



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

par

Claire JACQUOT

le 22 septembre 2010

intitulée

**LA MÉDECINE HUMANITAIRE : HISTOIRE ET ENJEUX,
PRATIQUE ET LEÇONS.
RELATIONS ENTRE MÉDECINE GÉNÉRALE ET MÉDECINE
HUMANITAIRE : HISTOIRE, DÉFINITIONS, TÉMOIGNAGES.**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Alain Gérard
Président

M. le Professeur Francis Guillemin
M. le Professeur Philippe Judlin
M. le Docteur Paolo Di Patrizio
Juges

LISTE DES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
NANCY
UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- Pédagogie : **Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ**

- 1^{er} Cycle : **Professeur Bernard FOLIGUET**

- « Première année commune aux études de santé (PACES) et
universitarisation études para-médicales »

M. Christophe NÉMOS

- 2^{ème} Cycle : **Professeur Marc DEBOUVERIE**

- 3^{ème} Cycle :

« *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »

« *DES Spécialité Médecine Générale* »

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Professeur Francis RAPHAËL

- Filières professionnalisées : **M. Walter BLONDEL**

- Formation Continue : **Professeur Hervé VESPIGNANI**

- Commission de Prospective : **Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**

- Recherche : **Professeur Didier MAINARD**

- Développement Professionnel Continu : **Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY

Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT

Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET

Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ

Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE

Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS

Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT

Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT

Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX
 - Hubert UFFHOLTZ
 Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel
 WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY
 Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)**

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)**

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)**

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)**

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)**

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE**1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)**

Docteur Anne-Christine RAT

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,**ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION****5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)**

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES**5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE**

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS

Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE

Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

Docteur Paolo DI PATRIZIO

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE

Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET

Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL

Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT

Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE,

Monsieur le Professeur Alain GERARD,

Professeur de réanimation médicale et médecine d'urgence,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Vous nous avez fait partager votre intérêt pour la médecine humanitaire.
Nous vous prions d'accepter le témoignage de notre reconnaissance et de notre
profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN,
Professeur de santé publique,

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de
siéger dans ce jury.
Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN,
Professeur de gynécologie-obstétrique,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger
cette thèse.
Nous vous exprimons toute notre reconnaissance et notre profond respect.

A NOTRE DIRECTEUR DE THÈSE, MAÎTRE ET JUGE,

Monsieur le Docteur Paolo DI PATRIZIO,
Maître de Conférence en Médecine Générale,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse à laquelle vous avez participé activement. Nous avons apprécié la disponibilité dont vous avez fait preuve lors de la rédaction de cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A la mémoire de ma mère, Joëlle, qui m'a tellement donné et appris,

A mes frères Nicolas et Rémy et ma sœur Camille, que j'aime, qui m'ont toujours encouragée,

A Claire du Granit, à qui je pense fort, merci d'être toujours là,

A Thomas, pour la tendresse et le soutien extraordinaires qu'il me témoigne chaque jour, et ses parents, Edith et Marcel, pour leur présence merveilleuse,

A toutes nos familles,

A mes collègues de travail,
Merci aux praticiens qui ont fait l'effort de transmettre leur savoir,

A mes amis,
Amis musiciens, merci pour le groove joyeux,

A Laurent Sido, qui m'a donné envie de faire ce métier, et qui m'a toujours soutenue dans cette voie,
et sa famille, pour leur bienveillance,

A Pascal Bouché, qui a déployé mon goût pour la médecine générale,
et sa famille,

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	18
Méthode et objectifs.....	18
I. LES ENJEUX DE LA MEDECINE HUMANITAIRE	20
I.A. L'humanitaire au carrefour d'enjeux politiques, économiques et juridiques d'ampleur internationale	20
I.A.1. Une histoire occidentale	20
I.A.1.a. Occidentalisme, ethnocentrisme ou la conviction d'une supériorité européenne	20
I.A.1.b. La tyrannie du Bien	22
I.A.1.c. L'industrie pharmaceutique ou la traduction du système capitaliste pour le geste de soin	23
I.A.1.d. Typologie de l'humanitaire	25
I.A.2. De l'indépendance des ONG	27
I.A.2.a. Organisation interne	27
I.A.2.b. ONG et image publique	31
I.A.2.c. Rapports des ONG avec la politique	34
I.A.2.d. Rapports des ONG avec le Droit International Humanitaire	38
I.A.3. Témoigner	41
I.A.3.a. Histoire du témoignage	41
I.A.3.b. Les réticences à témoigner	42
I.A.3.c. Les humanitaires des témoins pour l'Histoire	45
I.B. La médecine humanitaire en pratique : des choix difficiles pour des enjeux de santé publique	46
I.B.1. Problématiques autour de la relation médecin patient sur les terrains humanitaires	46
I.B.1.a. Une relation asymétrique entre donneurs et receveurs de l'aide	46
I.B.1.b. Effets de la gratuité des soins sur le médecin, le malade et le soin	48
I.B.1.c. L'intendance de la survie	49
I.B.1.d. Le poids des cultures	50
I.B.1.e. Difficultés de communication	50
I.B.1.f. Questions soulevées par l'obligation de déclarer une maladie : comparaison des points de vue pour le VIH et la tuberculose	52
I.B.2. Les risques de l'assistance aux populations	53
I.B.2.a. L'aide peut ne rien modifier aux circonstances fondamentales qui créent les besoins...quand elle ne les renforce pas	53
I.B.2.b. Quand l'aide alimente le pouvoir belligérant	54
I.B.2.c. Confusion des rôles et insécurité	55
I.B.2.d. Le risque de dépendance à long terme des bénéficiaires de l'aide à l'égard des donateurs	57
I.B.3. Les outils pour tenir ses objectifs, à partir des leçons de l'histoire relatée	58
I.B.3.a. Favoriser le développement	58
I.B.3.b. Prioriser les actions	60
I.B.3.c. Le devoir d'abstention	61
I.B.3.d. Eviter de transformer l'outil en objectif propre	62
I.B.3.e. Refuser un budget qui cherche sa mission ou la tentation de créer un faux besoin humanitaire	63
I.B.3.f. Evaluer ses actions	64
I.B.3.g. Apprendre la progression éthique	66
I.B.3.h. Enseigner	67
I.B.3.i. Urgence à la prévention : une mise en lumière des enjeux de l'épidémie de VIH.	68
I.B.3.j. Petite introspection dans l'esprit d'un humanitaire	71
I.B.3.k. Au centre du débat, la victime : tous les hommes et tout l'homme	73
II. RELATIONS ENTRE MEDECINE GENERALE ET MEDECINE HUMANITAIRE	74
II.A. Confrontation des définitions.	74

II.A.1. Réflexions sur les fondements de la médecine humanitaire	74
II.A.1.a. Le cadre de l'action humanitaire : un contexte et une intention bien circonscrits	74
II.A.1.b. « Soigner et témoigner »	76
II.A.1.c. Une Histoire de l'Humanitaire : d'une pensée philanthropique à une réglementation de la guerre	76
II.A.1.d. « L'Humanitaire, c'est de la politique »	77
II.A.1.e. Synthèse de la réflexion sur les fondements de la médecine humanitaire	78
II.A.2. Confrontation de la définition existante de la médecine générale au concept de médecine humanitaire	79
II.A.2.a. Préambule	79
II.A.2.b. A l'image d'un serment d'Hippocrate complété	80
II.A.2.c. Synthèse	81
II.B. Situations humanitaires en médecine générale.	81
II.B.1. Une Histoire de l'Humanitaire en France	81
II.B.2. Exilés et migrants, un groupe très vulnérable	83
II.B.3. Recherches sur la pauvreté et l'extrême pauvreté	84
II.B.4. Synthèse et discussion autour de recommandations pour la pratique généraliste	85
II.C. Discussion sur quelques enseignements de la médecine humanitaire appliqués à la médecine générale.	87
II.C.1. Réflexions sur la relation soignant-soigné	87
II.C.1.a. Accepter sa propre subjectivité pour améliorer l'échange	88
II.C.1.b. Le risque de pratiquer une médecine mécaniste	90
II.C.1.c. Effet du système de rémunération sur les soins	91
II.C.2. Médecin, comme un engagement pour son patient	93
II.C.2.a. Ne pas se contenter d'un traitement symptomatique...	93
II.C.2.b. Autonomiser les patients	94
II.C.2.c. Toujours s'évaluer et en tirer les conséquences	95
II.C.3. La prise de conscience du lien entre hygiène et ordre, santé publique et « gouvernement de la vie ».	96
II.C.4. La difficile indépendance du médecin vis-à-vis des champs politiques et économiques, et les outils pour résister.	99
II.C.4.a. La sphère médicale ébranlée par les champs de force des systèmes politiques et des marchés financiers	99
II.C.4.b. L'emprise de la pensée individualiste sur la santé publique	99
II.C.4.c. Outils pour résister	101
III. COMMENTAIRES	103
III.A. Nouveaux risques et défis à venir.	103
III.A.1. Complexité des conflits modernes	103
III.A.2. Nouveaux réfugiés	104
III.A.3. Violence des catastrophes naturelles	104
III.A.4. Le risque industriel et chimique	105
III.A.5. Accélération des mouvements internationaux	105
III.A.6. Vers une gouvernance mondiale de l'humanitaire... ?	105
III.B. Persistance de différents courants de pensée humanitaire.	106
III.B.1. Bénévolat ou professionnalisation	106
III.B.2. Faut-il contester un humanitaire d'Etat ?	107
III.B.3. Les multiples aspects de la symbolique humanitaire	107
III.B.4. De la valeur du débat	108
III.B.5. Triomphe de la diplomatie humanitaire	108
III.B.6. Evolution de la figure humanitaire dans l'opinion publique	108
III.C. Les ONG ne sont plus les seuls contre-pouvoirs.	109
III.C.1. Les ONG, une vocation de contre-pouvoir	109
III.C.2. Risque d'omnipotence d'une ONG qui entre dans le champ politique	109
III.C.3. Les dispositifs de solidarité ne sont pas nécessairement des contre-pouvoirs	110
III.C.4. Notre responsabilité de citoyen du monde	110
III.D. Autocritique de mon analyse.	111

III.D.1. Représentativité biaisée et subjectivité des choix bibliographiques	111
III.D.2. Les difficultés de l'humanitaire ne doivent pas éclipser ses bienfaits	112
III.D.3. Un sujet portant autant sur l'humanitaire que sur la médecine humanitaire	112
Conclusion.....	113
Sigles.....	115
Références bibliographiques.....	117
Bibliographie supplémentaire.....	122
Annexe 1 : Définition européenne de la médecine générale (WONCA).....	124
Annexe 2 : Tentative de définition de la médecine humanitaire par une adaptation des caractéristiques de la définition de la médecine générale.....	126
Annexe 3 : Chronologie choisie de la médecine humanitaire.....	128

INTRODUCTION

Nombreux sont les médecins à s'interroger, au début de leur formation, sur la possibilité d'orienter leur carrière vers un exercice humanitaire. Si l'on suppose que la médecine humanitaire est, comme toutes les disciplines médicales, sous-tendue par l'omniprésence d'un postulat humaniste, on pressent cependant qu'elle renferme bien des spécificités.

Celles-ci ne sont pas abordables au premier abord, car le terme « humanitaire » ne recèle pas de définition précise, bien qu'il soit fréquemment employé, notamment par les médias. L'hétérogénéité des actions humanitaires, qui s'ajoute à un usage répandu et flou du vocabulaire humanitaire dans l'espace public, participent du manque de clarté du concept de médecine humanitaire.

