

SHOULD I STAY
OR SHOULD I GO?
MÉDECINS SANS FRONTIÈRES
ET LES « STRATÉGIES
DE SORTIE »

Rony BRAUMAN

**DANS LA COLLECTION DES ETUDES DE CAS
SUR LES PRISES DE PAROLES PUBLIQUES DE MSF
(CONSEIL INTERNATIONAL DE MSF/CRASH)**

- Camps de réfugiés salvadoriens au Honduras (1988) Laurence Binet,
Disponible en français et en anglais, oct. 2003-avril 2004
- Génocide des Rwandais Tutsis (1994) Laurence Binet,
Disponible en français et en anglais, oct. 2003-avril 2004
- Camps de réfugiés rwandais au Zaïre et en Tanzanie (1994-1995)
Laurence Binet,
Disponible en français et en anglais, oct. 2003-avril 2004
- Violences du nouveau régime rwandais Laurence Binet,
Disponible en français et en anglais, oct. 2003-avril 2004
- Traque et massacres des réfugiés rwandais au Zaïre-Congo (1996-1997)
Laurence Binet,
Disponible en français et en anglais, août 2004
- Famine et transferts forcés de populations en Éthiopie (1984-1986)
Laurence Binet,
Disponible en français et en anglais, janvier 2005
- Violences contre les Kosovars albanais, intervention de l'Otan (1998-1999)
Laurence Binet,
Disponible en français et en anglais, septembre 2006
- MSF et la Corée du Nord (1995-1998) Laurence Binet,
Disponible en français et en anglais, janvier 2008
- Crimes de guerre et politiques de terreur en Tchétchénie 1994-2004,
Laurence Binet
Disponible en français et en anglais, juin 2010

DANS LA COLLECTION DES CAHIERS DU CRASH

- De l'Éthiopie à la Tchétchénie Recueil des travaux de François Jean
Disponible en français, mars 2004 Disponible en anglais, mai 2008
- Revue critique des opérations MSF-France au Darfour (Soudan)
Dr. Corinne Danet, Sophie Delaunay, Dr. Evelyne Depoortere,
Fabrice Weissman
Français/Anglais dans un même volume, janvier 2007
- Témoignage humanitaire et témoignage judiciaire :
historique des interactions entre MSF et les procédures d'enquêtes
et de poursuites judiciaires Françoise Bouchet Saulnier, Fabien Dubuet
Français/Anglais dans un même volume, avril 2007
- L'action humanitaire en situation d'occupation Xavier Crombé
Français/Anglais dans un même volume, octobre 2007
- Le Manuel des Acteurs de l'Aide
Disponible en français, avril 2007 Disponible en anglais, novembre 2007
- MSF et la protection: une question réglée ? Judith Soussan
Disponible en français, avril 2008 Disponible en anglais, juin 2008
- L'aide alimentaire et la politique des chiffres en Éthiopie (2002-2004)
François Enten
Disponible en français, mai 2008 Disponible en anglais, novembre 2008
- Dénutrition infantile, intérêts et limites de l'approche médicale humanitaire,
Jean-Hervé Bradol, Jean-Hervé Jézéquel
Disponible en français, décembre 2009 Disponible en anglais, juin 2010
- Médecins sans frontières et les sorties de guerre,
Jean-Hervé Jézéquel, Camille Perreand
Disponible en français, novembre 2010 Disponible en anglais, octobre 2011
- L'eau humanitaire est-elle potable ?,
Jean-Hervé Bradol, Francisco Diaz, Jérôme Léglise, Marc Le Pape
Disponible en français, juin 2011 Disponible en anglais, octobre 2011
- Sida : nouvelle pandémie, nouvelles pratiques médicales et politiques,
Joan Amondi, Jean-Hervé Bradol, Vanja Kovacic, Elisabeth Szumilin
Disponible en français, décembre 2011 Disponible en anglais, décembre 2011

Rédaction : Rony Brauman - Graphisme et mise
en page : fcgraphite

SOMMAIRE

INTRODUCTION	9
PROJET RUTSHURU	15
PROJET CHIRADZULU	57
PORT HARCOURT	83

Introduction

Rony BRAUMAN

La plupart des projets d'aide internationale sont conçus pour une durée limitée ; soit qu'ils répondent à un besoin aigu provoqué par un événement particulier comme un conflit ou une catastrophe et ils sont logiquement appelés à prendre fin une fois résorbées les conséquences de l'événement causal ; soit qu'ils répondent à un besoin chronique en rapport avec des insuffisances locales et il conviendra de s'attaquer à ces lacunes en articulant le court-terme humanitaire et le long-terme du développement, celui-ci devant également s'inscrire dans une durée limitée. Dans les deux cas, le risque de dépendance ou, de manière plus constructive, l'objectif de durabilité (sustainability), autrement dit d'autonomie des populations par rapport à l'aide extérieure est mis en avant, comme pour conjurer les effets addictifs de l'assistance. L'aide humanitaire se structure sur ce paradoxe d'être à la fois un impératif moral et une parenthèse à refermer, une action valorisée à condition d'être provisoire. Certaines ONG cependant, telles Partners in Health ou la Fondation Aga Khan, établissent leurs installations médicales humanitaires dans la longue durée. La démonstration quotidienne de leur utilité sociale, des financements pérennes et la volonté politique d'être un auxiliaire permanent de santé publique permettent et justifient de maintenir en place leurs structures sans limite de temps. La fixation d'un cadre temporel n'est un enjeu que pour une partie des programmes humanitaires, ce qui nous rappelle que c'est par construction et non par nature que ceux-ci sont considérés comme devant être éphémères. Pour MSF, dont l'ambition primordiale est d'opérer dans les situations d'urgence et de crises majeures (territoires aux contours très flous), il est impératif de fermer des projets sous peine de ne plus être en mesure d'en ouvrir d'autres, « imposés » par l'actualité, ou, plus exactement, par le choix revendiqué d'agir dans ce type de situations plutôt que dans d'autres.

En pratique, tout autant que la situation locale des besoins et des possibilités d'agir, ce sont donc les choix politiques généraux et les priorités du moment qui déterminent la décision de fermer ou de poursuivre un projet. Pour évidente qu'elle soit, cette réalité mérite d'être rappelée, si on en juge par les discussions à ce sujet.

Certaines missions contiennent théoriquement en elles-mêmes leur fin, dès le démarrage. Epidémies aiguës, catastrophes naturelles, conflits armés, camps de réfugiés par exemple, puisqu'elles ont soit un terme fixé (fin de l'épidémie), soit une raison d'être provisoire (fin de la crise provoquée par la catastrophe, fin de la guerre, disparition du camp de réfugiés). Pourtant, même dans ces situations, canoniques pour MSF, l'expérience montre que les différences ne sont pas si tranchées, loin s'en faut, d'autres enjeux plus ou moins prévisibles apparaissant en cours de route.

Les autres missions, que l'on peut regrouper sous la catégorie large du « soutien à des systèmes de santé défaillants, voire ruinés », sont par nature des CDI puisqu'il est impossible de prévoir une échéance. Ce sont les plus importantes, en volume, et celles pour lesquelles se pose avec plus de difficultés encore que les précédentes le problème de leur interruption. Et parfois aussi celui de leur mise en route, puisqu'elles se distinguent des précédentes par le fait qu'il n'y pas nécessairement d'événement déclenchant.

Pour la plupart des ONG qui se heurtent à cette difficulté de fond, la question est tranchée par les bailleurs. Ce sont eux qui décident, in fine, épargnant aux organisations concernées les affres de la décision. C'est sans doute pour cette raison que la littérature grise sur cette question est si stéréotypée, prenant en charge des exigences impossibles à satisfaire dans le monde réel, mais marquées par une apparente rationalité de nature à contenter les donateurs.

Un parcours des documents accessibles en ligne montre que tous les auteurs insistent sur la nécessité de planifier la sortie dès l'entrée, de programmer l'action en phases comportant des objectifs (targets) spécifiques et de préparer les parties prenantes (communautés, autorités, autres acteurs) au retrait en évaluant les objectifs restant à atteindre, de manière à savoir ce qui a déjà été réalisé et à qui passer le relais pour ce qui reste à faire¹. Une bonne planification prévoit donc de relier urgence et développement en passant de l'assistance à l'autonomie, ce qui suppose de répondre aux questions suivantes : « Who will be responsible for handling that activity? Is there a local NGO or agency e.g. the municipality or a community organisation to which it should be transferred? How will the activity be transferred? Are there performance specifications to be maintained? How will it be funded? How will it be monitored? Which assets need to be retained by your organisation and which ones can be transferred to a successor? »². On est frappé, à la lecture de ces documents, par une absence : la raison de la fin du programme

1. Exit Strategy: How To Withdraw Responsibly: <http://www.aidworkers.net/?q=node/246>

2. Ibid. On retrouve ce type de questions, développées et commentées sous forme de tableaux, dans « What We know About Exit Strategies », by Alison Gardner, Kara Greenblott and Erika Joubert.

n'y figure pas, les auteurs semblant la considérer comme allant de soi, indépendamment de la suite. L'explication se trouve dans la source de la décision évoquée plus haut, à savoir la fin d'un financement institutionnel qui correspond, elle, à une stratégie globale d'allocations de ressources dont ne peuvent évidemment pas répondre les ONG récipiendaires. Il s'agit de donner une apparence rationnelle à une décision sans rapport direct avec la situation de terrain.

MSF étant son propre bailleur, nous décidons nous-mêmes de l'allocation de nos fonds mais n'échappons pas plus que quiconque à la limitation des moyens et donc à la nécessité d'arbitrer. Nous avons cependant un avantage précieux, la liberté d'échapper à ces discours cosmétiques et de poser le problème de l'« exit » dans des termes plus cohérents et plus conformes aux réalités concrètes.

C'est ce que l'atelier « Stratégies de sorties » se propose de faire, en réfléchissant à chaque situation pour elle-même -raison locale- et dans le cadre évolutif des ambitions opérationnelles de MSF -raison globale. La réflexion s'articulera autour des quatre questions suivantes : quelles raisons (locales et/ou globales) nous ont conduits à ouvrir le programme X ? Ces raisons sont-elles vérifiées avec le recul ? Quels objectifs ou enjeux nouveaux (locaux et/ou globaux) sont apparus au cours de la mission ? Et enfin, bien sûr : pourquoi fermer ?

Les programmes suivants, fermés ou en cours de fermeture et choisis avec Isabelle Defourny, directrice des opérations, seront présentés en tant que cas d'études selon la grille de questions ci-dessus.

Rutshuru : présentation par Axelle de la Motte, discussion par Brigitte Vasset.

Port-Harcourt : présentation par Isabelle Mouniaman, discussion par Claire Magone.

Chiradzulu : présentation par Pierre Mendiharat, discussion par Mathilde Berthelot.

Chaque cas d'étude donnera lieu à un débat avec les participants à l'atelier.

Cette introduction de Rony Brauman est complétée par celle de Guillaume Jouquet, économiste de la santé et spécialiste de questions de management, avec qui cette journée de réflexion a été préparée.

Guillaume JOUQUET

Voici une dizaine d'années que j'accompagne des processus de sortie pour

différentes sections de MSF. Avant de vous livrer mes réflexions, je tiens à signaler que les projets que j'accompagne sont peu représentatifs. Je vois MSF à travers un prisme déformant, parce que les projets que l'on me demande d'accompagner dans le cadre de ces stratégies de sorties sont souvent, comme Chiradzulu, des projets de long terme, les CDI qu'évoquait Rony à l'instant. C'est donc déjà un premier biais de sélection des programmes que je suis amené à observer. Je ne connais pas ceux qui relèvent du projet historique de MSF, c'est-à-dire les urgences évoquées précédemment : les pays en guerre, les catastrophes naturelles, etc.

Un deuxième biais de sélection est qu'en général on me demande d'intervenir quand il y a un espoir pour une continuité, au moins partielle, des activités de MSF. Lorsqu'il s'agit seulement de sortir, sans recherche de continuité ultérieure, on ne fait pas appel à moi. Un troisième biais aussi est que l'on va généralement faire appel à moi, comme ici à Chiradzulu, quand on aura épuisé d'autres solutions, c'est-à-dire que l'on aura essayé d'autres choses avant de me demander d'intervenir.

Sachant cela, quand j'observe les décisions de sortie, dans lesquelles je n'interviens jamais, je pense souvent à la fable de l'âne de Buridan qui, ne sachant pas choisir entre le seau d'eau et le seau d'avoine, finit par mourir et de faim et de soif au milieu des deux. Cette question-là – « should I stay or should I go », pour citer les *Clash* – revient en effet toujours après la prise de décision. Si le processus de passation est un long chemin parsemé d'embûches, le premier obstacle à faire sauter est souvent celui des contradictions internes à MSF.

Pourquoi est-ce difficile ? Pour une part en raison de la forte charge affective liée aux projets, surtout lorsqu'ils sont de long terme. Je comparerai cela au processus de deuil : il faut souvent passer par les différentes phases de déni, de colère, de marchandage, de dépression, avant d'arriver à l'acceptation. Ces phases sont des moyens de résistance, que ce soit de la résistance passive, quand il s'agit du déni ou de la dépression, ou de la résistance plus active dans le cas de la colère ou du marchandage. L'autre difficulté tient au fait que, dans la plupart des cas, le départ de MSF va signifier une baisse de la qualité des soins. Je sais que j'ouvre une boîte de Pandore, mais Rony m'a dit qu'un autre atelier était prévu, courant mai, sur cette question.

Comme pour toute décision d'ordre stratégique, il s'agit de trouver le juste équilibre entre la tentation de l'action et le désir d'information. Si l'on est trop dans l'action, si on n'a pas assez nourri la réflexion, on risque de rentrer dans un mur ; mais à l'opposé il ne faut pas non plus être trop dans la recherche d'information, ce qui était un peu le cas à Rutshuru où, sur le terrain, on me

disait : « On n'est pas prêt, il faut faire toutes sortes d'études pour savoir si le MSP (ministère de la Santé publique), peut reprendre, si la population peut payer les soins ». L'équipe tenait à s'appuyer sur cette recherche d'informations en vue de prendre la décision la mieux informée possible. Mais cette quête peut être infinie et mener à une impasse où finalement l'action ou la prise de décision n'est plus possible. Aujourd'hui, c'est le moment du débat, débattons, mais en gardant en tête que ce débat doit nourrir une action dans le futur pour des décisions qui seraient plus solides, et moins ambiguës.

Je vous remercie et je laisse la parole à Axelle pour entrer dans le vif du sujet.



1^{er} obstacle d'une stratégie de sortie : dépasser les contradictions internes de MSF

Projet Rutshuru

Axelle DE LA MOTTE :

1/ Quelles raisons nous ont conduits à ouvrir le projet ?

Avant d'entrer dans le vif du sujet, un bref rappel historique est nécessaire pour caractériser le contexte où MSF intervient à l'est de la RDC. En 1994, le Nord et le Sud Kivu sont durement affectés par un afflux massif de Rwandais hutu. Des groupes armés rwandais interviennent dans leur pays d'origine à partir des camps de réfugiés installés à proximité de la frontière entre le Zaïre et le Rwanda. Ces attaques meurtrières et la politique menaçante du gouvernement zaïrois contre les Tutsis congolais servent de justification au Rwanda et à une Alliance de forces congolaises pour conduire une opération armée qui aboutit à la chute du président Mobutu en mai 1997 et à la prise du pouvoir central par Laurent Désiré Kabila. En juillet 1998, le chef de l'État congolais annonce qu'il met fin à la présence des militaires rwandais. Cette décision débouche sur une réédition de la rébellion/invasion qui l'avait porté au pouvoir. La rébellion prend le nom de Rassemblement congolais pour la démocratie (RCD). Au cours de l'année 1999 ce mouvement éclate en deux factions, tandis que les armées rwandaise et ougandaise jusqu'alors alliées et présentes à l'est du Congo entrent en conflit pour le contrôle de Kisangani. L'occupation et le contrôle de territoires congolais par ces deux armées durent jusqu'en 2003. C'est le fils de Laurent Désiré Kabila, assassiné le 16 janvier 2001, qui conduit le processus de transition aboutissant au retrait officiel des forces étrangères. Cependant l'Ouganda et le Rwanda continuent de soutenir des mouvements armés congolais, créés à la suite d'un éclatement à répétition du RCD et de la rupture entre Ouganda et Rwanda.

MSF France est présente à Béni (Nord Kivu) depuis décembre 2002 dans un contexte de luttes entre factions armées congolaises, afin d'offrir des soins aux populations déplacées fuyant les combats. MSF intervient successivement dans des postes de santé installés en urgence et dans plusieurs hôpitaux (Mambasa, Mangina) puis à partir de janvier 2004 à Kayna (Nord Kivu à 100 km au sud de Béni), dans une zone d'action de groupes Maï Maï et de miliciens rwandais hutu du FDLR (Forces démocratiques de libération du Rwanda). Cette région est très convoitée pour ses richesses naturelles de sorte que le contrôle des sites miniers constitue un enjeu pour les forces armées régulières (celles de la RDC,

de l'Ouganda et du Rwanda) ainsi que pour les milices soutenues par des personnalités politiques et militaires congolaises ou étrangères.

Le projet, à l'époque, s'oriente sur la prise en charge des victimes de violences sexuelles et de la malnutrition. Il y a aussi des cliniques mobiles de part et d'autre pour permettre un accès aux soins. A ce moment-là, il y a pas mal de déplacements de populations qui viennent apparemment de l'Est du Nord Kivu, donc la zone du Nord Kivu. Une première exploration est faite en août 2004 pour essayer de comprendre un peu mieux les dynamiques de déplacement de ces populations. Cette première exploration n'amène qu'à des interventions ponctuelles, plutôt sur le Lac Edouard.

A Kayna, MSF vient en aide aux enfants malnutris (avril 2004), et à cette date poursuit ses activités d'aide aux déplacés à Béni ainsi qu'à Kanyabayonga où MSF engage, fin 2004, un programme de prise en charge des femmes violées. A partir de mai 2005, MSF ouvre un programme dans un centre de santé à proximité de Rutshuru puis ultérieurement intervient dans l'hôpital.

L'hôpital de Rutshuru est présenté comme un « hôpital de qualité avec un personnel compétent et motivé ». Il s'agit d'un HGR (hôpital général de référence) soutenu depuis 20 ans par CEMUBAC, une succursale de la coopération belge.

En avril 2005, la proposition d'intervention est claire :

- Prise en charge de la malnutrition due au déplacement de population ;
- Prise en charge des victimes de violences sexuelles dans le cadre d'un centre de santé de référence à Katwiguru ;
- Mise en place d'un système de référence des urgences médicales obstétriques et des blessés vers l'HGR ;

Le soutien de l'HGR se résume à la prise en charge financière des patients référés et à la fourniture de matériel et de médicaments, principalement du bloc opératoire.

Le projet est basé à Kiwanja et démarre en août 2005 sur le mode proposé par l'équipe d'exploration.

2/ Ces raisons sont-elles vérifiées avec le recul ? Retour sur les choix opérationnels et l'évolution de ces choix depuis 2005.

Si les raisons d'ouverture n'apparaissent pas contestables au regard du contexte et des besoins identifiés, l'angle d'approche envers l'hôpital de Rutshuru change très rapidement.

En octobre, les objectifs sont rectifiés et annoncent la prise en charge directe par MSF des cas chirurgicaux, médicaux, et des urgences et violences sur l'HGR de Rutshuru, ainsi que la prise en charge des soins secondaires.

En 2005, MSF souhaite effectivement s'inscrire dans les soins secondaires. Ceci est clairement inscrit dans le plan opérationnel de 2005 où la volonté de développement des capacités d'hospitalisation est mentionnée, ainsi que le questionnement des consultations externes.

Je cite (plan annuel 2005 écrit par Guillermo Bertoletti et Graziella Godain³) :

« Nous souhaitons d'abord concentrer nos actions sur les victimes de violences directes et de la guerre. La palette de nos interventions comprend la prise en charge médicale et chirurgicale des blessés, des victimes de violences sexuelles et des traumatismes aigus, le développement de nos capacités d'hospitalisation en situation de conflit, les soins infirmiers, (...) Nos priorités : les soins secondaires, les urgences, la chirurgie, la maternité. (...) Il est important de noter que les consultations externes représentent pour l'année 2004 plus de 2 millions d'actes contre un peu moins de 100 000 hospitalisations. (...) Il ne s'agit pas d'arrêter notre implication dans ce domaine de soins mais bel et bien de définir véritablement dans quelles conditions, quelles situations, il est nécessaire et pertinent (ex : soins materno-infantiles, prise en charge du paludisme chez les moins de 5 ans, etc.). Une liste de pays et/ou région ont été identifiés pour, soit mener des missions exploratoires, soit consolider nos activités auprès des victimes de conflit : Est RDC, Darfour, Népal, Tchétchénie, Colombie, (...) » et d'autres que je nomme pas.

Comme je le disais, l'approche de l'HGR change rapidement pour répondre aux ambitions et priorités médico-opérationnelles de la maison de cette époque. L'inscription dans l'hôpital apparaît comme un objectif en soi.

Le document de la MAP 2005 que j'ai pu consulter explique ce changement d'approche par le nombre important de références faites à l'HGR : 232 en deux mois.

3. Directeur et directrice adjointe des opérations

Il est dit :

« Les activités nous semblent pertinentes jusqu'à ce jour, mais ne sont pas complètement satisfaisantes en termes de qualité de prise en charge avec le nombre de références vers l'HGR de plus en plus élevé. C'est pourquoi il nous a semblé essentiel de nous investir dans un appui de l'HGR de Rutshuru ».

CEMUBAC est alors toujours présent. J'ai pu retrouver sur leur site un update de mai 2006, où ils mentionnent :

« Au Nord Kivu, CEMUBAC appuie le développement et le maintien d'un système de santé fonctionnel et de qualité au niveau de trois zones de santé de Kirotshe, Massissi et Rutshuru, et ce malgré la succession quasi ininterrompue de crises qu'a connue la province ; il participe à la formation de nombreux agents et cadres congolais, aux mises en place d'une centrale d'achats en médicaments essentiels, aux systèmes d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique, à l'appui d'un laboratoire provincial de référence et la mise en place d'un programme de protection de lutte contre le SIDA. »

La mise à plat (MAP) de 2005 n'évoque CEMUBAC que sur la question des primes versées à 52 employés de l'hôpital de Rutshuru et sur le fait qu'elles sont prises en compte pour le calcul des primes que nous rajoutons.

Je les ai contactés pour comprendre les raisons qui les avaient amenés à sortir de l'hôpital de Rutshuru après vingt ans de présence : était-ce un départ anticipé ou les avions-nous un peu poussés ? Ils sont en train de rechercher les personnes présentes à cette époque-là. Ils ont dit être contents que je les appelle. Je vous tiendrai au courant de leur réponse.

Cependant, on ne peut nier les tensions provoquées par notre arrivée. On se souvient de la réaction de l'administrateur de territoire de l'époque qui nous demandait alors de clarifier la définition des urgences et de nous y cantonner sans perturber ou déstabiliser le reste de l'hôpital. Les négociations sont rudes, mais nous réussissons avant la fin 2005 à investir les urgences, le bloc, la médecine interne. La reprise de la pédiatrie aura lieu en janvier 2006.

Nouveau rappel, cette fois-ci, du plan annuel 2006 de MSF :

« Le résultat le plus notable pour l'année 2005 est le développement de l'activité chirurgicale. En effet, 18 projets ont intégré une dimension chirurgicale à leur panel d'activités (ex : RDC, Haïti, Côte d'Ivoire, Nigeria...) ».

2006-2007, nous sommes installés dans l'hôpital. 2007 est considérée comme une année d'investissement. L'équipe s'est agrandie de 30 % pendant l'année, je cite encore, « *pour renforcer la qualité des soins, l'hygiène et la prise en charge de plus en plus de patients (10% d'augmentation), en particulier au bloc opératoire où les activités ont augmenté de 100 % depuis 2006.* »

Toujours en 2006 et 2007, les chirurgiens MSF et les médecins du dispensaire ou des urgences travaillent en collaboration deux jours par semaine sur des interventions chirurgicales programmées selon des cas sélectionnés durant la semaine par les médecins du dispensaire ou des urgences. Les interventions sont réalisées par l'équipe MSF avec la collaboration des médecins de l'HGR. En 2008, l'article sur la collaboration avec la chirurgie disparaît du protocole d'accord.

J'ai le souvenir, pour avoir passé plusieurs mois au Nord Kivu à cette époque, de discussions autour de la chirurgie élective. Il semblait acquis pour MSF que l'on n'en faisait pas et les arguments de la direction de l'hôpital sur l'offre de soins de l'HGR – qui est censé en faire – n'étaient alors plus recevables par MSF. L'époque était alors suffisamment mouvementée (le CNDP reprenait du territoire) pour que le dossier soit clos.

A noter d'ailleurs que les tensions avec la direction de l'hôpital étaient régulières, voire constantes. Tout d'abord en 2006, quand les urgences sortent du dispensaire puis que les soins intensifs sortent des urgences. Cela va se poursuivre avec la médecine interne d'où nous sortons les tuberculeux pour les isoler dans un recoin de l'hôpital. Il en est de même pour la chirurgie avec la ségrégation entre chirurgie ortho et viscérale et la lutte âpre pour obtenir un service de brûlés. La pédiatrie va rapidement se scinder en trois services : la néonatalité, la nutrition, et la pédiatrie. Ces changements se font principalement en 2009, période d'accalmie dans la province, le CNDP étant parti.

L'hôpital de Rutshuru, avec ses services spécialisés, se rapproche d'un hôpital provincial plus que d'un hôpital de référence. Ce sont les reproches constants qui nous sont faits par les autorités sanitaires. La fréquentation a doublé en 2009 : plus de 10 000 hospitalisations sont enregistrées pour 5 000 en 2006.

Les inquiétudes des autorités se font de plus en plus entendre et les inquiétudes sur leurs capacités de reprise d'une telle structure commencent à se faire entendre aussi chez nous, ainsi que les alarmes de nos propres équipes sur leurs capacités de gestion et la perte de maîtrise du développement de cet hôpital.

A noter que le plan annuel 2007 faisait déjà part de ces craintes de dérives. Je cite :

« Bien que cette stratégie opérationnelle se soit avérée satisfaisante, notre réponse opérationnelle ne doit pas se traduire automatiquement en soins de santé secondaires. (...). De plus ce choix a tendance à nous piéger dans des expertises techniques, en enfermant les équipes à l'intérieur des murs de l'hôpital, en les empêchant de rester en phase avec l'environnement. L'hôpital doit rester une option opérationnelle parmi d'autres, et non un objectif en soi, de la même manière que notre intervention ne doit pas être comprise uniquement comme une fourniture de soins médicaux ⁴ ».

3/ Quels objectifs ou enjeux nouveaux (locaux et/ou globaux) sont apparus au cours de la mission ?

Maintenir l'hôpital à flot est, de fait, rapidement devenu un objectif en soi qui a accaparé les différents coordinateurs de projet au détriment, d'après certains, d'une certaine réactivité sur leur zone d'intervention au sens large.

L'attraction de l'hôpital est grandissante, le paludisme y est, depuis l'ouverture, la première cause de morbidité. Le bassin d'attraction de l'hôpital s'étend avec le retour ou l'installation de nouvelles populations dans la région, les patients viennent de plus en plus loin. L'impact sur l'hôpital est particulièrement ressenti en pédiatrie à partir de l'année 2010. Pour rappel : 5 000 hospitalisations en 2006 ; 10 000 en 2008 ; 15 000 en 2011 ; 30 000 en 2015.

Le projet d'intervention évolue en hôpital-projet, la prise en charge des urgences devient une structure d'offre de soins spécialisés La part des urgences liées aux violences est à relativiser : 1,3 % en 2006 ; 4,3 % en 2012, qui sera le pic ; 0,7 % en 2014.

En nombre de blessés, cela fait 200 en 2006 ; 609 en 2012 et 208 en 2014.

En 2010, suite à l'accalmie de 2009, la question du désengagement se pose. La situation de crise ou de rupture ayant un impact majeur sur la mortalité et la morbidité est questionnée au regard des indicateurs hospitaliers et de la zone. La volonté de « désengorger » l'hôpital et de revenir à une taille « normale », « gérable » devient l'enjeu majeur. Cette volonté s'affiche avec celle de rétrocéder un hôpital que le ministère de la Santé serait en mesure de reprendre.

Les autorités sont approchées à ce propos, une passation sur une durée de 2-3 ans est envisagée par service avec le maintien d'un soutien technique.

4. Dr Guillermo Bertoletti, directeur des opérations, Graziella Godain, directrice adjointe des opérations.

Le désengagement doit être conduit sous une forme progressive et réfléchi. A ce propos, le plan de 2009 est explicite :

« Dans ces situations qui souvent se chronicisent et dans lesquelles la fragilité et la vulnérabilité des populations persistent au-delà des moments aigus de conflit ou de violence, et au sein desquelles nos activités médicales sont souvent les seules auxquelles les populations ont accès, l'action de MSF ne saura être limitée au moment de crises violentes. Les étapes de retrait de ces situations à la suite d'une normalisation (fin des hostilités, retour de populations dans leurs lieux d'origine...) ne sauraient être soudaines ou abruptes (en dehors de l'absolue nécessité) et devront être concertées avec les autorités sanitaires et progressives, articulées dans une stratégie de sortie réfléchi dans laquelle des échéances doivent être annoncées à l'avance. »

Gérer le quotidien hospitalier, mais aussi les relations avec les autorités hospitalières et de la zone de santé, maintenir la qualité des soins, développer des stratégies de désengorgement, penser le désengagement deviennent le casse-tête quotidien des équipes terrain et des desks successifs.

En termes de désengagement, il est envisagé en 2010 de garder le pôle chaud (urgence, chirurgie, soins intensifs) et de passer la maternité, la pédiatrie et la médecine interne.

Le maintien de la chirurgie, au-delà de la plus-value de MSF dans ce domaine, est aussi lié à la nécessité de garder, dans le portfolio MSF, des sites de pratique et de formation pour nos pools de chirurgie et d'anesthésie.

Ce besoin ou cette « motivation interne et institutionnelle » est clairement institué par MSF dans le plan stratégique 2011-2013 :

« Les situations dans lesquelles nous intervenons doivent être marquées par une mortalité ou une morbidité importante, générale ou spécifique, ou un risque imminent de dégradation de celles-ci. » Néanmoins, il est dit plus loin que « des critères de motivation interne ou institutionnelle peuvent être pris en compte : apprentissage d'un champ médical ou d'une problématique nouvelle, masse critique et volume global d'activité, stratégie d'ancrage dans un contexte donné, ...⁵ ».

Concernant le retrait des services mentionnés, il demandait concrètement l'accès aux blocs pour les médecins du service gynécologie/obstétrique, l'arrêt

5. Thierry Durand, directeur des opérations.

de l'approvisionnement en médicaments de ces services, l'arrêt du versement des primes aux employés et la remise en place du recouvrement des coûts.

