-salarie pas mais on peut leur donner une indemnité parce qu'on leur demandera un travail supplémentaire. Donc, il y a quand même beaucoup de gens avec qui on travaille mais qui ne sont pas salariés de MDM. Pour ceux qui sont salariés, on a le souci, en général, de ne pas déshabiller le Ministère de la Santé... et en fait, la plupart du temps, ils sont déjà salariés dans le privé... Je ne me souviens pas que ce soit déjà arrivé, mais on se garde de ne pas donner plus que ce que donne le Ministère de la Santé du pays. Et, puis, parfois (je pense notamment au Libéria) quand nous sommes arrivés, il n'y avait qu'une seule personne au Ministère et puis d'autres qui étaient complètement abandonnés de ce Ministère... Donc, là, on leur a effectivement donné une indemnité, en accord avec le Ministère puis, ils sont devenus fonctionnaire du Ministère de la Santé.*

**- Vous avez évoqué tout à l'heure le profil que vous recherchez pour l'international. En ce qui concerne les bénévoles, qui sont au siège ou dans les missions, ont-ils le même profil ou y a-t-il d'autres profils ? Est-ce que vous recherchez des traducteurs par exemple, ou d'autres profils ?**

*- Pour toutes les compétences dont on peut avoir besoin pour faire fonctionner une mission, on va essayer de les trouver en ressources bénévoles. Soit on est effectivement sur un programme de soins et on va chercher des profils médicaux. Mais, quand on fait fonctionner un CASO (centre d'accueil de soins gratuits) dans certaines villes, il nous faut des gens à l'accueil, des gens qui puissent faire le suivi administratif d'un certain nombre d'informations, et il nous faut des traducteurs. Tout à l'heure, Juliette évoquait les actions auprès des Roms ; eh bien, si on ne parle pas roumain, on n'y arrive pas. Et malheureusement, les bénévoles médicaux qui donnent de leur temps n'ont pas forcément cette compétence là ; donc, là, généralement, on cherche des bénévoles. Il nous faut aussi des chauffeurs de bus, quand on a des actions mobiles... Donc, oui, pour répondre à votre question, on n'est pas uniquement sur des profils médicaux en France ; c'est même le contraire pour la France. Par contre, sur l'international, comme nous essayons au maximum d'utiliser les ressources nationales, alors oui, on essaye d'envoyer que l'expertise qu'on ne trouve pas sur place.*

**- Vous avez un peu parlé de l'action en France, par rapport aux SDF et tous ceux qui sont en grande difficulté. Quelle est votre part de travail sur la France ?**

*- En terme de budget, cela représente 4 à 5 millions d'euros quand les missions internationales représentent environ 25 millions d'euros. Nous avons 120 projets en France, répartis sur tout le territoire, au travers de 26 délégations. On a quasiment une délégation dans chaque région. Et c'est autour de cette délégation, qui anime la vie associative MDM, que les projets sont organisés. C'est d'ailleurs même plutôt l'inverse : on commence par les projets et, après, on structure la vie associative.*

**- Pour revenir sur l'international, est-ce que vous vous fixé des limites sur un maximum de missions consécutives, sur une durée maximale à l'étranger, pour vos volontaires ou salariés ?...**

- Oui et non. La réponse est double ; c'est-à-dire qu'on est particulièrement attentif à ce qu'il y ait un certain nombre de jours de récupération et de repos entre deux missions. Mais j'ai envie de dire que c'est un cadre légal. Sur certaines missions, au-delà du cadre légal de récupération et de repos, on instaure ce qu'on appelle des breaks. Dans certains pays, toutes les 6 ou 12 semaines, les gens partent une semaine pour aller se reposer, décompresser. Après, c'est vrai, on reste attentifs à ce que les gens n'enchaînent pas des missions trop régulièrement, tout du moins, qu'ils ne se perdent pas dans les missions. Il y a un tel décalage et un tel investissement quand on part en international, qu'il est aisé – au nom de la cause pour laquelle on s'engage – de s'oublier soi-même. Dans de telles conditions, le travail des ressources humaines est d'être attentif à ce que chacun puisse garder les bonnes distances. Après, en fonction des projets, des personnalités, ou sur projets de développement, les gens peuvent travailler jusqu'à plusieurs années et enchaîner les missions, avec des vacances. Mais, non, sur les missions d'urgence, on évite de faire enchaîner les gens...