Les doutes du soignant dans son choix de s'orienter vers une pratique humanitaire pourraient être réduits par une meilleure compréhension des fondations de l'humanitaire, de ses rapports au monde, des particularités de sa pratique par rapport à la médecine que nous effectuons ici. La médecine ne s'exerce-t-elle pas partout de la même façon ? Il est permis de s'interroger.

Le fait que les médecins généralistes sont très sollicités par les Organisations Non Gouvernementales (ONG) pour participer aux missions humanitaires nous incite à penser que leurs compétences sont adaptées à ce mode d'exercice. Les raisons qui peuvent l'expliquer sont vraisemblablement les besoins en soins primaires, dans la mesure où les ONG viennent se substituer à un système de soins défaillant. Mais notre système de santé présente aussi des insuffisances, générant des situations de pénurie, qui pourraient parfois être qualifiées d'humanitaires. Tous ces éléments suggèrent qu'il existe des relations fortes entre la médecine humanitaire et la médecine générale.

Les écrits des médecins, relatant les expériences vécues depuis la naissance de l'humanitaire, doivent nous aider à saisir le sens de leur action, le savoir-faire propre à cette médecine, les progrès autant que les complications qui découlent des missions. Nous allons utiliser ces écrits pour extraire les enjeux inhérents à la médecine humanitaire, intégrant des considérations politiques, économiques, juridiques, et de santé publique.

Puis, nous rechercherons les liens profonds qui rapprochent la médecine humanitaire de la médecine générale, et ce qui les différencie par ailleurs, à travers leur Histoire, leurs définitions et l'exercice pratique de chacune d'elles.

Nous allons préciser le cheminement de la réflexion dans la partie suivante.

Au préalable, une mise en garde s'impose pour qui veut bien lire ce travail : pour l'essentiel, l'analyse s'attache à montrer les difficultés d'exercer une médecine humanitaire, les pièges et les erreurs qui peuvent en dériver. Non que l'on remette en question les bienfaits de l'humanitaire –ceux-ci sont évidents–, l'objectif ici est de combattre les idées reçues, afin d'exercer une médecine encore plus humaine et d'appréhender les situations à venir.

MÉTHODE ET OBJECTIFS

Ce travail consiste en une synthèse de la littérature. La plupart des extraits utilisés proviennent d'écrits de médecins ayant effectué une ou plusieurs missions humanitaires. La littérature comporte des essais, romans, biographies, articles, thèses, mémoires, et interviews (incluant des archives sonores retranscrites). Quelques unes des références bibliographiques ont été rédigées non pas par des médecins, mais par des infirmiers, des psychologues, des anthropologues, des historiens, des militaires, ou d'autres personnes qui ont travaillé en

terrain humanitaire ou dans des associations en France. De rares extraits proviennent d'écrivains qui émettent une opinion en rapport avec l'humanitaire, tirée uniquement de leur observation de la société.

Les références proviennent des trente cinq dernières années, et la très grande majorité n'a pas plus de quinze ans.

Il est à noter que ce travail n'est pas organisé selon une approche chronologique de l'humanitaire ; la synthèse ne vise pas à retracer l'histoire de l'humanitaire, car celle-ci a déjà été développée dans plusieurs ouvrages. Une petite chronologie « choisie » de l'humanitaire - donc très partielle et subjective- a été glissée en annexe (n°3) pour éventuellement aider à replacer le concept de médecine humanitaire dans le temps.

La synthèse suit deux grandes sessions, la première étant centrée sur la médecine humanitaire en particulier, la deuxième sur les rapports entre la médecine humanitaire et la médecine générale ; enfin une troisième session fait le point sur les aspects discutables de cette thèse et aborde les problématiques d'avenir.

Dans la première session, nous tenterons d'abord de comprendre les difficultés pour les ONG humanitaires de trouver leur place dans le monde, étant influencées par leur histoire occidentale, et retenues dans des rapports de force géopolitiques et industriels.

Nous analyserons comment les objectifs d'une ONG peuvent être compatibles avec les nécessités de fonctionner comme une entreprise sur le « marché de l'humanitaire ».

Nous réfléchirons enfin aux rapports que les ONG entretiennent avec le droit international et la justice, et ce qu'implique la notion de témoignage qui accompagne le soin pour le médecin humanitaire.

Dans un second temps, nous envisagerons la médecine humanitaire dans sa pratique au quotidien, en réfléchissant d'abord aux particularités de la relation médecin-patient sur les terrains humanitaires. Puis, nous expliquerons certains des mécanismes qui peuvent entraîner un retournement de l'aide à l'encontre de ses objectifs bienfaisants. Alors nous nous servirons de l'expérience relatée pour élaborer un guide de réflexion sur le terrain, afin d'éviter les pièges préalablement décrits.

Ces deux parties sont relatives à la médecine humanitaire.

Le deuxième axe de réflexion de cette thèse étudie les rapports qui existent entre la médecine humanitaire et la médecine générale.

Cela implique avant tout de profiler une définition de la médecine humanitaire à partir d'une mise en relief des principes fondateurs.

Puis nous confronterons ce concept de médecine humanitaire à la médecine générale telle qu'elle se définit, pour en extraire les similitudes et les différences.

Nous poursuivrons la recherche d'une proximité entre les deux à travers la pratique, en analysant ce qui, pour le médecin généraliste en France, s'apparente à des situations humanitaires. La confrontation à des populations précarisées en est un exemple.

A partir de ce cas particulier, nous verrons ensuite en quoi les recommandations issues de la recherche aux côtés de ces populations peuvent être extrapolées à l'ensemble de la pratique généraliste.

De la même manière serons-nous amenés à réfléchir à ce que la médecine humanitaire peut apporter à la médecine générale. Ainsi nous discuterons de quelques enseignements de la médecine humanitaire appliqués à la pratique de la médecine générale, en se basant sur certains constats formulés à propos de l'histoire de l'humanitaire.

I. LES ENJEUX DE LA MEDECINE HUMANITAIRE

I.A. L'humanitaire au carrefour d'enjeux politiques, économiques et juridiques d'ampleur internationale

I.A.1. Une histoire occidentale

I.A.1.a. Occidentalisme, ethnocentrisme ou la conviction d'une supériorité européenne

L'influence coloniale

L'Histoire nous a montré l'origine occidentale des ONG. Les organisations de secours ont été en effet des institutions d'accompagnement de l'entreprise coloniale européenne. Ces entreprises de conquête étaient nourries aussi, en partie, d'un esprit humanitaire avec l'idée de la mission civilisatrice, qui s'inspirait de l'idée d'un bien universel, et donc allait de soi.

Dans cette optique rappelons l'exemple des Pères Blancs européens, au début du 20^{ème} siècle, envoyés par milliers dans les colonies. Les Pères Blancs appartenaient à la Société des Missionnaires d'Afrique, une société de vie apostolique fondée en 1868 par le cardinal Charles Lavigerie, archevêque d'Alger. Ils se donnaient pour mission de favoriser le développement des peuples d'Afrique, en vivant au sein de leurs communautés, par la fondation d'école, de dispensaires, et la formation religieuse.

Nous retrouvons deux paradigmes précurseurs de l'humanitaire au 19^{ème} siècle : le « paradigme Croix Rouge », et le « paradigme Service de santé colonial », qui se croisent et se recouvrent, sans toutefois se confondre. Mais ils procèdent l'un et l'autre de la même conviction, une évidence au-delà de toute discussion au 19^{ème} siècle, celle de la supériorité européenne. Qu'elle ait été utilisée pour le meilleur, c'est-à-dire pour fonder une conscience élargie des drames du monde, n'efface pas cette marque de naissance paternaliste. (Brauman, 2006)

Lieu d'invention des droits de l'homme et de la citoyenneté, le monde occidental se caractérise par sa tendance historique à étendre son autorité sur le reste de la planète. Le passé colonial de nombre de pays européens témoigne de cette aspiration où se mêlaient de façon indissociable impérialisme et « devoir de civilisation ».

Les aspects contemporains de l'universalisme occidental

De façon plus actuelle, la théorie du « choc des civilisations » renforcée depuis les attentats du 11 septembre prolonge cette dichotomie du monde. Elle propose une interprétation simpliste des relations internationales, opposant globalement l'Occident à un islam radical qui serait la source unique de la violence.

Pierre Micheletti développe ainsi ces aspects contemporains de l'universalisme occidental, et son corollaire, l'ingérence :

« Certains dirigeants politiques, dont les néoconservateurs états-uniens sont la figure de proue, réaffirment que l'occident est dépositaire de valeurs universelles ; en tant que telles, elles s'imposent donc à tous. Pour eux, la défense des droits de l'homme, la notion de « choc des civilisations » et l'absence d'alternative au néolibéralisme économique représentent les trois aspects contemporains de l'universalisme occidental : c'est en son nom qu'est légitimé le droit d'ingérence militaire et humanitaire. » (Micheletti, 2008)

Comme le montre P. Micheletti, ces interprétations sont trop partielles pour être vraies, et elles masquent des considérations financières et stratégiques ; ce qui nous laisse entrevoir les risques d'instrumentalisation (de la part des Etats) qu'elles peuvent générer.

De plus, le postulat de l'universalisme, de l'égalité entre tous les hommes est un peu contre-productif s'il ne tient pas compte de la différence entre les individus qui fait la valeur et la spécificité de chaque homme. Ne faut-il pas au contraire encourager la différence culturelle pour trouver des alternatives variées à un système inégalitaire ?

Considérant que nous sommes influencés par cette suprématie européenne historique, Hubert Védrine met en cause l'aptitude à l'autocritisme de l'Occident, et les risques en confrontation avec d'autres cultures de l'« occidentalisme anthropomorphique » : « La croyance occidentale dans la vocation universelle de sa culture a trois défauts majeurs ; elle est fausse, elle est immorale et elle est dangereuse ». (Brauman & Védrine, 2003)

Les notions qui seraient reconnues comme universelles posent la question de l'existence de valeurs morales universelles, et ainsi posent le problème de la légitimité universelle de l'humanitaire.

Aujourd'hui, le concept d'universalité est contesté surtout par les Etats du Sud, qui perçoivent de plus en plus la mondialisation comme une occidentalisation du monde. « L'éloge de la différence, des particularismes entendent se dresser comme un antidote au discours, souvent arrogant et triomphal de la globalisation économique et culturelle, (...) discours qui alimente une sous-culture répulsive dans les pays les plus pauvres et dans les régions du monde travaillées par l'émergence de discours religieux ou idéologiques. » (Troubé, 2009)

L'humanitaire ou l'idée d'un bien universel... ?

La morale est ce qui traite de la différence entre le bien et le mal, ou plutôt la façon dont on hiérarchise les valeurs du bien ou les contre-valeurs ; celles-ci sont vraisemblablement culturellement déterminées. Ce qu'on appelle des « valeurs » morales, sont en réalité plutôt des « pratiques », donc avec leurs limites et contradictions.

On constate que les mêmes jugements peuvent s'inverser facilement, selon l'approche occidentale, arabo-islamique, chinoise, etc. Hubert Védrine donne l'exemple des Occidentaux scandalisés en bloc par la condition des femmes dans le monde arabo-islamique ; mais les musulmans sont choqués par le sort que les pays occidentaux réservent aux personnes âgées, qu'ils considèrent comme un abandon.

Ainsi, il n'est pas possible d'adopter une position de surplomb moral à partir duquel on examinerait l'ensemble des faits humains à l'échelle planétaire.

Cela présente même des dangers, et, paradoxalement l'idée du bien sous-tend une violence sans borne, comme l'exprime Rony Brauman : « Il n'y a pas de violence moins limitée que celle qui s'inspire de l'idée d'un bien universel, car elle ne tolère aucune contestation ».