L'accès aux blocs pour les césariennes a finalement pu se faire, non sans difficultés. Dans un premier temps, MSF a refusé de former des médecins non chirurgiens à de la chirurgie, même si, selon les normes congolaises, cela entre dans leur cahier des charges. C'est finalement le soutien de la responsable de la gestion hospitalière de l'époque (2010) qui permet d'avancer et un véritable programme de formation est mis en place avec un suivi spécifique des compétences essentielles à acquérir pour la prise en charge des cas simples. Les cas compliqués sont pris en charge par les chirurgiens MSF.

En revanche, l'approvisionnement en médicaments via la centrale de Goma ne peut se faire, MSF refusant l'usage de médicaments non validés.

Concernant la suppression des primes, c'est moins clair. Est-ce le braquage fin 2010 de la voiture transportant les salaires de décembre ou la crainte des équipes de perdre un moyen de pression sur les employés de ces services ? Les deux hypothèses sont évoquées et sont sans doute liées.

Le recouvrement des coûts est néanmoins discuté et accepté sous forme de forfait hospitalier symbolique (2,50 dollars pour les personnes de plus de 5 ans et 10 dollars pour les accouchements eutociques).

Concernant la question du désengorgement, l'appui à des centres de santé est mis en œuvre à différentes reprises sous différentes formes, sans impact notable sur le flux des patients à l'HGR.

On se retrouve donc en 2011 avec une passation des services de maternité et de médecine interne incomplète et des hospitalisations en hausse constante. Le plan initial se transforme en transfert des responsabilités médico-légales et d'employeur. Par ailleurs, l'équipe d'expatriés est alors réduite de manière drastique pour des raisons de sécurité. La rébellion armée M23 (issue du CNDP dont le chef historique fut alors lâché par le Rwanda) occupe le terrain pendant près d'un an. La poursuite du désengagement ne reprend qu'en 2013 avec la pédiatrie et la néonatalité dans les mêmes conditions avec, en plus, le soutien du *staff* MSF pendant les périodes de pics paludisme (autant dire toute l'année puisque cela ne s'arrête jamais).

En 2013, un état des lieux de la qualité des soins dans les services sous la responsabilité de l'hôpital est fait. Il n'y a pas d'impact notable sur la mortalité,

néanmoins des points jugés inacceptables sont à améliorer. La proposition est de nouveau d'opérer un transfert progressif des compétences sur trois ans.

Le désengagement se veut irréprochable en termes de qualité. A ce titre, le rapport de mission du coordinateur du projet en août 2013 est clair : *« Les nouveaux objectifs devront tenir compte d'une implication accrue de responsabilité pour le ministère, tout en conservant une qualité des soins irréprochable, eu égard aux moyens mis à disposition ; et nous ne souhaitons pas, à juste titre, transiger en la matière »*.

En 2014, une réunion est organisée au siège par le desk, avec les différents responsables (opérations, médecins, log., référents finances et gestion hospitalière) afin de présenter l'évolution du contexte et les événements qui ont entraîné des variations et prises de décisions sur les activités. La décision de poursuivre le désengagement est maintenue, on prévoit *« d'accompagner le retrait, d'accepter une baisse de la qualité et l'augmentation possible de la mortalité »*, mais aussi *« de se mettre en tension avec [les autorités] sur un certain nombre d'exigences au regard de notre investissement, d'arriver à un niveau de soins similaire avec un support transversal conjoint »*.

Le désengagement est prévu cette fois-ci sur cinq ans à contexte égal.

Le retour de cette réunion au terrain suscite incompréhensions et tensions. L'équipe, confrontée aux problèmes de gestion quotidienne, propose la fermeture du projet pendant une période de deux ans, une sorte de « fenêtre thérapeutique », et s'interroge (dans un mail) : *« Pourquoi on reste ? Quels sont les besoins de santé de la population ? Nous restons centrés sur l'HGR en oubliant d'intégrer les problématiques extérieures, et du coup on se les prend de plein fouet. Le fait de rester cinq ans de plus va permettre quels développements ? Pourquoi cinq ans ? Quel est l'objectif ? Pouvons-nous empêcher les médecins du ministère d'effectuer des actes chirurgicaux quand leur formation et leur diplôme les reconnaissent ? Pouvons-nous obliger des mesures disciplinaires basées sur les standards que MSF veut imposer ? »*

L'équipe de coordination est convoquée au siège, deux mois après, pour « reca- drage ». Dans la foulée, le responsable de la gestion hospitalière, le directeur logistique et la directrice médicale adjointe font une visite à Rutshuru. La réhabilitation de l'hôpital est proposée ainsi que de nouvelles constructions pour une réorganisation par pôles. Un nouvel organigramme est mis en place dans le cadre de la gestion hospitalière et de la cogestion. Chaque poste est doublé (MSF/ministère de la Santé). On parle alors de responsabilité partagée.

La fin de l'année 2014 se passe à tenter de convaincre le terrain de l'absence de contradiction entre construction et réhabilitation, cogestion et gestion hospitalière, et désengagement. Le soutien d'un consultant externe (Guillaume Jouquet) est alors envisagé pour la mise en œuvre de la stratégie de sortie.

Courant 2015, le consultant arrive sur le terrain. L'accueil est un peu rude, mais finalement sont mis en place avec les autorités des ateliers conjoints sur la stratégie de désengagement. Le directeur de l'hôpital et le médecin-chef de zone remettent en question, après coup, les indicateurs choisis. L'équipe terrain propose, lors de la MAP, un désengagement par service calqué sur la progression des travaux qui est refusé par le desk au regard de la précédente expérience.

Les difficultés de mise en œuvre des objectifs de désengagement en termes d'approvisionnement en médicaments sont les mêmes qu'en 2010, même si nous arrivons fin 2015 à arrêter l'approvisionnement en antipaludéens et ARV, qui sont pris en charge par le Fonds mondial.

Les difficultés concernant la remise à niveau des « mains chirurgicales » (médecins chirurgiens) de l'HGR (hors césarienne), sont également les mêmes qu'en 2010 et nous amènent à externaliser la formation dans un hôpital de Goma auprès de chirurgiens dont l'expertise est inconnue.

Les difficultés concernant la recherche de nouveaux financements – cela, c'est plutôt du ministère de la Santé – ne sont pas moindres. Le directeur de l'hôpital et le médecin-chef de zone ne s'y investissent pas malgré l'intérêt de la Communauté européenne. Ils annoncent d'ailleurs leur départ à partir du moment où MSF ne sera plus présent dans l'hôpital.

La remise en place d'un système de recouvrement des coûts ne sera envisagée que dans les six derniers mois de notre présence, bien que les équipes terrain aient souhaité une mise en place plus rapide, seul moyen selon elles de réduire le flux des patients vers l'hôpital et de les inciter à se rediriger vers les autres structures sanitaires.

Quoi qu'il en soit, en septembre 2015, terrain et *desk* s'accordent pour réduire la période de désengagement de quatre à deux ans du fait des maigres avancées et de l'énergie considérable consacrée à ce processus. Il s'agit d'accélérer un processus qui s'engue dans ses propres contradictions, tant au niveau de MSF que des autorités.

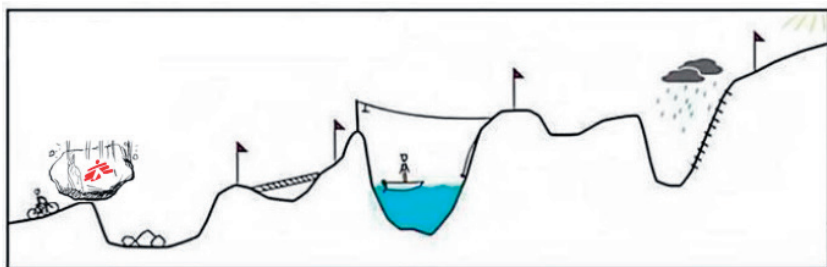
4/ Pourquoi fermer ?

Pour répondre à la dernière question sur les raisons qui nous amènent à fermer, je vais me concentrer sur les enjeux locaux, sans entrer dans des considérations institutionnelles, puisque vous les développerez après. Ce sont, pour certaines, les mêmes raisons qui nous ont amenés à fermer Kayna en 2006 :

- Un déplacement des zones de violences et de tensions vers l'Ouest et le Nord du Kivu.
- Une amélioration notable (hors banditisme) du contexte sur la zone de Rutshuru.
- Le retour des populations déplacées depuis plusieurs années et l'installation de nouveaux arrivants.
- Un système sanitaire bien plus fonctionnel que dans les autres parties de cette région. A ce propos, on peut noter l'absence de rupture d'intrants antipaludéens depuis deux ans (2014-2015) sur l'ensemble de la zone de santé ; la création de nouveaux centres de santé de référence avec affectation de médecins ; la disponibilité dans les centres de santé d'artésunate injectable et la formation du personnel de soins à son utilisation ; la construction et l'équipement en cours de finalisation de blocs dans ces structures.
- Une enquête de mortalité rétrospective, réalisée en février 2014, ne montre pas de problèmes d'accès aux soins médicaux, même pendant la période la plus troublée qui était celle du M23.
- Les facilités de recrutement de personnel médical suite aux ouvertures d'écoles et de facultés à Goma. Il y a dix ans, tout notre personnel médical était détaché de Kinshasa, ce n'est plus le cas aujourd'hui.
- La disponibilité des financements : la commission européenne a pris contact avec l'hôpital et serait tout à fait intéressée à mettre en place un système de compensation de la gratuité des soins.
- La corruption non maîtrisée au sein de cet hôpital.
- L'échec de la cogestion, du fait de nos propres contradictions et de nos modes de fonctionnement, mais aussi du fait de nos interlocuteurs congolais qui n'y voient pas d'intérêt.

Ces arguments sont sujets à discussion face à la fragilité et la volatilité du contexte. Il est en effet impossible d'affirmer que demain on ne nous demandera pas de réinvestir cette zone, pas plus que de contester l'amélioration de la situation.

La sortie est prévue dans deux ans et si la situation se dégrade, nous serons bien évidemment là. L'enjeu sera de garder un lien privilégié avec cet hôpital afin de pouvoir de nouveau y intervenir si besoin, mais sous une forme très certainement différente.



Brigitte VASSET

Je ne connais pas très bien Rutshuru, j'y suis allée une fois en 2014, avec deux autres personnes d'ici, comme le rappelait Axelle à l'instant. Ce que je connais de 2014, c'est à travers les réunions au siège, en particulier les révisés budgétaires.

Depuis 2013, je trouve que l'on se raconte des histoires sur Rutshuru avec ce fameux transfert de responsabilité, où l'on ne transfère rien, puisque l'on continue à donner les médicaments, à payer les gens, on continue à tout faire. Pour les équipes, je pense qu'utiliser des mots qui disent le contraire de ce que l'on fait, c'est extrêmement négatif ! Se dire que quand on va partir, on va « exiger » la même qualité que quand on était là, c'est se raconter des histoires ! On refuse de voir qu'avant notre arrivée, les gens n'étaient pas très bien soignés, qu'on fait ce que l'on peut et que quand on part, c'est différent et c'est ainsi. En RDC et dans d'autres pays proches, penser que les ministères de la Santé vont pouvoir reprendre, que l'on va faire des passations, c'est également en dehors de la réalité. Les médicaments, il y a toujours quelqu'un qui peut les fournir (le Fonds global, etc.), mais en ce qui concerne les gens compétents, ce ne sont ni les directeurs d'hôpitaux ni les directeurs généraux de province qui peuvent les embaucher. Je ne sais pas à quel niveau cela peut se faire, sans doute au niveau central. Là encore, on se raconte des histoires à vouloir cogérer. C'est cela qui m'embête le plus.

Depuis 2013, on pense à la passation, on s'organise pour cela, et à la fin on en a marre, on ne sait plus quoi faire. Encore que Rutshuru est un hôpital qui, pour l'argent que l'on y mettait, rendait des services. Tu as donné les chiffres, c'est tout de même assez impressionnant ! C'est un bon hôpital, 38 000 personnes et une mortalité très faible – ce qui, au passage, fait douter des critères d'admission –, surtout depuis 2012. Quand on y regarde de plus près, c'est le nombre d'enfants qui a doublé, et c'est ce qui a fait exploser le nombre d'admissions sur l'hôpital.

Depuis 2013 cela grossit, Goma est devenue une énorme base et c'est surtout là-dessus que portaient les réunions budgétaires. A Goma, on est quinze et on essaye de transférer !

2014, c'est un peu après la mise en route du projet FOSSAP à Haïti, c'est-à-dire la tentative de mettre en place un hôpital long terme. On en a assez de Rutshuru, on prend la décision de se retirer dans un délai de cinq ans. C'est là que commence toute l'histoire de la construction. On reste cinq ans, donc on améliore un peu notre façon de travailler, on construit un bloc. Et un ou deux mois plus tard, c'est : « On reste cinq ans pour faire une passation », ce qui n'est pas la même chose. Au départ, c'était : « On reste cinq ans, puis on verra bien. » Nous quand on y va, on demande au ministère : « Nous, on reste cinq ans, comment voyez-vous dans cinq ans l'avenir de Rutshuru ? » On n'a pas vraiment de réponse, ce qui n'est pas très étonnant non plus. En tout cas on met cela sur la table. Et je confirme que cela devient, lors d'une autre réunion : « On reste cinq ans pour faire une passation », ce qui change un peu l'histoire. Encore une fois, je pense que l'on se raconte des histoires, en imaginant faire une passation en cinq ans alors qu'il n'y a pas plus de moyens, qu'il y a plus de gens, plus de malades, etc., mais pas plus de moyens au niveau des ministères.

Pour terminer, aujourd'hui je me demande pourquoi deux ans et pas un an ? Je pense que si on part dans deux ans, c'est parce que l'on va finir la construction dans deux ans. Partir dans deux ans ou dans un an, c'est la même chose, on n'arrivera pas mieux à faire une passation.

Rony BRAUMAN

La parole est à la salle.

Caroline SEGUIN

J'étais en charge de la gestion hospitalière à l'époque des discussions sur passation ou pas, et je suis complètement d'accord avec ce que dit Brigitte. A l'époque, je pense qu'il y a eu une dérive sur la compréhension des choses. Ce que l'on s'était

dit avec les directeurs était que l'on reste cinq ans au moins, parce que l'on veut se donner les moyens d'investir dans cet hôpital, chose qui n'avait pas eu lieu depuis plusieurs années, puisque tous les ans, ou tous les deux ans, on remettait en question le fait que l'on veuille rester. Du coup, on s'est retrouvés dans un hôpital au bout de dix ans où on n'avait pas investi grand-chose finalement. On s'est retrouvés avec des locaux un peu pourris, il faut bien le dire. Quand on est parties en visite avec Brigitte, je me suis dit que si on évaluait cet hôpital aujourd'hui, on le reprendrait, parce qu'il n'a pas bénéficié des avancées que l'on avait eues à MSF sur les dernières années.

Rony BRAUMAN

Peux-tu préciser les avancées que tu évoques ?

Caroline SEGUIN

Les avancées par exemple en gestion hospitalière, en circuit du patient, en gestion de pôle, en protocole, en formation professionnelle, etc. Du coup, vu qu'on ne voulait pas s'investir, puisqu'on voulait partir tous les deux ans, les référents médicaux n'étaient pas venus depuis plusieurs années pour remettre à jour des protocoles et former le personnel qui était nouveau. En effet, chaque fois que nous voulions partir, de nouvelles politiques RH étaient mises en place. Une grande partie du personnel du ministère de la Santé que l'on avait formé était parti, en 2010 je crois, quand on disait que MSF allait partir. Puisqu'on allait remettre ces services au ministère de la Santé, on ne payait plus de personnel MSF, donc ce personnel-là est parti, et du nouveau personnel est arrivé qui n'a pas bénéficié de formation. C'est un exemple parmi d'autres. C'était, au global, à cause d'un manque d'investissements sur plusieurs années que l'hôpital a eu du mal à se développer, je pense.

Ensuite, cette dérive pour moi est à l'origine du fait que l'on veuille partir aujourd'hui. C'est plus pour moi une incompréhension, ou un manque de communication entre les gens qui géraient ce projet à l'époque, les gens qui sont arrivés, le terrain, le turnover, etc. Pour une fois, on se disait : « On prend la responsabilité et on assume le fait que l'on veuille rester cinq ans dans cet hôpital », justement pour le faire évoluer, pour faire ces constructions qui ont coûté grosso modo 1,5 million d'euros. Je trouve dommage d'investir autant d'argent dans un hôpital alors qu'on va le quitter. Ce sont des choses qui pour moi ne marchent pas ensemble. On en arrive là aujourd'hui.

De plus, ces histoires de passation de services, etc. je pense que c'est faux. On se ment quand on dit qu'on passe des services : on paie du *staff*, on envoie des experts pour former des gens et on fournit des médicaments. Finalement, on

essaye de se déresponsabiliser et nous sommes responsables de ces services-là, puisque nous les avons plus ou moins aidés.

Rony BRAUMAN

Ce qui relie les interventions qu'on vient d'entendre, c'est cette longue période d'incertitude, liée à la manière dont on est entré : c'étaient l'instabilité, les tensions politiques, les déplacements de populations, les menaces de reprise des hostilités dans la région, qui poussaient à prendre cet hôpital. Avec la baisse des tensions qui amène cette période d'incertitude, puisque les raisons initiales se sont estompées, la question qui se pose est : pourquoi considère-t-on qu'il n'y a plus besoin de soins de qualité quand il n'y a plus de Maï-Maï ou de coups de feu tirés dans la région ? La réponse tient largement à la culture MSF : on aime la guerre (c'est une façon de parler, bien sûr). Mais tout de même, on voit bien les limites de ce genre. Raisons d'entrer et raisons de rester, c'est une question qui doit se poser avec un certain recul. L'un des intérêts de cette journée est de voir le découplage entre l'une et l'autre : les raisons de commencer ne sont pas forcément les mêmes que les raisons de continuer, mais elles influent sur les raisons de partir.

Dounia DEKHILI

Juste une remarque par rapport à ce que l'on disait sur le transfert de compétences et de responsabilités. Je suis d'accord aussi avec ce que dit Brigitte. S'imaginer pouvoir transférer une structure dans le même mode de gestion que pendant MSF, cela ne dépend pas de nous. Même en y mettant toute la bonne volonté, cela dépendra des ressources allouées et de la politique des administrations en charge.

En revanche, j'ai tout de même deux exemples où je suis revenue dans un hôpital qui avait été géré par MSF. Entre deux et cinq ans après le départ de MSF, il reste quelque chose, quand on a investi sur une structure. Je pense à Bétou qui a été une controverse à l'époque de sa construction. Quand on y est revenus cinq ans après, on a retrouvé une structure qui fonctionnait, il y avait un médecin chirurgien qui opérait, dans une zone hyper isolée. Mine de rien, on se dit qu'il y a un impact. Cela dit, on ne sait pas l'évaluer ou le prédéfinir, mais penser qu'une fois que l'on part, c'est la catastrophe, ce n'est pas forcément vrai. Je suis retournée aussi à Bouaké trois ans après le départ de MSF et j'étais plutôt impressionnée. Certains endroits étaient même en meilleur état que quand MSF s'en occupait.

Axelle DE LA MOTTE

Comme je l'ai mentionné au début, en 2005 quand l'équipe d'exploration visite

l'hôpital de Rutshuru, ils trouvent un hôpital fonctionnel avec du personnel motivé et compétent. Avec nos inquiétudes sur cet hôpital, on a tendance à l'oublier. Nous n'arrivons pas à envisager que sans nous cela puisse fonctionner. On a ici un exemple assez flagrant. On arrive dans quelque chose qui est fonctionnel. On s'y investit parce qu'à ce moment-là nous voulons développer des soins secondaires. La première option opérationnelle n'était pas de s'investir au sein de l'hôpital, c'était de soutenir les hospitalisations, les références qui étaient faites, par la prise en charge financière des patients. Mais c'était fonctionnel. Nous investissons l'hôpital parce que nous souhaitons développer les soins secondaires, la chirurgie chez MSF, et puis il y a tous les développements qui font que l'on est un peu pris dans la machine et qui nous amènent à la situation actuelle. Jusqu'en 2010 effectivement, on signe un MoU (protocole d'accord) tous les six mois ou tous les ans, mais ce n'est plus le cas. A partir de 2010, les choses sont assez claires. En 2010, on pense rester encore deux ou trois ans dans cet hôpital. En 2013, Sabine Roquefort fait son évaluation sur les services qui ont été transférés. Même s'il n'y avait – comme tu le dis Caroline – pas de personnel, peu de visites de référents à cette époque-là, surtout pour des raisons de sécurité, ce n'était pas lié au transfert des services. L'étude est claire : les passations faites n'ont pas d'impact notable sur la mortalité. Cela ne s'écroule pas du tout, parce qu'on continue à verser des primes, à approvisionner en médicaments. Je précise qu'on continue de le faire par choix. Ce n'est pas une décision de l'administration, les choses ont été négociées avec elle.

Isabelle DEFOURNY

J'ai trouvé très intéressante la présentation, l'évolution du projet phase par phase. Je trouve marrant, justement, qu'au moment de l'ouverture on considère que l'hôpital Rutshuru fonctionne bien et que l'on peut y référer les patients. Mais si on regarde les objectifs du plan de développement opérationnel ou global – j'ai vécu aussi ces périodes-là, aux opérations – on voit les accélérations et les freinages. A un moment, on s'est dit : « plein pot sur les hôpitaux, on n'en fait pas assez », ce sont les deux millions de consultations, et quelques années après, on se dit : « on a trop d'hôpitaux, il faut fermer. » Depuis quelques années, j'ai l'impression que la réflexion autour de l'hôpital – ce n'est pas encore gagné – commence peut-être à s'équilibrer.

Je dis cela parce que je trouve que ce qui ressort dans l'histoire de Rutshuru (où je n'ai jamais mis les pieds), beaucoup plus que le contexte, c'est la difficulté de gestion de l'hôpital, le fait que l'équipe est en permanence dépassée. J'ai l'impression que l'on ferme parce que l'on est dépassé par la gestion. Si on arrivait à faire notre travail plus simplement, on serait resté. Peut-être que je me trompe.

Pour revenir aux raisons d'entrée, au contexte : la raison d'intervenir est claire. Cela dit, nous sommes d'accord qu'après tant années dans un endroit on peut reposer la question de notre présence et la reposer, cela veut dire : « Certes le contexte a changé, mais reformulons la raison pour laquelle on veut rester ou pas. » Dans l'histoire et dans le contexte de Rutshuru, il me semble que c'est un peu cela l'ambiguïté. Sur 2014, on voit qu'on aurait pu se dire : « nous restons, malgré le changement de contexte. » Il y avait toutes sortes de raisons : le service rendu à la population, un hôpital généraliste très formateur pour nos équipes -là, on revient sur des besoins institutionnels-, mais on n'a plus d'hôpitaux généralistes. A part le VIH maintenant à Goma, il n'y a pas beaucoup de projets en RDC et le développement des soins dans la zone est sans doute aussi lié à notre présence.

En 2014, je n'ai pas compris que la période de cinq ans correspondait à un plan de fermeture. J'ai compris qu'on faisait un investissement sur cinq ans. Je m'étais dit cinq ans, pour une fois, on a un plan, bon ou non je ne sais pas : on va rester pendant cinq ans et essayer de gérer correctement cet hôpital. Cela étant, je peux comprendre les raisons de la fermeture. En revanche, j'ai tout de même un sentiment de gaspillage sur le fait d'investir 1,5 million pour sortir.

Axelle DE LA MOTTE

Il faut rappeler que le 1,5 million de la construction n'était pas prévu initialement. J'ai retrouvé les documents, c'était 500 000 dollars. C'est notre problème, on a la même chose à Bangui, on multiplie par trois nos prévisions en général sur la construction. Il s'agissait de 500 000 dollars, pour remettre l'hôpital – comme le disait Caroline – dans un état convenable, sachant que nous l'avions dégradé nous-mêmes, ou en tout cas qu'on n'avait pas porté une amélioration, une réhabilitation en rapport avec le volume de patients accueillis.

Isabelle DEFOURNY

D'une certaine manière, on dit : « On ferme, parce que l'on a trop de succès ». Si on n'avait pas 30 000 hospitalisations, si on en avait 5 000, on ne fermerait pas. On ferme parce que l'on soigne trop de patients. Je trouve qu'il y a un problème, là. On n'arrive plus à soigner tous ces gens, et en plus on n'a pas de forte mortalité, zut, on ferme. On les soigne trop et trop bien ! C'est caricatural. Mais c'est tout de même cela.

Et pourquoi ferme-t-on parce que l'on a trop de patients ? C'est en grosse partie, et on le voit bien dans ta présentation : on complexifie nos modes de gestion, nos indicateurs, nos attentes, dont certaines complètement irréalistes. On interdit aux médecins de faire certains actes, alors que c'est légal dans leur pays. Tout

cela est de la complication inutile. A la fin, on en arrive à fermer parce qu'on ne sait pas gérer et la question du contexte passe au second plan. En plus, on ferme en se disant que l'on va aller rouvrir différemment, et plus ou moins avec les mêmes objectifs, dans une zone où la différence de contexte peut tout de même être questionnable, particulièrement dans les années qui viennent.

Axelle DE LA MOTTE

Je suis bien d'accord. Je n'ai pas de boule de cristal. Aujourd'hui, c'est l'état des lieux de ce que l'on trouve sur le terrain. L'amélioration au niveau de la zone sanitaire est flagrante pour ceux qui ont connu Rutshuru à différentes époques ; on ne peut pas la contester. Regarde les zones de santé au Congo, tu as des ruptures d'approvisionnement en médicaments partout. Dans la zone de santé de Rutshuru, tu n'as pas eu une seule rupture en deux ans. Je parle des antipaludéens et des ARV.

Isabelle DEFOURNY

Oui, mais il est dit qu'en 2005 l'hôpital fonctionne bien.

Axelle DE LA MOTTE

Le fonctionnement de l'hôpital et la zone de santé sont deux choses différentes, surtout que c'était nous qui faisions l'approvisionnement. Là, cela a changé, on ne fait plus d'approvisionnement en antipaludéens depuis décembre 2015. C'est pris au niveau de la zone de santé et ce sont eux qui approvisionnent, via le Fonds mondial. Ce sont des choses qui avancent.

Qu'il y ait des médecins, des blocs qui se construisent, etc. tu ne peux pas le nier non plus. Alors je ne dis pas que dans deux ou trois ans cela ne va pas repartir en vrille, mais si c'est le cas, on interviendra, je ne vois pas le souci. Ce n'est pas parce qu'on ferme un projet qu'on est *persona non grata*. Ou alors, il faudrait envisager tous nos projets sur vingt ans sur tous les terrains un peu sensibles, parce qu'on ne sait jamais ce qu'il va se passer de facto.

Isabelle de FOURNY

Ce n'est pas ce que je dis.

Brigitte VASSET

Deux choses, très rapidement par rapport à ce que tu dis, Isabelle : c'était moins un problème de gestion de la structure que de gestion des patients. Ce qui nous a complètement débordés, c'est le doublement du nombre de gamins à partir de 2012. Et l'autre chose : il y a une autre mission qu'on a fermée parce qu'on avait trop de patients, c'était Casaore au Nigéria. On a trop de patients, on ne

sait plus quoi faire, donc on ferme. C'est inadmissible, c'est insupportable, mais c'est comme cela.

Isabelle de FOURNY

Je suis d'accord.

Guillaume JOUQUET

Je voudrais revenir sur l'objectif de départ et de l'investissement. En gros, il y a deux grandes écoles. Soit on dit : « on ferme », on a donc cinq ans pour faire le maximum pour arriver à la qualité des soins la plus optimale, et c'est un peu : « après nous le déluge ». L'autre école consiste à investir dans la transition et la diminution progressive. Cela peut sembler contradictoire, mais diminuer les activités demande un investissement, car c'est beaucoup de temps et de négociations. Cela prend beaucoup d'énergie. On ne peut pas passer son énergie à la fois à développer des activités et à les diminuer. Encore une fois, je sais que cela peut paraître contradictoire qu'il faille beaucoup d'énergie pour diminuer des activités, mais c'est une réalité. Plus on va investir pour être sur des standards MSF, plus on va, à mon avis, s'éloigner des protocoles locaux et plus on est en train de creuser la tombe de la continuité du programme.

Cela peut être une option de dire : « après nous le déluge ». Si elle est assumée, très bien. On va atteindre un niveau de qualité peut-être optimal au moment de partir, mais comme on n'aura pas préparé la transition, une fois que l'on part tout s'effondre et parfois à un niveau inférieur à celui que l'on avait trouvé en arrivant, puisque c'était un hôpital fonctionnel quand MSF est arrivé. Investir sur des standards MSF, c'est sans doute bénéfique dans le présent pour les patients, mais ça peut jouer en sens inverse pour ces mêmes patients dans le futur.

L'autre option est donc de consacrer son énergie à la transition, à la négociation sur une diminution des activités. Je ne sais pas si cinq ans est une bonne période de temps, surtout si chaque fois qu'il y a un changement d'équipe il y a des velléités de partir sur autre chose, mais cela peut être le temps qu'il faut. C'est ce qui a été décidé à Chiradzulu, justement pour passer d'un niveau où MSF intervient beaucoup à un niveau où MSF intervient peu. Faire cela par service n'a pas de sens. On va avoir un déséquilibre. Quand on se retire, il faut le faire partout en même temps et non saucissonner par services. C'est peut-être plus pratique, parce qu'on le voit : « Ça y est, on a fait la pédiatrie il ne nous reste plus que les services A, B, C, D » alors qu'à mon avis il faut diminuer partout. En gros, qu'est-ce qu'un projet de santé d'un point de vue économique ? Ce sont des ressources humaines et des médicaments. Cela va prendre 80 % du

projet. Donc si on diminue partout les ressources humaines et les médicaments fournis ou payés par MSF, on force le système à essayer de compenser. Et le système ne compensera jamais au niveau de MSF, c'est une quasi-certitude. Mais au moins, même si on a une diminution de la qualité, elle ne sera pas à un niveau catastrophique. Parce que oui cinq ans après le départ de MSF et sans préparation de la sortie, il se peut qu'il reste quelque chose, mais à quel prix pour les populations ? Peut-être y a-t-il eu un trou sans fond pendant deux ou trois ans avant que le système ne se réhabitue à l'absence de MSF. En préparant la sortie de MSF, on accompagne le système pour qu'il puisse se régulariser plus vite, même si c'est à un niveau bien inférieur à celui de MSF, mais en évitant que ce soit à un niveau catastrophique.

Mathilde BERTHELOT

Je reviens sur la question de l'amélioration du contexte. Dans un pays en guerre, on pense que le manque d'accès aux soins vient du danger pour les patients de se déplacer, et du danger pour le *staff* de rester sur place. Un facteur qui peut aider à décider d'une sortie est l'amélioration du contexte d'un point de vue économique. Forcément, s'il y a stabilité dans une zone et amélioration de la sécurité, cela va de pair avec l'amélioration de la situation économique des gens, qui peuvent retravailler, bouger, etc. Dans d'autres contextes, quand on interroge les patients, on constate que venir dans le secteur public n'est pas toujours leur premier choix. Dans les endroits où ils ont le choix, c'est un peu comme ici, ils préfèrent ne pas attendre trois heures et avoir des médicaments, quand ils savent qu'aux consultations MSF, où l'on a nos standards et notre qualité, s'ils toussent un peu, ils ne vont avoir que du paracétamol et de la vitamine C et on leur dira de revenir le lendemain.