**- Lorsque vous intervenez dans des pays, suite à des catastrophes naturelles, et que les infrastructures du pays sont détruites, on imagine bien que l'accès à l'eau potable est mis en péril, voire condamné. Est-ce que dans vos projets vous associez des personnes compétentes pour rétablir cet accès à l'eau potable, qui intervient forcément un frein aux maladies**

- Pierre MICHELETTI, lors des premières questions/réponses, évoquait la collaboration entre ONG. Nous avons, à MDM, des gens, dont c'est le métier de faire de l'eau propre nécessaire à nos infrastructures médicales. Quand on monte un dispensaire, on sait faire la quantité d'eau nécessaire et, quand, on monte un hôpital de campagne, on sait aussi faire l'eau nécessaire. Mais au delà, on ne sait pas – et ce n'est pas notre métier – faire de l'eau pour tout un camp. Par contre, ce sera le travail d'ACF (puisque c'est une de leurs compétences et le cœur de leur métier) ou d'autres associations avec lesquelles nous collaborons... Bien évidemment, c'est une question qui se pose, puisque comme vous dites, une grande partie de nos interventions est souvent liée à un problème de nutrition ou de qualité de l'eau.

**- Est-ce que, en international, le coté médical ne concerne que le versant thérapeutique ou est-ce que vous l'avez aussi sur le versant formation ?**

- On l'a beaucoup sur le versant formation. Je pense notamment à un projet en Éthiopie, où on forme des chirurgiens à un certain nombre de gestes pour que, derrière, ils puissent fonctionner sans nous. La formation, c'est la clé. Oui, on met en place des actions de formations auprès du personnel médical, local, au même titre qu'on fait de la prévention auprès des bénéficiaires. On joue sur ces deux cordes là. Et lorsque l'on est en médecine de « substitution », j'ai presque envie de dire que c'est par erreur, et qu'il faut que ce soit le plus court possible parce que ça ne pérennise pas les actions. Donc, oui, on fait énormément d'actions de formation.

**- Si j'ai bien compris, vous financez des gens qui sont sur place. Les comptez-vous dans votre nombre de bénévoles, de volontaires, de salariés ? Et deuxièmement, vous avez parlé de passerelles : comment passer de donateur à bénévole ?**

*- J'ai été donatrice il y a très longtemps, puis salariée, puis volontaire et aujourd'hui, je suis bénévole. J'ai un peu tout fait dans le désordre. Je pense qu'effectivement, je vais redevenir donatrice dans pas longtemps.*

*- Sur la première partie de la question, nous avons 1.300 salariés nationaux et environ, 2.000 personnes, qui bénéficient « d'incentives ». C'est ce qu'expliquait Carole. Le personnel médical national, qui, est salarié par le gouvernement ou par le Ministère de la Santé de son pays, on ne souhaite pas le salarier parce qu'on souhaite qu'il reste contractuellement en lien avec son Ministère. Mais il arrive souvent que le salaire qui leur est alloué par leur Ministère, soit trop faible pour subvenir à leur besoin ; d'où la mise en place d'activités privées. Et en fait, l'intérêt de leur donner des primes est de leur permettre de rester salariées du Ministère de la Santé, et d'avoir une activité professionnelle en extra, mais qui ne soit pas privée, et dans le cadre de nos actions à nous.*

***- Deux questions : une sur le recrutement, l'autre sur la formation. En ce qui concerne le recrutement, est-ce que vous vous adressez aussi aux bénévoles? Sont-ils admis selon leurs compétences ? Est-ce qu'il y a réellement un recrutement vis-à-vis d'eux ? Et d'autre part, en matière de formation, je suppose que, si vous avez un service de recrutement, vous devez avoir un service de formation également. A qui s'adresse-t-il ? Aux volontaires, aux salariés, aux bénévoles ?***

*- Oui, on recrute des bénévoles, mais ce n'est pas fait à partir du siège. Ça se passe au niveau de chaque mission et ce sont les responsables de chaque mission, les cadres associatifs, qui s'occupent du recrutement de leurs équipes bénévoles. On ne l'a pas centralisé au siège parce que, pour faire vivre la dynamique régionale, l'idée est de ne pas tout centraliser. Oui, on a un service formation en interne. Il se lit de 2 manières : en gros, nous disposons de 150.000 euros pour former les salariés, puisque nous avons une obligation légale de former les salariés. Et notre montant formation est le double du minimum légal. Donc là, c'est un choix politique de dire qu'on investit pour nos acteurs. Et, nous avons, également, le même montant dédié à la formation des volontaires, bénévoles, ou cadres nationaux. C'est dire qu'aujourd'hui, tout le monde a accès à la formation et que ce n'est plus une question de statut. Un certain nombre de formations sont faites en interne. Par contre, on les délocalise, notamment en international, pour que nos cadres nationaux puissent y avoir accès. C'est le lien avec ce qu'on disait tout à l'heure : il y a des formations sous forme de compagnonnage, et d'autres, plus théoriques, internes.*

▪ ***FILM : volontaires à MdM***

***Après le film, les participants se sont retrouvés pour continuer à échanger autour d'un verre.***

**Cette journée a réuni environ 240 personnes et a été l'occasion d'échanges fructueux.**

**Un grand merci à tous ceux qui ont fait l'effort de se déplacer.**