(Brauman & Védrine, 2003)

Corrélation avec l'exportation du modèle démocratique

« La démocratie n'est pas un café instantané » mais un processus qu'il faut accompagner.

La typologie des terrains de l'humanitaire a mis en évidence qu'un pays non démocratique est un terreau pour faire germer des crises. Cet aspect était déjà primordial aux origines de l'humanitaire, puisque la colonisation était en partie animée par l'idée de valeurs démocratiques universelles.

Celles-ci sont encore renforcées après-guerre : pour le continent européen qui se voit confirmé dans son rêve de réconciliation et d'extension par la réussite de son union économique, et la fin heureuse de la guerre froide, la voie historique vers l'avenir est la contagion démocratique. (Dachy, 2004)

Mais la contagion démocratique ne peut pas se faire instantanément, et elle ne peut pas être imposée. Hubert Vedrine l'explique comme un processus, qu'on ne peut donc pas faire accepter aux autres qui ne seraient pas à cet état de développement (Brauman & Védrine, 2003). Forcer un tel processus de l'extérieur risque de ne pas aboutir à un résultat aussi satisfaisant (et démocratique) que les propres forces en mouvement de l'histoire d'un peuple – sur une période qui dure généralement quelques siècles. Il s'agirait donc plutôt d'accompagner le potentiel démocratique du pays.

Derrière cette image de forçage vient se greffer le droit d'ingérence, qui pose le problème de l'usage de la force pour se substituer à un peuple -qui n'a rien demandé- en étant sincèrement persuadé de leur apporter le bonheur avec une démocratie préfabriquée. Marek Halter estime que nous ne pouvons pas, du haut de notre histoire révolutionnaire ou institutionnelle, de notre pseudo-statut de grande puissance, continuer à donner des leçons au monde entier. S'inspirant de la phrase d'Andreï Sakharov « La démocratie est comme une orange ; celui qui ne l'a jamais connue ne la demandera pas », il complète en disant que, pour aider les peuples opprimés, il faut leur présenter l'orange, leur expliquer comment elle se mange, et s'ils la désirent, faire ce qu'il faut pour la leur procurer. (Brauman, Halter, Rufin et al., 2008)

Mais tout pays a-t-il réellement un potentiel démocratique, ou autrement dit peut-on affirmer que la démocratie est une valeur universelle ?

On peut penser qu'il existe d'autres modèles susceptibles de garantir la paix et le bonheur... Ces débats existent et ne seront pas exposés dans notre sujet.

I.A.1.b. La tyrannie du Bien

L'intolérance aux autres idées

Il règne une violence au sein du monde humanitaire. Celle-ci est ambiguë et complexe à cerner, car tous ses participants sont a priori animés de nobles intentions.

Pour Sylvie Brunel, ancienne présidente d'Action Contre la Faim (ACF), la virulence des affrontements au sein des ONG sont l'expression du fait que chacun s'estime dépositaire de la vérité humanitaire : « C'est le cas à l'occasion des Assemblées Générales ou de simples débats, où des personnes qui s'estiment toutes porteuses d'une vérité –qui n'est pas celle de la personne en face- en viennent à s'entredéchirer au nom de « leur » vérité. » (Médecins Du Monde (MDM), 2009)

Ces discordes seraient la manifestation des crises existentielles vécues par chacun des membres d'une ONG, lorsqu'ils prennent conscience du contraste entre leurs motivations intérieures et la réalité souvent décevante des institutions.

Il y aurait donc cette violence de la prise de conscience de l'affligeante réalité, mais aussi une intolérance paradoxale aux autres propositions.

Cette contradiction, Igor Gran l'exprime ainsi : « c'est le fait qu'un être humain, persuadé d'être dans une juste cause, aveuglé par une discours masquant la réalité, peut vouloir faire le bien, et finalement malgré lui, être amené à faire le mal. » (MDM, 2009)

La réflexion est poussée à son extrême en amenant l'idée que le pacifisme est potentiellement criminel, comme la guerre : « absurde pour ceux qui la regardent de l'extérieur, elle s'impose comme une évidence passionnée (et passionnelle) pour ceux qui décident de la faire. Cette légitimité leur autorise tous les abus jusqu'à la guerre totale. » (Gran, 2004)

Ainsi rejoint-il la mise en garde de Rony Brauman qui formulait : « Il n'y a pas de violence moins limitée que celle qui s'inspire de l'idée d'un bien universel, car elle ne tolère aucune contestation. »

Les réticences à l'autocritisme

Par ailleurs ce culte des bonnes actions dans notre société, et cette certitude occidentale d'être dans le Bien ne permet pas de progrès, car elle prend cette liberté facile de ne pas examiner les erreurs qui nous mettraient en face de nos responsabilités.

« Le sac de riz qui nourrit cent enfants dans l'immédiat permet d'éviter d'aborder ces questions délicates : qui est responsable de la famine de ces cent enfants –trop souvent, c'est notre arrogance occidentale, arrogance économique, arrogance scientifique, arrogance culturelle, distillée pendant des décennies-, comment l'éviter sur le long terme et surtout que sera la vie de ces cent enfants une fois nourris ?

(...) Notre société m'exaspère par son arrogance, sa certitude d'être dans le vrai, sa faculté de fermer les yeux sur ses œuvres peu reluisantes, faculté pourtant vitale pour se remettre en question et progresser. On passe plus de temps à s'extasier sur nos bonnes actions qu'à douter. (...)Le sens critique est vital. » (Gran, 2004)

Cette réticence à l'autocritisme est sociétale, et aussi interne aux ONG.

Ce que Christian Troubé nomme l'« impunité du Bien » empêche d'analyser ses actions humanitaires avec un recul suffisant : en effet, que ce soit du point de vue des humanitaires ou des donateurs, « comment dire du mal de quelqu'un qui fait le Bien ? (...) Entre discours marketing et impunité morale, les ONG ferment souvent la porte à une vraie réflexion sur leur fonctionnement et sur l'avenir de leur projet. » (Troubé, 2009)

I.A.1.c. L'industrie pharmaceutique ou la traduction du système capitaliste pour le geste de soin

Contribution de la médecine coloniale à l'innovation thérapeutique

Au début du siècle, la médecine coloniale a contribué à développer la recherche en pathologies tropicales, même si le souci de la santé des expatriés et des populations indigènes

s'ancrait essentiellement dans une politique de valorisation économique et de stratégie de domination.

Quoiqu'il en soit, le tiers des médicaments essentiels encore employés quotidiennement en médecine tropicale est issu de cette période de recherche biomédicale de l'entre-deux-guerres, qui vit la création des universités et des instituts de pathologie exotique ainsi que le développement de l'industrie chimique.

La plupart des laboratoires déterminaient alors leur stratégie sur la base des besoins de santé (ceux de la métropole, ceux des colonies et des anciennes possessions) ; leurs dirigeants étaient des médecins ou des pharmaciens.

Après les années 60, avec le déclin du fait colonial et l'accroissement du commerce international, ce sont des financiers qui fixent les orientations de la recherche-développement. L'importance et les enjeux économiques de la recherche pharmaceutique tropicale deviennent moindres. En effet les besoins du Sud sont dérisoires et n'attirent pas les investisseurs, face aux marchés potentiels des pays industrialisés où le malade-consommateur est solvable, grâce à l'Etat providence qui encadre les transactions.

« Petit à petit, le secteur de la recherche et du développement pharmaceutique, au même titre que d'autres secteurs économiques comme la communication ou l'édition, ont été confiés à des financiers. Ils sont aujourd'hui animés par une pure logique d'actionnaires, c'est-à-dire de distribution immédiate de dividendes, de retour sur investissement. Cette logique a totalement envahi l'ensemble du comportement des grandes compagnies pharmaceutiques, engendrant d'énormes conséquences pour les malades des régions les plus pauvres. Ne représentant pas une part de marché suffisamment intéressante, certaines maladies qui tuent chaque année des millions d'individus ne bénéficient plus aujourd'hui d'aucune recherche, sont délaissées par les entreprises pharmaceutiques et négligées par les gouvernements. » (Médecins Sans Frontières (MSF), 2000)

Le défi de la propriété intellectuelle

La fabrication de génériques et la dérogation aux licences de médicaments sont une des solutions –trop peu utilisée– à ces inégalités Nord-Sud. L'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) accorde en effet peu d'autorisations, et souffre d'une lenteur des procédures, sous la pression des grands groupes industriels et des Etats, qui refusent cette autre souveraineté supranationale et le manque à gagner que cela représente.

Rony Brauman explique le défi représenté par les brevets (au sens de propriété intellectuelle), source de gain financier considérable : « Cette propriété intellectuelle a besoin d'être reconnue nous dit-on, car il en va de la capacité d'innovation des laboratoires. En gros, c'est l'argument qui a été constamment brandi pour empêcher les pays atteints par une épidémie aiguë de Sida d'utiliser la situation d'urgence sanitaire pour produire, sous forme générique, des médicaments dont l'importance vitale n'échappe à personne, ni aux labos, ni aux gouvernements, ni encore moins aux malades. »

Mais une autre logique peut être défendue, celle exprimée par le Dr. Salk, inventeur du vaccin contre la polio en 1955, dans cette phrase : « Cette découverte appartient au peuple, il n'y a pas de brevet ; peut-on breveter le soleil ? »

D'autre part, il faut rappeler que cette capacité d'innovation revient tout autant à la recherche publique ; et de plus, les industries pharmaceutiques ne consacrent pas plus de 15 % de leur budget –en moyenne (Banerji et al., 2009)– aux coûts de la recherche. Cet argument unique concernant la capacité d'innovation des laboratoires est donc une hypocrisie.

Les tenants d'un meilleur accès aux soins dans le monde

Bien sûr la question des brevets ne résume pas à elle-seule le problème des inégalités d'accès à la santé dans le monde. Il y a des réticences légitimes dues aux risques de contrefaçons et de commerce parallèle qui seraient facilités par cette extension des produits génériques. En découlent donc de nouvelles interrogations sur la surveillance de l'acheminement, les contrôles-qualité, l'utilité d'installer des usines de fabrication en Tiers-Monde etc.

Une licence est, certes, peu utile si on n'a pas la capacité de fabrication des médicaments. De plus, la mise à disposition des médicaments est insuffisante en l'absence d'un environnement satisfaisant : insuffisance des infrastructures et des soignants, qualité disparate des diplômes des professionnels de santé, répartition inégale sur le territoire, salaires non décents ne permettant pas une reconnaissance des compétences et incitant à un usage privatif des services publics et à une participation aux réseaux non légaux... (IEPS, 2005)

Actuellement, il est avéré que, si les efforts de recherche et les moyens technologiques actuels permettent en quelques années de maîtriser une maladie émergente, les pressions du contexte socio-économique rendent ces moyens indisponibles aux 90% de malades nécessiteux. (MSF, 2000)

I.A.1.d. Typologie de l'humanitaire

L'histoire a montré que les actions humanitaires avaient lieu sur certains terrains, et en certaines circonstances, selon une répartition inégale sur la planète.

L'origine coloniale du processus rappelle que le sens des secours se fait, d'une manière générale, des pays démocratiques vers les pays non démocratiques, du Nord vers le Sud, ou encore des « pays développés » vers le « Tiers Monde ».

Nous allons donc tenter de préciser quelles sont les circonstances qui peuvent créer le besoin d'assistance, à partir de l'expérience de médecins humanitaires qui livrent une analyse contextuelle.