Quand les gens peuvent à nouveau se déplacer, ils ne vont pas forcément dans le public. Pendant la période d'insécurité, ils vont au plus près, donc dans le privé, plutôt que de payer un taxi ou un transport, ou de prendre le risque de se mettre sur une route dangereuse pour aller jusqu'à l'hôpital, même si l'hôpital est gratuit. Les équipes ont tendance à penser que quand c'est payant, ce n'est pas bon, que le privé ce n'est pas bon. Les patients y vont malgré tout et s'ils ont un peu de moyens, ils vont souvent dans le privé pour avoir le sac plein de médicaments, parce que pour eux c'est cela la qualité. On a des vœux pieux sur la qualité, parce qu'on n'en a pas la même interprétation que nos patients.

Northan HURTADO

Je suis d'accord que dans certains pays, on voit que ce n'est pas si mal après l'arrêt de nos activités. Dans d'autres pays parfois, comme le Soudan du Sud – Kwan est un bon exemple – on a arrêté parce que c'était immense et quand

on est revenu, on a vu que la qualité était tombée en dessous de zéro. C'est impossible du point de vue économique pour le Soudan du Sud aujourd'hui, par exemple, de prendre le relais. On sait que ce pays vit des ONG internationales et d'autres acteurs pour établir des systèmes de santé, surtout pour les soins secondaires. Bon, cela dépend aussi des pays. Regardons le Tchad aussi, par exemple : MSF-Belgique était là-bas pendant des années. Nous sommes passés six mois après la fermeture de leur mission et c'était la catastrophe. Depuis quelques années le gouvernement fait plus d'investissements dans les hôpitaux, met plus de médecins dans les centres de santé. Dans le même pays, cela peut changer selon la situation économique, et le pétrole aussi y était pour beaucoup. Parfois c'est le déluge, oui, cela dépend. Cela dépend des endroits, mais le succès de Rutshuru donne une petite idée : des gens préféreraient payer le taxi pour aller de Goma à Rutshuru plutôt que de se faire soigner à Goma. Les gens ne sont pas stupides, ils savent bien qu'il y a des centres de qualité et ils préfèrent aller jusqu'à Rutshuru, parce qu'à Goma on ne trouve pas la même qualité.

Un autre point sur la violence, dont on parlait à l'instant. Quelle est sa part dans les causes d'hospitalisation ? On compte la violence directe, mais il y a d'autres choses : par exemple que les gens ne traitent pas leur paludisme, ils ne veulent pas aller au centre de santé parce qu'il n'y a pas le médicament. Parfois, quand on analyse la violence de ce monde, on oublie un peu la violence indirecte, la santé maternelle ou d'autres maladies qui sont des conséquences indirectes de ces violences.

Rony BRAUMAN

Quand j'ai visité Rutshuru, l'an dernier, j'y allais en étant convaincu qu'il fallait rester et que la décision de partir était mauvaise. Après avoir entendu sur place les arguments inverses, j'ai changé d'avis. L'une des raisons essentielles de mon « retournement » était le siphonage des ressources locales disponibles par MSF du fait de l'énorme investissement matériel, présence d'équipes expatriées, rénovation de l'hôpital, gratuité des soins, tout cela. Je suis allé visiter les centres de santé, les hôpitaux dans la région, qui étaient à moitié vides alors qu'ils avaient des structures chirurgicales et du personnel. Beaucoup de gens, à MSF, avaient l'impression de ruiner la possibilité du système sanitaire de se développer. Même si notre objectif n'était pas de développer le système sanitaire il ne pouvait pas non plus être de l'affaiblir, or c'était le sentiment dominant, à tort ou à raison. Je pense que c'était à raison, cela demanderait peut-être un examen plus précis, mais c'est l'impression que cela donnait.

Sur un point, vous avez toutes les deux, Isabelle et Brigitte, soulevé une question qui est un paradoxe assez troublant : plus on a de patients, plus on est incité à

partir. La raison amènerait à penser que plus on a de patients, plus on démontre que l'on est indispensable. Je ne pense pas que l'on puisse en rester là, dire : « on est débordé par les patients donc on s'en va ». Non, si on est débordé par les patients, a priori, on renforce plutôt que de partir. En tout cas, philosophiquement c'est la raison d'être même de MSF. Sauf effectivement si c'est dû à cette question-là, celle du « siphonage », qui renvoie au contexte immédiat.

Le deuxième point concerne le tabou de la gratuité des soins. Le problème n'est pas que les soins soient payants ou pas, mais que des gens qui n'ont pas les moyens ne puissent pas accéder à nos soins. Cela serait en effet s'inscrire dans une discrimination dont on ne veut pas et on a bien raison, mais il y a des moyens de contourner cela. Or on l'impression que la gratuité des soins est une espèce d'obligation morale, un principe intangible à MSF. Je ne pense pas que ce soit directement le sujet aujourd'hui, mais c'est l'un des enjeux qui peuvent être soulevés par cette réflexion.

Un dernier point sur ce que tu disais, Mathilde : l'amélioration de la situation économique, cela ramène aux « raisons d'entrer » dont on parlait au début. En effet, avec l'amélioration de la situation économique les choses vont mieux, les gens peuvent plus facilement se soigner, ils mangent mieux, plein de bonnes choses peuvent en découler. Mais n'oublions pas d'abord que par exemple en Europe avec l'amélioration de la situation économique depuis la guerre, la demande de soins a explosé ; elle n'a pas été éliminée mais amplifiée par l'amélioration de la situation économique, parce que plus on est riche et plus on a envie de se soigner.

Mathilde BERTHELOT

On n'a pas le monopole. Avec une amélioration économique, on peut avoir une diversité de choix.

Léon SALUMU

Je me souviens de la discussion et des réflexions que nous avons eues à Rutshuru en 2010. On connaissait la situation sanitaire en RDC, tout le monde savait que l'offre de soins n'était pas meilleure dans le reste du pays. On se demandait à ce moment si on pouvait transformer ce projet, puisque la raison initiale de notre présence était la guerre et que là on était dans une situation de paix. Cependant, malgré la paix, même si la situation économique pouvait s'améliorer, les gens n'avaient pas cette offre de soins de qualité. J'ai vécu cette situation de l'intérieur et de l'extérieur : de l'intérieur avec la fermeture d'Ankoro où c'était presque la même chose : l'hôpital avait été ouvert parce qu'il y avait la guerre et qu'on était sur la ligne de front, et dès que la situation est redevenue normale, on a décidé de fermer. On ne s'était pas demandé si les gens auraient accès à

des soins de qualité, mais on a fermé parce que notre raison d'y être avait disparu avec la guerre, même si la population n'avait pas accès aux soins. Si je fais le parallèle avec Rutshuru, c'est qu'à Ankoro on était dans une cogestion avec le ministère alors qu'à Rutshuru, on n'était pas dans une cogestion.

Rony BRAUMAN

Si tout de même !

Léon SALUMU

Non pas du tout ! A Rutshuru on gérait, et les gens du ministère subissaient. C'est pour cela qu'il y avait cette tension énorme avec l'hôpital. Je me souviens que quand je suis arrivé en 2006, le médecin-chef de zone se battait pour que l'on ne déstabilise pas son hôpital. Il s'est battu dès le départ, même pour la chirurgie, parce qu'il se disait : « MSF vous venez, vous faites de la chirurgie parce que vous dites que nous ne sommes pas à même de faire cela, mais le jour où vous allez partir c'est l'expertise dont nous allons manquer. » Je pense qu'au-delà de la question de la gratuité des soins, il y a aussi une question à se poser par rapport à la formation, au passage de compétences, etc. Ce sont des mots que l'on a voulu mettre dessus, mais la vraie question était : « Comment veut-on laisser cet hôpital-là ? » Si on a gardé le « pôle chaud », c'est parce que l'on était conscient que cela faisait presque sept ans que l'on déstabilisait cet hôpital – surtout sur cet angle-là, la chirurgie– et que le ministère n'était pas impliqué. Comment peut-on redonner cette compétence à ces gens-là pour que le jour où l'on va partir cet hôpital puisse être fonctionnel comme tous les hôpitaux en RDC ? Parce que fonctionnel, c'est un mot qui signifie que les gens sont là, qu'ils soignent, et qu'ils font un peu de chirurgie.

En 2010 on nous avait dit que l'hôpital était trop gros. Il fallait passer de 300 lits à 100 lits pour que ce soit gérable par l'hôpital, à cause du manque de ressources humaines et de médicaments. Il fallait que l'on adapte le volume afin qu'il puisse être géré par l'hôpital. Je pense que c'est là qu'il y a eu toutes ces discussions institutionnelles. Nous n'avons pas réussi à trouver de mots et nous avons fait la passation.

Je suis d'accord avec Guillaume Jouquet. Au départ on voulait faire une passation par service. On voulait passer la maternité, parce que c'était le dernier service que l'on avait récupéré, et la pédiatrie, mais garder le pôle chaud. On s'est vite rendu compte que, dans un hôpital pareil, on ne pouvait pas être dans un service et ne pas prendre en compte les autres. Cela, d'autant plus que nous nous sommes retrouvés nous-mêmes en contradiction en restant au niveau du pôle chaud qui fait les urgences. Mais quand on réfère les enfants en pédiatrie, ce

qui est normal, s'il n'y a pas une bonne prise en charge, ils vont revenir encore aux urgences. On se retrouve donc dans une histoire où tu réfères et puis il y a une contre-référence, et finalement tu te dis que cela ne sert à rien qu'il faut faire le suivi jusqu'à la fin.

C'est pour cela qu'il y a eu ces flottements dont Axelle a parlé. On a décidé de procéder par service, et puis on s'est rendu compte que ce n'était pas possible, pas gérable. D'où la question : faut-il juste rendre l'hôpital en une seule fois ?

Guillaume JOUQUET

On peut diminuer la voilure partout aussi. Je l'ai déjà vu faire et c'est possible.

Eric PUJO

J'ai juste une question. On parle de nos critères de qualité, de nos stratégies de sortie, etc., Est-ce que ce sont des choses discutées avec les autorités de l'hôpital ? Est-ce une stratégie subie ou est-ce une stratégie discutée avec eux sur la sortie ?

Axelle DE LA MOTTE

On discute d'abord entre nous. En pratique, on prend la décision, et puis on la propose. On l'impose s'ils ne veulent pas accepter. C'est ce qu'on a toujours fait. L'atelier mené par Guillaume Jouquet a été l'un des seuls moments où il y a vraiment eu un séminaire pendant plusieurs jours entre les autorités de l'hôpital et de la région, et MSF. Mais comme je l'ai dit, cela n'a pas apporté non plus grand-chose dans le sens qu'*in fine* ils sont revenus sur ce qu'ils avaient dit.

Guillaume JOUQUET

C'est vrai, mais on n'a pas pu finir les ateliers, car il y avait beaucoup de résistance. A l'époque où j'y étais, j'avais l'impression qu'à Rutshuru les autorités locales étaient plus matures sur la sortie que les équipes MSF. C'est quelque chose que je constate souvent : les autorités locales ont conscience que MSF ne va pas rester indéfiniment. En général, quand on fait ces ateliers et pour peu que l'on puisse les mener jusqu'au bout, cela permet une bonne acceptation de la sortie par les autorités locales, à condition de savoir transiger : si MSF arrive avec des critères prédéfinis -on va sortir à condition qu'A, B, C, D-, cela ne fonctionne pas. En général, on organise cinq ou six ateliers sur une dizaine de jours, pour qu'à l'issue des ateliers, les objectifs à atteindre soient bien des objectifs négociés entre MSF et les autorités.

Axelle DE LA MOTTE

A titre d'exemple, nous avons refusé les demandes des autorités de l'hôpital : les formations des médecins généralistes à la chirurgie, la remise en question

de la gratuité des soins, un peu rapide. Ce sont des choses sur lesquelles nous n'étions pas d'accord.

Guillaume JOUQUET

On a vraiment manqué de temps aussi pour les négociations à Rutshuru. Cela s'est passé sur deux ou trois jours, je ne sais plus, c'était court.

Gwenola FRANÇOIS

C'est quoi exactement les ateliers ?

Guillaume JOUQUET

Quand on me demande d'intervenir sur une stratégie de sortie, je propose que les objectifs de la stratégie soient négociés au cours d'ateliers entre MSF et le MoH. Nous suivons une méthode, un cadre, mais à l'intérieur de ce cadre, la discussion des objectifs est très libre, très ouverte, et cela vise à donner voix au chapitre aussi bien aux autorités locales qu'aux représentants de MSF pour que la stratégie de sortie ne soit pas perçue comme imposée par MSF, mais bel et bien négociée entre les partenaires.

J'ai l'impression de ne pas avoir répondu à ta question.

Gwenola FRANÇOIS

Tu as répondu en partie.

Guillaume JOUQUET

Je ne sais pas si tu as déjà vu les tableaux de bord avec les *smileys* qui permettent de suivre l'évolution de la stratégie de sortie. Il s'agit d'arriver à un tableau de bord qui serait un contrat entre MSF et les autorités sur les objectifs à atteindre : non pas pas sur les modalités, mais sur le but final. Non pas « comment nous allons y aller », mais « où nous voulons aller ». Les ateliers vont permettre de définir l'objectif du processus de sortie qui va être décliné en objectifs opérationnels et mesuré par des indicateurs. A chaque étape, c'est négocié entre les autorités et MSF. Ce tableau de bord doit être le plus simple possible, sous peine de devenir une usine à gaz. J'impose un cadre qui est : un seul objectif stratégique, pas plus de cinq objectifs opérationnels et pas plus de dix indicateurs. Cela doit être très facilement lisible et cela sert de contrat, de point de départ, entre MSF et les autorités. La méthode sera discutée au fur et à mesure de la progression de la stratégie de sortie.

Gwenola FRANÇOIS

Je voulais revenir sur les raisons locales et les politiques globales. Pour être

claire, je comprends très bien, Axelle, les raisons de fermeture que tu as présentées, et je suis tout à fait d'accord avec cela pour ce qui concerne le déplacement de la zone de violence, le développement du système de santé, le développement économique, et aussi la corruption non maîtrisée dans l'hôpital.

Je pense que l'une des difficultés est que cette fermeture peut être vue comme en opposition avec des objectifs institutionnels affirmés dans les dernières années, qui sont d'avoir un hôpital généraliste sur du long terme, notamment comme lieu de formation. En effet, il n'y a pas beaucoup d'hôpitaux de ce type et, à propos de Rutshuru, beaucoup se sont dit : « Tiens, Rutshuru serait peut-être le bon endroit pour atteindre cet objectif ».

On pourrait repositionner l'objectif comme cela, mais il y a des conditions. Je pense que pour avoir un hôpital généraliste long terme qui soit un centre de formation, il faut que ce ne soit pas trop lourd, que ce soit sympa, que les équipes aient le temps de s'occuper de la formation, etc. Est-ce que ces conditions étaient remplies à Rutshuru ? Je pense que le fait qu'il y ait un développement du système de santé, en partie, donnait justement l'opportunité à MSF de pouvoir développer dans cet endroit un hôpital long terme avec un peu moins de charges, en ne faisant pas tout, en étant intégré dans une carte sanitaire, en travaillant avec d'autres. Dans ce sens-là, pour cet objectif-là, le contexte de Rutshuru, avec un développement des soins, était plutôt favorable.

En interne à MSF, le contexte semble aussi plus favorable au fait de travailler avec d'autres. On est un peu moins rigides sur certaines normes de qualité, sur ce qu'on attend d'un ministère de la Santé, etc. Maintenant, vu ce qu'Axelle m'a décrit plusieurs fois, à savoir l'état de corruption actuel dans l'hôpital, les relations au sein de l'hôpital et l'effort qu'il faudrait pour rediriger cet hôpital, cela me semble difficilement faisable.

Par ailleurs, il me semble tout à fait légitime que des raisons de fermeture basées sur les analyses de contexte priment sur des raisons institutionnelles.

Pierre MENDIHARAT

Le paradoxe de Rutshuru est qu'après tant de discussions, tout le monde n'a pas la même idée des raisons pour lesquelles on s'en va. C'est parce qu'il y a un ensemble de raisons, finalement, et qu'à un moment donné, le *desk* qui est en charge en retient certaines, qui lui semblent décisives, et pas d'autres. Ceci dit, les raisons pour lesquelles on se retire ont une influence sur la manière dont on fait ensuite la passation.

Brigitte, quand tu disais : « Qu'importe que l'on parte dans un an ou deux ans, cela ne fera aucune différence » est-ce que tu voulais dire que cela ne fera aucune différence, puisque de toute façon, le MoH ce sont des incapables et qu'en plus ce n'est pas notre responsabilité » ?

Brigitte VASSET

Non ! je voulais dire qu'ils n'avaient pas les moyens. Ce n'est pas la même chose.

Pierre MENDIHARAT

D'accord. Il y a par ailleurs cette idée selon laquelle « ce qui se passe après MSF n'est pas notre responsabilité ». C'est quelque chose que l'on défend pour les interventions dans l'urgence : il peut y avoir la tentation de rester rien que pour rester, parce que l'on a amélioré le niveau de soins. Après une intervention courte - six mois, un an, un an et demi la question de partir ou rester provoque toujours des tensions. Si on part, dans ce type de situations, on estime à MSF qu'on n'a pas la responsabilité de faire un *hand-over* pour tenter de maintenir des soins de qualité.

Mais quand on inscrit un projet dans la durée, dix ou quinze ans, on élève le niveau de soins et on modifie la donne dans la région, En effet, pendant dix ou quinze ans, le MoH va y mettre moins de moyens que dans d'autres zones. C'est vrai également pour des ONG qui envisageraient de travailler dans cette zone. Par exemple, pendant dix ou quinze ans, tout le monde s'est dit que pour la santé à Rutshuru il y avait MSF, alors on s'abstenait ! Il y a donc moins d'organisations, locales comme internationales, qui sont allées là-bas et du coup on peut arriver à ce que tu décris, Rony, à savoir que les hôpitaux autour ont vu leur capacité s'effondrer. Il est donc vraiment important de laisser une chance au MoH – sans faire le procès d'intention qu'ils ne vont pas y arriver – et de laisser une chance aux organisations locales et internationales de revenir investir dans la zone.

Entre le moment où ils intègrent notre départ de Rutshuru » et le moment où cela se traduit en une politique de réinvestissement, le MoH va chercher des partenaires. Cela prend beaucoup de temps. Cela peut arriver un ou deux ans après.

Encore une fois, je pense qu'avec une sortie en deux ans, on leur laisse trop peu de chances de réinvestir des ressources pour atteindre le niveau de qualité qu'ils essayent d'avoir peut-être sur l'ensemble de leur territoire, en tout cas dans la province.

Brigitte VASSET

Je suis complètement d'accord avec tout ce que tu as dit concernant des investissements de dix ans comme les projets VIH les projets TB. Mais à Rutshuru, c'était – comme le disait Axelle – tous les six mois, tous les ans que l'on signait un nouveau MOU. Ce n'est qu'en 2014 que nous avons dit que nous restions cinq ans.

Axelle DE LA MOTTE

En 2010, on a dit 3 ans.

Brigitte VASSET

Oui, 2010, trois ans, mais on a réévacué combien de fois avec le M23 à ce moment-là ? C'était à nouveau reparti dans le conflit.

Axelle DE LA MOTTE

On a évacué au début, quand le M23 est arrivé, puis ils ont mis en place leur administration, ça roulait.

Brigitte VASSET

Ce que tu as dit est tout à fait justifié dans certaines situations mais pour moi, ce n'est pas cela qui fonctionne sur Rutshuru. Tu parles des ONG locales : si je me souviens bien, en 2014, elles étaient toutes parties, parce qu'il n'y avait plus de sous. Nous ne sommes peut-être pas les seuls, mais il n'y en a pas beaucoup qui peuvent intervenir. C'était la paix, et quand c'est la paix, il n'y a plus de financements. En 2014, en tout cas, c'est ce que nous disait l'équipe. Toutes les ONG s'en vont parce que c'est la paix !

Mais ce n'est pas de cela que je voulais parler. Je voulais parler de deux choses.

Pierre MENDIHARAT

OK, peut-être qu'il n'y a pas d'ONG, parce qu'il n'y a plus de financements, qu'il n'y a pas de structure d'ONG locale ou internationale au Nord-Kivu. Mais à ce moment-là, il faut peut-être laisser le temps.

Isabelle disait : « Si c'est trop compliqué, trop lourd pour la gestion, est-ce une bonne raison de partir ? » Cela avait été clairement, à tes yeux, la principale raison de partir de l'hôpital de Monrovia après seulement cinq ans d'intervention, alors que par ailleurs tout le monde considérait que l'hôpital était super, utile et efficace. Est-ce que cette complexité qui plombe la gestion de Rutshuru n'est pas, de fait, une raison importante de notre départ, alors même que le projet lui-même est considéré comme utile et efficace ? Si c'est le cas, je demande : est-on à l'aise avec cela ?

Brigitte VASSET

Si j'avais pris Monrovia comme exemple, c'est parce qu'à un moment MSF a dit – et c'est écrit, c'est nous – « Quand la guerre est finie, on se casse ». On a fermé Akuem, on a fermé Monrovia et je ne sais quoi encore. Clac, en balançant des malades dehors, je ne sais pas comment ! On fait aussi cela.

Maintenant, je veux parler de ces deux mots : siphonage, déstabilisation.

Siphonage des centres de santé. Comme le disait Mathilde, je crois que les gens ne sont pas bêtes, et s'ils ont un chirurgien à côté de chez eux, un médecin et des médicaments, ils vont aller là, ils ne vont pas venir à Rutshuru. Comme l'a dit Axelle, il y a bien les ACT [anti-paludéen : Artemisinin-based Combination Therapy], parce qu'ils sont fournis par le Fonds mondial, mais c'est tout. Quand j'y suis allée en 2014, ils avaient les ACT, mais il n'y avait pas de paracétamol, pas de pansements, pas de sutures etc. Peut-être que ça a changé depuis. Donc le siphonage, ça ne me convainc pas. J'ai du mal à croire que les gens soient assez bêtes pour aller plus loin qu'à côté de chez eux.

Guillaume JOUQUET

Je pense que c'est un peu plus complexe que cela.

Brigitte VASSET

Pas tant que cela.

Mon deuxième point est sur la déstabilisation. C'est un vrai problème quand, par exemple, on est le premier employeur d'un endroit : c'était le cas à Maradi au Niger, où on avait des milliers d'employés et là, on déstabilisait vraiment le système. Mais c'était déstabiliser un système qui de toute façon ne fonctionnait pas, comme en RCA. On a essayé à Paoua (RCA), il y a quatre ou cinq ans de faire la passation au ministère de la Santé. Echech. Encore une fois, je ne dis pas que ce sont des incapables mais des gens qui n'ont pas les moyens. Le ministère de la Santé de la RCA n'a aucun moyen. Même si ce sont les plus motivés, comment veux-tu passer quelque chose à des gens qui n'ont pas de moyens ? On ne déstabilise pas quelque chose qui n'existe pas.

Rony BRAUMAN

Il me semble que c'est un peu rapide de dire que le système n'existe pas. J'étais à Rutshuru en 2005, et dix ans plus tard, en 2015, j'ai été frappé par la différence. En dix ans, on constate une transformation frappante du paysage. Non, on déstabilisait quelque chose d'existant. Cette image du siphonage a ses limites, peut-être qu'elle est trompeuse. En tout cas, c'est une impression très largement

partagée, et moi en visitant les gros centres de santé, avec hospitalisation, bloc opératoire, j'ai eu l'impression de constater également que c'était vraiment un ensemble qui avait évolué, et pas seulement avec les ACT et les ARV.

Quant à la logique des gens : il y a plusieurs choix et plusieurs rationalités possibles. Le fait d'aller à Rutshuru, parce qu'il y a une équipe médicale plus étoffée, parce qu'il y a des soins gratuits, de la chirurgie, cela s'explique. On connaît bien la dimension symbolique de la chirurgie. Même quand on ne va pas se faire opérer, entre un hôpital qui a de la véritable chirurgie et un hôpital qui n'en a pas, cela fait une différence : le premier est plus crédible que l'autre. Ce sont des raisons qui n'ont rien de stupide et qui peuvent attirer les gens vers un endroit plutôt qu'un autre.

Par ailleurs, il a été fait allusion à FOSSAP, ce projet d'hôpital long terme à Haïti, et Isabelle aussi a parlé du projet d'hôpital long terme au sujet de Rutshuru. Je voudrais juste dire que, selon moi, FOSSAP était l'exact contraire de ce qu'il fallait faire en matière d'hôpital long terme. En ce qui concerne Rutshuru, la manière dont cela a été engagé interdisait que l'on change de pied et que l'on transforme l'intervention initiale en projet d'hôpital long terme. Je ne m'attarde pas là-dessus, mais ce sujet mériterait à mon avis une discussion à un autre moment.

Dès lors que l'on avait accepté une sorte de double commande, de double gestion, de croissance parallèle des structures MSP et des structures MSF, on s'était installé dans une situation qui interdisait ensuite – ce qui est à mon avis l'enjeu primordial d'un hôpital long terme tel que j'en avais proposé le projet – d'assurer le contrôle et la responsabilité globale de l'hôpital, financière, administrative, et médicale. Tout cela doit s'inscrire dans une carte sanitaire, dans une négociation avec le ministère de la Santé naturellement, ce serait idiot de faire autrement ; mais ce fonctionnement particulier, en tout cas pour MSF, n'était pas envisagé pour FOSSAP, ni possible à imaginer pour Rutshuru. De fait, le projet était conçu pour une durée déterminée. La sortie était inscrite dans la modalité même de gestion de l'hôpital.

En ce qui concerne les délais, un an, deux ans, il me semble qu'il faut trouver le moyen terme entre le plus court et le décent. Dès l'instant où l'on a décidé de sortir, on est dans une période instable, très inconfortable. La transition décente est celle qui permet la formation, les investissements dont tu as parlé, Guillaume. Il me semble que deux ans est un bon compromis, mais ce n'est qu'un compromis avec évidemment un certain nombre d'inconvénients.

Léon SALUMU

Je voudrais revenir à ce qu'a dit Eric sur les discussions avec les autorités. Je le répète, dans la première discussion avec les autorités sanitaires, et même administratives, ils voulaient que cela se fasse vite, même en trois mois. Le directeur était clair en disant : « Espérer que l'hôpital va être financé par le Gouvernement, c'est ne pas connaître l'environnement ». Selon lui, l'hôpital doit fonctionner comme une espèce de *business unit* qui doit générer des recettes. Il fallait donc passer rapidement à un recouvrement des coûts, savoir combien de patients nous allions avoir. C'était notre première discussion avec eux et nous étions tous choqués. On se disait que cet homme ne se rendait pas compte du bénéfice de cet hôpital pour la population, mais pour lui c'était cela : trois mois, c'est suffisant pour rentrer dans un fonctionnement normal qui va être celui d'une *business unit*.

Guillaume JOUQUET

Je voulais revenir sur trois points : le siphonage, la politique globale de MSF et les raisons locales de la sortie, et rapidement sur la corruption à Rutshuru.

Le siphonage, ou effet de vacuum, c'est quelque chose que j'ai souvent constaté sur des projets MSF : là où MSF est présent, le ministère de la Santé envoie moins de ressources. On l'a étudié, on a pu le constater, c'est chiffré. Les ONG internationales vont aussi envoyer moins de ressources et les initiatives locales vont disparaître parce que, pour caricaturer un peu, MSF est dans la place, tout est sous contrôle. Effectivement, MSF s'installe parce qu'il y a un système qui ne fonctionne pas bien. Je ne dirais pas que cela ne fonctionne pas du tout. A Lubutu par exemple, un projet des Belges qui ressemble à certains égards à Rutshuru, le fait de payer des salariés au sein de l'hôpital vidait les centres de soin de santé primaire de leurs bons éléments. En effet, quand un infirmier a le choix entre être payé très peu dans un centre de périphérie et être bien payé chez MSF, il choisit d'être embauché par MSF plutôt que par le ministère. Donc en favorisant l'hôpital, on vidait les centres de santé. C'est un exemple.

J'ai vu cela au Mali aussi où une autre section de MSF intervenait sur un projet paludisme. L'approvisionnement en médicaments ne fonctionnait pas bien. On a donc remplacé le système d'approvisionnement local en médicaments, qui étaient d'ailleurs les mêmes que ceux de MSF, car ils venaient du Fonds global. MSF a mis en place un système parallèle d'approvisionnement en antipaludéens et du coup a fait disparaître le système d'approvisionnement local. En relisant des documents de l'Europe sur les financements des zones prioritaires en RDC, on voit que même à Rutshuru, qui en faisait partie, les financements finissent par disparaître, car ils ne sont pas demandés à cause de la présence de MSF. Ces exemples illustrent l'effet de siphonage.

Deuxième point : politique globale de MSF et raisons locales. Si on choisit de dire « après nous le déluge », on peut suivre les standards MSF et arriver à un niveau de qualité souhaitable. Mais si on veut créer une transition, et donc réduire la voilure, comme je le disais tout à l'heure, il faut justement déroger, comme tu le disais, Isabelle, aux règles MSF. Par exemple, si nous voulons que l'approvisionnement en médicaments par MSF – qui est devenu international – redevienne local par les centrales d'achats, cela veut dire qu'il faut accepter, à un moment donné, de prendre les médicaments dans ces centrales d'achat. Et là, il y a des gardiens du temple à MSF, qui disent : « hors de question ». Si c'est hors de question, alors il n'y aura pas de transition.

C'est le même problème pour les ressources humaines. Si on dit par exemple : « un infirmier, ou un médecin qui n'a pas été formé, ne peut pas faire d'actes de chirurgie », en gros, si on suit les normes MSF et non les normes en vigueur dans le pays dans lequel on intervient, on s'éloigne de cette transition. Il faut pouvoir déroger aux standards de MSF si on veut que la transition soit un succès.

Cela prend du temps. Peut-être que cinq ans c'est un peu long, mais un an, c'est un peu rapide. Deux ans, je ne sais pas si c'est un bon compromis, cela dépend des contextes. Pour Rutshuru, j'avais été surpris quand on m'avait dit cinq ans. J'ai bien vu les problèmes que cela posait : certaines personnes disaient : « Puisque l'on a cinq ans, on va redéployer ». Ensuite, quand j'ai appris que c'était passé à deux ans je me suis dit que c'était peut-être un peu rapide. Enfin, c'est vu de loin.

