



## A LA RENCONTRE DE CHRISTIAN MASSOT

- \* 1985 : Docteur en médecine, chirurgie et accouchement (ULg)
- \* 1986 : Médecine tropicale – Formation de l'AGCD
- 1991 : Statistiques, épidémiologie et méthodes opérationnelles à la médecine et à la santé publique
- \* 2003 – 2007 : AADC (Cambodge)
- \* Évaluation annuelle des projets à Kampong Speu (2005) et à Battambang (2003, 2004, 2006, 2007) : rencontre des responsables de projets, visite sur le terrain, feedback local, rédaction d'un rapport d'évaluation et de recommandations.
- \* Juin 1986 à Novembre 1994, Médecins Sans Frontières (M.S.F.) :
  - Chef de mission** (Janvier 1993 à Novembre 1994, Roumanie)
    - Conception des projets en collaboration avec les consultants extérieurs, gestion de 4 projets (psychosocial, médicosocial, planning familial, développement communautaire) personnel : + 50 personnes (Roumains et expatriés), budget : +/- 450 000 €/an dans 3 districts de Transylvanie.
  - Expert Médical** (Septembre 1992 à Janvier 1993, Belgique)
    - Assistance technique au Ministère de la Santé de 4 Républiques de l'ex-U.R.S.S. pour les procédures d'appel d'offre et de choix de la liste de médicaments dans le cadre d'un prêt de la C.E.E. aux républiques de l'ex-U.R.S.S. pour l'achat de médicaments.
  - Assistance technique** dans un district pilote (Avril 1992 à Septembre 1992, Viêt-Nam)
    - Assistance technique auprès des responsables d'un district sanitaire : redéfinition du rôle de l'hôpital et des centres de santé en fonction du contexte local, formation continue du personnel, amélioration de la supervision du programme de vaccination, mise en place d'une pharmacie autofinancée
  - Mission d'évaluation** (Novembre 1991, Pologne)
    - Appui technique auprès des autorités polonaises pour les aspects sanitaires de l'accueil des réfugiés suite à la signature par la Pologne de la Convention de Genève relative au statut des réfugiés
  - Coordinateur médical** (Septembre 1990 à Octobre 1990, Jordanie)
    - Coordination médicale au camp de Ruweishid (frontière jordano-iraquienne) pour les travailleurs asiatiques fuyant le Koweït
  - Médecin** pour une zone de santé (Octobre 1988 à Aout 1990, Zaïre) :
    - Travail à l'hôpital, supervision des centres de santé des sites de réfugiés, du programme de vaccination, mise en place d'une pharmacie autofinancée, enquêtes nutritionnelles, mise en place d'un centre nutritionnel
  - Médecin superviseur** dans 2 districts (Juin 1986 à Décembre 1987, Tchad)
    - Supervision de 2 infirmeries et de 8 centres de santé dans deux districts du Ouaddaï : formation du personnel, gestion de l'approvisionnement en médicaments, référence médicale, rédaction d'arbres décisionnels à l'attention des auxiliaires de santé, introduction du programme national de vaccination.

- ✘ 1995 à ce jour : Province de Hainaut
  - Médecin de santé publique au département ressources (2014 à ce jour)
  - Responsable du Secteur Information Sanitaire (2009 à 2014)
  - Responsable de l'unité de prévention du secteur prévention et promotion de la santé (Formation continue des médecins généralistes à la prévention cardio-vasculaire, Mise en place et gestion du centre de coordination du dépistage du cancer du sein en province du Hainaut) 2001-2005
  - Rédaction du tableau de bord de la santé 2000
  - Projets de Promotion de la Santé dans le cadre du programme « Objectif I Hainaut » du Fonds Européen de Développement Régional (FEDER) 1995-1999. : Appui méthodologique aux communes pour la conception et la mise en œuvre de projets de promotion de la santé, secrétariat du Comité Scientifique chargé de la sélection et de l'évaluation des projets.

## Liens avec l'AADC

- ✘ Administrateur depuis 2001 – sur le conseil du Dr Luc Berghmans - réalisation de plusieurs missions de suivi au Cambodge (voir ci-avant).

## réflexions sur la coopération au développement

*Avant de découvrir l'AADC, j'ai eu l'occasion de travailler pendant huit ans pour Médecins sans frontières (voir CV) dans le cadre de projets de développement et non d'urgence. A l'époque, les ressources de MSF étaient essentiellement orientées vers les actions d'urgence alors que, à mon avis, d'une façon générale, il est plus efficace d'investir en amont, dans le développement durable, plutôt que d'agir en urgence et de dépenser des millions de façon assez volatile. Je me souviens aussi de problèmes dans des camps de réfugiés où ces derniers bénéficiaient parfois de soins de santé plus sophistiqués que la population locale, ce qui ne manquait pas de créer des tensions.*

*Il faut reconnaître que l'urgence draine plus facilement des moyens, notamment avec l'émergence des réseaux sociaux qui favorisent l'émotionnel, mais il arrive parfois que des organismes finissent par annoncer que l'argent récolté pour faire face aux problèmes liés à une catastrophe soit utilisé pour la reconstruction qui, elle, se révèle moins « attirante » pour les donateurs. Et c'est une bonne chose !*

*Il faut que l'on favorise le développement durable et non le spectaculaire.*

*Mon expérience a surtout consisté à former des gens sur le terrain pour rendre notre action médicale durable, ce qui me paraît fondamental. On apprenait à des bénévoles à utiliser correctement divers produits qui ont pu continuer à être financés par des programmes suivants.*