Analyse des contextes favorables aux crises humanitaires

Rony Brauman, dans une définition de l'aide humanitaire à laquelle il s'essaye, dessine de manière générale le contexte dans lequel est réalisée l'action : « c'est celui de la rupture brutale d'un équilibre antérieur. Notion floue, imparfaite, mais utile pour éviter de fixer nos propres normes comme catégories universelles. C'est dans un environnement de crises, qu'elles soient d'origine naturelle ou politique, qu'il s'agisse de tremblements de terre ou de guerres civiles, que l'action humanitaire prend tout son sens. » (Brauman, 2000)

De même, Jean-Christophe Rufin résume trois types de situations dans lesquelles se retrouvent par delà les continents et les dates, des contraintes identiques appliquées à l'humanitaire : guérillas et camps de réfugiés, révolutions, catastrophes « utiles » instrumentalisées par des Etats peu ou pas démocratiques. (Rufin, 2008)

Ces situations correspondent de façon flagrante à la « rupture brutale d'un équilibre antérieur », en tout cas pour les deux premières catégories. La troisième, qui sous-tend un certain cynisme de la part de gouvernements concernés, regroupe les situations qui créent en particulier les famines, là où certaines populations sont victimes de pratiques discriminatoires délibérées, dans le but d'obtenir soit leur soumission, soit leur départ, soit l'arrivée de la

communauté internationale. Ainsi les volontaires d'Action Contre la Faim ont constaté que les grandes famines sont souvent la conséquence de manœuvres humaines, même lorsque le point de départ en est une catastrophe naturelle – ces mécanismes à l'origine des famines sont développés dans un ouvrage au titre évocateur : « Géopolitique de la faim : quand la faim devient une arme... ». (ACF, 1998)

Tiers Monde et autres formules

Il existe tellement d'expressions pour qualifier le Tiers Monde, que cela démontre la difficulté d'en donner une définition homogène. Le mot Tiers Monde lui-même ne représente rien de sûr. Bernard Kouchner y consacre un chapitre où il recense et explique toutes les formules proches (Kouchner, 1986). Il est probable que ce mot Tiers Monde soit né de la guerre froide, pour désigner le troisième bloc, à l'écart des Etats-Unis et du bloc soviétique. Alfred Sauvy, premier à utiliser ce terme en 1952, entendait rapprocher cette expression du Tiers Etat de l'époque révolutionnaire, avant que la conférence de Bandoeng le consacre en 1955, désignant l'Asie, l'Afrique et l'Amérique latine. Ainsi, écrit Bernard Kouchner, se trouvent réunies des contrées, des nations que tout oppose : la géographie, l'histoire, la culture et qui n'ont en commun que d'avoir un jour subi l'humiliation coloniale.

C'est donc surtout dans les classifications des pays riches que le Tiers Monde existe. L'expression « pays sous-développés » est encore employée ; ainsi étaient désignées des nations caractérisées par un faible revenu par habitant, une forte natalité, des ressources essentiellement agricoles et une intégration nationale réduite. L'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), considérant ce terme comme péjoratif, proposa une tournure plus dynamique : « Pays en voie de développement ». Si l'on parle simplement de « pays pauvres », certains soulignent que ces pays ne sont pas pauvres, mais riches en ressources gâchées ou détournées par les oligarchies, les multinationales et autres profiteurs. Certains théoriciens de l'économie situent les pays au centre ou à la périphérie, enfermant dans un même modèle le développement et le sous-développement, l'un asservissant l'autre ; des relations étroites unissant les dominés de la périphérie et les dominants du centre ; mais certaines zones restent inclassables.

La dichotomie Nord-sud n'est pas non plus exacte : tous les riches ne sont pas au Nord, tous les pauvres ne sont pas au Sud.

Par conséquent, il n'existe pas de formule suffisamment nuancée. Cela dénote une hétérogénéité des nations intégrées dans ce même concept : « Le Tiers Monde n'est pas un tout, c'est une mosaïque de diversités plus encore que de ressemblances. Il paraît plus important d'écouter le récit des expériences diverses que de théoriser trop hâtivement ». (Kouchner, 1986)

Si nous ne pouvons pas toujours éviter ces termes incertains, Bernard Kouchner nous met en garde de tenter d'unifier des problèmes sous le seul label de la pauvreté.

Ruine des structures de santé et opportunisme des germes pathogènes

Nous comprenons l'intérêt d'un retour dans le passé pour y retrouver des comportements sociaux évoquant des analogies avec des phénomènes contemporains. Une épidémie succède, en général à un important déplacement de populations, conséquence d'un conflit politico-militaire. De même, la rupture d'un système de santé autrefois organisé, dans un contexte plus général de changement de gouvernement, peut entraîner bien des résurgences épidémiques.

L'exemple de la réapparition actuelle d'une épidémie de diphtérie en Russie, en Ukraine et dans les pays limitrophe démontre une faiblesse de la couverture vaccinale des enfants. Ceci s'explique par la dégradation d'un système de santé autrefois cohérent, bien que de type coercitif, à l'époque « glorieuse » de santé publique en URSS (Union des républiques socialistes soviétiques). Cette dégradation est contemporaine de migrations considérables et de l'appauvrissement certain de la population.

Jean Rigal rapproche le phénomène épidémique de la diphtérie de celui de l'explosion de maladies sexuellement transmissibles (MST) dans ces mêmes régions. « On ne peut parler de même mode épidémique, mais un décor identique est planté, on assiste à une autodestruction semblable du système social : migrations, pauvreté grandissante, nouveaux comportements individuels, archaïsme et inefficacité du contrôle médical ».

Il en est de même concernant l'explosion du sida et des tuberculoses multi-résistantes, qui résulte d'un cumul de lacunes des systèmes de santé dans cette région : rupture de stock de médicaments spécifiques, entraînant des interruptions de traitements ; vente sur le marché libre à des prix inaccessibles à la plupart des bourses ; incompétence des médecins qui n'ont pu, dans leur grande majorité, bénéficier d'enseignement post-universitaire ; refus de leur part d'appliquer les recommandations de l'organisation mondiale de la santé (OMS) ; structures hospitalières de type sanatorium peu confortables, souvent sans chauffage et qui font naturellement fuir les malades etc. : tout est en place pour que l'épidémie progresse et dépasse largement les frontières de l'ancien empire soviétique. (MSF, 2000)

On observe également une désorganisation des services de santé existants en cas de conflit armé. Rony Brauman résume les conséquences sanitaires qui sont systématiquement observables dans ces circonstances : « L'offre de soins diminue, tandis que la demande augmente en raison de la dégradation des conditions générales de vie. L'incidence des pathologies infectieuses augmente, la malnutrition aiguë s'étend, des foyers épidémiques apparaissent. La très grande majorité des famines de ces cent cinquante dernières années sont étroitement liées à des conflits armés, parfois en raison de blocus ou de pillages de récolte et de bétail, souvent en raison du déracinement et de la difficulté extrême qui en résulte pour les populations déplacées de subvenir à leurs besoins. La corrélation n'est pas aussi nette pour les épidémies, qui peuvent survenir en dehors de tout conflit, mais nombre d'entre elles, favorisées par l'effondrement des structures de contrôle, se développent dans ces conditions. Maladies infectieuses et parasitaires ont ainsi connu de fortes résurgences dans les pays africains frappés par la guerre. » (Brauman, 2009)

Une typologie de l'humanitaire doit permettre d'anticiper les conséquences sanitaires d'une crise, afin d'élaborer rapidement une réponse adaptée sur cette connaissance des expériences similaires, et finalement de prévenir des conséquences trop dramatiques.

I.A.2. De l'indépendance des ONG

I.A.2.a. Organisation interne

ONG, une non-définition

Il nous faut rappeler qu'Organisation Non Gouvernementale peut signifier beaucoup « d'une entreprise à un groupe terroriste ». (Brauman & Védrine, 2003)

Les principes fondateurs restent les suivants : l'association doit viser à l'intérêt général, être à but non lucratif, et doit oeuvrer dans plusieurs pays.

Les ONG sont des entreprises, certes, mais pas comme les autres, à commencer par leur gouvernance. Elles demeurent avant tout des associations selon la loi 1901, dont les adhérents se réunissent annuellement en assemblée générale pour élire ou renouveler un conseil d'administration.

Comme l'écrit Dorothy Meyer « ONG, une catégorie juridique introuvable, une définition utilitaire. » (Brauman, 2006)

Sur l'organisation hiérarchique d'une ONG

Rapidement, la naissance des ONG s'est accompagnée de la nécessité de se doter d'une organisation interne suffisamment forte.

Pour Jean-Christophe Rufin, « une organisation humanitaire est probablement l'institution la plus passionnante et la plus difficile à diriger. Héritée des premiers âges de leur fondation, les ONG sont marquées par une grande familiarité de manières. Un visiteur non averti pourrait se croire dans une entreprise en liquidation, cogérée par ses salariés. En réalité, les hiérarchies sont bien là, la pression de travail très forte et le rôle du chef indispensable. Je connais à vrai dire peu de groupes humains capables de se livrer aussi complètement à une autorité. Les présidents des grandes ONG françaises dépassent en longévité l'immense majorité des patrons français. C'est qu'à la différence des entreprises, les ONG n'ont pas de conseil d'administration indépendant. Leur Assemblée Générale regroupe quelques centaines d'adhérents au statut hétéroclite : sympathisants, anciens volontaires de terrain et même, pour certains comme ACF, salariés du siège parisien. » (Rufin, 2008)

Une organisation interne développée est nécessaire pour fournir un répondant aux équipes du terrain, les aider dans des choix qui nécessitent souvent du recul ou une décision collégiale, et diviser les tâches pour être plus efficient dans chacune. En contrepartie, cette hiérarchisation interne diminue forcément les libertés individuelles, en ne permettant pas à chacun de prendre ses décisions et d'assumer ses actions, ou de réfléchir réellement à sa pratique.

C'est une des origines des tensions qui peuvent évoluer au sein d'une ONG. De plus l'humanitaire est fortement sujet à discussion, et la violence des bien-pensants est d'autant plus grande que chacun pense détenir sa vérité humanitaire.

Par ailleurs, les personnes dirigeantes ne sont pas à l'abri de la séduction du pouvoir ; même si le pouvoir est inévitablement là dans toute organisation, et qu'il ne retentit pas forcément de manière négative sur les actions menées, comme le laisse percevoir C. Rufin en parlant de l'indispensable rôle de chef etc.

Les tensions sont parfois plus évidentes entre les gens du siège et les gens du terrain. A ce propos, ce dernier nous livre ses impressions : « Je comprenais que l'approche intellectuelle, théorique, politique, n'est qu'un vernis fragile, la couche brillante et lisse dont on recouvre le contenu trouble de nos motivations profondes. Peut-être faut-il voir la cause de l'éternel divorce entre gens de terrain et gens du siège, entre ceux qui, sur place, éprouvent la souffrance –fût-ce celle des autres- et ceux qui, dans une lointaine capitale du Nord, dissertent froidement et décident. » (Rufin, 2008)

La notion de taille critique

Une organisation interne forte va souvent de pair avec une masse critique.

Nombreux sont ceux, comme Pierre Micheletti qui soulignent l'importance d'une « taille critique qu'une association humanitaire doit posséder pour se doter des techniques et des compétences requises par les éléments de complexité et de dangerosité. » (Micheletti, 2008)

Nous pouvons bien comprendre dans quelle mesure la taille d'une ONG, et donc ses moyens, humains, financiers et matériels permettent a priori de mieux former le personnel et de disposer des meilleurs outils sur le terrain –encore que ce ne soient des conditions ni nécessaires ni suffisantes...