Troisième point, sur la corruption. Je ne sais pas sur quoi on se base pour dire qu'il y a une corruption énorme à Rutshuru. Si on se base sur l'évaluation économique que l'on a faite avec Arnaud Cheval, effectivement on a montré qu'il y avait des irrégularités dans la comptabilité entre ce que déclarait MSF et ce que déclarait l'hôpital. En gros, pour les primes qui sont données, c'est vrai que l'on ne retrouve pas nos petits si on compare la comptabilité MSF et celle de l'hôpital. Mais cela représente une goutte d'eau dans le budget de MSF. La corruption, ne représente pas des sommes énormes : le coût par patient, dans les différents services à Rutshuru, ne me paraît pas délirant par rapport à ce que j'ai pu voir dans d'autres hôpitaux en RDC.

Gwenola FRANÇOIS

Je voulais juste dire quelques mots d'abord sur cette notion de déstabilisation du système. On avait eu des discussions là-dessus quand on avait ouvert le Fanga, un petit centre de santé avec une maternité, dans un endroit assez isolé. On avait été appelés à la rescousse par une autre association, qui y travaillait depuis quinze ans, et qui avait été totalement déstabilisée par le conflit.

La qualité des soins, l'organisation, ne correspondaient pas du tout à nos standards, mais notre implantation était provisoire, deux ou trois ans, selon l'évolution du conflit. On a discuté de la manière de travailler dans ce centre de santé sans pousser l'autre association dehors, car la sortie serait beaucoup plus simple si l'autre acteur était encore là. Mais eux avaient leur propre système pour chercher de l'approvisionnement à droite à gauche, ils se débrouillaient à leur façon. On s'est demandé comment y aller sans perturber, sans déstabiliser mais c'était une mauvaise question : si on y va, c'est bien parce qu'on veut déstabiliser quelque chose en place qui ne fonctionne pas, perturber la situation actuelle.

Rony BRAUMAN

Tu as raison de relever que, dès l'instant que l'on intervient quelque part, on déstabilise, en bien ou en mal.

Gwenola FRANÇOIS

Cela fait partie de l'objectif en fait.

Rony BRAUMAN

Mais la question était l'affaiblissement d'un système en train de se développer, le fait qu'on lui tire le tapis sous les pieds. Ce n'est pas la déstabilisation qui est un problème, mais la ruine du projet. C'est autre chose.

Guillaume JOUQUET

Il y a une notion de court et long terme qu'il ne faut pas négliger. Ce n'est pas pareil. Les effets à court terme, il faut les opposer aux effets à long terme.

Gwenola FRANÇOIS

Il avait été beaucoup plus simple de réfléchir à notre implication une fois qu'on avait clarifié cela. Parce qu'il y avait eu un vrai blocage là-dessus.

Rony BRAUMAN

C'est vrai, on devrait retirer le mot « déstabilisation » de notre vocabulaire. Il ne veut rien dire, il est réinterprété par les uns et les autres en fonction de ce que chacun a en tête, mais il n'a aucune signification propre.

Gwenola FRANÇOIS

J'ai un deuxième point sur les problèmes de transition et sur les blocages que l'on se crée nous-mêmes. Je pense à la fermeture de Matar en Ethiopie, qui avait été programmée par étapes, et qui s'est plutôt bien passée selon moi. C'était un centre de santé que l'on avait bien développé, mais qui restait tout de même une petite structure. Le blocage, que je trouve assez ridicule, était sur

l'approvisionnement en médicaments. Il y a un système d'approvisionnement qui existe dans ce pays et l'un des objectifs, avant de s'en aller de ce centre de santé, était que le ministère de la Santé s'organise pour reprendre l'approvisionnement du centre. Mais comme leurs médicaments ne sont pas validés par MSF, tant que l'on était dans ce centre de santé, on devait continuer à assurer l'approvisionnement nous-mêmes. Je ne sais même plus exactement comment on s'est débrouillés. A un moment on était sur les deux systèmes, mais c'était vraiment un blocage. On disait pourtant : « Dans six mois on n'est plus là, les patients vont avoir les médicaments du MoH, donc pourquoi ne le fait-on pas dès maintenant ? »

Marc LE PAPE

Je veux parler de deux sujets : la corruption et l'incertitude. Quelqu'un a dit que l'état de corruption pouvait être une raison de partir. Je trouve que c'est un point de vue très européocentré. La corruption c'est peut-être un mal, mais c'est aussi autre chose. C'est aussi un moyen de diffuser des soins, des médicaments (en les revendant sur les marchés, par exemple). Je crois qu'il ne faut pas avoir un point de vue absolument négatif sur la corruption. D'accord, il faut la contrôler, mais il ne faut surtout pas en faire une raison de partir. C'est vraiment mettre des raisons qui nous viennent d'Europe, qui sont forgées depuis des siècles et des générations, dans des situations et des histoires fortement différentes.

Deuxième point, l'incertitude. D'habitude, on attribue l'incertitude au contexte. Un contexte d'une violence imprévue, d'une violence qui renaît ou d'une épidémie soudaine qui apparaît ou d'autres formes de pathologies sociales. Or, en écoutant le récit qui a été fait des divers choix et des décisions concernant Rutshuru, j'ai l'impression que c'est nous qui créons l'incertitude, par notre façon d'avoir un avis à un moment, puis de travailler beaucoup et d'avoir un autre avis, etc. Quand on parle d'incertitude, il faut donc aussi regarder ce côté-là, comment nous-mêmes construisons l'incertitude dans certaines situations. Ce qui a été dit sur Rutshuru me paraît un exemple intéressant.

Rony BRAUMAN

Les incertitudes sont sans doute produites par MSF, mais elles sont aussi en rapport avec des évolutions inattendues, des reprises de conflit, des changements de main dans la région. Axelle l'a bien montré, les incertitudes sont internes, mais en écho d'un environnement lui-même très volatil.

Marc LE PAPE

Bien sûr, c'est un écho des situations. Il y a tout de même une façon de raconter l'incertitude, où on ne sait plus ce qui tient à nous et ce qui tient aux situations.

Axelle de La Motte

On n'a pas détaillé.

Marc LE PAPE

Il y a des évaluations de situations qui sont frappantes. Quelqu'un a parlé d'« état de paix. » « Etat de paix », d'accord, peut-être, mais c'est quand même difficile à affirmer quand il y a du banditisme, des trafics, des violences, des milices armées, etc.

Christopher MAMBULA

J'ai juste un commentaire sur la stratégie. Ce n'est pas Rutshuru, mais Kazaure, au Nigeria. Brigitte disait que l'on a fermé le projet parce qu'on était débordés. C'est un bon exemple. J'ai participé à ce projet-là, à l'écriture et aussi au montage. On l'a présenté comme un projet pilote pour un an. Au bout de six mois, on a commencé le processus de transfert vers soit le MoH, soit Action contre la faim (ACF). Je suis arrivé sur le terrain avec quelqu'un d'ACF, et on a été mal accueillis par l'équipe, qui a dit : « Non, on ne va pas transférer ce projet-là vers ACF, parce que la qualité des soins va baisser. » En effet, ACF n'a pas les mêmes moyens que nous au Nigeria, etc. J'ai dit qu'il était écrit noir sur blanc que l'on allait rester ici pendant un an. C'était un projet pilote, on ne devait pas rester pendant dix ans. Tout de suite, on a eu une tension entre la coordo et le terrain, parce qu'ils ne voulaient pas sortir de cette voie-là.

Rony BRAUMAN

En quoi le projet était-il pilote ?

Christopher MAMBULA

En fait, c'était un projet pilote en nutrition. On a mis en place un système d'enquête bimensuelle, pendant toute l'année, pour voir si on pouvait suivre l'incidence de la malnutrition, pas la prévalence. C'est pour cela que l'on a travaillé avec Epicentre. On a donc fait deux enquêtes par mois pendant les six premiers mois, puis des enquêtes mensuelles les six derniers mois, pour avoir les données sur un an. C'était cela le projet pilote.

Le deuxième but était le traitement des patients. Il n'était pas possible de monter un tel projet sans traiter les patients en masse. Finalement, cette étude a été mise de côté, et l'objectif aujourd'hui, ce sont les patients. C'est un peu similaire au projet à Jahun, au Nigeria. Le premier objectif pour ce projet-là, c'était les fistules, pas la maternité. Mais aujourd'hui, nous avons 900 ou 1000 admissions par mois, 800 accouchements, et cela a complètement absorbé le premier objectif.

Finalement au bout de quelques années, si on décide de fermer le projet, on se demande pourquoi. Qui va prendre les patients en charge ? Quel était l'objectif initial ? Est-ce lié au contexte ? Est-ce une étude ? Et puis on avance. Au bout de trois ans, cinq ans, si on a réussi à atteindre tous les objectifs, si la fermeture est déjà planifiée, peut-être que l'on peut fermer. Mais souvent l'équipe refuse, car on a toujours des patients. Si on a changé les objectifs trois ou quatre fois, sur lequel va-t-on baser la fermeture ? C'est la question, pour moi.

Laurent SURY

J'ai l'impression que les programmes sont de plus en plus difficiles à transmettre parce qu'on a plus de personnel, et que c'est bien plus technique. Ce qui me paraît intéressant, c'est de savoir si on est prêt aujourd'hui, à MSF, à intégrer dans notre code d'intervention le fait de se poser une limite, en tout cas d'en discuter, que ce soit au niveau médical ou financier.

Rony BRAUMAN

Que veux-tu dire ?

Laurent SURY

J'ai l'impression qu'on est de plus en plus techniques, que ce soit dans la maternité ou dans la pédiatrie, je pense en particulier à la néonatalité. On a de plus en plus de spécialistes et cela participe aussi à complexifier les projets, qui sont donc difficiles à transmettre parce que l'on a du mal à assumer une baisse de qualité. Il serait intéressant d'avoir des discussions dès le début en montrant la limite des *hand-over*. Est-on prêt à rediscuter cela ? Non pas pour revenir en arrière, mais en discuter. Cela me paraîtrait intéressant.

J'ai l'impression qu'il y a deux questions : celle de la qualité et celle de « faire tourner la boutique » après notre départ. Il y a une question d'économie, car il faut qu'ils s'en sortent financièrement, qu'ils arrivent à gagner de l'argent. On n'est pas spécialistes, on n'y connaît trop rien à MSF. N'aurait-on pas intérêt à travailler là-dessus ou est-ce peine perdue de toute manière ?

Rony BRAUMAN

Je n'ai pas bien compris, de quoi n'est-on pas les spécialistes ?

Laurent SURY

De l'économie de la santé. J'ai l'impression que l'enjeu est là. L'hôpital, ou la maternité, c'est une entreprise, et il va falloir faire en sorte qu'ils puissent payer leurs RH, acheter leurs médicaments, avoir une organisation. Je ne suis pas sûr qu'on sache le faire. C'est tout de même une question. Pour l'anecdote : il y a

dix ou douze ans, on était intervenus pas très loin de Beni pour les déplacés au Nord-Kivu ; et puis la situation s'est stabilisée, les gens ont commencé à repartir, et le plan a alors été de faire une donation de médicaments, en leur donnant l'autorisation de les vendre. On pensait que cela allait rouler parce qu'ils allaient faire rentrer de l'argent et qu'ils allaient donc pouvoir fonctionner. C'était réglé comme du papier à musique. On se rend compte aujourd'hui que cela ne fonctionne pas comme cela. C'est un peu « après nous le déluge », mais cela permettait aussi une sortie.

Rony BRAUMAN

C'est une façon de se raconter une histoire pour fuir le problème, ce n'est pas « après nous le déluge », mais « après nous la petite pluie bienfaisante qui va faire tout pousser. »

Y a-t-il d'autres interventions ?

Caroline SEGUIN

Je trouve que l'on n'a pas assez parlé du positionnement stratégique. L'expérience montre que, sur les dix dernières années, quand ça pète dans le Nord-Kivu, c'est souvent à Rurshuru, puisque c'est stratégiquement intéressant pour tout le monde d'y être. Je pense que du coup, c'est intéressant pour MSF également. Le MoH reprend petit à petit une activité, des choses se passent, on ne peut pas le nier. Néanmoins, je pense qu'il n'est toujours pas capable de répondre à des urgences, à des pics épidémiques, à des résurgences de violence également et que nous, de notre côté, si on n'est pas dans ces zones-là, cela va être aussi un peu plus compliqué de suivre ce qui se passe et de pouvoir répondre de façon adéquate aux besoins quand il y aura un pic de je-ne-sais-quoi. Je pense que l'intérêt de continuer ce projet, c'est aussi cela. C'est de continuer à avoir notre réseau autour de nous, de montrer de quoi MSF est capable, de montrer que quand il y a une crise, MSF reste. Et on reste parce que l'on a tous ces contacts aussi, que les autres n'ont pas et qui nous permettent d'avoir accès à certaines zones. Je trouve que cela n'a pas de sens de partir, alors qu'il y a tout de même des risques que cela explose à nouveau dans pas très longtemps.

Une question : on repart sur la zone de Kayna. Je voulais juste savoir combien de fois on est intervenus à Kayna ces dix dernières années ? Je pense que tous les deux ans, on réintervient dans cet hôpital, ou en tout cas dans cette zone. On reprend la machine, on recrée des contacts, on réinvestit l'hôpital pour une certaine période, on se reprend la tête avec le MoH, on renégocie des salaires, on forme à nouveau des gens, etc. J'ai peur que si on part de Rutshuru, on se retrouve dans la même situation que Kayna.

Rony BRAUMAN

Est-ce que dans ton esprit, cela veut dire qu'il faudrait faire de Rutshuru un hôpital long terme, sans perspective d'arrêt ?

Caroline SEGUIN

Non, je pense qu'on se concentre encore une fois sur l'hôpital et pas sur la zone sanitaire, parce que l'hôpital phagocyte les équipes, les façons de penser, etc. Je pense qu'il y a encore des choses à faire à Rutshuru, par exemple la décentralisation des soins, et il y a des techniques qu'il faudrait que l'on travaille, comme ce que l'on a fait pour la nut' à un moment donné. Je pense qu'il y a des choses que l'on pourrait tester sur Rutshuru : une décentralisation et un maillage sanitaire autour de l'hôpital, maillage sanitaire qui aujourd'hui n'a jamais vraiment donné lieu à une réflexion poussée. On a fait des cliniques mobiles quand il y avait des déplacés, quelques petits soutiens quand il y avait des poussées épidémiques de paludisme. On n'a jamais eu de position claire sur les centres de santé extérieurs à l'hôpital.

Il y a aussi des choses intéressantes à faire à Rutshuru : développer des connaissances, mettre en place des pôles, recruter des RH, faire un hôpital-école, développer de nouvelles stratégies. Sur les cinq dernières années, il n'y a eu aucun projet de recherche mené par Epicentre dans cet hôpital, alors qu'il accueille un nombre énorme de patients qui nous permettrait de faire de la recherche médicale et opérationnelle intéressante. On pourrait profiter de ces périodes de paix pour développer tout cela.

Axelle DE LA MOTTE

Je veux dire deux choses par rapport à Kayna Bayanga : effectivement on ouvre assez régulièrement, tous les trois ans à peu près. Moi, cela ne me gêne pas. On retrouve généralement tout le *staff* qui a travaillé pour nous à un moment donné (ou pas). Il n'y a vraiment pas d'énormes problèmes par rapport à cela. La reprise des contacts fonctionne bien aussi, on a tous les contacts sur la zone de Rutshuru. Je n'ai pas l'impression que ce soit une difficulté. En revanche, je pense qu'il serait difficile de rester pendant des années dans un projet que l'on ne sent pas forcément pertinent. C'est pour moi plus difficile à gérer que des retours épisodiques.

Je trouve aussi qu'il est important de rester dans la zone de Rutshuru. C'est un endroit stratégique, central dans le conflit, mais il y a d'autres formes d'intervention sur les urgences. On sera là si besoin est. S'il y a des problèmes et des urgences après notre départ de l'hôpital, on interviendra différemment de ce qu'on fait aujourd'hui. Rien ne nous empêche de nous investir aussi dans la zone de santé

de façon plus large, etc. Pour moi, ce n'est pas lié. Ce n'est pas parce qu'on sort de l'hôpital de Rutshuru que la province de Rutshuru n'existe plus.

Caroline SEGUIN

C'est peut-être moi qui comprends mal, mais on parle de sortir d'un hôpital, et je n'ai pas vu – je n'ai peut-être pas suivi – ce que l'on va faire quand on sera parti. Quel est notre objectif ? Est-ce que l'on veut rester sur cette zone ? Comment va-t-on répondre aux urgences, etc. ? Tout cela se prépare. Ce n'est peut-être pas le bon moment, mais on n'a pas discuté de cela.

Axelle DE LA MOTTE

Non, on n'en a pas discuté mais on y réfléchit a minima. Effectivement, l'idée n'est pas de sortir complètement de cette région-là. De toute façon, on ouvre un autre projet et on restera en contact avec l'hôpital de Rutshuru. Sous quelle forme exactement ? C'est compliqué. C'est déjà bien compliqué d'envisager le désengagement. Bien sûr il faut tout de suite l'associer à des réflexions sur le réengagement, mais enfin tu vois déjà un peu la complexité du processus. Pour moi, ce n'est pas dissocié et il serait ridicule que cela le soit.

Guillaume JOUQUET

Je reviens sur la question de l'incertitude que Marc a soulevée et que la discussion entre Caroline et Axelle illustre bien. Oui, il y a les incertitudes liées au contexte, comme tu le disais, qui font que les objectifs évoluent. C'est très bien, il ne faut pas rester avec des objectifs figés. Mais il y a aussi des incertitudes liées aux débats internes à MSF, au niveau du siège. On n'est pas seulement sur des incertitudes nourries par le local, mais on est bien aussi sur des incertitudes nourries par le global.

C'est très compliqué à gérer pour les gens sur le terrain, parce que des messages contradictoires arrivent. On revient sur cette image de gens qui tirent sur la corde, chacun d'un côté, et finalement on ne bouge ni dans un sens ni dans l'autre. Je ne dis pas que ta position est meilleure que celle d'Axelle ou le contraire, mais à un moment, il faut bien trancher. Et si on constate ensuite que la décision était mauvaise, pourquoi ne pas changer ? Il faut au moins donner les chances de réussite à ces décisions pour éviter les prophéties autoréalisatrices où on dit : « De toute façon, cela ne va pas fonctionner », donc on ne met rien en œuvre pour que cela fonctionne, et cela ne fonctionne pas. Ensuite, on peut dire : « Je vous avais bien dit que cela ne fonctionnerait pas. »

Brigitte VASSET

Peut-être que je n'étais pas claire, mais quand j'ai parlé de 2013-2014, je parlais du

siège. Quand on change d'avis en deux mois en 2014, c'est le siège, ce n'est pas le terrain. Et cela a forcément créé pire que des interrogations sur le terrain, les gens n'y comprennent plus rien. C'est comme ça depuis longtemps. On peut toujours dire qu'on va changer, respecter les décisions et tout... Je n'en suis pas sûre.

Rony BRAUMAN

Je crois que l'on ne pourra pas supprimer l'incertitude liée aux discussions, aux changements, aux nouveautés. La dimension associative et réflexive de MSF nous amène sur ce terrain incertain et c'est aussi ce qui nous permet d'évoluer.

En revanche, on peut tenter de se mettre au clair – cette journée et d'autres moments de discussion, doivent servir à cela – sur la définition des raisons, des problèmes, des enjeux : pourquoi on intervient, pourquoi on reste, pourquoi on part ? Trop souvent, ces raisons sont rapportées à des généralités du genre : « MSF fait comme cela », « rester longtemps, ce n'est pas MSF », bref des choses qui sont purement idéologiques, dogmatiques, sans réelle argumentation.

A ce sujet je voudrais aussi rappeler l'atelier sur la qualité qu'organise Michèle Beck, car on voit déjà qu'il y a des zones de recouvrement entre les deux. A plusieurs reprises, sont revenues ces notions de qualité : qualité des médicaments, des soins, évaluation de la situation. Il y a aussi le périmètre à l'intérieur duquel on regarde, le périmètre temporel comme le périmètre spatial. Tout cela modifie la manière dont on apprécie la qualité d'un programme, les critères qu'on utilise pour l'évaluer. Tout ça pour dire que c'est dans une certaine complémentarité que ces moments de réflexion – atelier sur la sortie et atelier sur la qualité – doivent être perçus.

Brigitte VASSET

Je suis d'accord pour bien expliquer les mots, mais attention de ne pas retomber dans un nouveau cadre. Il faut aussi faire attention à cela.

Rony BRAUMAN

Il ne s'agit pas de produire une doctrine de la sortie. Ce n'est surtout pas cela, je l'ai dit en introduction et je crois que c'est clair dans la discussion.

Isabelle de FOURNY

Dans mon expérience MSF, j'ai connu de très mauvaises raisons de sorties qui étaient à 100 % liées à des combats politiques au siège. La plupart du temps, je trouve que les raisons de sortie, ou même d'ouverture, sont trop simplistes, trop automatiques. Ce qui m'intéresse, c'est de réussir à préciser dans ces discussions ce que l'on comprend du contexte et ce que l'on ne comprend pas.

Dans le cas de Rutshuru, bien que les décisions aient été prises, je me demande encore si le changement du contexte justifie à ce point-là la sortie. J'ai bien aimé ta remarque, Marc, sur la corruption, parce que c'est l'un des points dont on avait discuté, on s'était dit : « On siphonne, mais en même temps on finance », on fait les deux.

Peut-être que l'on empêche le développement, mais je suis à peu près certaine que l'on participe énormément au développement de cette zone de santé, et beaucoup plus que ce que l'on pense. Est-ce qu'on n'avait pas l'opportunité de garder un hôpital plus petit qui fonctionne bien, d'y travailler différemment, de se poser ? C'aurait été un changement important dans l'hôpital, il fallait travailler plutôt à la simplification des soins, réussir à garder cet hôpital généraliste. Quand je parlais d'objectif institutionnel ou global, quand je parlais d'hôpital long terme, ce n'était pas l'hôpital long terme tel que tu l'as présenté, Rony. Il s'agissait plutôt de garder un hôpital généraliste dans une certaine durée, sans être tous les ans, ou tous les deux ans, à vouloir le fermer tellement on est débordés par les problèmes de management. A Rutshuru, il me semblait qu'il y avait tout de même une opportunité de ce type.

C'est l'un des aspects de la discussion. A-t-on suffisamment creusé cette question ? Nous sommes plusieurs à nous demander si on ne passe pas à côté d'une possibilité de transformer ce projet pour en faire un projet plus gérable, plus sympathique.

Rony BRAUMAN

On va terminer la session Rutshuru. On se retrouve tout à l'heure en ouvrant sur Chiradzulu avec une présentation de Pierre.

Je voudrais insister sur le fait que la conception de cette mission, démarrée en raison d'une situation de violences, imposait une fermeture à court terme. Elle s'oppose à une façon durable de se poser sans « stratégie de sortie », résumée dans l'appellation « hôpital long terme », qui induit exactement les points que tu as mentionnés, c'est-à-dire une certaine sobriété dans le fonctionnement, une meilleure inscription dans l'environnement, une adaptation de nos critères de qualité au contexte et pas à un standard absolu, comme on a trop tendance à le faire.

A partir du moment où l'on ne s'était pas engagé de cette façon-là – pour des raisons tout à fait explicables – il me semble que raisonner sur la stratégie de sortie, c'est toujours raisonner sur le terme auquel cette sortie va intervenir, mais ce n'est pas se demander s'il va y avoir une sortie. Elle va forcément intervenir. Il était utile de rappeler que la corruption ne pouvait en aucun cas être

un motif de sortie. Effectivement, c'est un moyen de redistribution. Sûrement pas le plus satisfaisant, parce que c'est de la redistribution pour les plus forts, mais c'est tout de même de la redistribution. Par ailleurs, quand j'entends dire à MSF : « on a des problèmes, cela crée des problèmes », j'ai envie de répondre : « ce n'est pas un argument ; si vous ne voulez pas de problèmes, allez bosser ailleurs qu'à MSF ». A MSF on est là pour se confronter à des problèmes ; si le but est d'être plan-plan, d'être tranquilles, ce n'est pas le lieu...

Ce qui est frappant, d'autre part, c'est que les gens qui reviennent de Rutshuru sont contents. Ce n'est pas une situation où les gens sont découragés, s'ennuient, s'engueulent, ce qui est généralement le signe indirect d'un projet foireux : quand le projet est foireux, les gens foirent, c'est inévitable. Et j'ai été vraiment étonné de voir à Rutshuru le contraste entre d'une part la satisfaction professionnelle et humaine des gens qui, à la fin de leur journée, sont contents du travail qu'ils ont fait - il y a de quoi en effet - et d'autre part l'unanimité de l'accord pour partir. Ce n'est tout de même pas rien. Cela dit quelque chose.

Isabelle de FOURNY

Les patients sont contents, on en a 30 000, on peut les rediriger ailleurs, mais tout le monde est content de ce projet. Je trouve que la situation amène une réflexion : tout le monde est content et notre analyse est de dire : « pas pertinent, on ferme ».

Axelle DE LA MOTTE

Tout le monde est content, mais tu le dis : tout le monde veut sortir. Il faut réfléchir, pourquoi tout le monde veut-il sortir ?

Guillaume JOUQUET

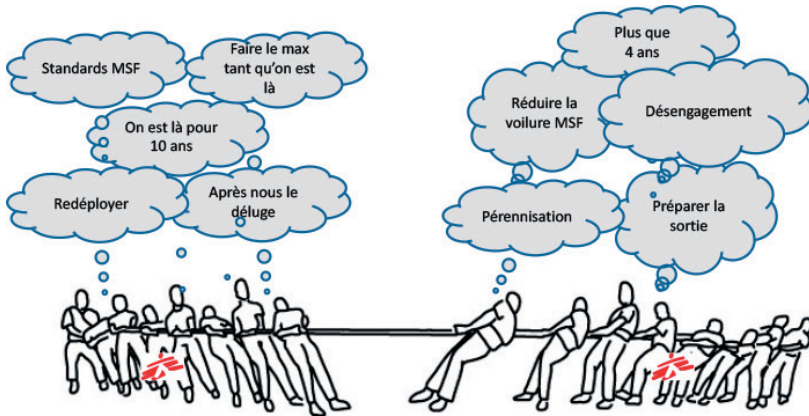
Peut-être que tout le monde est content, parce que les objectifs sont un peu plus clairs. Mais quand j'y suis passé, tout le monde n'était pas content. Six mois avant Rony, j'ai trouvé une situation assez difficile, avec des tensions palpables, justement parce qu'ils étaient « le cul entre deux chaises ». La précision des objectifs a diminué l'incertitude, sans la faire disparaître, et a apporté la satisfaction dans le travail. C'est une hypothèse.

Rony BRAUMAN

Merci à tous et on se retrouve à 14 heures 30.

La séance est suspendue à 13 heures est reprise à 14 heures 45.

Projet Chiradzulu



Rony BRAUMAN

Je vous rappelle que c'est une présentation de Pierre sur la passation de Chiradzulu. Mathilde réagira en premier. La discussion sera ensuite ouverte.

Pierre MENDIHARAT

Le démarrage

Le projet VIH Sida de Chiradzulu, au Malawi, a commencé en 1997, mais c'est en 2001 qu'a démarré le projet tel qu'il est actuellement, c'est-à-dire l'accès aux ARV pour les patients VIH du district de Chiradzulu. En 2001, on était au Malawi depuis 14 ans déjà : on y est entrés pour des programmes à l'attention de réfugiés du Mozambique, puis il y a eu le projet de soins palliatifs Sida à Chiradzulu – à Mwanza depuis 1994, mais à Chiradzulu depuis 1997. (Je précise que je me suis appuyé largement sur le document de Laurence Binet : « Scaling up of MSF France HIV Aids Programme in Chiradzulu ».)

Dans le district de Chiradzulu, la prévalence du VIH est de 20%. En 2001, la raison d'intervenir pour le projet tel qu'on le connaît est claire : la pandémie de Sida fait des dizaines de milliers de morts, en Afrique australe en particulier, et dans le district de Chiradzulu en particulier.

L'objectif formulé au démarrage est double : donner l'accès aux ARV et montrer que c'est possible, dans le contexte d'un débat très vif, en particulier à l'OMS, mais aussi à MSF. Il y a d'un côté ceux qui considèrent qu'il est impossible de soigner les patients HIV en Afrique en raison du coût élevé des médicaments, mais aussi du grand nombre des patients et du risque de résistances dues à une insuffisante compliance ; de l'autre ceux qui pensent que c'est possible et nécessaire, et qu'il faut pour cela obtenir les ARV à un prix abordable.

Le programme démarre donc sous un statut de projet pilote, projet innovant. A ma connaissance, on ne fixe pas de durée mais on a conscience qu'il faudra le repasser au MoH un jour. C'est quelque chose que l'on retrouve tout au long du projet.

Cette décision est prise au milieu de débats contradictoires. Pour autant, on constate qu'au sein du mouvement MSF, il y a énormément de projets VIH verticaux - accès aux ARV -, qui s'ouvrent dans cette période. Pour MSF France, ce sont 11 projets Asie/Afrique, et probablement plusieurs dizaines toutes sections confondues.

En 2001, on commence à la clinique ambulatoire de l'hôpital. Dès 2003, on entame la « décentralisation » avec d'abord des cliniques mobiles, dans dix centres de santé et, à partir de 2005, on a du *staff* permanent dans les centres de santé.

Cela a commencé doucement : quelques patients sous ARV en 2001, 200 nouveaux en 2003, et ensuite cela s'accélère rapidement : 2 000 en 2006, 3 600 nouveaux patients par an en 2010, 4 000 patients encore récemment en 2014. Il y a eu, à différentes périodes aussi, l'extension des indications d'ARV par rapport au niveau des CD4, ce qui explique aussi cette augmentation qui n'est pas seulement opérationnelle.

La cohorte suivie devient très importante, car le projet fonctionne bien. Les gens prennent leurs ARV, continuent à venir aux soins, ils survivent. Donc : 4 000 personnes sous ARV en 2005, 24 000 personnes en 2013, 28 000 personnes en 2015 et 33 000 suivies au global, si l'on compte les gens non encore mis sous ARV.

Evolution du projet

Ce qui a caractérisé le projet, c'est la gestion d'une cohorte de plus en plus importante. Cela posait la question des moyens. Dès le début, en 2002, le prix des ARV nous faisait peur. La stabilité financière de MSF France pouvait être

mise en jeu, car une fois le traitement ARV mis en route, il faut le poursuivre indéfiniment. Ce qui explique que le nombre de patients à mettre sous ARV ait été limité à 500 en 2002 ; et en 2005 les inclusions de nouveaux patients ont été suspendues un moment, car on en était à 8000, ce qui était beaucoup plus que prévu. Cela posait des problèmes de ressources et d'organisation, d'autant plus qu'à l'époque, la simplification – qui est l'un des objectifs secondaires du projet – n'était pas encore si avancée. Les protocoles étaient donc lourds.

Dans ces débats, c'est souvent le terrain qui a tranché dans le sens de refuser de s'arrêter et au contraire d'en faire plus. La pression du *staff* a été importante, notamment parce que le *staff* est lui-même séropositif dans les mêmes proportions probablement que la population générale, et connaît des gens séropositifs.