*En ce qui concerne l'AADC, je pense que les projets que j'ai accompagnés, même de petite taille, se greffaient à de plus grandes actions et les complétaient de façon judicieuse. Ils se distinguaient d'autres projets qui, à une époque caractérisée par la devise « Small is beautiful », entraînaient un foisonnement de petites initiatives pas toujours adaptées au contexte, malheureusement, parfois trop paternalistes, enclines à imposer leurs propres valeurs sans tenir compte de celles de la population locale. Même si, par exemple, il est louable de vouloir améliorer le sort des femmes, il faut d'abord prendre en compte la réalité du terrain avant de vouloir tout bouleverser.*

*N'oublions pas que nous avons mis des dizaines d'années pour une donner une place plus égalitaire aux femmes dans nos sociétés occidentales (et le travail n'est pas fini !) et qu'il est illusoire d'espérer modifier la situation des femmes en Afrique en deux ou trois ans, durée de nombreux petits projets.*

*En matière d'actions non appropriées, j'ai vu en Roumanie que des langes à usage unique étaient mis à disposition d'institutions pour enfants alors que, dès ce financement terminé, il fallait revenir aux langes en tissu ... Quelle est l'utilité de telles dépenses ?*

*Dans d'autres cas, du matériel ou des marchandises étaient donnés mais il fallait payer le transport, généralement onéreux, plus coûteux que les marchandises acheminées si elles avaient été achetées sur place. En revanche, à l'heure actuelle, la DGD est plus encline à travailler avec des grosses ONG car cela rationalise le travail des gestionnaires : le temps pour suivre un projet de trois millions d'euros est « presque » équivalent à celui qu'il faut pour un projet de quelques centaines de milliers d'euros. Le descriptif est généralement aussi long à lire, les diverses rubriques à suivre sont presque aussi nombreuses, etc. Cette volonté de réduction des coûts va conduire à la perte d'initiatives intéressantes. Les « grosses structures » sont contraintes de mettre en place des procédures*

*standardisées et plus rigides pour gérer leurs activités. Les responsables sont plus éloignés du personnel car celui-ci est devenu trop nombreux. C'est, par exemple, le cas de MSF qui, né d'une de bande de copains, est devenue une grosse entreprise dont les règles de fonctionnement sont forcément différentes, plus nombreuses et laissant moins de place aux idées innovantes. Cette évolution rejoint aussi, à certains égards, l'application des règles du secteur privé à la santé. C'est ce que l'on retrouve dans le PBF (achat de performances dans le secteur de la santé). Ce système qui « récompense » les bonnes prestations entraîne des dérives : il est assez aisé de vite comprendre la meilleure façon de remplir les questionnaires des critères et indicateurs de suivi afin d'obtenir le subside maximum, ce qui fausse les données.*

*Or le bénéfice final de la mise en place d'un système de santé doit être sociétal et non économique. Que les prestataires de soins soient correctement payés pour garantir leur implication et leur qualité constitue un moyen au service de la santé publique mais pas une fin en soi. Ce salaire devient particulièrement important dans les pays en voie de développement car, sans lui, le personnel de santé risque d'être tenté par la revente illicite de médicaments, la corruption, etc.*



### **Mes valeurs :**

*Équité*

*Sincérité*



### **Ma devise :**

*« Always look on the bright side of life »*

*« Il faut toujours voir le bon côté de la vie »*

# A *necdote*

*L'AADC travaillait au Cambodge avec l'association américaine Catholic Relief Service (CRS) placée sous le contrôle des évêques de Boston. Le travail réalisé était de grande qualité et approprié mais, en matière de planning familial, la méthode préconisée pour lutter contre le SIDA reposait sur l'abstinence et la fidélité. Or, la zone concernée était caractérisée par de nombreux déplacements de population, ce qui ne favorise pas la stabilité des couples et, partant, la fidélité ...*

*En outre, de nombreux thaïlandais passaient la frontière pour jouer à des jeux de hasard (interdits dans leur pays) mais pas que ... Dans ce contexte, sans prendre position sur l'aspect moral de la consigne « fidélité et abstinence », il me paraissait peu adapté de la proposer comme solution à la lutte contre le SIDA.*

*Je notais chaque année cette remarque dans mon rapport remis au responsable local du CRS mais celui-ci l'enlevait systématiquement des documents remis à sa hiérarchie ... A noter que, sur le terrain, d'autres organisations œuvrant sur le terrain avaient bien compris que prôner fidélité et abstinence à des prostituées dans des casinos était peine perdue ... et proposaient des préservatifs, de même que dans les villages où ceux-ci se révélaient nécessaires aussi.*

## **Ce qui m'inquiète :**

- *Le repli sur soi.*
- *La prise potentielle du pouvoir des grosses firmes informatiques : risque de voir quelques personnes / groupes contrôler la planète. J'ai l'impression que « 1984 » est vraiment en train de se mettre en place et que tout le monde y participe et, même, paie pour cette mise en œuvre ... Cela me semble très inquiétant par rapport à la notion de vie privée qui, avec l'évolution des objets, voitures et maisons connectés, risque fort de disparaître ...*

♥ **Ce qui m'enchant :** *On constate, a contrario ou en complémentarité, un foisonnement d'idées favorisant l'ouverture vers les autres, le changement vers un monde plus humain.*

🐾 **Si j'étais un animal :** *Un tigre. Je trouve cet animal très beau et il apparaît souvent dans mes rêves, de façon sympathique !*

🌸 **Si j'étais une plante :** *Je ne m'identifie pas à lui mais j'aime le figuier qui pousse dans mon jardin et me donne de beaux fruits chaque année.*