Cependant, de plus en plus d'ONG fleurissent, et se partagent le « marché » de l'humanitaire qui, lui, ne bénéficie pas d'une croissance budgétaire égale en provenance des donateurs. Ainsi ces plus petites ONG naissantes risquent d'avoir plus de difficultés à rester libres dans leurs choix d'actions, comme l'explique Christian Troubé :

« Aucune (ONG) ne dispose d'une masse critique suffisante pour s'imposer comme leader mondial, sauf peut-être Médecins Sans Frontières à travers son réseau international de 19 sections. L'ensemble des autres associations peinent à accroître leur volume d'activités. Elles restent tributaires d'une collecte auprès des particuliers qui n'est pas extensible, sujette à la crise économique et dont les priorités risquent d'être révisées par l'arrivée chez les seniors d'une nouvelle génération. Pour soutenir leur croissance, elles ont aussi la tentation de souscrire de plus en plus à des programmes thématiques financés par des fonds institutionnels, au risque de s'enfermer dans une logique de prestataire de services, avec, pour ambition de devenir le meilleur en potabilisation de l'eau, en techniques d'assainissement ou en acheminement de nourriture. »

Les chiffres actuels confirment que les ONG n'ont pas réussi encore le « pari de la privatisation » : en effet, elles bénéficient en moyenne depuis une quinzaine d'années encore de 40 % de fonds provenant des pouvoirs publics. (Troubé, 2009)

L'ONG, une entreprise commerciale

Pour survivre, les ONG doivent mettre en œuvre des moyens de promotion et de communication.

La communication se fait à plusieurs niveaux, pour témoigner de ce qu'ils voient d'une part, et d'autre part pour récolter des dons et informer des résultats de leurs actions.

Cette part de marketing fait d'une ONG une entreprise, et de la charité, un « produit ».

Certaines ONG confient parfois leur avenir à des chefs d'entreprise puissants, pour assurer une maîtrise financière. Une mauvaise gestion peut en effet mener à la faillite ; ainsi il arrive que des ONG suspendent leurs activités ou disparaissent.

« Il a fallu recruter des spécialistes de la communication, du marketing, des ressources humaines, du droit international, des spécialistes du lobbying européen, des économistes et des géopoliticiens (...) »

En l'espace de trois décennies, les « assocés sympas » sont devenues des PME (petites et moyennes entreprises) internationales. Le poids administratif des « sièges » -l'ensemble des salariés chargés depuis la France du bon fonctionnement de la machine humanitaire- s'est considérablement alourdi.

(...)

Partout en Afrique, en Asie, en Amérique latine, ordinateur portable sous le bras et téléphone satellitaire à la main, une nouvelle génération s'active à rédiger des « proposals » (devis pour des financements futurs), à suivre des « guidelines » (codes de conduite) et à remplir des « reporting » (rapports), branchée en permanence par Internet avec le siège. » (Troubé, 2009)

Nous voyons en quoi la logique d'efficience, de rentabilité, de marketing alourdit le fonctionnement administratif d'une ONG, et oriente l'état d'esprit des humanitaires vers des raisonnements comptables, qui risquent de modifier les objectifs humanitaires initiaux.

« Une « redevabilité » porteuse en soi d'éthique et qui garantit la bonne utilisation des fonds et la « bonne pratique » des missions, mais qui va se réduire le plus souvent à un flux de littérature grise, à une collection de statistiques et de rapports qui inondent les sièges des ONG et mobilisent sur le terrain toujours plus d'administratifs. » (Troubé, 2009)

La démocratie par le don

Par les mêmes lois commerciales, il existe une forme de compétition des ONG sur le « marché » de l'humanitaire. Cette concurrence peut se ressentir sur le plan de la recherche de donateurs, ceux-ci ne pouvant choisir à qui ils vont offrir de l'argent qu'en fonction de la publicité. Les gens sont très régulièrement sollicités par des campagnes médiatiques talentueuses, et la grande majorité ne peut donner pour une cause qu'en fonction de la qualité de la demande. Inévitablement « l'annonce compte plus que les annonceurs ». (Kouchner, 1986)

C'est ainsi que, depuis les années 70, s'est introduit le marketing direct dans la recherche de fonds privés pour les organisations caritatives. Ce procédé mesure scientifiquement l'impact des actions menées, et permet de savoir, de façon arithmétique, ce qu'a rapporté un franc dépensé.

Certaines campagnes utilisent les moyens technologiques modernes, tels que le mailing pour chercher de nouveaux donateurs. Mais on doit se questionner sur les limites à la démagogie. Comme l'écrit Bernard Kouchner « Convient-il de flatter les réflexes les plus bas pour obtenir les sommes indispensables à l'action ? »

Ceci amène à une autre réflexion sur la manière de solliciter le donateur. En effet, il semble important de ne pas faire seulement « étalage de la misère des autres » mais aussi d'expliquer à son interlocuteur qu'il est lui aussi concerné. Bernard Kouchner pense que la face cachée de la charité s'abrite derrière le geste accompli pour ne pas en faire plus, comme si, en expédiant de l'argent à une association, on lui donne mandat pour tout régler. Il propose que la communication permette de donner envie aux donateurs de s'impliquer plus activement, d'aller à la rencontre des autres et d'enquêter avant de prétendre savoir. « Si l'on se donne comme objectif de tenter de gommer les inégalités de cette planète, il convient de rendre responsable chacun de nos concitoyens et pas seulement de provoquer sa générosité, ce réflexe de bonne conscience qui risque de précéder l'oubli. » (Kouchner, 1986)

De plus, le fait d'inciter les gens à s'informer de la trajectoire du don et de sa cible permet d'éviter le risque d'escroquerie. Le risque est grand de détournement de la charité publique. La méthode du mailing, par exemple, permet à n'importe qui d'expédier n'importe quoi et de récolter des fonds sous un prétexte philanthropique.

Par ailleurs, certains critiquent la part importante des frais consacrés au fonctionnement et à la promotion, bien que nécessaires dans une certaine mesure, pour pérenniser l'association, c'est à dire informer le public des résultats et rechercher de nouveaux donateurs pour assurer les ressources futures –notons pour information que la majorité des organisations pérennes fixent leurs frais de fonctionnement autour de 10%.

Les risques d'escroquerie ont rendus souhaitables l'accès public aux comptes des organisations humanitaires. Le « consommateur d'action humanitaire » a actuellement des moyens de juger la valeur de l'action qu'il soutient, sa légitimité, sa clarté et la transparence des comptes. En fonction de ces critères, la sanction est ou non le don, ce que certains appellent la « démocratie par le don ». (Kouchner, 1986)

Ainsi la plupart des associations tiennent leurs comptes ouverts et encouragent le public à se renseigner. Cela renforce le fait que l'argent des donateurs mérite de l'attention, et que la confiance ne doit pas exclure le contrôle. De la même manière les réunions sont ouvertes à tous pour certaines associations comme Médecins Du Monde ; et le visiteur peut y prendre la parole.

I.A.2.b. ONG et image publique

Les pièges de la rhétorique humanitaire

Les mots qu'on utilise en référence à notre culture d'Occident ne correspondent pas toujours à la logique d'organisation sur le terrain. Cela remet en cause notre aptitude à l'autocritisme, et le risque d'importer une culture qu'on jugerait universelle, mais qui ne serait pas adaptée aux réalités locales.

Par exemple le fait de décréter qu'une zone est un « désert sanitaire » en n'utilisant que des référents occidentaux peut entraîner la mise en place de solutions contre-productives. Rony Brauman explique que dans beaucoup de sociétés, les lieux physiques ne sont pas investis de la même dimension symbolique que chez nous. Nous risquons d'étiqueter « désert sanitaire » un endroit parce que nous n'y avons pas identifié des soignants ; or, la légitimité d'un personnage ne dépend pas de sa visibilité. La projection de nos modèles apparemment universalistes là-dessus échouerait systématiquement. (MSF, 2000)

De même, il faut combattre l'utilisation d'un vocabulaire onusien qui n'est pas approprié à la réalité sociale du peuple à aider, en particulier le terme « communauté » (locale, villageoise), qui sous-tend l'idée de structure collective à qui pourrait être dédiée la responsabilité évidente de la gestion de la distribution, de l'information, qui en fait n'existerait pas.

Ainsi s'interroge Rony Brauman. « Le mot communauté ne serait-il pas une utopie, inventée par les Occidentaux pour désigner les autres, ceux qu'on ne connaît pas, en les fédérant malgré eux ? »

Pour Soizick Crochet, c'est un problème, qu'elle dénonce dans un article intitulé « Cet obscur objet du désir : la participation communautaire » (MSF, 2000). Elle y écrit que les membres de l'aide internationale privilégient la possibilité d'obtenir une réponse rapide à leurs sollicitations, ce qui conduit à composer avec les explications rationnelles, à se satisfaire de résultats non quantifiables, à rechercher une efficacité immédiate. « Crûment résumé, le mandat de l'administrateur international consiste à décrocher un budget, puis à le dépenser. Ce qui provoquerait chez nous un tollé de la part de l'ordre des médecins et des associations de défense de malades (« d'usagers ») semble acceptable ailleurs parce que c'est le Tiers Monde. Sous des discours lénifiants, le peu d'intérêt des organisations internationales pour les réalités complexes des sociétés dans lesquelles elles interviennent justifie et répond à la demande de désengagement des Etats sur place. On remet donc le fardeau aux pauvres : la « communauté », ce sont les patients les plus démunis. Qui osera dénoncer le faux-semblant de ces bons sentiments, le vide de ces formules toutes faites et la naïveté criminelle des « gentils membres » du monde caritatif ? »

Sur le plan médiatique et juridique, le choix des mots est essentiel, notamment pour désigner des conflits d'une grande violence ou pour approcher la notion de « crime de guerre ».

« (Le choix des mots) a le pouvoir de contribuer à normaliser des violences ou au contraire à stigmatiser une situation de conflit. Il permet de déclencher ou empêcher l'application du droit humanitaire.

Les termes « affrontement » et « massacre interethnique », par exemple, n'entrent pas directement dans la définition juridique des crimes de guerre ou du génocide. L'emploi de ces expressions permet ainsi d'éluder les questions sur la nature précise des crimes et sur la responsabilité de ceux qui les commettent. » (Rieff et al., 2002)

A propos du terme « humanitaire », il n'existe que des définitions floues. Cette imprécision ne doit pas nous empêcher de préserver ce qualificatif d'éventuelles utilisations abusives.

Il est fréquemment employé par les médias, pour désigner –ou plutôt ne pas désigner– une « crise », probablement lorsque les tenants et les aboutissants de celle-ci sont trop vagues. Le fait d'étiqueter « humanitaire » une opération militaire, par exemple, sans juger au préalable de son bien-fondé induit un anoblissement moral de la situation, sans que celle-ci ne le mérite, et au risque de masquer des réalités politiques tout autres.

Par ailleurs il nous faut aborder l'actualité sous l'angle de la télévision, avec ce qu'elle a de spécialement simplificateur sur l'information. Citons Christian Troubé qui résume globalement l'effet réducteur de la télé sur le discours humanitaire :

« Privilégiant l'émotion sur la réflexion, l'instantanéité sur la mise en perspective, la redondance sur le recul, l'audiovisuel n'est pas devenu par hasard le lieu privilégié où se diffuse l'image réductrice de l'humanitaire.

(...) Tous ces stéréotypes cathodiques permettent d'éviter de trop entrer dans la complexité d'une situation, de créer facilement de l'empathie bien qu'il s'agisse de relater des situations a priori répulsives, de décomplexer le téléspectateur en lui indiquant une voie du salut possible. » (Troubé, 2009)

« Nommer, c'est déjà agir »

Ainsi nous comprenons en quoi le choix des mots permet de clarifier ou au contraire d'obscurcir des situations humanitaires, toujours complexes.

D'une part, le vocabulaire employé peut orienter les actions dans un sens qui correspond à un référentiel occidental inadapté à la réalité locale –pour y remédier faut-il s'ouvrir aux conceptions locales...