En parallèle à cette augmentation de taille de la cohorte, c'est un projet où l'on fait de la recherche opérationnelle tous azimuts. Il s'agit de documenter dès le début le niveau de qualité des soins, la rétention des patients dans le programme, puis la « décentralisation », c'est-à-dire la délégation des tâches, l'espacement des consultations, le suivi biologique sur le lieu de soin.

Avec les CD4, puis avec la charge virale, le suivi électronique a été développé. La recherche opérationnelle est rendue possible par la mise en place d'une base de données, Fuschia. On s'engage aussi dans des recherches plus spécifiques sur des sous-populations, etc. Je ne détaille pas, car ce n'est pas le propos, mais il faut comprendre que c'est important dans l'identité du projet.

En 2004, un article signé par l'OMS cite le projet comme un succès de la mise sous ARV en Afrique en zone rurale, donc comme un modèle à suivre.

En 2010, on suit 25000 patients. L'évolution du projet impose une approche de santé publique – ce n'est pas prévu au départ. C'est-à-dire qu'il y a des choix à faire entre la qualité des soins et les moyens dont on dispose, ou que l'on veut bien engager. Rien de très neuf, mais là, la réalité impose la quantité et l'on passe à une stratégie de médecine de masse.

Jusqu'où aller, pour autant ? 25 000 patients sous ARV en 2010, 32 000 aujourd'hui, 35 000 demain, 50 000 bientôt. Cette question a toujours fait débat en interne. En fait, elle fait débat aussi, parce qu'on avance à l'aveuglette. On ne sait pas où l'on en est de l'épidémie puisqu'on ne connaît pas exactement la prévalence ni même l'incidence. Par conséquent on ne sait pas où l'on en est de la réponse, ce qui donne lieu à beaucoup d'interprétations diverses.

En parallèle, le contexte du VIH connaît un changement très important avec la disponibilité des ARV grâce à deux organismes dotés de moyens très importants, le Fonds mondial et le PEPFAR. Et il y a une progression très importante du ministère de la Santé sur le VIH, : ils ont aujourd'hui une cohorte de 700 000 personnes sous ARV. Il y a aussi la gratuité des soins au Malawi depuis le départ. Du coup, des questionnements récurrents sur les raisons de continuer se posent à MSF avec ces nouveaux paramètres.

En 2008, on décide de lancer un *hand-over*. La raison d'être initiale était : les patients meurent du VIH au Sud, et les ARV sont au Nord. C'est moins vrai, car les ARV sont beaucoup plus disponibles. Ceci dit, les gens meurent toujours du VIH, car tout le monde n'est pas dépisté, tout le monde n'est pas retenu dans les soins, la qualité des soins est inégale, etc. La raison d'intervenir initiale est-elle restée valable ? Ce n'est pas très facile de répondre.

L'objectif de donner accès aux ARV, reste valide : jusqu'en 2014 MSF contribue à dépister et à mettre sous traitement 2 000 personnes par an. Cependant, le second objectif -démontrer la faisabilité de l'utilisation des ARV en zones rurales en Afrique- est atteint avant 2010. Cette question de base de recherche opérationnelle ou de projet innovant est réglée, on sait que c'est possible.

En revanche, d'autres questions restent d'actualité, celles dont je parlais tout à l'heure : quelle qualité des soins ? Quels modèles de soins ? Comment améliorer la rétention ? Quelle approche pour les populations spécifiques plus difficiles à atteindre, comme les adolescents, les enfants ? Ce sont des questions qui nécessitent que l'on entre dans la technicité de la prise en charge du VIH, au-delà de la question ARV ou pas ARV.

MSF décide à deux reprises d'engager un processus de *hand-over*. En 2008 et en 2011, les deux ont avorté. J'y reviendrai. Mais même si cela n'a pas été un *hand-over* total du projet, il y a eu des *hand-over* dans certaines activités : par exemple le dépistage, le suivi en laboratoire, la PTME (prévention de la transmission mère-enfant), la nutrition, l'hospitalisation.

A noter que pendant toutes ces années, et en particulier à partir de 2008, il y a de gros problèmes d'équipes. Chiradzulu est connu – c'est un peu la réputation du projet – pour ses équipes qui partent en vrille, qui ne s'entendent pas, qui ont du mal à voir la finalité du projet, qui le remettent en question, qui ne savent pas où elles en sont, etc. C'est permanent. Personnellement, j'attribue cela au fait qu'il y a eu – on va le voir – à partir de 2008 des attermoissements sur la question de rester ou de partir. Donc déjà les gens ne savent pas trop où ils en

sont, ou alors ils se font leur propre idée qui n'est pas la même que celle de leurs collègues. L'effet « sauver des vies » est bien là si l'on a une vue globale de la qualité des soins mais c'est moins spectaculaire que dix ans auparavant. Ce ne sont plus des mouirois, les ARV sont vite efficaces. Le VIH évolue lentement, donc même quand on arrête le traitement, il se passe un ou deux ans au minimum avant qu'un Sida n'apparaisse. Il en est de même pour la résistance. On est sur du temps long et le bénéfice immédiat de l'intervention de MSF est beaucoup moins évident.

La question du hand-over

Dès le début, MSF a considéré que le *hand-over* du programme était la finalité de ce projet. Cependant, la date limite de ce *hand-over* a été repoussée plusieurs fois, parce qu'il y avait toujours des doutes sur la capacité du MoH à reprendre la cohorte, les activités.

Pour tout le monde, sur le projet, il n'est pas imaginable que ces 10 000 patients (à partir de 2009-2010) - ensuite 20 000, 30 000 – qui ont été mis sous ARV, qui ont donc survécu grâce à cette intervention MSF – puissent être privés de traitement parce qu'il n'y a plus d'ARV ou parce que le système de soins ne serait pas en mesure d'en délivrer suffisamment. En 2008, la transition est comprise comme progressive, avec un objectif de renforcement du MoH et de simplification des soins. Cette transition est vue comme une simplification de gestion de la cohorte pour le MoH.

Pourquoi celle de 2010, qui était prévue sur huit ans, a-t-elle avorté ? Probablement, en raison de débats internes au siège mais aussi en raison de deux événements extérieurs. D'abord il y a eu la suspension d'une donation du Fonds mondial. Cela a duré à peu près un an. Puis la grande campagne de vaccination rougeole de 2010, qui a amené à la suspension des activités de passation MoH, car les équipes étaient occupées à autre chose. Plus de passation, donc. Puis Marie-Pierre Allié – la présidente à l'époque, en visite – annonce que l'on pourrait rester dix ans de plus.

Quand je suis arrivé au desk, en 2014, certaines personnes m'ont dit de ne pas me prendre la tête, puisque Marie-Pierre avait engagé MSF jusqu'à 2020. Mais je ne pense pas qu'elle ait vraiment dit cela. En tout cas, il n'y a pas eu de compte rendu ; ce n'était pas une décision figée dans le marbre et je n'ai pas entendu parler de plan de passation à ce moment-là.

En 2012, il y a à nouveau des velléités de lancer un processus de *hand-over*. On sait que pour gérer cette cohorte, le MoH a besoin de plus de financement. Donc

on décide de chercher avec eux, mais je crois qu'on n'est pas allés très loin au-delà de l'intention.

En 2013, un événement décisif intervient : Epicentre fait une enquête de prévalence, d'incidence et de couverture ARV, l'enquête CHIPS. On se rend compte alors que ce sera assez dur de faire beaucoup mieux que les résultats déjà atteints. 78 % des séropositifs du district de Chiradzulu ont été diagnostiqués, 65 % sont sous ARV. 91 % de ceux qui sont sous ARV ont une charge virale indétectable, ce qui est le gold-standard pour montrer que le traitement marche. Douze ans après la réponse à la question initiale, on pouvait dire que la réponse était oui. 91 % de la cohorte indétectable après douze mois, c'est très bien. Par ailleurs, l'incidence est très basse : 0,39 % par an. Cela veut dire que la majorité des gens sont sous traitement : on sait maintenant que sous traitement, si la charge est indétectable, on ne transmet pas.

On peut donc considérer que les objectifs ont été atteints, mais avec une implication de MSF très importante : 40 *staffs* de management, dont 17 *staffs* internationaux, 120 *staffs* à pied d'œuvre dans les centres de santé du MoH, à côté du *staff* MoH, 15 voitures pour la logistique du transport des patients et des échantillons. On a effectivement prouvé que cela fonctionne, mais avec un gros *input* de MSF. Il faut arriver maintenant à montrer, puisque l'on ne va pas rester éternellement à Chiradzulu, que cela peut marcher sans MSF.

Il y a par ailleurs un contexte institutionnel favorable à la fermeture d'un projet comme cela : un desk VIH a été mis en place un an avant, avec l'objectif de réorienter la stratégie VIH, en particulier de développer des projets nouveaux, avec une formulation différente, des cibles différentes. Arua et Homa Bay, qui sont des projets ouverts à peu près en même temps, et qui avaient aussi de grosses cohortes, sont en phase de fermeture. On a ouvert en même temps à Ndhwa le premier projet vertical VIH depuis 2006. Le contexte institutionnel incite à la fermeture mais il n'est pas pour autant prescriptif : il a été dit à un moment qu'il fallait garder une cohorte. Eventuellement, cela pouvait être Chiradzulu.

Si le *hand-over* fait partie du projet, dont il est la phase finale, il reste encore du travail : les hommes sont beaucoup moins dépistés que les femmes et les enfants ; on n'est pas à l'hôpital, donc pas sur les patients les plus sévères. On pourrait peut-être envisager d'y retourner. La qualité des soins est là certes, mais on ne peut pas la mesurer car la charge virale en routine n'existe pas ; l'organisation de la prise en charge de la TB n'est pas bonne, peu de gens sont dépistés et les *process* fonctionnent mal. C'est peut-être le revers d'une bonne nouvelle, à savoir

la diminution de la tuberculose du fait qu'il y a beaucoup de gens sous ARV. Quoi qu'il en soit, il y avait donc aussi des raisons de rester.

Il y a aussi l'argument : le MoH ne va jamais y arriver. Et il y a enfin, simplement, le fait que c'est un superprojet : on assure la prise en charge de dizaines de milliers de patients avec succès, on fait plein de recherches opérationnelles... pourquoi arrêter ?

Il a fallu trancher. Pour moi, l'argument principal est de pouvoir se donner la capacité d'ouvrir d'autres projets VIH dans d'autres endroits où la couverture et la qualité des soins sont moins bonnes. Le plan stratégique d'OCP ne formule pas de chiffre, mais avoir 4, 5, 6 projets VIH semble raisonnable. Si on veut faire des choses nouvelles, il faut bien fermer les vieux projets. Enfin, les gens ne meurent plus tellement du Sida à Chiradzulu, c'est tout de même important, alors qu'à Kasese où l'on a ouvert un projet, ou encore à Port Harcourt, la situation est complètement différente. Il faut donc aussi avoir une vue d'ensemble.

Globalement, je dirais qu'on est en phase, aussi bien à l'intérieur de MSF terrain et siège, qu'au niveau du MoH. Evidemment, l'enquête CHIPS a joué, en montrant qu'il faudrait beaucoup de moyens pour faire un peu mieux.

L'objectif est d'avoir en 2018 une qualité des soins maintenue sans l'appui de MSF. Elle sera mesurée selon les indicateurs suivants : 80 % de rétention à douze mois, nombre de dépistages par trimestre, nombre de consultations en rapport avec le nombre de gens suivis, et suivi biologique.

La méthodologie est celle que Guillaume a mise en place. Il l'avait déjà fait pour Homa Bay avant. Pour Homa Bay c'est terminé et cela s'est globalement bien passé : il y a un retrait progressif des moyens engagés par MSF, et une montée en puissance en parallèle des moyens engagés par le MoH. Il y a eu une évaluation du *hand-over* d'Homa Bay, par l'unité d'évaluation de Vienne, qui estime que l'on aurait dû faire plus d'efforts pour faire venir de nouveaux partenaires. Des gens leur ont dit qu'il y avait des opportunités, etc. Mais en trois ans (c'est pour cela que je dis qu'il faut du temps pour faire venir une nouvelle organisation), il n'y a aucun nouveau partenaire à Homa Bay. Le MoH s'est débrouillé tout seul.

Là, c'est la même chose que l'on essaye de mettre en place. Par exemple, l'espacement de consultations, tous les six mois, pour alléger la pression, moins de *staff*, moins de nécessité de *staff* dans les centres de santé.

Globalement, l'appropriation de l'objectif de *hand-over* tient bien, 21 mois après le début. Il y a eu un moment difficile lorsque la deuxième équipe est arrivée. La précédente, qui était là pendant les ateliers, avait défini les indicateurs, etc. Mais l'équipe suivante ne s'est pas du tout approprié le plan de coordination sur le terrain. Il y a eu deux ateliers avec cette équipe, on a revu les indicateurs. Le comité de pilotage MSF-MoH fonctionne plutôt bien. Enfin... c'est quand même dur... Il arrive que, pendant trois ou six mois, il ne se passe rien du côté du MoH. Il faut relancer. Mais il y a des progrès. On va voir, on n'en est pas encore à la moitié. La méthode, avec un comité de pilotage MSF-MoH qui s'appuie sur des documents de référence -objectifs et indicateurs-, permet que le processus soit compris et accepté. Sauf nouveau retournement de situation, le projet sera terminé en 2018, c'est-à-dire dix ans après la première décision de fermer en 2008.

Guillaume JOUQUET

L'objectif de faire mieux en cinq ans à Rutshuru, finalement c'était court !

Mathilde BERTHELOT

Contrairement au cas de Rutshuru, on est sur un projet – tu l'as dit – où il y a une composante très importante de santé publique. La vitesse d'évolution de ce projet n'est pas uniquement dépendante de MSF. Sur les dix premières années, cela dépendait beaucoup de l'implication de *charities* et des politiques lancées par Bill Gates et compagnie au niveau mondial. On a suivi ce qui se passait autour et on a bénéficié de toute cette implication des donateurs qui fournissaient des intrants et des ARV au MoH. Sur la durée, cela ne me choque pas qu'il y ait des étapes de pause dans les décisions de sortir, et il y a aussi des événements qui amènent à suspendre une décision de sortie. Je ne pense pas à des conflits internes, mais aux pénuries d'ARV. En même temps, l'OMS lance ses nouvelles recommandations pour mettre en route plus de traitements plus tôt dans l'évolution de la maladie.

Si, dans l'idéal, on passe plus de patients sous traitement cela permettra qu'il y ait moins de morts, plus de patients traités, cela justifiera encore plus une sortie. Mettre des patients sous traitement plus tôt, ça veut dire moins de malades, moins de monde à l'hôpital et moins besoin de médecins. Mais d'un autre côté cela va être plus dur, parce que la cohorte augmente. Le problème des RH au Malawi est énorme, il y a très peu de médecins. Mais la *task shifting* fonctionnent bien pour les personnes HIV+ qui ne sont pas malades, ceux que l'on met tôt sous ARV, avant qu'ils ne soient malades. C'est aussi un facteur qui fait la différence par rapport au démarrage, où il y avait des gens hospitalisés dans des états très graves.

On a eu ce volume de patients, mais sur des cas faciles. Finalement, on se retrouvait plus à gérer un dispositif que des patients compliqués. Tandis que la difficulté pour le MoH est double : celle du volume et celle des cas très compliqués, hospitalisés, pour lesquels il faut à la fois des compétences médicales et un plateau technique.

En 2010, la discussion avec Marie-Pierre a eu lieu au moment où a été lancée la décision de créer ce *desk* VIH et de réunir les pays avec des projets verticaux VIH sous la même entité, pour faire bénéficier les expériences des uns aux autres, etc. Je n'ai pas retrouvé de documents. Annette pourra commenter, mais il s'agissait de garder des grands pays pour continuer à progresser en termes de recherche. Dans la discussion, on se demandait – comme pour Rutshuru – s'il fallait garder des projets pour la formation. Les petits projets intégrés ne permettent pas de faire les mêmes types de recherche que sur un projet vertical. C'est tout de même une question. Quand on compare avec les Belges en Afrique du Sud, ils sont très peu *hands on*. C'est l'université de Cape Town qui gère leur projet.

Dernier point, sur la difficulté des équipes à lâcher l'hôpital. Je pense que cela va dans le même sens. Ils voient que les patients vont bien à l'extérieur, mais quand ils regardent l'hôpital, ils se disent qu'ils ne peuvent pas laisser ces patients dans un service qui est dans un état catastrophique. Je me souviens d'un rapport d'Elisabeth Szumilin, je pense que c'était en 2012, où parlant de l'hôpital, après une visite, elle disait au sujet du MoH : « Aide-toi, MSF t'aidera, sinon *go to hell* ». C'était une façon de dire : peut-on les pousser, jusqu'à quel point, comment peuvent-ils s'impliquer ? Sinon il faudra lâcher l'affaire.

Rony BRAUMAN

Il faut lâcher l'affaire pourquoi ?

Mathilde BERTHELOT

Il faut lâcher l'affaire parce qu'il y a du *staff* qui est présent, mais qui ne s'occupe pas des gens. Il y a les médicaments qui sont dans la pharmacie, mais qui ne sortent pas du placard. Comme elle le disait : qu'ils fassent déjà le minimum et on les aide, sinon « *go to hell*. »

Rony BRAUMAN

Annette, est-ce que tu pourrais préciser ce qu'on entend par « recherche » et « projet de recherche » ?

Annette HEINZELMANN

Je vais revenir sur la question recherche tout de suite. Je voulais juste donner

deux précisions par rapport à la *timeline*. Les problèmes de financements avec le Fonds global, ce n'était pas seulement une année, c'était le *round* 2011 : donc pas de financement en 2011 et 2012, suspension du Fonds global, et donc pendant trois ans, aucune visibilité sur le futur financement du VIH au Malawi. Après, seuls des *bridge funds* ont été accordés. Nous avons travaillé tout de même pendant quatre ans avec des budgets de médicaments entre 1 et 1,5 million par an. Comment, dans des conditions pareilles, envisager le futur ? En parallèle, la Grande-Bretagne arrêta de financer 70 % du système de santé au Malawi, en raison de gros détournements. Et, peu après, une nouvelle présidente décidait de découpler le Kwacha (monnaie du Malawi) du dollar, ce qui entraînait 40 % d'inflation pendant les deux ou trois années suivantes. Donc pendant deux ans et demi à peu près, il était impossible de discuter vraiment avec le MoH de leur engagement financier dans la prise en charge du VIH. Au pire, ils disaient : « On ne sait pas ce que l'on va faire ».

Il y a aussi eu pour les équipes un changement de concept de traitement total du VIH. On est passé de : « Il faut traiter ceux qui sont en danger de mourir » -donc ceux qui ont des CD4 de 150 à 350, à 500-, à un nouveau concept de *test and treat*, c'est-à-dire traiter dès qu'on diagnostique, pour baisser la transmission. Cette idée était vraiment une révolution pour ceux qui étaient là depuis un petit moment. Et ce qui est extraordinaire avec le CHIPS c'est la démonstration qu'avec un traitement de masse on peut baisser l'incidence. C'est la première fois que cela a été prouvé en population au Malawi. Deux grands facteurs qui ont beaucoup occupé les équipes et ont contribué à ce ralentissement de la passation.

De plus, la *hand-over* voulait dire passer d'une gestion verticale de cohorte par MSF à une intégration transversale avec le MoH. Un exemple : les 700 000 patients sous traitement au Malawi sont traités avec des médicaments du Fonds global. Tout le monde est approvisionné par une pharmacie centrale. Ce n'est qu'à Chiradzulu que MSF amène les médicaments et les distribue dans les centres de santé. Il a fallu une année de discussion avec les équipes et le MoH pour leur faire comprendre que ce qui était fait dans tout le reste du Malawi était aussi faisable à Chiradzulu.

C'est une question difficile : comment fait-on, avec des équipes chargées du *hand-over* et qui ne sont pas préparées par leur culture MSF à réfléchir dans une optique de santé publique ? Comment amener ces équipes à penser le système de santé en lien avec un niveau national ? Nous ne sommes pas préparés à cela avec les gens que nous avons à notre disposition. Là, je ne parle pas seulement de Chiradzulu.

Sur la question de recherche opérationnelle, il y avait toujours cette idée : « On veut prouver quelque chose ». On veut prouver le concept de décentralisation, de *task shifting*. Cette culture de recherche opérationnelle est intégrée dans le projet depuis au moins 2005, 2006. A partir de 2007 ou 2008, une équipe d'épidémiologistes et des équipes de recherche intégrées dans le projet ont travaillé sur les différentes idées et ont produit beaucoup de documentation, de papiers, de recherches autour du VIH à MSF-F.

Une dernière chose, il faut voir à Chiradzulu et dans les autres cohortes verticales, donc Arua et Homa Bay, l'évolution historique du VIH chez MSF. Lors de la réunion ici à Paris avec tout le mouvement, en 2010 ou 2012, on s'est demandé : que veut faire MSF, comment se positionne-t-on dans le VIH ? MSF était l'un des premiers acteurs, et devient maintenant un acteur parmi beaucoup d'autres. Comment gérer ce passage ? Avons-nous des pistes à ouvrir, sur nos patients, sur des questions de recherche qui ne sont pas couvertes par les autres ? Veut-on se consacrer à faire monter des questions insuffisamment prises en compte, comme le traitement de troisième ligne, les traitements pédiatriques, la PTME ? Et si oui comment s'y prend-on ? En sachant que nous, OCP, après avoir été les premiers à avoir traité le VIH, nous avons aujourd'hui moins de projets VIH. Les grands acteurs MSF dans le VIH sont OCB et OCA.

De plus, nous avons trois grosses cohortes, trois desks, avec des contextes sécuritaires. Personne n'a jamais eu le temps de se consacrer entièrement à ces projets. Il faut voir cet historique de passation dans un contexte beaucoup plus large. Finalement, l'idée de vraiment fermer Chiradzulu était décalée, parce que quand on a changé la stratégie, on s'est dit que ce serait bien de garder Chiradzulu pour examiner certaines questions comme les troisièmes lignes sur des cohortes qui deviennent de plus en plus vieilles.

On voulait travailler spécifiquement sur ces aspects. Ces recherches sont entamées, je ne sais pas quand elles vont finir. Maintenant c'est la fermeture, une fin de projet assez naturelle, notamment avec l'enquête CHIPS qui a prouvé que cela fonctionne vraiment, au moins dans notre cohorte.

Rony BRAUMAN

J'aurais deux petites questions. Je n'ai pas compris si la recherche opérationnelle a vraiment montré qu'il n'y a pas de déperdition de qualité mesurable avec le *task shifting*. Est-ce que le pari du *task shifting* a été gagné ?

Ma deuxième question est dans le même esprit : une des craintes exprimées au tout début des années 2000, qui amenait certains à refuser de s'engager dans le

Sida, c'était que de mauvais traitements pouvaient donner lieu à des résistances. Est-ce que le *task shifting*, donc des traitements administrés d'une manière pas toujours très contrôlée, a donné lieu à des résistances médicamenteuses ? A-t-on pu mesurer cela, nous ou d'autres ?

Annette HEINZELMANN

C'est extrêmement difficile à dire : est-ce que ce sont les « mauvais traitements » ou les problèmes d'adhérence ? C'est très compliqué. On voit maintenant petit à petit, avec l'accessibilité à la charge virale que oui, il y a plus de résistances qu'on ne le pensait au début ou que l'on a pu détecter, mais il y a des raisons diverses. On voit par exemple beaucoup d'enfants, ou plus d'enfants qui sont résistants. Les enfants sont toujours une population difficile à traiter, donc nous avons du mal à faire le lien entre le *task shifting* et ces problèmes. En même temps, avec le *task shifting*, à Chiradzulu des efforts beaucoup plus importants qu'au MoH sont faits sur l'adhérence. Dès que l'on découvre quelqu'un avec des résistances, ou avec des suspicions de non-adhérence, il y a le counselling renforcé. Léon peut peut-être en dire plus sur les études en cours.

Léon SALUMU

Le premier rapport a déjà démontré que les soins, qu'ils soient prodigués par les médecins ou par les infirmiers, donnent les mêmes résultats. C'était même mieux avec les infirmiers qu'avec le médecin, on l'a prouvé. Pour la question des résistances, il y a une étude : 80 % des patients qui prennent leurs médicaments ont une charge virale indétectable. Il reste 20 % de cas de résistance. Les causes de ces résistances sont multiples, problèmes d'adhérence ou autres.

Je voulais revenir sur une chose : ce qui est intéressant dans ce projet Chiradzulu, c'est cette volonté, dès le départ, de faire le *task shifting*. On est dans une situation où, de toute façon, on va traiter plus de patients, on n'a pas de *staff* qualifié pour faire cette prise en charge, et si on veut faire cette médecine « de masse », on est obligé de passer par cette délégation des tâches. On est arrivés un peu à le faire.

En ce qui concerne la passation, je dirais qu'elle s'est faite progressivement. Dès le départ, on est dans un contexte de gratuité des soins. Aujourd'hui cela fait deux ans que MSF ne donne presque aucun médicament. Tout vient par le ministère. Je crois que la grande difficulté vient du fait qu'au départ les ARV venaient du ministère, et il y avait une discussion sur les autres médicaments. Pour les infections opportunistes, on se disait : « Si on laisse le ministère, les gens vont être mal traités. » On s'est rendu compte que c'était juste un blocage de notre côté, alors qu'un système existait. Il suffisait de mettre en place ce mécanisme pour qu'à la fin le ministère joue son rôle. C'est du côté des « ressources

humaines», que le déséquilibre était le plus grand. Mais quand Guillaume Jouquet est passé, on s'est rendu compte que le ministère avait suffisamment de *staff* pour prendre en charge le patient. Nous avons mis du *staff* supplémentaire et c'est pour cela que dans la qualité de soins, on a mis cet indicateur du nombre de consultations. La question est : est-ce qu'ils peuvent prendre en consultation plus de patients ou pas ? On s'est rendu compte qu'ils avaient suffisamment de *staff* et donc qu'il s'agissait pour nous de réduire le *staff* MSF et de donner plus de responsabilités aux gens du ministère.

C'est maintenant la supervision qui est la grande question. Sans supervision, on ne sait pas si la qualité peut être maintenue. On a une équipe (qui peut être composée d'expatriés), qui passe assez régulièrement au niveau des centres de santé pour voir si le circuit de patients est bien respecté et s'ils ont les médicaments, etc. C'est possible tant qu'on est sur le terrain. Après notre départ, est-ce que l'équipe du ministère pourra continuer à faire cette supervision ?

Pour revenir à la réunion de 2010 sur le positionnement de MSF par rapport au VIH, je pense que l'on s'était tous mis d'accord sur notre rôle de catalyseur. C'est le rôle que l'on a joué toutes ces années en poussant à mettre les patients sous ARV, non pas à 250, mais à 350, puis 500 CD4. Aujourd'hui on est passé à *test & treat*. Là, on s'est dit qu'il fallait espacer les consultations.

On a donc démontré qu'une consultation tous les six mois suffisait, et cela vient d'être adopté par l'OMS. Je pense que même si on change notre manière de faire, on peut garder cette fonction de catalyseur. On travaille sur des modèles de soins alternatifs, on démontre que cela fonctionne et que cela peut être repris par d'autres ensuite.

Rony BRAUMAN

Dans la présentation, on rappelait l'importance du dispositif logistique, les quinze véhicules, etc. Lors d'un passage à Chiradzulu, j'étais impressionné de voir, à 7 heures du matin, la ronde des Toyota qui commençait et qui contrastait avec la faiblesse des moyens du MoH. Peut-être que cela a été dit, mais je n'ai pas bien saisi dans la présentation : est-ce que l'importance de ce dispositif a été un frein à la passation ou est-ce que cela a permis au contraire de mettre en place quelque chose et ensuite de faire le *hand-over* ?

Pierre MENDIHARAT

Ce dispositif comportait trois choses : le transport des patients, le transport des médicaments (très peu) et des échantillons biologiques, et puis le *staff* qui fait la supervision.

Pour les échantillons, il se trouve qu'il y a un nouveau programme, financé par le PEPFAR qui s'appelle *Riders for health* que l'on trouve maintenant dans pas mal d'endroits. Ce sont des taxis à moto, financés par le PEPFAR. Ils sont un peu partout, pas à Chiradzulu puisque c'est nous qui le faisons, mais on est en pourparlers et il n'y a pas de raisons que cela ne se fasse pas une fois qu'on ne sera plus là.

Pour les patients, l'ambulance du MoH marche, mais tant qu'il y a les voitures MSF, elle n'est pas utilisée. Le MoH doit s'occuper de la maintenance etc. Cela fonctionne déjà dans une certaine mesure, mais certains jours l'ambulance n'est pas disponible, il n'y a pas de carburant, etc.

Pour les équipes de supervisions, là aussi c'est l'ambulance du MOH qui doit servir. Les Malawites sont très santé publique, ils ont donc un système de visite régulière, de contrôle, de supervision, de *mentorship*. Les voitures MSF servaient aussi beaucoup à transporter des expatriés.

Fabrice WEISSMAN

J'ai l'impression finalement, en écoutant les présentations, que les questions et objectifs ont évolué.

Première étape, celle des ambitions cliniques : peut-on traiter des patients avec des ARV en Afrique, compte tenu des faibles ressources ?

Deuxième étape : peut-on avoir un impact de santé publique à l'échelle du district ? Notre ambition devient le contrôle de l'épidémie : pas seulement traiter des patients, mais contenir et faire reculer l'épidémie. Chaque fois, on démontre qu'on y arrive.

Troisième étape : peut-on le faire à moindre coût, avec une économie de moyens compatible avec les ressources dont dispose le Malawi ? Là, on est plutôt face à des questions d'économie de la santé.

Des objectifs d'abord cliniques, puis santé publique, et enfin des objectifs de l'ordre de l'économie de la santé. Les trois sont complètement intriqués, mais la question de la passation est maintenant plus à l'ordre du jour. Elle était peut-être posée de manière un peu prématurée dans les premières étapes.

Isabelle de FOURNY

J'ai juste deux petites questions : l'enquête CHIPS, qui montre de très bons résultats pour notre modèle, a-t-elle aussi été faite dans des zones administrées par le MoH ?

L'autre question : le modèle que l'on a mis en place à Chiradzulu a-t-il influencé celui du ministère de la Santé, est-il repris par eux, est-il différent ? Je parle du *Task shifting*, etc. ?

Pierre MENDIHARAT

L'enquête CHIPS n'a pas été faite ailleurs au Malawi. Elle a été faite à Ndhiwa, où les chiffres étaient beaucoup moins bons mais pas catastrophiques, et puis au KwaZulu-Natal, sur une zone où OCB intervient. Les chiffres sont moins bons.

Isabelle de FOURNY

Non, ma question était sur la différence entre la prise en charge MSF au Malawi et la prise en charge par le ministère de la Santé au Malawi. On dit « très, très bon résultat », mais a-t-on regardé à côté ou pas ?