D'autre part, une rhétorique volontairement vague et effrayante à la fois (par exemple les mots « génocide » et « crise humanitaire ») ne permettent pas à l'auditeur de comprendre les mécanismes de l'événement, d'autant plus quand on sait que ces termes peuvent être délibérément employés (par volonté étatique) dans l'intention qu'on ne s'attarde pas sur les vrais responsables.

Ces considérations linguistiques amènent l'idée qu'un Droit International Humanitaire fort ne pourrait certainement pas empêcher les crimes, tant que la volonté politique des Etats n'est pas de s'en servir comme il se doit.

Les Etats ne sont pas les seuls à brouiller les pistes... Il revient aux journalistes, aux humanitaires, aux historiens, et à tout un chacun s'intéressant à l'information d'actualité de ne pas tomber dans une rhétorique humanitaire classique ou « langue de bois », de décoder le sens caché des discours, ou tout au moins de maintenir un esprit critique.

Cela dit, on constate qu'il est difficile de nommer les situations historiques sur le terrain, notamment du fait de la complexité des conflits modernes. Pour Jean-Christophe Rufin, travailler dans l'urgence s'apparente parfois à un pilotage dans le brouillard, sans visibilité, et à haut risque. « Ce qui se déroule devant nous, les convulsions des peuples, ces événements

qui, par la suite, portent un nom et le conservent à jamais dans l'histoire (guerre, révolution, famine...) se présentent à l'observateur direct sous formes partielles et déroutantes. (...)

La guerre, par exemple. Chacun s'en fait une image spécifique mais, dans l'ensemble, l'imaginaire collectif s'attend lorsqu'on parle de guerre, à rencontrer Verdun ou Pearl Harbor. Or, les conflits d'aujourd'hui sont partiels, hétérogènes, surprenants par la manière dont ils infiltrent la vie normale et, la plupart du temps, la respectent. » (Rufin, 2008)

Il est donc bien plus facile de qualifier justement les situations après, lorsqu'on dispose de toute l'information. Mais il reste important de caractériser au mieux une crise, car cela précise les processus en cause dans la crise, et conditionne les moyens de la réponse, ou plutôt le déploiement de moyens adaptés aux besoins.

Finalement nous comprenons en quoi « nommer c'est déjà agir ».

Humanitaire-spectacle

La communication est une facette obligée des ONG. Les humanitaires doivent communiquer, trouver soutien auprès de l'opinion publique, et c'est bien par l'intermédiaire de la presse.

Mais les informations de presse sont déterminées par les journalistes, dont l'objectivité peut parfois être mise à mal.

Quel genre de relation peut-il exister entre les ONG et les médias ?

D'un côté, nous trouvons des gens comme Bernard Kouchner pour dire que les humanitaires doivent exploiter les médias pour servir leur cause, suivant cette « loi du tapage » : « L'ennemi essentiel des dictateurs et du sous-développement reste la photographie ; acceptons-la sans nous résigner : c'est la loi du tapage ; servons-nous d'elle. Les interventions doivent s'imposer par la force de l'insoutenable, ce remords des pays riches. L'opinion publique est le seul élément que les hommes politiques ne négligent jamais. » (Kouchner, 1986)

A cela Rony Brauman répond que le journalisme néglige l'enquête au profit de l'immédiateté, car, étant toujours plus avide d'audience, il privilégie le sensationnel au détriment d'une information documentée. Il rappelle aussi que la photographie, avant son usage de contestation, a servi les propagandes tyranniques... (Brauman, 2006)

En tout cas, ces points de vue s'accordent sur le fait que c'est l'image qui crée la popularité d'une cause, sans rapport avec l'importance de l'événement ni son poids historique.

Ces suites d'images malheureuses ne peuvent-elles pas, à la longue, ternir l'intensité des émotions et la recherche de vérité ?

« Une scène sinistre en cache une autre sans qu'on sache bien ce qui a disparu et ce qui vient à la place. Le malheur ressemble au malheur et s'oublie vite. » (Kouchner, 1986).

« Nos sociétés balancent entre la peur et la compassion, une compassion que l'on éprouve indistinctement pour les enfants qui souffrent, les chômeurs, les bébés phoques, les yougoslaves » (Brauman, 1992)

« La compassion tend à se dégrader en apitoiement plutôt qu'en exigence de justice ; l'information dérangeante est remplacée par la communication toujours consensuelle ; au pire les victimes comme les spectateurs perdent toute qualité d'humanité, ils sont déshumanisés. » (Brauman, 2000)

Cette compassion permet pourtant de déclencher des dons. Mais n'est-ce pas une forme de tromperie, même si l'argent des donateurs n'est pas détourné... ?

Jean-Christophe Rufin se remémore à ce propos une mission aux Philippines pendant la révolution et le départ du dictateur Marcos, où il constata l'écart immense qui existe entre la perception internationale d'un événement et la réalité du terrain. En effet la chute du dictateur

ne s'accompagna d'aucune véritable crise humanitaire. Sur place, les équipes durent chercher longtemps pour trouver un programme utile à faire, qui, de plus, ne correspondait à aucune véritable urgence.

« Les commentateurs ont une fâcheuse tendance à confondre convulsions politiques et drames humains. (...) L'argent des donateurs n'était pas mal utilisé mais le ton pathétique que l'on avait utilisé pour les convaincre était loin d'être en accord avec la nature véritable du programme mis en place. J'éprouvais un certain écoeurement à me rendre ainsi complice d'un humanitaire-spectacle, à la remorque de l'actualité, qui se mettait en scène devant des drames politiques auxquels il ne pouvait, en réalité, apporter aucun remède. » (Rufin, 2008)

La part d'imaginaire véhiculé par les campagnes (obligées) des ONG ne s'apparentent-elles pas à une forme de mensonge –ou dans le meilleur des cas à une réduction de la vérité ?

Comme l'explique Bruno David, « à partir du moment où les ONG, les humanitaires travaillent essentiellement sur des logiques marketing ou commerciales, ils travaillent évidemment sur la séduction et donc sur une forme de représentation du monde et de leur ONG qui s'éloigne de la réalité. (...) »

Pour des ONG qui se respectent, la difficulté est de savoir quelle est la limite entre le réel et la fiction. » (MDM, 2009)

Rony Brauman estime finalement qu'il n'y a pas de raison de nouer des relations institutionnelles entre les médias et les humanitaires –de même qu'entre la politique et les humanitaires. De plus, si l'on tient compte de la télévision, le média le plus populaire, on peut imaginer que des connivences entre TV et humanitaires apporteraient d'autres contraintes, liées à la temporalité et au spectacle. (Brauman & Védrine, 2003)

Il serait raisonnable de s'attacher plutôt à garder des relations saines de distance, permettant approbation ou critique, et de description -plus ou moins juste, car personne ne peut être totalement juste.

I.A.2.c. Rapports des ONG avec la politique

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le frein des Etats

Depuis sa création en 1948, l'OMS a amorcé une évolution idéologique, mise en exergue dans les années soixante-dix avec la notion de « santé pour tous en l'an 2000 ». Même si, aujourd'hui ce propos nous rappelle avec force les tristes inégalités persistantes, le concept demeure : il ne s'agit pas seulement de négocier avec les Etats pour lutter contre les fléaux épidémiologiques et autres, mais d'arriver à quelque chose comme un monde meilleur, une recherche autour de la définition de « l'état de bonne santé » qui ressemble un peu à celle du bonheur.

La création de l'OMS répond à un besoin d'améliorer la santé publique, en acceptant l'idée qu'une gestion internationale des enjeux épidémiques est nécessaire. Mais ses résultats, après plusieurs décennies d'existence, sont jugés très insuffisants par de nombreuses ONG.

Cette faiblesse de l'OMS ne serait pas due à un manque de compétence, mais parce que ceux-là mêmes qui la mandatent, les Etats, ne lui facilitent pas toujours la réalisation de sa mission.

Cette structure est en effet représentative des Etats, de quelque nature qu'ils soient, et non des populations victimes d'épidémies. Si, en théorie, un vote de l'assemblée de l'OMS pourrait imposer un règlement sanitaire à un pays, faisant ainsi exception au principe de la

souveraineté des Etats, cela reste une fiction. Jean Rigal nous le rappelle avec l'exemple de l'Ethiopie qui refusa de déclarer un seul cas de choléra en 1985, ou le Malawi la peste en 1994 ; il fut impossible pour l'organisation d'en faire mention ou de proposer des mesures adaptées. (MSF, 2000)

Pourtant le sida, la grippe aviaire, les arboviroses, la tuberculose...d'autres maladies émergentes à venir ne rendent-ils pas impérieuse la coopération internationale ? Pour Rony Brauman, il est évident de l'affirmer, ajoutant que la recherche, la surveillance des vecteurs (moustiques, tiques, oiseaux sauvages etc.), celle des animaux d'élevage, du commerce, le dépistage de masse, le contrôle sanitaire entre autres, sont des domaines à partager. (Brauman, 2006)

Même si l'OMS a démontré des résultats positifs sur la santé du monde, on pourrait en attendre davantage avec une meilleure coopération internationale dans l'intérêt de la santé publique.

Intégrer les ONG dans les « missions de paix » de l'Organisation des Nations Unies (ONU)

Nous venons d'aborder le manque de coordination internationale dans les actions de santé publique, pour ce qui concerne la branche « santé » de l'ONU (incarnée par l'OMS). Il existe d'autres critiques visant la volonté hâtive de rassembler et confondre les divers intervenants, entraînant inévitablement une limitation des libertés de chacun.

C'est une coopération souhaitée par le secrétaire général de l'ONU dans son « agenda pour la paix » (présenté en 1992), qui « considère les ONG comme des leviers de l'action pour la paix et vise à les intégrer dans le dispositif général des Nations Unies, aux côtés des diplomates, des militaires et des agents économiques. Du point de vue des humanitaires privés, toutefois, cette position n'est pas acceptable, car elle les conduit à se placer sous l'autorité d'un acteur du conflit et, par conséquent, à abandonner leur situation d'extériorité par rapport aux parties belligérantes, condition de la délivrance impartiale de l'aide. Les plans de retour à la paix de l'ONU sont inévitablement faits d'alliances politiques, et donc d'exclusions, qui amènent les troupes onusiennes à prendre part à des combats ou à organiser des blocus afin de faire céder des groupes rebelles. » (Ryfman, 2008)

L'ONU doit coordonner bien d'autres organisations que celles non gouvernementales, et d'autant plus qu'elle ne s'occupe pas que de questions humanitaires ; elle doit traiter avec les Etats, comme on l'a vu, ce qui impose d'autres contraintes. S'y ajoute une complexité administrative qui ne peut qu'accroître les dysfonctionnements.

« La diversité du système des Nations Unies en matière humanitaire ne cesse de s'accroître, sans que l'on puisse toujours y discerner une réflexion stratégique préliminaire et cohérente, en phase avec une définition précise des besoins humanitaires et leur évaluation préalable. Elle donne souvent le sentiment d'être la résultante de l'addition de logiques bureaucratiques, de compromis avec les intérêts des Etats et de solutions pragmatiques destinées à remédier à des dysfonctionnements criants de structures onusiennes préexistantes, mais dont la suppression est politiquement inenvisageable. » (Ryfman, 2008)

Entre une coopération insuffisante et une emprise trop autoritaire, le juste milieu reste à trouver au sein de ces organisations supranationales.

Action humanitaire et humanitaire d'Etat, la confusion

Il existe certainement une analogie entre les intérêts défendus par la raison d'Etat, et l'action humanitaire. Comme le dit Rony Brauman, « l'objectif de rendre le monde moins invivable n'appartient pas aux humanitaires ». Certes les logiques d'action sont différentes, mais il existe des convergences de fond, entre ce que peut accomplir un chef de la diplomatie et un responsable d'ONG.

Cependant certains nous mettent en garde contre un rapprochement des deux, car si une coopération est souhaitable, les ONG doivent veiller à conserver une rigueur et une indépendance qui exclut un risque d'instrumentalisation par les Etats.

Inversement, l'apparition d'ONG dans certaines négociations diplomatiques entraîne un risque d'aboulie des états, qui feraient des ONG leurs « sous-traitants ».

Une attitude idéale serait de bien définir les rôles de chacun sur le terrain, et vérifier qu'ils sont acceptés, et à partir de là, pouvoir coopérer et partager éventuellement les informations utiles. (Brauman & Védrine, 2003)

Une contradiction reste évidente, et difficile à gérer. En effet, les ONG se veulent par définition non alignées et non dépendantes des gouvernements, mais elles sont inévitablement liées à ceux-ci, notamment parce qu'ils constituent souvent les principaux bailleurs de fond. A ce titre, l'Union Européenne est le bailleur de fond le plus important pour les ONG ces dernières années.

ECHO (European Commission Humanitarian Office) : discussion autour de son rôle

ECHO est la commission créée par l'Union Européenne pour financer les ONG.

Si celle-ci a été créée dans des objectifs réellement humanitaires, une réflexion s'impose sur les déviations qu'elle pourrait générer.

Tout d'abord, l'Union européenne n'ayant pas de politique européenne, la posture humanitaire tiendrait lieu de politique étrangère de l'Europe, avec donc le risque de se défaire sur les ONG d'une part, et de les instrumentaliser d'autre part.

De plus, cette commission engendre une nouvelle donne économique de l'humanitaire, au sens où, l'Union européenne ayant de l'argent, elle demande de trouver des projets pour attribuer les fonds. Les lois habituelles de l'offre et la demande sont ainsi inversées : c'est l'offre qui déclenche l'aide et non plus les besoins vitaux créés par une crise.

Bien souvent, dit Rony Brauman, les ONG acceptent l'argent pour se maintenir à flot, pensant qu'elles atteindront aussi leurs objectifs ; mais celles qui acceptent de devenir des agents sous-traitants ne parviennent plus à se situer. Or, devenir un opérateur de communication de l'Union européenne sans pouvoir se l'avouer, n'est-ce pas en quelque sorte fabriquer un faux besoin humanitaire ? (Brauman & Védrine, 2003)

Le risque de confusion est grand pour les ONG. Il peut être évité si elles analysent avec honnêteté la situation et la réponse concrète utile, et si elles renoncent à inventer une fausse réponse -à un faux besoin (cf. partie I.B.3.e. intitulée : refuser un budget qui cherche sa mission ou la tentation de créer un faux besoin humanitaire).

Rony Brauman et Hubert Védrine insistent sur la nécessité pour les ONG d'être suffisamment responsables pour refuser une division du travail avec toute forme d'autorité politique, et préserver leur logique d'action. Cela suppose une totale indépendance d'analyse.

Et si les tensions entre les deux existent forcément, les rapports ne doivent pas être systématiquement conflictuels ; il s'agit de préserver un espace de discussion, de partage ponctuel d'informations ouvertes, sous une forme qui ne soit pas institutionnalisée.

L'institutionnalisation existe certes sous la forme de l'accréditation que délivre l'ONU à certaines ONG. Le statut consultatif qui en découle a priori peut avoir une utilité. Cependant, Rony Brauman dénonce là encore le manque de résultats, alors que les contraintes bureaucratiques sont pesantes. De plus, certaines ONG iraient chercher par cette labellisation une légitimité qu'elles n'acquièrent pas sur le terrain...l'ONU devenant, selon ses termes, un « centre s'émission de fausse monnaie »... (Brauman & Védrine, 2003)

La représentation politique brouillant la piste des victimes

Les forces politiques entrent aussi en compte dans le camp des victimes, compliquant les démarches des secours pour traverser les divers niveaux représentatifs afin de parvenir jusqu'au dernier niveau, où se trouve objectivement la victime.

« Tout était politique. (...) Partout des forces font écran entre eux (les victimes) et ceux qui viennent leur porter secours. Que ce soit des gouvernements, des mouvements de guerillas, des chefs de clan, des syndicalistes, les victimes sont toujours « représentées » par quelqu'un. Elles sont immergées dans le jeu politique, les rapports de force. Et la « représentation », hélas, est bien souvent une usurpation.

(...) La neutralité ne peut être que le résultat d'une démarche active. Pour arriver jusqu'à ceux qui ont besoin d'aide, il faut d'abord comprendre où ils se trouvent, qui les oppriment, qui les représentent et pour servir quels intérêts. Alors seulement on est en mesure de déjouer les pièges qui sont tendus à ceux qui apportent l'aide. Alors seulement on peut espérer avoir accès à ceux qui ont vraiment besoin de nous. Le prix à payer, pour pouvoir être utile dans ces terres habitées, était d'ouvrir les yeux, d'observer sans dégoût, et de comprendre sans condamner. C'était la vie, la vraie. » (Rufin, 2008)

Une fréquente mixité de carrières entre humanitaire et politique

Il faut remarquer que les rapports entre humanitaire et politique sont entretenus également par le fait d'une mixité de carrière ; de nombreux travailleurs humanitaires s'orientent en effet vers une carrière au sein des organisations supranationales (ONU) ou dans les ministères.

On conçoit l'enrichissement que peut procurer ces carrières consécutives, mais le travail ne peut pas être confondu. A propos de Bernard Kouchner et ses attributions politiques au cours de ces dernières années, Jean-Christophe Rufin écrit, « La vision humanitaire ne peut pas résumer la position politique d'un pays comme la France, mais son expérience dans ce domaine peut donner à la diplomatie des outils nouveaux d'influence et même de puissance. » Sur ce même sujet, Rony Brauman attire l'attention sur le fait que cette fonction de secrétaire d'Etat à l'Action humanitaire porte en germe une source de confusion potentiellement dangereuse pour les humanitaires. Le danger en question, c'est, pour les humanitaires, d'être annoncés coordonnables par un gouvernement. (Brauman, Halter, Rufin et al., 2008)

Jean-Christophe Rufin, a également accepté certains postes au ministère (au cabinet de Claude Malhuret, secrétaire d'Etat aux Droits de l'Homme de 1986 à 1988, et conseiller du ministre de la Défense, François Léotard en 1993), entre deux périodes à la présidence d'ONG comme MSF et ACF.

Si il y a bien souvent confusion extérieure entre agents humanitaires et agents politico-militaires, entre eux pourtant ils ne s'y trompent pas. « Les deux années que je vécus à la Défense furent passionnantes. Loin de trahir qui que ce fût, je m'employais avec d'autres, à rapprocher humanitaires et militaires tout en affirmant haut et fort que leurs tâches sont distinctes et que leurs mandats ne sauraient être confondus.

Je découvris d'ailleurs rapidement que la méfiance était partagée. Si les humanitaires voyaient dans les militaires le diable et le danger, ceux-ci n'étaient pas exempts de préjugés à l'égard des ONG. Pour certains d'entre eux, notamment ceux qui s'occupaient d'affaires africaines, les humanitaires étaient des gauchistes chevelus, fouineurs, incontrôlables, bref des empêcheurs de faire la guerre en rond. » (Rufin, 2008)

I.A.2.d. Rapports des ONG avec le Droit International Humanitaire (DIH)

Un peu d'histoire du DIH

En guise d'introduction, voici quelques extraits pour mieux comprendre les fondements du DIH (Ryfman, 2008) :

« Le droit international humanitaire se rattache originellement au processus de réglementation des conflits armés interétatiques. Il constitue donc une branche du droit international public, mais marquée dès l'origine par un trait particulier : elle n'est pas qu'un droit des seuls Etats. Pour une triple raison. Son origine d'abord qui est non gouvernementale. Or une telle conjoncture est exceptionnelle et se rencontre rarement. Ensuite, son court texte fondateur (dix articles seulement) visait -dans l'esprit de ses concepteurs- à construire, lors de la survenance de guerres entre Etats-nations, un espace juridiquement garanti pour l'action des personnels sanitaires d'organismes privés de secours qui naissaient au même moment. Enfin ce droit balbutiant s'essayait à combiner deux approches par essence antinomiques : atténuer les rigueurs des hostilités et assurer un respect minimum de la personne humaine et de sa dignité durant celles-ci, tout en ne portant pas atteinte à travers les actions de secours aux « nécessités » militaires et aux réglementations propres édictées par les gouvernements en guerre et leurs forces armées. Longtemps il restera marqué par cette contradiction qui le fera considérer comme une simple branche du droit de la guerre, avant que le changement de dénomination ne symbolise au siècle suivant son autonomisation progressive. »

« Le cœur du DIH est constitué des quatre conventions de Genève du 12 août 1949 : la première « pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les forces armées en campagne » ; la deuxième « pour l'amélioration du sort des blessés, des malades et des naufragés des forces armées sur mer » ; la troisième « relative au traitement des prisonniers de guerre » ; la quatrième « relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre ».

Après de longues tractations diplomatiques, elles furent complétées par deux Protocoles dits « additionnels », signés le 8 juin 1977 : le premier « relatif à la protection des victimes de conflits armés internationaux » ; le second « relatif à la protection des victimes des conflits armés non internationaux ». Les Conventions de Genève sont entrées en vigueur le 21 octobre 1950 et les protocoles additionnels le 7 décembre 1978. L'universalité des premières est frappante puisque quasiment tous les Etats de la planète (194) y ont adhéré. Les Protocoles ont longtemps suscité plus de réserves de la part de nombreux Etats. Cependant la généralisation de leur ratification apparaît désormais comme irréversible. »

Le droit d'ingérence

Dans l'histoire de l'humanitaire, on peut considérer que le droit d'ingérence accompagnait l'idée du sans-frontiérisme, dans la volonté à la fois de témoigner des violences qui existent et d'organiser le franchissement clandestin des frontières pour des équipes de secours.

Initialement pacifique, cette notion d'ingérence a progressivement pris un caractère martial, en autorisant une intervention armée, réglementée par l'ONU.

L'ingérence, un acte politique

Le droit ou, pour certains, le devoir d'ingérence signifie que les ONG militant pour une intervention armée sous gouvernance internationale lors d'une crise donnée auront estimé qu'un certain seuil de souffrance a été franchi, ce qui autoriserait alors l'utilisation d'un contre-pouvoir destructeur. C'est une responsabilité toute controversée, en ce sens qu'elle prend la forme d'un engagement politique.

« Militer pour une intervention armée est un acte politique à part entière qui implique de se prononcer sur l'opportunité du recours à la force et sur les modalités de son emploi. » (Weissman, 2004)

Une intervention armée pour des motifs humanitaires reste une idée discutable : en effet est-ce acceptable d'occuper un territoire et exercer des violences au nom de l'exigence de la morale ?

Droit et ingérence ne sont-ils pas antinomiques ? L'ingérence n'aggraverait-elle pas le cas des véritables victimes ?

« Si on se résigne à l'usage systématique de moyens militaires pour renforcer l'action humanitaire, c'est abandonner tout espoir d'obtenir des belligérants qu'ils respectent cette action et surtout les populations civiles, dont la seule arme effective est le droit. » (Rieff et al., 2002)

Le risque d'instrumentalisation au bénéfice des grandes puissances

La perte de la souveraineté d'un Etat par l'imposition d'une force extérieure (permise par le droit d'ingérence) a été considérée, à juste titre, comme dangereuse par les Etats du Tiers Monde.