Pierre MENDIHARAT

Non, cela, on ne l'a pas fait par CHIPS.

Isabelle de FOURNY

On ne sait pas. Et a-t-on regardé le modèle de soins ?

Pierre MENDIHARAT

Le modèle de soins, oui. Tout au long du projet Chiradzulu, on a regardé plusieurs modèles de soins testés et plus ou moins prouvés – en tout cas la qualité des soins mesurés par MSF et par Epicentre comme la délégation, comme la décentralisation – puis l'espacement des consultations.

Alors oui, cela a influencé le modèle. Le MOH a longtemps été opposé à l'espacement des consultations. Il est maintenant à fond pour. Il y avait plusieurs modèles (en concurrence d'ailleurs), par exemple à Thiolo, juste à côté de Chiradzulu, où OCB fonctionnait avec des *Commuter groups* : les gens viennent moins souvent, une personne vient pour les autres. On n'a pas mis cela en place, on a opté pour le *six month appointment*. Chacun espérait que son modèle de soins serait repris par le MoH.

Avec le recul, on voit que certains projets ont été conçus à moyen/long terme dès le départ, d'autres le sont devenus dans les faits. Je trouve qu'il faudrait se donner une visibilité à trois ans (ou à deux ou quatre ans, suivant la façon de la formuler), et le faire systématiquement. C'est de plus en plus le cas, mais pas partout, et c'est très délétère dans les projets où l'on se demande en permanence : pourquoi est-on là ? Pendant combien de temps va-t-on faire cela ? Faut-il investir ou pas ? Est-ce que cela vaut le coup d'essayer cela ou pas ?

Il faut se donner du temps, particulièrement pour les hôpitaux. Cela épargne des discussions stériles, cela peut aussi libérer des idées, cela justifie des investissements que l'on ne fait pas assez. Quand il y a eu décision de passation, en 2008, il y a eu planification sur trois ans, même si ce n'était pas clairement formulé. Mais quand on arrive à échéance, le temps qu'il y ait une nouvelle formulation, on ne sait plus. Quand j'ai repris le *desk*, la question était : « Pour combien de temps est-on là ? » Certains disaient que c'était pour dix ans, d'autres disaient : « On n'a rien à faire là, on ne sert plus à rien, il faudrait partir ! »

Guillaume JOUQUET

Je voulais revenir sur l'approvisionnement en médicaments. Il y a deux aspects dans l'approvisionnement : les médicaments sont-ils disponibles, a-t-on les moyens de les acheter ? Ensuite comment les achemine-t-on jusqu'au patient ?

Si la première partie du problème était résolue, c'est-à-dire que c'est effectivement le Fonds global qui fournissait les médicaments, la deuxième ne l'était pas. Quand je suis arrivé en 2015 pour initier ces stratégies de sortie, le projet tournait encore sur la logistique MSF. C'étaient effectivement les quinze véhicules MSF qui transportaient les ARV dans les cliniques. Je me suis demandé pourquoi on continuait à faire cela. La réponse était : « On le fait, parce qu'ils ne le font pas. S'ils n'arrivent pas déjà à faire le minimum, comment leur donner plus ? »

C'est une façon de faire qui est très MSF. Si on demande au MoH : « Pourquoi ne le faites-vous pas ? Ils vont répondre : « Pourquoi mettre en œuvre des moyens ? On n'a déjà pas de moyens ni de ressources, si MSF le fait, il n'y a pas de raison qu'on le fasse ». Mais partout ailleurs au Malawi, le MoH arrive à le faire. On peut donc se dire qu'il y a peut-être un lien de cause à effet entre la présence de MSF et le fait que le MoH ne le fasse pas. Pour rentrer dans un cercle vertueux, il faut d'abord leur donner les moyens de faire le minimum, et s'ils n'y arrivent pas éventuellement, on les aide. Il ne faut pas dire : « On va cesser d'intervenir quand eux seront capables de le faire », mais inverser la problématique en disant : « On va cesser d'intervenir pour qu'ils soient capables de le faire. »

C'est en réduisant la voilure MSF que l'on peut permettre au MoH – dans certains contextes plus que dans d'autres certainement – de reprendre la main. Tant que MSF a ses quinze voitures qui vont partout, il n'y a pas de raison que le MoH mette des moyens en œuvre.

Rony BRAUMAN

Je voudrais faire deux remarques. L'une est d'ordre historique, pour mémoire :

au moment où l'on commençait à réfléchir à des programmes HIV avec mise en route de traitement ARV, il y avait l'obstacle financier qui s'y opposait. Le passage au générique a totalement changé la donne.

En affirmant que l'on allait démontrer qu'il était possible de traiter, on était un peu présomptueux parce que c'était un pari. MSF n'avait pas plus d'expérience que les autres là-dedans. Mais pour des raisons de communication politique à mon avis tout à fait justifiées, on était plus affirmatifs qu'on ne le pensait. En tout cas, on avait raison de parier que c'était possible, et de vouloir le montrer. Mais cela contraste avec la politique de MSF vis-à-vis de la tuberculose, qui était au contraire extrêmement restrictive : à l'époque où l'on expliquait qu'il était scandaleux de ne pas vouloir traiter le Sida et que nous allions changer la donne en le faisant, on refusait encore des traitements à des patients tuberculeux (« *better not treat than mistreat* »), certes pour une population beaucoup plus réduite, avec une maladie un peu moins évolutive. Ce qui montre que l'on peut parfois s'engager dans un tunnel qui nous empêche de voir que l'on fait nous-mêmes ce que l'on reproche aux autres.

Ma deuxième remarque est en rapport avec ce que disait Pierre à l'instant, c'est-à-dire se donner une visibilité à deux, trois ou quatre ans, de façon à stabiliser les équipes, en tout cas leur permettre de se raccrocher à quelque chose. Je crois en effet que c'est important. Mais je veux ajouter, de façon complémentaire, qu'un autre enjeu est la conception que l'on véhicule de MSF. Je pense à cette obsession de l'indépendance et à l'illusion que nous agissons par nous-mêmes, coupés de tous liens.

Rappelons-nous que le premier objet social de MSF était d'épauler les ministères de la Santé et les organisations internationales. C'était dit comme cela dans les statuts. Il n'y avait pas du tout de question d'indépendance, je ne dis pas que c'était bien, mais que c'est au départ la conception de MSF. Ce que je pense utile à rappeler, c'est que dans la pratique, mais aussi en droit, c'est-à-dire d'une façon plus théorique et totalement assumable, nous sommes là par choix, certes, mais aussi pour épauler des ministères de la Santé. Un certain nombre de ministères de la Santé peuvent être débordés par des situations imprévues, épidémiques, belliqueuses, enfin diverses choses, et nous les soutenons de fait.

Ce n'est pas se déjuger, ce n'est pas remiser au placard nos supposés principes que de se poser en soutien d'un ministère de la Santé, donc finalement d'un gouvernement. Pour moi, ce n'est pas du tout rompre un principe sacro-saint d'indépendance, c'est simplement faire son travail d'une manière concrète, inscrite politiquement dans un objectif qui est présentable.

Mais si on ne cesse de répéter le contraire aux équipes, que l'on est indépendant, que l'on ne veut pas avoir à faire aux gouvernements, que l'on mène notre propre politique, on les place dans une contradiction permanente. Brigitte rappelait ce matin, à très juste titre, qu'utiliser des mots qui contredisent l'action, c'est mettre les équipes dans un état d'incertitude et d'inquiétude aussi grand que le fait de ne pas avoir de visibilité.

Annette HEINZELMANN

Je pense que c'est intéressant dans le sens où les équipes sur le terrain se présentent souvent comme soutien au ministère et veulent faire cela. Or, le Malawi est un très bon exemple, car les équipes du ministère ont évolué. Elles ont souvent été beaucoup plus compétentes en termes de VIH que nos équipes sur le terrain. Au début, nous avions un vrai rôle politique, celui de pousser les choses avec le MoH. Ensuite, le MoH, sur quelques aspects techniques, a été plus courageux que nous, parce que les équipes étaient tellement absorbées dans la gestion de la très grande cohorte, 300 *staffs*, 20 expatriés, etc., qu'il n'y avait plus beaucoup d'espace libre.

La question que je me pose est : comment construit-on ces sorties, que peut-on amener comme équipes externes ou équipes miroir, qui jouent un peu le rôle qu'a joué Guillaume ? et quels moyens supplémentaires on met pour bien mener ces sorties ? On dit souvent : « Une équipe qui sait gérer un projet doit savoir gérer une sortie ». Ce n'est pas forcément le cas. Surtout sur ces gros projets très lourds où on ne se donne pas vraiment les moyens pour bien conceptualiser. Il faut bien en discuter avec le ministère et l'appuyer aussi dans la construction de ses propres moyens, particulièrement si on était en support « extrême » pendant des années.

Brigitte VASSET

Une petite réaction par rapport au soutien au ministère. C'était juste pour savoir ce que l'on met exactement derrière les mots, parce que pendant des années on a soutenu des programmes, des systèmes. Cela a été une catastrophe chez nous de soutenir l'initiative de Bamako, les PEV. Soutenir des gens du ministère, soutenir par des appuis, mais pas soutenir des systèmes. Il ne faut pas que l'on repasse dans des soutiens de système où on s'est déjà bien abîmé.

Rony BRAUMAN

Effectivement, il y a des formes de soutien qui se sont révélées stériles. Mais je voulais pointer qu'il y a une sorte de diabolisation de la notion même d'être en soutien à un ministère.

En l'occurrence, en soutenant un dispositif de lutte contre le Sida, de réponse à l'épidémie, on soutient le MoH. Je dis cela, parce que je pense qu'il faut l'assumer clairement, pas présenter cela comme une sorte d'exception ou un truc clandestin dont on a honte parce que ce serait en contradiction avec nos principes. Je réagissais contre un certain dogmatisme principal.

Guillaume JOUQUET

Je peux rebondir là-dessus ? Je pense qu'il s'agit de faire plus les choses en partenariat entre MSF et le ministère. Je raccorde cela à ce que disait Fabrice tout à l'heure sur le passage d'un objectif clinique à un objectif plus d'économie de la santé, ou en tout cas d'efficacité pour que cela puisse être repris par le MoH. Là, je pense que l'on voit bien les éléments pour que la passation soit réussie : on arrive dans un contexte catastrophique pour les patients vivant avec le VIH, on met de gros moyens pour changer la donne puis, à un moment donné, on passe à un niveau de santé publique. Alors, comment faire pour que MSF ne s'effondre pas du fait de coûts intenable ? Il fallait aller vers plus d'efficacité, utiliser ce qui existe. Pour le Sida, ce sont les ARV qui coûtent très cher. Puisque le Fonds global les fournit, pourquoi ne pas les prendre là, plutôt que les payer nous-mêmes ? C'est une première phase d'intégration, puis petit à petit on peut s'intégrer de plus en plus au ministère, et cela veut dire aussi être efficace. MSF peut se permettre de mettre beaucoup de moyens pour peu de gens alors que le ministère est obligé de prendre en charge toute sa population ? Nous ne sommes pas vraiment sur les mêmes objectifs, donc je pense que ce soutien... Soutien, je ne sais pas parce que l'on a l'impression que c'est MSF qui vient en soutien au ministère. Je préfère parler d'intégration.

Rony BRAUMAN

« Intégration », cela me paraît beaucoup ! Il s'agit de coopérer avec le ministère et non de prétendre lui dicter ce qui est bien, mal, ce qu'on doit faire et ce qu'on ne peut pas faire. En tout cas, il faudrait que les termes du contrat soient un peu plus négociés et que le ministère de la Santé publique ait son mot à dire dans les processus de passation. C'est beaucoup plus compliqué de faire avancer les choses en négociant avec le ministère, on le sait bien. Cela demande des compétences de négociations, cela avance moins vite, mais c'est un meilleur investissement pour le long terme.

Il est sûr que la discussion -appelons cela soutien, partenariat- prend plus de temps que le diktat. Mais travailler de concert, définir les objectifs en commun, avoir cette relation permanente, en effet, pour ce genre de programme, c'est absolument indispensable. Je pense que cela dépend aussi des situations. Au Malawi (je parle sous votre contrôle), j'ai l'impression qu'il y a quand même un

ministère de la Santé – quoi que l'on pense du régime malawite en lui-même – qui travaille sérieusement, qui veut faire de la santé publique, qui veut rendre service. Ce n'est pas le cas partout.

Guillaume JOUQUET

Ce n'est pas généralisable.

Rony BRAUMAN

Il faut faire un choix local, ce n'est pas une méthode générale.

Isabelle de FOURNY

Je pense aussi qu'il faut que l'on arrive à travailler de façon plus rapprochée ou plus intelligente avec le ministère de la Santé (ce n'est pas toujours avec le ministère de la Santé). Il est justifié que MSF paie des choses que personne d'autre ne paie comme les ACT, le Plumpynut mais c'est incroyable de mettre des millions sur des antirétroviraux alors qu'ils sont disponibles ! On le fait sur plein d'items pour des questions de facilité.

Sur ce projet, il a tout de même été clair dès le début, par la nature de la pathologie, qu'on allait faire un jour une passation. Comme c'est une pathologie chronique, on savait très bien qu'un jour ou l'autre on passerait ces patients à quelqu'un. Je n'étais pas là en 2000, mais je me demande tout de même si on avait vraiment intégré dès le début cet objectif de passation dans le projet. Parce que si on a cet objectif-là, normalement on commence à travailler avec le MoH et on monte étape par étape notre capacité et leur capacité, on travaille vraiment sur un *hand-over*. Mais si on avait fait cela ainsi, je ne suis pas du tout certaine que l'on aurait pu vraiment avancer sur des modèles de soins innovants, parce que travailler en partenariat sur de nouvelles pathologies, sur de nouveaux modèles de soins, etc., c'est une quantité d'objectifs extrêmement difficiles pour chacun.

Guillaume JOUQUET

Je suis tout à fait d'accord avec cela, c'est pourquoi j'aimais bien l'analyse de Fabrice qui disait : « On commence par un objectif clinique, où on fait cela un peu en solo au début »

Isabelle de FOURNY

Ce n'était pas complètement cela, parce que l'idée du volume, du nombre de patients, était présente dès le début. On savait qu'on allait être confronté à un nombre très important de patients et très vite l'une des grosses réticences était le volume. Je suis d'accord, mais la question est de trouver le bon moment pour

travailler avec les autorités de la santé et peut-être pas uniquement au moment où l'on décide de fermer, quand on est bien obligé de travailler avec eux.

Guillaume JOUQUET

Plus la volonté de travailler avec le ministère intervient tôt, plus c'est facile ensuite d'engager la passation. Sur les projets, on parlait du Lesotho hier où c'était le cas avec OCB. Effectivement, dès le départ, l'idée était qu'il y aurait une passation, il était donc préférable de ne pas venir avec l'artillerie lourde MSF. De fait, le jour où on a commencé à parler de *hand-over* et de lancement de la stratégie de passation, les choses étaient un peu moins compliquées que si on parlait de zéro finalement, c'est-à-dire d'un projet 100 % MSF pas du tout en partenariat avec le MoH.

Rony BRAUMAN

Cela ne répond pas tout à fait au problème que soulevait à l'instant Isabelle. Le fait de se mettre dans un partenariat raidit un peu les conditions de l'exercice et donc bride l'innovation à laquelle on avait envie de s'atteler. Effectivement, le modèle dont parlait Fabrice, ce modèle phasé avec clinique d'abord et santé publique ensuite, est un peu virtuel. Ces distinctions sont toujours un peu théoriques, mais tout de même cela voudrait dire que sur un plan individuel, c'est-à-dire clinique, on commence à faire changer les habitudes, à condition naturellement que l'on ait quelque chose à proposer. C'est dans un deuxième temps, finalement de manière un peu opportuniste, qu'avec notre capital, quelques innovations réussies, on peut s'inscrire dans un cadre différent, plus collaboratif, participatif, avec un partenariat qui ne soit pas juste une fiction contractuelle, mais une réalité opérationnelle. Peut-être effectivement que ce n'est pas possible au tout début.

Guillaume JOUQUET

Au Lesotho, MSF a participé à un changement de protocole. MSF n'utilisait pas le D4T en première ligne, qui était le protocole national, mais du Tenofovir, qui n'en faisait pas partie. Effectivement, pour imposer un traitement contre le protocole national, il faut avoir une certaine indépendance. MSF a montré que le Tenofovir était plus efficace.

On m'avait demandé de faire une étude de coût/efficacité pour montrer en gros que cela valait le coût de payer plus pour avoir de meilleurs résultats. MSF a donc montré qu'en payant plus cher, on a de meilleurs résultats et on a contribué à faire changer le protocole national (il n'y a pas que cela, il y avait l'OMS qui poussait aussi à l'époque), ce qui n'a pas empêché ensuite de travailler en

partenariat, ou en tout cas un peu plus main dans la main avec le MoH pour la stratégie de passation. Là aussi, il y avait plusieurs phases dans le projet qui se justifiaient à chaque moment.

Mathilde BERTHELOT

Cela me rappelle les discussions et les grosses disputes sur ce changement : est-ce qu'on shifte, est-ce qu'on fait passer les patients au nouveau protocole de traitement incluant le Tenofovir ? Non seulement il faut des moyens financiers, mais faire changer 25 000 patients – ou je ne sais plus combien on en avait à l'époque – d'un traitement à un autre, c'est un travail énorme.

Je pense qu'il ne faut pas non plus toujours se prendre la tête. Si le MoH, à l'époque, n'avait pas voulu le faire, que perdait-on ? C'est sûr que le Tenofovir c'est mieux, mais les patients qui avaient leurs complications et leurs lipodystrophies les avaient déjà. Cela dépend des capacités du MoH. Cela a pris du temps. Je pense qu'il fallait des gens compétents, et à l'époque on avait une équipe qui a su faire cette planification, *shifter* les patients progressivement, ce qui n'était pas rien. Le MoH ne l'aurait sans doute pas fait, parce qu'il fallait des RH pour ça.

Cela dit, quand on parle de superviser, on ne fait en pratique que visiter, dire bonjour, regarder, faire le comptage de la pharmacie. Il y avait donc besoin aussi de faire un gros travail de mise en place des outils de supervision et d'éducation thérapeutique. Je pense que la plus-value qu'a eue MSF dans pas mal d'endroits, c'est de mettre le paquet sur tout ce qui était éducation, sensibilisation, pour jouer aussi sur la réduction du stigma.

Je pense que ce qui a facilité la mise en place de nouveaux protocoles et qui a participé au succès de tous ces projets, c'est que les traitements soient efficaces, que leur prise soit plus simple pour que plus de gens le reçoivent, mais aussi que tout cela contribue à déstigmatiser les personnes. La perception de la maladie il y a quinze ans n'était pas du tout ce qu'elle est aujourd'hui. L'éducation, le travail sur le stigma, c'est un domaine où MSF a eu une valeur ajoutée, je pense.

Rony BRAUMAN

Je suis sceptique sur ce point. L'éducation, c'est toute une question, mais ce n'est pas le sujet d'aujourd'hui. Avant la pause, je voudrais qu'on parle d'Homa Bay, car la passation a des traits communs avec le Malawi. Au Kenya aussi on a un gouvernement qui est impliqué en santé publique, quelles que soient les autres critiques que l'on puisse lui adresser. Il y a donc aussi une coopération tout à fait légitime, présentable, à installer. Le départ d'Homa Bay, qu'en diriez-vous ?

Donne-t-il des leçons pour la passation du Malawi ? Est-ce une réussite, et si oui, pourquoi, selon quels critères ?

Léon SALUMU

C'est vrai que l'on s'est un peu inspirés de la passation Homa Bay pour le Malawi. C'était aussi une passation préparée avec Guillaume. On a mis en place la même méthodologie. Le principal objectif était que les soins restent de qualité après le départ de MSF. On a demandé une évaluation par l'unité de Vienne (unité d'évaluation de MSF Suisse), qui a conclu que cela se passait bien. La crainte à Homa Bay portait plus sur les ressources humaines, parce que c'était surtout le *staff* qui était payé par MSF et il fallait donc switcher pour qu'il soit payé par le ministère. Pour nous, c'était un indicateur assez important et tous les *staffs* sont restés. Ils ont été absorbés dans le système du ministère et ils sont payés par le ministère. Donc cet objectif est atteint.

Le maintien de la qualité reste bien sûr une grande question. A Homa Bay, malgré la passation, on se limite à travailler sur des « niches ». Mais on ne met pas les mêmes moyens qu'au départ : on travaille avec les gens du ministère, les superviseurs MSF s'alignent sur le modèle du ministère, qui pratique le *mentoring*. Ils sont là pour faire des formations et utiliser au maximum les médicaments du ministère. Mais les troisièmes lignes ne font pas partie du Fonds global, c'est donc MSF qui s'en occupe, c'est encore une autre bataille. Il faut donc que l'on continue à faire aussi de l'*advocacy*, pour que ce soit intégré au niveau du Fonds global et disponible au niveau du pays. Là, le suivi de la cohorte se fait par le ministère ; nous restons juste pour la partie patients sous ARV de troisième ligne.

On s'intéresse aussi aux patients qui doivent passer en deuxième ligne, parce qu'avec la mise en place de la charge virale (c'est-à-dire de la mesure de la charge virale), on se rend compte qu'on est actuellement sur le même mode qu'avant : les gens ont peur de mettre le patient en deuxième ligne, parce que c'est vu comme un échec. Ce n'est pourtant pas un échec du traitement, c'est un processus normal. Il faut donc également travailler sur le changement de mentalité. Là, on va s'investir aussi pour que ces patients soient pris en charge. Cela dit, c'est un petit projet sur le Kaposi avec une molécule qui est sortie récemment.

Je dirais que la passation est un succès, puisque le ministère prend en charge les patients ; la clinique est restée, et nous avons cette idée au départ. Nous nous étions fixé comme objectif de décentraliser. On avait une cohorte de 7 000 patients, on se disait qu'il était mieux que cela reste à 5 000, et que les gens aillent dans les cliniques périphériques. Mais on s'est rendu compte que

les gens ne veulent pas y aller. Même si MSF n'est pas là, ils continuent à suivre le soin au niveau d'Homa Bay, ce qui a un peu changé notre compréhension : on pensait que les gens venaient parce que MSF était là, mais non, ils viennent parce qu'ils sont habitués à cette clinique et ils ne veulent pas changer de consultant.

Guillaume JOUQUET

C'est intéressant pour montrer que si on se rend compte en cours de route que les objectifs pour la stratégie de sortie fixés au départ n'étaient pas bons, on peut très bien les changer. C'est vrai que l'un des indicateurs était la réussite ou non de la décentralisation et, au bout d'un moment, on s'est dit que ce n'était pas un objectif pertinent pour la stratégie de passation à Homa Bay.

Annette HEINZELMANN

J'ai repris Homa Bay juste après ta visite, Guillaume, et je me suis rendu compte de notre ignorance du système de santé autour de nous. On m'a dit qu'il n'y avait que nous qui faisons le VIH à Homa Bay. J'arrive sur le terrain, et je m'aperçois que le MoH a 10 000 patients sous traitement dans le même district, en gros la même cohorte que nous. Donc comment planifie-t-on ? Comment s'informe-t-on ? Comment travaille-t-on avec le MoH ?

Ce qui m'a frappée aussi, c'est la non-reconnaissance du secteur privé dans la prise en charge du VIH à Homa Bay et dans les districts avoisinants où il y a tout de même des structures privées ou semi-privées assez grandes, avec des cohortes assez importantes. Je pense que c'est spécialement intéressant dans les *middle income country*. C'est ce que Mathilde disait pendant la discussion autour de Rutshuru, il y a des gens qui choisissent : « Je veux être traité dans le privé. Je préfère payer un peu ». Il y a plein d'avantages, je ne sais pas lesquels, mais il y en a et on s'interdit de prendre en compte le secteur privé. Pour nous le secteur privé fait payer les gens, alors par définition ils sont des méchants. Pourtant, le système MoH fait aussi payer les gens. Il faut prendre en compte la globalité des acteurs dans la zone où l'on veut faire une passation.

Le troisième point revient aussi à ce que disaient Léon et Guillaume : c'est la connaissance de nos cohortes et des populations. Au Malawi, environ 40 % des gens ne viennent pas de Chiradzulu mais des régions autour. Je pense qu'on n'arrive déjà pas à regarder au-delà de notre projet, mais regarder au-delà du district, cela nous dépasse. On est souvent dans plusieurs districts, on devrait donc planifier une cohorte éventuellement avec plusieurs interlocuteurs sur plusieurs districts.

Pierre MENDIHARAT

Dire que la passation Homa Bay est une réussite, c'est un peu tôt, parce que c'est une transition sur trois ans. L'évaluation de la prise en charge, sera plus parlante dans trois ans. Pour l'instant, on a une évaluation du *process* de passation effectivement. On a vérifié que les indicateurs principaux – selon MSF- sont restés à peu près au niveau recherché. Pas vraiment au même niveau, mais au niveau minimal que l'on avait établi pour Chiradzulu. On évalue aussi les moyens mis par le MoH, il nous faut avoir un regard extérieur sur tout cela. Encore une fois, on a fini la transition le 31 décembre 2015, il y a trois mois, même pas. C'est sur la durée que l'on va voir si cela fonctionne.

Rony BRAUMAN

So far so good, donc.

Pierre MENDIHARAT

So far so good, avec quelques notables exceptions. On a d'ailleurs décidé de prolonger la phase de transition pour certains patients, dits « complexes », de laisser du *staff* pour le *counselling*, parce que cela n'a pas fonctionné. Comme le métier de *counsellor* n'est pas reconnu, ils n'en mettent pas. C'est un vrai souci. On continue à mettre des moyens, parce que l'on ne peut pas partir complètement comme on l'avait prévu. Il y a aussi le système de suivi, celui qui a remplacé Fuchsia, qui fonctionne mal : tantôt la machine est en panne, ensuite c'est le *staff*, puis l'électricité, etc. Du coup, c'est compliqué aussi pour calculer les indicateurs de qualité. Ce n'est donc pas un tableau super rose. C'est évident, mais on en parle un peu trop comme si tout s'était bien passé et que tout allait bien aujourd'hui. Encore une fois, parlons-en dans trois ans.

Léon SALUMU

On pensait que le *staff* n'allait pas rester parce que les salaires du MoH étaient beaucoup plus bas que les nôtres. On a été tous surpris en constatant que 80 % voulaient rester. Trois ans après, ils sont là avec un salaire qui a été divisé en deux ou trois. Les gens qui sont partis ne sont pas nombreux.

Guillaume JOUQUET

Je rebondis sur la question : c'est quoi le succès ? Tout dépend de la perspective. Après la première stratégie de passation dans laquelle j'ai été impliqué, tantôt on me disait que c'était un succès, tantôt que c'était une catastrophe. Cela dépendait si on se référait à des standards MSF, ou locaux. Il y avait aussi dans ce cas-là, le même problème avec les *counsellors*, qui n'étaient pas repris par le MoH et qui ont donc créé leur propre ONG, d'abord financée par MSF pendant un certain nombre d'années, puis par d'autres bailleurs de fonds. Je ne sais plus

combien de temps a duré cette ONG, peut-être 5 ou 6 ans, après cela s'est arrêté. Alors est-ce un échec, parce que cela n'a duré que 5 ou 6 ans ou un succès parce qu'ils ont réussi à tenir pendant 5 ou 6 ans ?



Stratégie de sortie progressive : Réduire la voilure pour permettre au système de s'adapter

Port Harcourt

Isabelle MOUNIAMAN

Après quelques années hors du Nigeria, MSF France revient fin 2004. Il y avait déjà d'autres sections toujours présentes au Nigeria, avec un intérêt marqué dès le départ pour la situation du Delta du Niger et celle de River State (dont Port Harcourt est la capitale). La première exploration a lieu début janvier 2005 avec comme objectifs :

- De comprendre la nature du conflit ;
- D'évaluer les besoins de la population ;
- D'évaluer le niveau de violence ;
- De voir la faisabilité d'une intervention par MSF

Je vais vous faire un bref historique sur le contexte. Depuis 10 ans, dans la région Sud du Nigeria, dans la région du Delta, et notamment à Port-Harcourt, il y a une forte présence de groupes militants séparatistes (le MEND, le MOSOP) qui revendiquent une meilleure répartition des revenus du pétrole.

La production pétrolière est régulièrement menacée de destruction. Les pipelines sont détruits, le *bunkering* (le détournement du pétrole) est à son summum à cette époque. Du coup, la répression du gouvernement est très violente avec des exécutions extrajudiciaires à la fois dans Port Harcourt et dans la région de River State.

Il existe, en même temps que ces groupes séparatistes, des groupes armés, des gangs, qui menacent de s'en prendre directement aux expatriés. Déjà l'année d'avant, début 2004, la compagnie pétrolière Shell avait fait évacuer à peu près 200 à 300 membres de son personnel à cause des risques de kidnapping et de ciblage particuliers.

Port Harcourt est une grande ville dans le sud du Nigeria (2 à 3 millions d'habitants) avec des bidonvilles sur la partie que l'on appelle le *Waterfront*, donc le front de mer. Les criques et l'environnement des mangroves sont propices à des caches bien denses où tous les gangs et tout le monde peut aller se cacher sans risque de se faire trouver.

Au moment où la première exploration a lieu, il y a déjà en perspective les élections présidentielles de 2007 et tout le monde craint un gros pic de violence à ce moment-là.

A l'époque sur Port Harcourt, il y a les hôpitaux privés évidemment et deux gros hôpitaux (UPTH et BMH) qui ont du mal à prendre en charge les traumatismes. Ceci dû, en gros, à la vétusté de leur plateau technique.

Après 2005, l'équipe est occupée avec l'épidémie de rougeole d'Adamawa qui commence vers février et qui augmente tout au long de l'année. Les missions exploratoires vont à Adamawa, au Nord de Borno et en fin de compte on arrive à Katsina sur cette épidémie de malnutrition, avec celle du Niger 2005 en toile de fond.

La première exploration ne donne rien. Les équipes repartent en exploration en août, avec Sinan, le référent chirurgien. Elles redescendent à Port Harcourt pour réévaluer la situation et confirmer les besoins et l'intérêt du projet.

C'est dans ce contexte qu'est validée en septembre-octobre la proposition d'ouvrir un *trauma center* à Port Harcourt. Dans la proposition, il est bien spécifié pour : « Fournir aux victimes de violence de la région de Port Harcourt un accès à une prise en charge traumatologique de qualité et créer une collaboration entre les chirurgiens du programme et le personnel travaillant dans les départements d'urgence des hôpitaux de Port Harcourt. » Donc les deux (UPTH et BMH) que j'ai cités préalablement.

Le choix de la structure est fait, et on loue une clinique privée, la maternité Teme du Docteur Peterside qui n'est pas très loin du *Waterfront*. Le Docteur Peterside est un gynécologue obstétricien très connu de Port Harcourt, il fait partie des grands notables de la ville. Il nous permet d'ouvrir et de travailler dans sa clinique sous sa licence médicale. Il devient un peu le parrain du projet de MSF à Port Harcourt.

On y reviendra sûrement au cours de la discussion, mais en tout cas – je le dis juste en préambule – les relations entre le docteur Peterside et MSF sont, tout au long de ces huit années, très passionnelles sur le mode « Je t'aime moi non plus ». Il favorise le travail de MSF et nous met énormément de bâtons dans les roues en même temps, en demandant régulièrement l'extension de la construction et la possibilité pour lui de continuer son activité gynécologique dans la clinique.

C'est un historique assez dense, j'ai essayé de le découper en quelques grandes phases.

1/ **De fin 2005 à 2008** on est sur le démarrage et la croissance du projet.

Je trouve intéressant de noter qu'en même temps que Port Harcourt, Port-au-Prince ouvre aussi sur le même mode d'intervention, dans à peu près le même contexte de violence urbaine, de violence politique, ces deux *trauma centers* étant aussi gérés par le même *desk* de New York. Je pense que cela peut amener quelques éclaircissements sur pas mal de choses.

Le premier patient est pris en charge en novembre 2005. L'activité peine à démarrer, mais entre le bouche-à-oreille, la communication, le *networking*, les patients arrivent. On ouvre une petite structure, 35 lits, et début 2006, on passe à 72 lits. On aura un pic d'une centaine de lits au moment de la préparation aux violences des élections présidentielles en 2007, qui n'ont finalement pas eu lieu dans le River State. Mais tout au long de l'existence du trauma center Teme, on a dans les 70 à 75 lits.

Pendant ces deux années, le nombre de patients augmente, et on se rend compte très vite que Teme est trop petit, pas adapté à l'activité d'un *trauma center* : se posent très vite les questions du circuit du patient, du nombre de blocs, de l'hygiène. On ouvre tout de même à ce moment-là une annexe, dans le *compound* de l'hôpital, d'une quarantaine de lits, mais toujours avec un total de 72 à 80.

Fin 2006, le desk décide de mettre en place l'ostéosynthèse avec enclouage centromédullaire, ce qui ne sera fait qu'en 2007 à Port-au-Prince. Il faut garder cela en tête.

En 2008, l'idée de la construction d'un troisième bloc est discutée, voire planifiée. Les négociations avec Peterside, qui réclame la construction du 1^{er} étage (au-dessus de la buanderie) que certain lui auraient promis, sont quotidiennes. Il espère continuer son activité de gynéco. Je disais qu'il y avait pas mal de problèmes au niveau de l'hygiène, c'est à ce moment-là que l'on commence à noter les problèmes d'infections nosocomiales et d'infections croisées chez les patients. Je suis sûre que Patrick Hérard (réfèrent chirurgie) notera qu'à ce moment-là on a des problèmes de mauvaise utilisation du clou sur des fractures ouvertes, je pense que c'est ce qui lui a donné tous ses cheveux blancs.

Les critères d'admission sont aussi critiqués et revus, au motif que l'on faisait trop de « bobologie ». C'est à la même époque que l'on a exactement les mêmes

discussions à Port-au-Prince : trop de patients dans la salle d'urgence, trop de « bobologie », il faut resserrer les critères d'admission.

La prise en charge des violences sexuelles commence doucement début 2007 avec 70 patientes, pour atteindre un pic dans les années 2010-2011 où l'on prend en charge quasiment 700 patientes par mois, avec des activités externes sur Port Harcourt, sur le *Waterfront*. A ce moment-là on sort aussi dans les criques. On a un bateau, pour essayer d'aller là où se trouvent – on l'imagine – les blessés. En fin de compte, on n'y arrive pas vraiment.

J'ai noté une phrase d'un rapport de visite de l'un des RP qui passe à ce moment-là, vers 2008, en disant : « *It's easy to be overwhelmed by constant technical and HR problem and to be stuck in the routine.* »

Le desk pousse à sortir de l'hôpital où l'on a des équipes très concentrées sur la technicité, les standards, les recommandations. C'est aussi à ce moment-là que l'on développe, au niveau du siège, la gestion hospitalière, l'infectiologie, et on est très concentré sur la technicité de la prise en charge de nos patients.

2/ Une deuxième époque, 2009-début 2011, qui commence avec un fort pic de violence suite aux activités de groupes armés qui sabotent quasiment, sur ces deux années, un tiers de la production pétrolière. Les kidnappings augmentent énormément. Il s'agit de kidnappings d'expatriés des compagnies pétrolières, mais beaucoup de Nigériens aussi et la répression policière est assez terrible. C'est à cette époque (2009) que sont créées les JTF (*Joint Task Forces*) à Port Harcourt.

Outre la répression massive, le gouvernement d'Abuja décide de mettre en place un programme d'amnistie pour arrêter le conflit à Port Harcourt : négocier avec les gangs, avec les groupes armés, déposer les armes en échange d'un salaire et d'une formation. A peu près 30 000 à 40 000 membres de ces gangs déposent les armes et sont formés, soit au Nigeria, soit à l'étranger. Pour beaucoup, ils reviennent et travaillent dans les compagnies pétrolières. C'est toujours d'actualité aujourd'hui.

A cette même époque, le Gouvernement interdit l'utilisation des motos, car elles servaient aussi à tous ces bandits pour pratiquer leurs actions. C'est quelque chose d'assez courant au Nigeria. Dans beaucoup d'Etats les motos sont interdites, notamment à Borno, à Maiduguri, mais aussi à Port Harcourt. Certains de nos patients sont affiliés aux gangs, voire même sont des chefs de gangs, mais beaucoup sont plutôt des indigents. MSF a un bon contact, on est relativement

bien acceptés par tous ces gangs, par les autorités de la ville, la police. On discute régulièrement. La clinique se trouve dans une impasse, l'accès n'est pas évident et peut très facilement être bloqué. On a eu pas mal d'incidents avec des chefs de gangs qui voulaient absolument avoir accès aux soins.

Fin 2009, le projet est mis en question sur la base de sa qualité médicale. On a des complications postopératoires. On commence à avoir un certain nombre de cas d'ostéomyélites et des infections multi-résistantes. La qualité des *datas* est questionnée ainsi que celle du respect des protocoles. Les gaps RH viennent aussi miner la continuité du projet et, juste pour faire le parallèle, c'est fin 2009 aussi qu'est prise la décision de fermeture de l'hôpital de La Trinité (Port-au-Prince).

Les équipes envisagent d'autres projets dans la région. On visite d'autres Etats. On va même regarder au niveau de la santé environnementale – c'était très à la mode au siège à ce moment-là – les conséquences de cette production pétrolière sur la population de Port Harcourt. En fin de compte, tout cela est resté lettre morte.

Globalement tout de même, fin 2009 à début 2010, on s'accorde à dire que le contexte sécuritaire a évolué du fait de la forte présence des JTF et des militaires sur place. En revanche, le niveau de criminalité et la pauvreté de la population ne changent pas du tout.

De nouveau, à l'approche des élections de 2011, on craint un pic de violence. La question de la sortie de Port Harcourt est en filigrane, mais on se dit : « 2011 arrive, c'est sûr que la situation va se dégrader, il faut absolument rester sur place. » En parallèle, dans le Nord du Nigeria, l'insurrection de Boko Haram débute dans le Borno et on commence à regarder à nouveau le Nord-Est du pays pour y faire des explorations. Tout au long des années 2010, 2011, 2012 énormément d'explorations ont été faites au Nord du Nigeria, à Borno, avec cette idée qu'étant donné ce qui s'y passe on retrouvera la violence, des blessés. On va même jusqu'à imaginer d'ouvrir un *trauma center* à Maiduguri. On n'a jamais réussi à travailler à Maiduguri, sauf ces deux dernières années.

3/ 2011-Avril 2012. Dans l'un des résumés de la MAP de juillet 2011, il est noté : « Après 6 ans d'activités, MSF essaye désespérément de trouver une stratégie pour les activités externes et d'atteindre un plus grand public. » On ressort de nouveau dans les criques pour essayer d'atteindre la population. Beaucoup de monde vit dans ces criques, et on n'y arrive toujours pas.

De nouveau la qualité médicale est mise sur la table des discussions, avec toujours les mêmes problèmes :

- Espaces trop petits ;
- Infections ;
- Problèmes de circuit du patient ;
- Perte de suivi des patients qui viennent en OPD.

De plus, les chirurgiens refusent (c'est très schématique, mais c'est vrai) de faire du suivi de patients. Ce suivi est donc fait par des médecins qui n'ont pas forcément les compétences pour cela.

Les activités de MSF à Port Harcourt sont connues de tout le monde, MSF a une bonne réputation, le ministère de la Santé est ravi de ce que l'on fait. Cependant, ils nous poussent à essayer d'aller dans les hôpitaux publics de UPTH et BMH en nous rappelant qu'au début le projet avait été écrit pour deux ans, et qu'on est déjà en 2011 : « MSF, vous êtes toujours dans la clinique du Docteur Peterside, ne serait-il pas temps de penser à intégrer l'un des hôpitaux et à vraiment travailler avec nous dans les salles d'urgence, et former aussi les chirurgiens nigériens ? »

On décline poliment leur demande, car ces deux hôpitaux sont des paniers de crabes politiques – comme ce que l'on a vécu à Port-au-Prince – et l'on n'a pas vraiment envie d'y mettre les mains.

Mi-2011, un architecte part sur place travailler quelques mois pour essayer d'imaginer soit de la réhabilitation, soit la reconstruction de l'hôpital. Il étudie les différents scénarii. Il se trouve que derrière la clinique de Teme, il y a un terrain vide, mais il appartient à trois propriétaires différents, dont le docteur Peterside, et on n'arrive pas à trouver un compromis. D'autres structures sont envisagées à l'extérieur, mais on ne trouve rien et l'on est condamnés à rester sur Teme.

Pour Port Harcourt, comme pour tous les autres projets, tous les ans, lors des MAP, les objectifs sont soit confirmés, soit revus, les critères d'admission changent, reviennent, enfin on fait toujours ces allers-retours et ces grands coups de balancier.

Fin 2011 et début 2012, la direction des opérations est d'accord pour ne pas remettre en question le renouvellement du projet tous les ans. Elle nous dit : « D'accord, travaillez votre question de réhabilitation, faites une proposition et on verra ce que cela donne. » Mais les arbitrages opérationnels de la fin 2011

sonnent déjà le glas de Teme. Dans un échange de mails que j'ai retrouvé, le *feedback* de la direction des OP est clair. En résumé :

- La ligne médicale pose des problèmes avec une augmentation de 1 million d'euros pour un an pour les médicaments.
- Le budget de Port Harcourt est trop élevé, l'objectif visé est 4 millions d'euros pour 2012, en dehors de la construction.
- Si nécessaire, il faut revoir les activités hospitalières à la baisse. Pour le révisé de février 2012, on envisage d'externaliser certains départements : la cuisine, la buanderie, la maintenance.
- Il faut revoir les critères d'admission de la salle d'urgence.
- Il faut revoir les critères du suivi ambulatoire.

Et il y a beaucoup d'autres observations restrictives. La décision finale est de commencer à travailler sur un plan à deux ans. Ce n'est pas clair pour autant : est-ce un plan de sortie à deux ans ou une volonté de ne pas re-questionner le projet tous les ans ? En tout cas, il y a cette injonction de travailler sur un plan à deux ans.

De juillet 2011 à avril 2012, les équipes, siège, terrain et coordo travaillent différents angles et propositions pour améliorer la qualité de prise en charge des patients dans une structure devenue trop petite et inadaptée.

Au cours de la session de révisé budgétaire d'avril 2012 la question de la fermeture de Teme est envisagée par la direction des opérations et la proposition de réhabilitation est refusée car trop chère. Sur le terrain, les équipes y croient encore et continuent. Elles refont un mapping, essaient d'imaginer quelle autre structure de Port Harcourt on pourrait identifier pour transférer les activités. Mais on ne trouve rien et au révisé budgétaire de juillet 2012, la fermeture de Port Harcourt est imposée sur un an, sans discussion.

L'annonce est donc faite en août aux équipes sur place. Je ne vais pas entrer dans les détails, mais après beaucoup de craintes, à la fois sécuritaires, à la fois de risques de poursuites judiciaires de nos *staffs* et de nos patients, les choses sont plutôt bien gérées par toutes les équipes (que ce soit du *desk*, du terrain et de la capitale). Le chronogramme de fermeture est mis en place dès septembre 2012 avec une fermeture des admissions en octobre, l'arrêt du bloc, et surtout avec le rappel de tous les patients pour être réexaminés, repris en charge si besoin, retraités pour les problèmes d'ostéomyélite, réopérés, repris en charge médicalement en cas d'infection. On se retrouve, aux alentours d'octobre, avec une cohorte d'environ 150 patients que l'on a suivis jusqu'à la fin.

On a eu la chance d'avoir, quasiment tout le long de la fermeture, un chirurgien expatrié qui est resté et qui a travaillé avec les équipes. Les différents départements ferment régulièrement, et du coup, le *staff* est remercié, licencié de façon régulière sans problème.

Un mois à peu près avant la fermeture, il reste une quarantaine de patients qui devraient continuer leur traitement au moins encore six mois ou un an. A cette époque, on travaillait avec deux chirurgiens nationaux, Charles et Sydney. On passe un accord avec eux, selon lequel, au départ de MSF, ils prennent en charge ces patients. Les quarante patients sont donc vus, les plans thérapeutiques sont discutés entre le chirurgien expatrié et ces deux chirurgiens, et au moment de la fermeture, les patients sont dirigés vers la clinique privée de Charles et Sydney.

Teme ferme mi-mars 2013. Deux ou trois mois avant la fermeture totale, a lieu la revue critique de Port Harcourt par l'unité d'évaluation, qui avait été demandée par les équipes, le *desk* de New York et la direction des opés. Mon *desk* a repris le Nigeria en décembre 2012 pour accompagner la fin de la fermeture et cette évaluation.

Petit bilan du projet : de novembre 2005 à décembre 2012, on a vu à peu près 55 000 patients en tout, en salle d'urgence. Au total, on en a hospitalisé à peu près 15 000 et on a pris en charge 2 600 victimes de violences sexuelles. Il s'agit du deuxième trauma center après Haïti. On y a développé la microbiologie et des protocoles de prise en charge des infections. Divers standards sur la prise en charge médicale, la stérilisation, l'hygiène ont été mis en place.

A la MAP de novembre 2012, personne dans l'équipe de Port Harcourt (expatriée et nationale) ne voulait quitter Port Harcourt, il était très clair pour tout le monde qu'il fallait fermer Teme, que l'on ne pouvait plus travailler dans cette structure, mais tout le monde voulait tout de même rester. L'idée était que : « les élections présidentielles arrivent en 2015, c'est sûr que cela va mal se passer, parce que l'on sera sur un changement de président Nord-Sud, musulmans-chrétiens et cela risque de vraiment chauffer sur Port Harcourt. »

Le choix est fait par l'équipe d'essayer de voir ce que l'on peut faire de plus pour les victimes de violences sexuelles. C'est là qu'est proposé ce projet de prise en charge des violences sexuelles, que l'on a ouvert il y a moins d'un an.

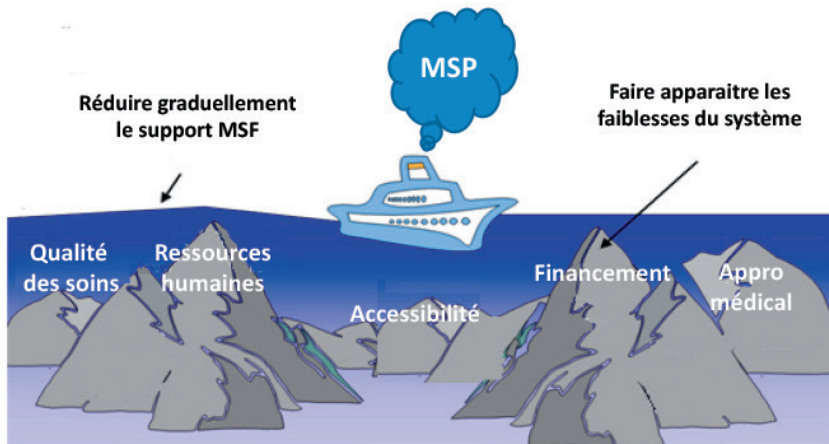
La fermeture de Teme n'a pratiquement pas provoqué de remous, en tout cas à Port Harcourt et dans River State. Il y a eu une bonne communication par les équipes en termes d'annonces officielles, par la police, les autorités, la télévision,

la presse écrite et on a eu des éloges de la presse au moment où MSF partait. Jusqu'à aujourd'hui, la réputation de Teme est encore intacte. Cela peut aussi poser des problèmes, car il y a beaucoup d'attentes encore à l'égard de MSF sur Port Harcourt. A Port Harcourt aujourd'hui, dès qu'ils voient la voiture MSF, ce sont des cris : « Teme, Teme ! »

Ce sont huit années qui ont marqué cette ville, on a tout de même traité énormément de patients et l'image de MSF est intacte.

Je me souviens, revenant de Maiduguri en février 2013, à un *checkpoint*, dans l'Etat de Yobe, on faisait la queue. Deux patients en chaise roulante ont remarqué la voiture, ils ont roulé plus vite, en nous criant : « Teme, Teme, you are back ! ». Le chauffeur qui avait travaillé à Port Harcourt les avait reconnus. Le temps de passer le checkpoint, il nous racontait comment ils avaient été pris en charge à Teme et ce qui leur était arrivé. C'est encore vraiment présent.

Le gros problème, c'est surtout avec le docteur Peterside, qui n'a pas du tout apprécié, non que l'on parte, mais qu'on ne le dédommage pas. Pratiquement tout de suite, en mars-avril 2013, il nous a fait un procès en nous demandant 1 million de dollars pour sa perte de pratique (*loss of practice*). Il y a trois semaines, il a levé sa plainte, je ne sais pas pourquoi, et il nous a rappelé deux fois, en disant : « Teme, we want MSF, you can come back, no problem. »



Claire MAGONE

La première chose qui me vient à l'esprit est la justification du programme de

Port Harcourt, qui s'inscrit pour MSF dans une obsession d'être là au moment où cela pète, ce qui est propre au Nigeria. Je vais juste rappeler le contexte. On est rentré au Nigeria en 1996 lors d'une grosse épidémie de méningite. Très rapidement, après cette épidémie, une mission exploratoire a été faite et j'ai retrouvé après de façon très régulière dans beaucoup d'autres documents, projets, les termes utilisés pendant des années, à savoir : « *Nigeria is on the edge of collapse* ». L'idée est que le Nigeria est sur le point d'exploser – ce qui est encore quelque chose qui se dit et se répète – et que MSF veut être là au moment où cela va exploser. La justification initiale de Port Harcourt est bien dans cette ligne. Comme tu le décrivais, c'était quelque temps après des élections qui avaient provoqué en effet beaucoup de violence, et notamment de la violence politique – l'obsession de MSF est la violence politique (pas n'importe laquelle) – puisque les gouverneurs, candidats de la région avaient l'habitude de se battre par procuration en utilisant des gangs et cela provoquait effectivement beaucoup de violence, c'est une réalité.

Finalement on peut dire deux choses sur ce programme : son efficacité a été beaucoup mesurée avec un indicateur qui était le nombre de victimes de violences politiques que l'on admettait. C'était donc un critère juxtaposant une catégorie mentale à un critère médical. Cela ne partait déjà pas bien de ce point de vue. Elle a aussi été mesurée par l'interrogation de la pertinence du projet à l'horizon des élections. C'est-à-dire que, comme tu le disais – comme je pense, Patrick va nous en parler (parce que tu vas forcément nous en parler) – très rapidement, il est apparu que l'espace contraint de cette clinique n'était pas adapté aux activités médicales qu'il devait y avoir. Il y avait aussi la promesse d'introduction de l'ostéosynthèse qui était une expérimentation pour MSF. C'est important de le rappeler : c'est le premier endroit où on l'a introduite, avant Port-au-Prince.

Patrick HERARD

C'est concomitant.

Claire MAGONE

Très rapidement, l'un des sujets de discussion des équipes avec le *desk*, les unes après les autres, c'était la nécessité de faire des investissements qui passaient par l'aménagement de l'espace et très rapidement par un déménagement. Cependant, la justification de cet investissement était toujours remise à l'horizon des élections à l'occasion desquelles on allait rediscuter de la nécessité de renouveler le programme. C'était une espèce de référence circulaire qui faisait qu'il y avait plusieurs systèmes de justification imbriqués.

La deuxième chose est le rapport à l'extérieur. Contrairement à Rutshuru et à Chiradzulu, comme tu le disais Isabelle, Port Harcourt est un projet où l'on a très peu agi avec l'extérieur.

Quand on est arrivés, on a rencontré le docteur Peterside qui était effectivement le « parrain », je pense que le mot n'est pas trop fort. C'est un parrain dans beaucoup de sens du terme, parce qu'il nous a protégés, mis sous cloche, permis une activité médicale que l'on n'aurait jamais pu avoir à Port Harcourt sans son appui. En fait, on n'avait pas le droit d'exercer la médecine, et il nous a fait *by-passer* le Conseil de l'ordre. Il nous a toujours prémunis de cela et il y avait un côté « moins on en sait, mieux on se porte ». Ce qui pour lui servait de justification à la présence de MSF, c'était que Sinan et Don Johnson lui avaient promis une maternité. Il parlait non seulement de Sinan, mais pour tous ceux qui l'ont fréquenté, de Don Johnson. Pendant huit ans, en guise de bizutage, chaque fois qu'un nouveau coordinateur arrivait, le docteur Peterside disait : « N'oublions pas que Sinan et Don Johnson m'ont promis que j'aurais une maternité ». Il attendait donc une maternité. Le « dédommagement » qu'il nous a demandé à la sortie du programme peut s'expliquer : on n'avait pas atteint nos objectifs dans son acception à lui.

Par ailleurs, dans la présentation initiale du projet tel qu'il avait été conçu par Fabien Schneider, il y avait bien l'idée que Port Harcourt était un point d'ancrage pour atteindre les victimes de violence, mais qu'on allait aller à l'extérieur pour les trouver, notamment dans ces criques. Or, cela ne fonctionne pas ainsi. Et là, c'est le privilège du discutant, je vais raconter une anecdote personnelle, qui illustre l'impossibilité de faire cela.

En 2006, on est allés en *speed boat* dans les criques. C'était le démarrage du programme, donc on n'avait pas encore de « clients », et on avait donc décidé de traiter les victimes de violence politique « froides », avant même de démarrer le projet. C'étaient des gens qui avaient été blessés dans une manifestation quelques années auparavant et que l'on pouvait reprendre chirurgicalement. En fait, quand le programme a commencé à exploser, la longue liste d'attente a dû finir dans un tiroir.

On est allés très loin dans un endroit où les gens ne voyaient pas de médecins, c'est-à-dire que les femmes accouchaient sans médecin, les enfants ne voyaient pas de médecin pour leur paludisme, etc. On a été accueillis en grande pompe dans ce village. Chibu a fait une consultation *on the spot* de ce monsieur qui avait l'air d'avoir des jambes normales. On s'est dit que c'était peut-être de la petite mitraille, ce n'était pas forcément visible à l'œil nu. On l'a ramené à Port

Harcourt. Chibu est venu me voir après en me disant : « Il n'y a pas vraiment de problème avec ses jambes, en revanche, il est séropositif. » On ne pouvait rien faire pour lui et on lui a conseillé d'aller à l'hôpital public où ils distribuait des ARV. Il est reparti dans sa crique, cela a d'ailleurs beaucoup joué dans la publicité positive de l'hôpital, où tout le monde disait : « Qu'est-ce qu'il est content depuis qu'il est revenu ! Il dit que vous l'avez super bien soigné. » En fait, il était complètement tétanisé par l'annonce de sa séropositivité.

Finalement, chaque fois qu'on est sortis à l'extérieur dans les années qui ont suivi, on s'est toujours retrouvés face à cette situation hyper embarrassante qui est de vouloir chercher l'aiguille de la violence politique dans la meule de foin de gens qui sont séropositifs, qui meurent du paludisme, etc. Ce n'est pas tenable. Je pense que le fait que l'on ait géré le programme en vase clos, c'est tout simplement, parce que ce que l'on nous demandait d'aller chercher à l'extérieur n'était en fait pas trouvable.

Dernière chose que je voulais dire au sujet de la justification de la sortie. La façon dont tu décris ces justifications de sortie, Isabelle, donne l'impression qu'elles ont été assez confuses. Il y a eu cet argument un peu absurde, à mon sens, qui était : « Attention la violence bascule au Nord, donc il faut qu'on aille voir ce qu'il s'y passe ». C'était un peu l'idée d'une bascule, alors que l'on venait de prouver, pendant huit ans, que s'il y a bien une chose que l'on n'est pas capable de faire, c'est de traiter les victimes de violences dans ces explosions qui font finalement partie de la vie quotidienne des Nigériens. Ce sont des petites explosions de violence, on a donc voulu reproduire la même chose au Nord sans finalement tirer complètement les enseignements de ce qu'on avait fait au Sud.

Isabelle MOUNIAMAN

La question des victimes de violences politique et de la priorité que nous leur donnons, y compris au détriment de la violence domestique, s'est posée exactement de la même façon à Port-au-Prince. On en faisait exactement la même description. Tout au long de ces deux projets, les victimes de violence ont représenté à peu près un quart de nos patients. A part les grands pics, on est rarement monté au-delà de 25 ou 26 %. Donc on a fait beaucoup de « bobologie ». Quand je parle de bobologie, je ne parle pas des gens hospitalisés, mais dans les salles d'urgence on voyait la bastonnade, la bonne femme qui s'était fait frapper par son mari. C'est une réalité : on nous a reproché de faire de la bobologie, donc il fallait resserrer les critères d'admission. Je me souviens des discussions, on y était tous, Brigitte, merci. Cela a toujours été le leitmotiv des *traumas center* : c'est du *life saving*, *life saving is a must*.

Gwenola FRANÇOIS

Je voudrais juste revenir sur les histoires de justification de la sortie, c'est très intéressant. J'ai vécu moi-même tout ce processus. Quelques mois avant juillet 2012 il y avait eu un changement des *rules & regulations* dans le pays, et le *staff* perdait des bénéfiques financiers. En contrepartie, pour qu'ils l'acceptent, il leur avait été assuré que le projet serait encore là pendant deux ou trois ans. La perte des bénéfiques allait donc être compensée dans la durée. Je pense que c'est important de le dire, parce que c'est aussi pour cela qu'il y a eu une crainte par rapport au *staff*.

Cela montre bien qu'il y avait un engagement à ce moment-là de rester sur cet hôpital pour deux ou trois ans. La discussion au mois de juillet était effectivement au sujet de la violence qui se développait dans le Nord-Est et de l'impossibilité d'y développer un autre gros programme sur la violence. Conclusion : il faut fermer Port Harcourt. Evidemment, au niveau du *desk*, annoncer cela ainsi à l'équipe Nigeria et ensuite l'annoncer au personnel national, ce n'était pas acceptable. Mais on était quand même d'accord, car ces discussions duraient, se répétaient, le contexte n'était plus le même, on ne suivait plus les objectifs de départ. Donc, assez naturellement, mais a posteriori par rapport à la décision, on a construit un discours sur ce qui justifie la fermeture de ce programme en soi.

Isabelle MOUNIAMAN

Pour la préparation de ma présentation, je me suis amusée à discuter rapidement avec Chris et, par hasard, j'ai eu au téléphone Bakri qui était comme aide à l'époque de la décision. Je lui ai demandé de but en blanc : « Bakri, pourquoi a-t-on fermé Port Harcourt ? » J'ai fait la même demande à Chris et la première réponse a été : « Je ne sais pas ». Ce discours, oui, on se l'est approprié, parce qu'officiellement il fallait bien le tenir, mais au fond cela a été un peu flou.

Gwenola FRANÇOIS

Le processus de fermeture, de réflexion sur le chronogramme et tout cela, s'est fait extrêmement rapidement. Les équipes ont été choquées de la décision alors qu'elles avaient travaillé sur l'engagement de rester deux à trois ans, mais elles étaient d'accord avec ces constatations. C'étaient de vraies justifications, on n'a rien inventé non plus, et elles se sont dit que si on estimait justifié de fermer, pourquoi attendre six mois, neuf mois avant de lancer vraiment la machine ? Un mois plus tard, on annonçait au *staff* que l'on fermait.

Léon SALUMU

En 2009-2010, j'étais là et je me rappelle une discussion avec Benoit Leduc sur la pertinence d'être à Port Harcourt. Il a dit cette phrase : « On est là pour les victimes

de violence, mais on n'arrive pas à avoir les victimes de violence, on a des victimes d'accidents de la route. » La plupart des patients que l'on avait, c'était cela.

Patrick était venu en visite et constatait que l'on n'avait pas de victimes de violence, mais que l'on avait des cas de traumatismes et qu'il fallait se donner les moyens de travailler avec une structure adaptée : on avait un bloc opératoire qui était au premier, avec deux personnes qui transportaient les patients. On a été dans cette contradiction. C'était une opportunité de mettre en place un bon programme, de faire tout de même quelque chose de bonne qualité –de qualité acceptable- avec des médecins sur place.

Claire MAGONE

On ne saura jamais si c'était acceptable.

Rony BRAUMAN

A ce stade, deux ou trois points me viennent à l'esprit. D'abord, il me semble que l'on pourrait décider d'un commun accord de renoncer à ces prédictions politiques à trois balles, du type : « Il y a des élections, donc il y a des violences », « Le Nigeria est au bord du gouffre » et des généralités comme celles-là qui ne disent absolument rien, mais installent la confusion comme on vient de l'entendre. Personne n'arrive à prévoir l'avenir, nous non plus. Acceptons cela et avançons à tâtons.

Ma deuxième remarque concerne le *life saving* : cela fait des années que cette expression est apparue à MSF et finalement elle sert toujours à masquer quelque chose. J'ai l'impression que quand on veut faire passer quelque chose en contrebande, on parle de *life saving*. Alors oui, forcément, sauver des vies, qui est contre ? Cela démine le terrain. Cela aussi fait partie des expressions ou des idées toutes faites dont il faudrait s'émanciper.

Ma troisième remarque est liée aux deux autres, c'est ce que j'appellerai le diagnostic étiologique de situations, c'est-à-dire remontant aux origines. On veut des victimes de violences politiques, donc on produit un discours sur une situation de violences politiques. Du coup, si une fracture du fémur ou une plaie de l'abdomen n'est pas en rapport avec la situation prévue, elle est en quelque sorte irrecevable. Là, il ne s'agit pas de questions de principes humanitaires, mais simplement de pratique médicale décente.

J'ai fait ce constat à Port-au-Prince. J'y étais peu de temps après la fin de la « guerre des gangs », et je voyais les équipes en train de trafiquer les statistiques pour les faire coller au schéma « victimes de violences », dans le but de pérenniser

le programme, alors qu'ils opéraient trois quarts d'accidents de la route, de brûlés civils. C'était de la traumatologie et de la chirurgie civiles. C'était une bonne chirurgie, un bon programme, les gens travaillaient bien, le service était rendu, mais il fallait truquer – c'est tout de même un paradoxe – les comptes rendus pour qu'ils collent aux catégories que les gens pensaient que la maison attendait. A la limite, je ne sais pas s'il y avait vraiment une pression de ce type, mais enfin le discours implicite, l'ambiance générale étaient tels que les gens se croyaient obligés de faire cela.

D'ailleurs, j'ai vu cela aussi dans les Territoires occupés. Là, ce n'était pas de la chirurgie, c'était du psychotrauma. Mais en tout cas il fallait que le trauma soit en rapport avec le Mur, et non pas simplement que les gens aient besoin d'un soutien psychologique, d'une psychothérapie. Il s'agissait de trier les traumatismes psychiques qui étaient supposément en rapport avec le Mur.

Fabrice WEISSMAN

Comment expliquer que le programme n'ait pas pu se justifier en d'autres termes ? Comment, pourquoi le projet n'a-t-il pas pu se justifier au regard de l'activité qu'il avait ? Qu'est-ce qui explique qu'il était injustifiable en d'autres termes que celui pour lequel il a été ouvert ?

Léon SALUMU

Je me souviens que la discussion de 2009-2010 était : « Arrêtons de penser qu'on aura des victimes de violence politique, mais acceptons tout simplement que l'on a des patients, et que ce que l'on est en train de faire est bien, et donnons-nous les moyens. » A ce moment-là, je me souviens que sur le terrain on était d'accord pour aller dans ce sens. Mais après, ce qui est ressorti sur Port Harcourt, c'est la technicité. Je pense qu'on a peur de cette technicité, qui n'était d'ailleurs pas en réalité aussi technique qu'on le pensait. C'était juste le moyen. On n'arrivait pas à passer ce cap.

Annette HEINZELMANN

Il y a aussi les inquiétudes financières. Il y avait à cette époque une énorme pression budgétaire, c'était la panique : « MSF France va couler, on n'est pas bien par rapport aux autres, on n'arrivera plus. » Il faut le rappeler, Il y avait Amman, un projet qui coûte beaucoup d'argent ; il y avait Haïti à l'époque qui coûtait aussi très cher et il y avait Port Harcourt. Je pense que ce que tu disais, Isabelle, est très important, il y avait cet aspect financier.

Patrick HERARD

Sur la fermeture elle-même, je vais être très rapide. C'est tout de même le sujet

essentiel de la discussion de ce soir. La fermeture a été parfaite, on a été professionnels de façon extraordinaire sur cette histoire.

D'abord tu as très bien fait, Isabelle, de lier Port Harcourt et Haïti, parce qu'ils sont indissociables dans le temps et dans ce que l'on a fait. Quand on a commencé à travailler, à pratiquer de l'ostéosynthèse, que ce soit à Port Harcourt ou à Haïti, on a été traité de criminels par le monde entier. Aujourd'hui, ils nous ont tous suivis et ils nous ont dépassés, en particulier en ce qui concerne les Belges. Même le CICR se met à l'ostéosynthèse aujourd'hui. Cela veut dire qu'on avait tout de même raison. Tu parles de beaucoup de malades qui avaient des complications. Ce qui ressort de tous les taux est que l'on est exactement dans les mêmes normes que ce que l'on avait dans les années 1970 en France. Je parle des fractures fermées qu'on a opérées et des infections précoces dans les trois premières semaines, c'est-à-dire l'essentiel des complications. Je finirai avec les *datas* après. On a donc prouvé – et je l'ai publié, j'en ai parlé dans plusieurs congrès – que l'on pouvait faire cela même dans des pays difficiles, en voie de développement.

Là où l'on a eu de très mauvais résultats c'est sur les fractures ouvertes. D'abord parce que le bloc n'était absolument pas aux normes, même si on a fait au mieux avec ; mais surtout, les gens étaient hospitalisés dans la promiscuité, avec des infections croisées, etc., qui rendaient les choses extrêmement difficiles. Avec les fractures ouvertes, par définition, on a un taux d'infection extrêmement important.

En ce qui concerne la qualité médicale, tu disais que certains chirurgiens refusaient de suivre certains patients, etc., mais ils ne pouvaient tout simplement pas, à moins de faire la consultation à 11 heures ou à minuit. Dans la journée, ils étaient pris en permanence.

Brigitte VASSET

Ils n'aiment pas ça !

Patrick HERARD

Je suis d'accord avec toi. Je voudrais revenir sur le *life saving*. Je n'ai jamais parlé de *life saving*. J'ai toujours parlé de *limb saving*. On sauve des fonctions, des membres, pas des vies, à part les programmes où l'on fait de la césarienne par exemple où l'on a sauvé une mère ou un gosse ou les deux. Mais pour moi, dans ces programmes-là, on ne fait jamais de *life saving*. Je n'ai jamais utilisé ce terme-là.

A Port Harcourt, je n'ai jamais vu un patient renvoyé ailleurs parce qu'il ne rentrait pas dans les critères. Je n'ai jamais vu cela ! Ce que tu as dit m'a surpris.

Claire MADONE

On faisait de la sensibilisation.

Patrick HERARD

On faisait de la sensibilisation, en disant : « Si vous avez cela, il vaut mieux ne pas venir chez nous. » Mais je n'ai jamais vu quelqu'un qui arrivait avec une fracture ouverte à Port Harcourt être refusé, jamais.

Rony BRAUMAN

C'est bon à entendre.

Patrick HERARD

Je ne veux pas que l'on rentre là-dedans.

Brigitte VASSET

Une femme qui accouche, l'aurait-on refusée ?

Patrick HERARD

Il valait mieux ne pas l'envoyer au docteur Peterside, parce qu'il n'avait aucune activité lui, entre nous. Il voyait deux ou trois patients par jour, alors qu'il ne vienne pas nous ennuyer avec ses histoires de maternité !

Rony BRAUMAN

Il paraît qu'il y avait à un moment un panneau qui indiquait : « *victims of violence only* ».

Patrick HERARD

Le gros bénéfice, que ce soit Haïti ou Port Harcourt, a été de démontrer que l'on pouvait faire ce genre de choses dans des pays difficiles. Pour mémoire aussi, sur la violence, Marie-No avait rebaptisé les accidents de la voie publique en de la « violence urbaine. »

Je terminerai sur les *datas*, ma plus grande frustration à MSF. On avait la plus grosse série au monde d'ostéosynthèses. On en a plus de 2 000, et je suis incapable de publier quoi que ce soit en dehors du taux d'infection précoce. Il n'y a jamais eu de vraie volonté du *desk* de le faire, les chirurgiens n'ont pas forcément bien suivi leurs patients, d'accord, mais on a raté une des plus belles publications au monde, voilà.

Brigitte VASSET

« Victimes de violences », c'est toujours dans la maison, vous ne trouvez pas ? Ce sont les bonnes victimes. Ce ne sont plus les victimes de la guerre. Je viens de lire tout à l'heure qu'en chirurgie on avait 20 % de victimes de violences. C'est important de le dire, de l'écrire, mais à une époque c'était les seules victimes acceptables. Il y avait les victimes de guerres et les victimes de catastrophes naturelles, toutes les autres, on ne voulait pas voir. Je pense que c'est toujours un peu dans l'air du temps.

Rony BRAUMAN

Je ne conteste pas du tout le tropisme de MSF pour les situations de violence. C'est notre histoire, c'est notre culture, on a envie de continuer là-dedans et c'est très bien. Cependant, une fois que l'on est dans une situation de violence, il est tout à fait inacceptable et impensable de rejeter des patients sous prétexte qu'ils ne seraient pas eux-mêmes directement victimes de la situation de violence.

Brigitte VASSET

On ne les refuse pas, je n'ai jamais vu refuser un patient, mais on ne les attire pas. On a fermé, parce que l'on n'avait plus de victimes de violence.

Isabelle de FOURNY

Est-ce qu'on a eu des victimes de violences à un moment de cette mission ?

Rony BRAUMAN

Oui, un quart.

Brigitte VASSET

Il y en a eu un peu.

Rony BRAUMAN

Je pense qu'il faut affirmer qu'une ONG a le droit de décider de ce qu'elle veut faire ou ne pas faire, en toute indépendance. C'est humainement discutable, médicalement contestable également, mais en tout cas c'est légitime. Je ne mets pas cela en cause. Simplement il ne faut pas se raconter d'histoires sur la manière dont on ferme, c'est cela l'enjeu, si l'on veut tirer les leçons de l'expérience.

Brigitte VASSET

Je suis complètement d'accord.

Rony BRAUMAN

Et il ne faut pas trafiquer les données, ce qui est encore plus ridicule.

Brigitte VASSET

En ce qui concerne le climat de la fermeture de Port Harcourt, je suis complètement d'accord avec Annette, c'est une histoire de sous. Mais on sortait d'une période où la typologie était extrêmement importante et où, si tu n'étais pas dans cette case-là, tant pis pour toi. J'ai vu plusieurs missions inventer des blessés, parce que s'ils n'avaient pas de blessés, ils sortaient du système. On sortait de tout cela tout de même, et il y a eu l'histoire d'argent. Ce n'est pas que l'on n'en avait pas, c'est qu'il ne fallait pas dépasser le RSA (Resource Sharing Agreement, accord de partage des fonds récoltés par les sections partenaires)). C'était pire que tes autres histoires.

Rony BRAUMAN

Cela montre bien aussi à quel point l'agenda du siège pèse sur les décisions qui sont justifiées par de supposées considérations opérationnelles locales, alors qu'elles ne sont que le résultat direct de choses qui leur sont totalement étrangères.

Brigitte VASSET

Les problèmes du siège sont tout à fait recevables et légitimes, mais ils doivent être mis sur la table. On ne doit pas essayer de contourner cela ou raconter des histoires aux équipes.

Guillaume JOUQUET

J'ai deux points rapides sur la justification du projet d'abord, ensuite sur la fermeture.

Sur la justification, cela ne me choque pas – sauf évidemment si on invente des violences qui n'en sont pas – qu'il y ait un changement d'objectif. Dans un contexte où les besoins sont infinis et les ressources limitées, cela ne me surprend pas que l'on priorise et que l'on décide de dire : « Les accidents de la route passent en second lieu par rapport à d'autres priorités qui seraient décidées au niveau du siège. » C'est une évidence, à peu près n'importe où, où ira MSF, dans des pays en développement, on va trouver des besoins. C'est une évidence.

Besoins illimités, ressources limitées, il faut forcément prioriser. La fermeture s'est visiblement très bien passée sur un laps de temps assez court, si j'ai bien compris, ou alors c'est peut-être une interprétation abusive de ma part. La fermeture a été annoncée un peu comme un couperet, tu as employé le mot « imposer » et il y a eu une acceptation. C'est à partir de ce moment que l'on déroule le fil, même si la décision a été rationalisée a posteriori et que les arguments que l'on a avancés n'étaient pas ceux qui ont entraîné initialement la

décision. C'est presque toujours le cas : d'abord on prend une décision, puis on la rationalise. Pourquoi pas, si cela entraîne une adhésion et une acceptation qui permettent d'enclencher le processus ?.

Claire MAGONE

Je pense qu'il n'y a pas eu de changement de contexte entre l'ouverture et la fermeture de Port Harcourt. D'ailleurs tu disais toi-même, Isabelle, que quand on est allé voir les autorités au démarrage du projet, on leur a dit, en gros : « Il y a des élections, il va donc y avoir une explosion de violence, on est là pour vous aider. » C'est inaudible. La politique au Nigeria est faite de moments de violence, mais qui sont des épiphénomènes, car c'est cyclique.

La deuxième chose, dont on n'a pas discuté, est qu'au Sud Nigeria, les blessés par balle ont beaucoup de mal à se faire soigner dans les hôpitaux publics. Pendant des années, ces blessés pouvaient même se faire refuser dans les hôpitaux. On avait la chance d'avoir du *staff* excellent, car il trouvait à Teme ce qu'il ne trouvait pas dans d'autres structures : la possibilité de traiter des gens qui se faisaient refouler par manque de moyens, ou parce qu'étant blessés par balle, ils devaient aller se déclarer à la police, ce qui exclut toute une catégorie de population. Cette raison a été l'une des sources de légitimation du projet tout au long des huit ans.

Le problème est que les discussions se sont toujours rigidifiées en mélangeant des systèmes de justification entre eux. Je veux dire qu'aujourd'hui il n'y a pas plus de raisons de reprendre Port Harcourt que d'y rester. Et d'ailleurs, pour aller jusqu'au bout du délit d'opinion : aujourd'hui on est en train de remonter un programme « violences sexuelles », qui est une des dernières activités que l'on a mises en œuvre à Port Harcourt avant de le fermer. Ce serait intéressant de voir, d'ici un an ou deux, si on ne va pas se dire qu'il y a des élections, de la violence et y retourner comme en 40. Quelles sont les garanties ?

Isabelle MOUNIAMAN

Zéro garantie, car on l'a déjà fait ! L'année dernière, on a fait la préparation aux élections de 2015, parce qu'on est dans le pays. On est à Port Harcourt, on a donc fait cette préparation. On a ouvert le projet victimes de violences sexuelles et là on lance une exploration sur le VIH, qui est en train de démarrer.

J'étais en janvier à Port Harcourt, je discutais avec les équipes de la clinique VVS (victimes de violences sexuelles) qui, pour certains sont des anciens de Teme. Ils me parlaient de leur activité, des difficultés, des succès, de tout ce qu'ils avaient fait, de la communication, de la façon dont les patients arrivaient. Et ils

disaient : « le mois prochain il va y avoir des élections, que fait-on ? » Ce n'est pas une discussion que nous avons mise sur la table, cela venait vraiment d'eux, parce qu'ils ont vécu cette problématique pendant huit ans. Chaque fois qu'il y a une élection – que ce soit à Port Harcourt ou ailleurs au Nigeria – on est tous sur les dents et MSF est là. Les Belges débarquent en mission explo au Nigeria depuis une semaine, ils sont un peu sur les histoires de fièvre de Lassa, mais cela les intéresse beaucoup de regarder la problématique de la *Middle Belt*, des clashes interethniques et des autres, parce que oui, cela engendre de la violence et lorsque l'on met les chiffres bout à bout, ces conflits font sûrement plus de victimes que ce que Boko Haram a fait à Maiduguri. Il y a quelque chose entre MSF-Nigeria et la violence. C'est pareil à Port-au-Prince. Les élections étaient là toute la fin de l'année et on était tous à se demander ce qu'il fallait faire. Il n'y a pas eu de violence ni de blessés, tant mieux ! Mais je te parie que dans quatre ans, cela posera exactement le même problème aux prochaines élections.

Fabrice WEISSMAN

Je suis d'accord qu'ouvrir un projet sur un pré-positionnement, anticiper l'avenir, etc., c'est extrêmement scabreux, mais se préparer, suivre l'actualité politique, c'est votre travail tout de même !

Rony BRAUMAN

Lire le journal, oui, je suis d'accord.

Fabrice WEISSMAN

Oui, ça va être un peu plus que lire le journal.

Rony BRAUMAN

Si on faisait le bilan des pré-positionnements, cela ferait dresser le poil sur la tête de tout le monde.

Brigitte VASSET

Définis ce qu'est le pré-positionnement.

Rony BRAUMAN

Le pré-positionnement, c'est la mise en place de stocks et éventuellement d'équipes à un endroit en prévision d'un événement critique qui va s'y passer. Dans notre histoire, il y en a eu de nombreux, dès les années 1980.

Fabrice WEISSMAN

Je voulais simplement faire un commentaire sur la façon dont Guillaume a

défendu l'idée de trouver un récit qui permette de justifier a posteriori la fermeture, même si cela n'a rien à voir avec les raisons valables.

Guillaume JOUQUET

J'ai compris que les raisons étaient valables, mais ce n'étaient pas les raisons qui avaient été avancées.

Fabrice WEISSMAN

Je parlais de créer un récit qui ne repose pas sur les raisons qui ont amené à cette décision, mais dont la fonction, finalement, est de fabriquer du consensus et de mettre en marche le processus de fermeture. C'est un phénomène qui est très bien décrit dans le monde du développement, par exemple, où les projets de développement sont écrits de telle manière qu'ils doivent être acceptables par toutes les parties prenantes (les bailleurs de fonds, les autorités nationales, les ONG qui vont les mettre en place). En pratique cela donne des projets totalement inapplicables. Un « bon projet de développement » est inapplicable. Il répond à des contraintes politiques, il est là pour fabriquer en effet du consensus. J'espère que l'on n'en est pas là à MSF. Comme le disait Brigitte, je pense qu'il faut au contraire expliciter les raisons institutionnelles qui peuvent nous amener à prendre des décisions, plutôt que d'essayer de fabriquer artificiellement du consensus avec un récit. Requalifier les accidents de la route en violence urbaine ou en violence routière, expliquer que c'est pour pouvoir intervenir au Nord qu'on ferme au Sud, à mon avis cela crée de la confusion. J'évitais ce travers qui peut être nécessaire dans de grandes bureaucraties, mais, je l'espère, pas dans la nôtre.

Guillaume JOUQUET

Je pense que c'est un travers qui est inconscient chez chacun. Les décisions sont prises intuitivement, ensuite on essaye de les rationaliser. Je ne parle pas de mentir, mais de construire un peu plus, d'étoffer l'argumentaire pour arriver à convaincre les gens. Je pense que tu as un peu caricaturé ce que j'avais essayé de dire.

Fabrice WEISSMAN

Pas sur un mensonge, mais sur une langue de coton qui peut être interprétée par tout le monde.

Guillaume JOUQUET

D'après ce que disait Gwenola, la raison première était irrecevable. Pourrais-tu préciser un peu ?

Gwenola FRANÇOIS

Je disais tout à l'heure qu'il y avait une demande pour que l'on développe des activités dans le Nord-Est et l'impossibilité d'avoir un programme supplémentaire. Cette raison-là est liée à la pression budgétaire de l'époque, d'autant plus que l'on voulait se développer à Maiduguri, et que cela pouvait vite devenir un gros programme. Budgétairement, ce n'était pas possible d'avoir deux gros programmes hospitaliers, plus Jahun, dans ce même pays. La priorité opérationnelle devait être mise sur le Nord-Est. C'était vraiment présenté ainsi.

Rony BRAUMAN

Cet échange explique bien le malentendu. Guillaume, tu nous dis que la plupart des décisions ne sont pas le résultat d'un processus rationnel, d'une réflexion construite, d'une argumentation logique, etc., mais plutôt d'une intuition qui est secondairement transformée en discours, et cela toutes les études le montrent. Ce n'est pas une idée familière à tout le monde ici, mais c'est une réalité qui est largement documentée. C'est une chose, mais ce que dit Gwenola en est une autre. Dire que l'on a des priorités, que l'on préfère être ici plutôt que là, c'est prendre acte de la réalité que Guillaume résumait en « besoins infinis, ressources finies ». Il faut donc bien effectivement trier, changer, déplacer, pour continuer l'action. Ce sont deux choses différentes et dans les deux cas, que ce soit l'argumentation secondaire ou l'argumentation qui sert à justifier un choix, la distance avec la réalité, avec la perception des gens, doit être aussi courte que possible ; il faut se rapprocher aussi près que possible des réalités. Ce que le discours bureaucratique ou les programmes que citait Fabrice évitent soigneusement. Ils construisent au contraire des fictions, censées rassembler tout le monde, mais dans lesquelles personne ne se retrouve. C'est le paradoxe, et c'est ce qu'on a envie d'éviter, parce qu'*in fine* c'est du gaspillage d'énergie, d'argent, c'est du découragement, bref, cela a un coût très élevé.

Fabrice WEISSMAN

Ce n'est pas ce que je défendais.

Rony BRAUMAN

Non, j'ai bien compris, je pense qu'il y avait un malentendu.

Isabelle de FOURNY

Je voulais faire une petite remarque. Ce qui me fait sourire dans ce projet, et que je trouve super chouette, c'est qu'il a été utilisé pour tordre un cadre rigide, dans le sens où en 2005, on en a parlé un peu, les critères étaient vraiment étroits. Il y avait les « bonnes victimes », sur lesquelles MSF devait intervenir, et les autres. Or, développer une technique comme l'ostéosynthèse dans une zone

qui aurait correspondu parfaitement aux critères de MSF, dans une zone de conflit, c'est impossible. Il fallait trouver une semi-stabilité pour développer cette nouvelle technique.

Rony BRAUMAN

Il fallait des fractures fermées pour faire de l'ostéosynthèse. Or les plaies par balles, c'est embêtant.

Isabelle de FOURNY

Tout à fait, mais développer la technique chirurgicale est un objectif. Développer l'ostéosynthèse demandait des contextes qui ne faisaient pas partie du plan. Du coup, il y a eu une petite torsion, que l'on sent très bien avec la partie négociation de la maternité, cela me fait rire. Mais on ne pouvait développer cette technique dans le contexte MSF que si on mettait en avant cette justification par la violence. Ce programme étant chouette, cette technique étant assez géniale, c'est ce qui a pris le pas finalement. Il y a donc toujours une espèce d'ambiguïté au début qui, à mon avis, n'est pas un mal parce qu'il faut tordre ces cadres et les reposer, c'est nécessaire, et à cette époque-là beaucoup de projets ont tordu les cadres. Du coup, je m'interroge sur la construction des plans stratégiques, etc., le problème n'est pas que les situations de terrain tordent les cadres à un moment. Ça, c'est très bien. Mais lorsque les plans obligent à mentir, à transformer, cela ne va pas du tout. Alors, comment trouver cet équilibre ?

Rony BRAUMAN

C'est le problème de l'imposition institutionnelle d'un « plan stratégique ». C'est cela qui produit un cadre rigide.

Chibuzo OKONTA

Le *limp saving* cela ne sauve pas la vie, mais les victimes, ce sont des gens qui nourrissent la famille, ce sont des gens qui sont essentiels pour la vie de la famille. On peut aussi lier les accidents de moto à la violence, c'est pour cela qu'on a vu beaucoup de fractures ouvertes. Les violences domestiques étaient aussi extrêmement élevées parce qu'il y avait beaucoup d'humiliation dans la rue, où des hommes ont été agressés par des bandits ou encore il y a des imbéciles qui rentrent chez eux, tabassent leurs femmes parce qu'il n'y a rien d'autre à faire.

Claire a parlé aussi du fait que si tu es victime de violence par balle au sud du Nigeria, tu n'as pas accès aux soins. Ce projet a permis de soigner ces gens. Il était important aussi de trouver un moyen pour limiter la durée d'hospitalisation ; on était dans un espace réduit et l'équipe a trouvé beaucoup d'arguments justifiant pourquoi il faut soigner untel et refuser un autre.

Rony BRAUMAN

Il ne faut pas dire : « c'est un bon malade, c'est un mauvais malade. ». Il faut dire qu'il n'y a plus de place. C'est très différent.

Chibuzo OKONTA

Exactement. Tu dis : « Il n'y a plus de place. » Les gens ne connaissent pas les critères d'admission. Certains disent que si tu n'as pas un os cassé tu ne vas pas là-bas. Certains disent qu'il faut être victime de violences. Il y avait plusieurs interprétations de ce que l'on faisait, mais les gens venaient tout de même, parce qu'au niveau de la qualité ce sont des soins acceptables dans cette ville. Et les gens acceptaient le risque d'infection.

Christopher MAMBULA

Pour moi, le problème est la lecture initiale du contexte, le fait que Port Harcourt était considéré comme un endroit violent. On était un peu bloqués dans cette réflexion. En fait, si l'aventure de ce projet est basée sur le fait que oui ou non cet endroit est considéré comme violent, comment peut-on justifier au bout de six mois ou un an, par exemple, que l'on n'a pas soigné les patients victimes de violences ? En fait ce sont des types de patients que l'on cherche.

Par exemple, on est à Aden au Yémen, depuis l'été dernier. C'est violent, on soigne tout le temps des blessés. Mais j'imagine que si la presse vient chez nous et demande : « Vous avez soigné combien de blessés ? » et qu'on répond « On a traité le paludisme grave, on a reçu 100 gamins chaque jour, mais ce n'est que le paludisme grave », on est placé dans une situation incohérente. Par exemple encore, en RDC, si on dit : « on n'a pas reçu de victimes de violences sexuelles », ce n'est pas possible. Parce que dans la presse, c'est cela, ce sont les violences sexuelles. Apparemment tout le monde pense que là-bas, 90 % des femmes sont violées. Toutes les sections de MSF travaillent là-bas, et on a reçu peu de patientes.

Ce matin, je disais que les objectifs d'un projet qui changent, c'est acceptable. Parfois c'est juste une chose pratique, un RP est arrivé, un autre est parti ; ou le contexte sur le terrain a changé, on avait un directeur médical du MoH qui était correct avec nous, on avait bien travaillé ensemble mais il est parti, quelqu'un d'autre est arrivé et les relations changent.

Quand on ajoute un changement sur le terrain, un autre ici au siège, un autre dans le contexte, après cinq ans quand tu poses la question : pourquoi a-t-on gardé ce projet pendant cinq ans ? personne ne peut répondre. Finalement, on se trouve d'accord pour revenir sur le sujet de la fermeture. Comment accompagner par exemple le MoH, ou faire le transfert d'un projet vers un autre acteur,

si pendant cinq ans on n'arrive pas nous-mêmes à dire pourquoi on est arrivés, pourquoi on est restés dix ans ? Peut-être qu'après dix ans, on va se retrouver dans cet hôpital, parce que le contexte a changé.

Personnellement, je ne trouve pas cela aberrant, parce que derrière nous avons les moyens. C'est-à-dire que ce n'est pas comme quelques autres ONG – comme le disait Rony tout à l'heure –, eux sont obligés en fait. S'ils ont par exemple le financement pour un an, c'est un an. Ils peuvent essayer de faire financer d'autres projets, mais si l'argent est fini, il est fini donc ils ferment. Mais nous, MSF, on a les moyens, donc on peut continuer à changer.

Rony BRAUMAN

Cela nous oblige à nous justifier face à nous-mêmes. C'est le côté intéressant de l'exercice.

Je voudrais ajouter deux commentaires à ce qui vient d'être dit. D'une part, il me semble – mais je vois cela d'un peu loin, peut-être que je vais dire une bêtise – que le dispositif d'examen de nos programmes, c'est-à-dire les révisés budgétaires et les mises à plat, demanderait à être traité d'une manière plus synthétique. Plutôt que l'examen de chaque poste de dépense ou de chaque activité prise dans sa singularité, il faudrait – peut-être en réduisant le temps consacré au MAP, ce qui obligerait à synthétiser – répondre à certaines questions : qu'est-ce qui a changé, qu'est-ce qui est constant ? Quels sont les nouveaux événements, les nouvelles attentes ? Ça permettrait de discuter des programmes de façon plus globale, plutôt que de considérer les différentes composantes d'un projet d'une manière fragmentée. Je ne participe pas à ces réunions, je n'en ai plus l'expérience depuis longtemps, mais c'est l'impression que j'en retire en entendant les discussions parallèles à cela.

Le problème que tu poses, Christopher, n'est ni aberrant ni scandaleux. Cela nous amène à nous raconter des histoires décalées par rapport à la réalité et donc à faire des erreurs ou à engager des coûts non justifiés. C'est finalement un enjeu de lucidité sur ce qu'on fait. On est plus solides quand on sait ce que l'on fait et qu'on le dit, que quand on raconte des histoires. Cela m'amène à revenir sur ce que tu disais au début, sur les représentations collectives qui dominent sur un sujet.

Quand des journalistes viennent poser des questions à MSF, par exemple sur le nombre de blessés, si on dit : « Nous, on n'a pas de blessés on a du paludisme, on n'a pas de femmes violées, mais on a des fistules dues à des accouchements dystociques, etc. », c'est notre vérité. Ce n'est pas la vérité de la situation dans

son ensemble, mais c'est la réalité de ce que l'on fait, et c'est ça qui doit l'emporter. Il ne s'agit pas de chercher à coller à un discours, mais de dire réellement ce que l'on fait. S'il y a un décalage énorme entre ce que l'on fait et ce qui est dit sur la situation, ou bien c'est ce qui est dit sur la situation qui est mensonger, ou bien c'est nous qui sommes très décalés par rapport à la situation. Dans les deux cas cela mérite un examen. Par exemple, ce que tu disais sur le Congo est intéressant parce que MSF a participé à ce discours sur les viols de masse, alors que notre pratique ne le confirme pas. Mais ce serait un autre sujet.

Cette journée est terminée. Avant de clore, je souhaite ajouter quelques points :

L'enquête de Laurence Binet sur les allers-retours de MSF en Colombie (« MSF France en Colombie 2002-2014 : une saga des ouvertures et fermetures de programmes ») s'inscrit dans la même problématique. Il s'agit d'une étude de cas détaillée qui pourra être lue avec profit dans l'esprit de cet atelier. Elle est disponible sur le site MSF/Crash.

Par ailleurs, à de nombreuses reprises au cours de cette journée, nous avons abordé la question de la qualité médicale : de sa définition, de notre responsabilité dans son maintien, des difficultés que posait un tel objectif, de conceptions parfois dogmatiques, voire paralysantes qu'en véhicule MSF. Un autre atelier organisé par le Crash porte sur les pratiques de qualité, avec l'aide de deux intervenantes extérieures. Des éclairages sur la manière dont la qualité est définie, mise en œuvre, discutée dans d'autres secteurs se révèlent précieux pour mieux réfléchir aux enjeux et pratiques de qualité dans nos activités. Des études de cas, sur le même modèle que celles qui ont été exposées ci-dessus, ont donné lieu à des discussions et le tout figure dans un « Cahier » du Crash dont la lecture complètera utilement celle de ce cahier.

Je tiens enfin à remercier vivement tous les participants pour leur engagement dans ces débats, c'est-à-dire leur volonté d'affronter les questions délicates sans céder à la facilité du jugement rétrospectif ni à son contraire, la tentation de la connivence entre collègues. Et je remercie en particulier Axelle de la Motte, Pierre Mendiharat et Isabelle Mouniaman pour la qualité du travail préparatoire réalisé en vue de leurs présentations respectives, ainsi que Guillaume Jouquet pour avoir partagé son expérience singulière de « manager du retrait ».

La retranscription a été éditée : des répétitions ont été supprimées, des formulations ont été réécrites afin de rendre la lecture plus fluide, mais aucun moment de la discussion n'a été supprimé ni aucun propos édulcoré.

* * *

On ne trouvera pas de conclusion à ces débats. C'est que l'esprit-même dans lequel cet atelier a été conçu et s'est déroulé en serait, selon nous, mis à mal. Il s'agissait en effet de réfléchir collectivement et en pratique, c'est-à-dire en situations, aux cadres successifs –et parfois contradictoires- dans lesquels sont prises les décisions de commencer, de poursuivre et de terminer une opération. Toute tentative de fixer les termes de cette réflexion dans une synthèse conclusive figerait cette dynamique en la réduisant à des principes généraux déjà connus, autrement dit des vœux pieux sans utilité pour la décision opérationnelle ni pour la compréhension des enjeux.