« Il est à craindre qu'au nom de l'humanitaire un directoire des puissants (les cinq membres permanents du conseil de sécurité) ne s'arroge le droit d'intervenir à sa guise sans le consentement des pouvoirs locaux : cette violence exercée au nom du Bien n'est pas sans rappeler la démarche « protectrice et civilisatrice » de la colonisation. Dans les faits, l'exercice du droit d'ingérence, depuis dix ans, a montré qu'il était bien altéré par le principe « deux poids, deux mesures » : le débarquement martial sur les plages d'une Somalie déserte et en proie à l'anarchie contraste avec la prudente abstention des Occidentaux face à la répression violente en Tchétchénie... » (Rufin, 2003)

Un concept flou

Sylvie Lagabrielle, juriste, nous rappelle que les conditions d'application d'une ingérence organisée sont assez floues, de même que les motivations qui la sous-tendent :

« Bien qu'il signe une évolution marquante du droit humanitaire, le droit d'ingérence n'a pas pris véritablement consistance dans le droit international. (...) Le concept du droit d'ingérence reste d'ailleurs, lui-même, flou quant aux acteurs auxquels il s'adresse (Etats, organisations

humanitaires, organisations de sécurité collective). Mais sa fragilité majeure tient dans l'ambiguïté de ses motivations. Perçu ici de manière positive, il ne constitue sous d'autres cieux qu'un ultime avatar du colonialisme et de cet impérialisme occidental qui avaient déjà pris prétexte de l'humanité civilisatrice pour mener leur conquête territoriale. Aussi la remise en cause du principe de souveraineté par l'ingérence est-elle loin d'être unanimement admise. Que cache donc la générosité des pays riches envers les pays pauvres ? » (Lagabrielle, 2009)

La représentation de l'ingérence en tant qu'intrusion

En considérant le concept d'ingérence d'un point de vue abstrait, en tant qu'intrusion conseillère, sans même parler de force armée, beaucoup y voient en effet une manifestation de notre arrogance occidentale qui pense donner des leçons du haut de son histoire révolutionnaire ou institutionnelle.

Pour Marek Halter on ne peut pas apporter la liberté de force : « J'ai toujours été persuadé qu'on ne pouvait pas se substituer à un peuple en lui apportant le bonheur de l'extérieur et en lui disant : « Prends, c'est le fruit de notre expérience. » (...) Je persiste à croire que cette intervention militaire en Irak, cette volonté sincère d'apporter la démocratie préfabriquée à des gens qui n'avaient rien demandé est une bêtise. On n'apporte pas la liberté contre le gré des gens. » (Brauman, Rufin, Halter et al., 2008)

Ce devoir d'ingérence est probablement né de la peur de reproduire l'indifférence génocidaire lors de la shoah, cet immobilisme jugé « criminel » par certains. Dans cette optique, Bernard Kouchner faisait partie de ceux qui justifiaient l'ingérence par le fait de « vouloir empêcher un nouvel Auschwitz ». Mais cette obsession peut rendre aveugle et renvoyer une image déformée des événements. A trop vouloir empêcher un nouvel Auschwitz, on risque de provoquer une ingérence irréfléchie et impérialiste. (Brauman, Rufin, Halter et al., 2008)

Réflexions sur les applications du droit humanitaire international à partir de la polémique sur la création d'une Cour Pénale Internationale permanente.

Les arguments « Contre »...

La place du droit à la guerre dans les relations internationales a été renforcée par l'adoption à Rome en juillet 1998 du statut de la Cour pénale internationale permanente.

Certaines ONG ont milité activement pour la création d'une Cour Pénale Internationale (CPI). Cependant on peut se demander si cette avancée du droit international ne risque pas d'accentuer les amalgames entre acteurs humanitaires et organisations des droits de l'homme, et entre action humanitaire, politique et militaire...

La collaboration entre ONG et cour pénale internationale qui peut en découler pose également d'autres questions :

« Certaines de nos ONG, en collaborant avec la CPI ou en qualifiant elles-mêmes de « génocide » les massacres du Darfour, n'ont-elles pas outrepassé leurs responsabilités humanitaires et mis en péril leur capacité d'apporter des secours en situation de crise ?

Il ne s'agit pas ici de remettre en cause l'impératif de témoignage humanitaire des ONG, mais de questionner leur relation aux institutions pénales internationales. Il est difficile, en effet, de revendiquer à la fois l'indépendance, l'impartialité ou la neutralité pour avoir accès aux victimes de conflits, et de se proposer comme potentiels témoins à charge dans le cadre de procédures judiciaires. Témoignage humanitaire public et témoignage judiciaire ne font pas ici bon ménage. » (Salignon, 2009)

Les arguments « Pour »...

A l'opposé, de nombreux arguments incitent à penser qu'une Cour pénale internationale permettra de régler de nombreux conflits. L'action humanitaire ne peut (et ne doit) pas tout : si elle sauve des vies en apportant secours et assistance, seule la négociation politique permet de résoudre les conflits.

Les motivations des ONG qui se sont battues pour la création d'une Cour pénale internationale étaient l'absence de recours juridique possible face aux tyrans qui s'octroyaient le droit de tuer leurs populations...

La permanence de cette Cour permettrait une action de sanction, de dissuasion, et de justice. En poursuivant les vrais responsables, elle favorise les processus de réconciliation entre les hommes, indispensable aux cohésions nationales.

Cependant, bien des Etats ont tenté de faire échouer le projet, de peur que la souveraineté nationale ne soit altérée par cette autorité supérieure et indépendante. Ces réticences des Etats font présager une potentielle inefficacité de cette institution : « Cette Cour sera-t-elle un énième traité, ratifié et néanmoins régulièrement bafoué par les Etats signataires ? »

(ACF, 1998)

I.A.3. Témoigner

« Soigner et témoigner » pourrait résumer la pensée humanitaire.

Nous avons évoqué les moyens de témoigner en l'occurrence les médias, et l'importance de qualifier rigoureusement une crise humanitaire, pour mieux communiquer. Cette partie va s'attacher à comprendre les difficultés du témoignage, et ses conséquences possibles notamment par la confusion politico-humanitaire qu'il peut provoquer.

I.A.3.a. Histoire du témoignage

A plusieurs reprises dans l'histoire de l'humanitaire il y a eu des discussions sur le rôle et les modalités du témoignage.

Le Biafra figure comme un moment fondateur de l'action humanitaire sur le plan de ses principes, avec l'abandon du pacte de neutralité, qui constitue une rupture avec la tradition caritative et qui s'accompagne d'une forte présence médiatique : les humanitaires deviennent des témoins à charge. Cette conviction s'est renforcée lors des missions frontalières du Cambodge, dans le contexte de violences du régime de Pol Pot à partir de 1979.

Stratégie du tapage et risque de récupération politique

Rony Brauman raconte comment MSF a souffert de conflits internes sur la façon de témoigner, avec l'événement de la marche pour la survie du Cambodge. « Il faut reconnaître que, en fait de témoignage, nous étions là en pleine stratégie du tapage. Il y avait plus de journalistes, dont de nombreuses télévisions, que de manifestants! Notre supplique était un spectacle. C'était ce que nous voulions et c'est ce que nous avons eu. Si bien que le fond de notre affaire-la situation au Cambodge- a été en partie effacé par la forme –des personnalités en vadrouille. »

Au retour, des débats importants ont eu lieu au sein de l'ONG, car, derrière l'affirmation – trop vague- d'un « devoir de témoignage », deux questions s'intriquaient : devait-on prendre position aussi directement contre un gouvernement ? Et, dans l'affirmative, fallait-il le faire en s'exposant à tant de risques de récupération politique ?

A posteriori, Rony Brauman affirme que, comme leurs prédécesseurs au Biafra, et tout aussi sincèrement qu'eux, ils se sont engouffrés dans une stratégie victimaire à courte vue :

« Dans cette bataille de Guerre froide, nous étions éperonnés par la conviction d'être du bon côté. C'est pourquoi le risque de récupération politique, considéré par nos critiques comme majeur pour MSF, ne nous effrayait pas. C'était précisément ce que nous recherchions ! »

A cette époque, au début des années 80, le débat n'a pas été formulé clairement sur des arguments politiques, mais il a été orienté vers la question des droits de l'homme, c'est-à-dire en situant le « témoignage » dans la filiation libérale de la défense des droits individuels, civils et politiques. Historiquement liée à la démocratie et à la notion de droits individuels, l'action humanitaire se situait nécessairement, selon MSF, dans le camp antitotalitaire.

(Brauman, 2006)

Cette histoire démontre comment témoigner peut maquiller une action politique militante.

Ce n'est que bien des années plus tard que Rony Brauman a remis en cause les fausses évidences qui avaient pu guider ces épisodes, notamment lorsque les historiens ont montré qu'il n'y avait pas eu plus de génocide au Biafra que de famine au Cambodge...

Le spectre de la Shoah

La mémoire de la Shoah a été déterminante pour comprendre que le secret est une condition de la terreur totalitaire.

Mais, explique Rony Brauman, « croire qu'une dénonciation publique du massacre des juifs en 1943 aurait changé quelque chose est une pieuse illusion, comme on peut le comprendre à la lecture des travaux d'historiens ». C'est ce que certains appellent « la théorie du malentendu » : s'il y a des génocides, des massacres et des atrocités dans le monde, c'est un malentendu, au sens strict ; on n'a pas entendu, pas vu, pas compris ; il aurait suffi que l'on sache, qu'on nous le montre, pour enrayer l'engrenage criminel. Pour Rony Brauman, c'est une vision candide et mécaniste, coupée de la réalité complexe du monde politique, et elle induit un malentendu sur la notion de génocide : en effet « comment témoigne-t-on d'un génocide au moment où il se produit ? On peut témoigner d'un massacre, d'actes de violence extrême. On voit la faim, les morts, les blessures, les maladies, l'exode, le déracinement, la désolation. Mais le génocide est précisément ce qui est caché dans un crime ; ce qui le qualifie est de l'ordre de l'intention. Autrement dit, seul un « génocideur » peut témoigner du génocide, directement ou par les documents qu'il a laissés derrière lui. Ce n'est pas parce que l'on est sur le terrain qu'on le verra mieux. » (Brauman, 2006)

Au Rwanda, confronté à l'évidence du génocide en cours, MSF appelle à une intervention internationale armée, estimant publiquement que l'on « n'arrête pas un génocide avec des médecins ».

I.A.3.b. Les réticences à témoigner

Points de vue discordants et difficultés d'harmonisation d'une réponse collective

Il est des situations où des crimes sont constatés par les agents humanitaires, qui remettent en question l'éthique des secours. Cependant sur le même terrain, les ONG ont des points de vue divergents sur la nécessité de dénoncer les actions condamnables qui auront été constatées, et sur le devoir d'abstention si les missions ne tiennent plus leurs objectifs humanitaires. L'exemple de la famine en Ethiopie en 1983 a montré le refus de nombreuses ONG de s'opposer aux autorités éthiopiennes, malgré la découverte des conséquences dramatiques du plan gouvernemental de déportation des populations. Certaines d'entre elles prétextaient alors qu'il s'agissait d'un niveau de décision qui ne les concernait pas, leur mission se bornant à « aider » la population. Mais, écrit Eric Dachy, la motivation principale de cette répugnance à dénoncer ouvertement la situation semblait plutôt être de ne pas brouiller l'image de leur mission aux yeux du public qui les soutenait et qui croyait en leur action (Dachy, 2004).

Rony Brauman ajoute que « la plupart n'acceptaient pas de se voir et d'être vus autrement que pour leurs bienfaits ; ils rejetaient la possibilité même d'être nocifs. La position humanitaire de base, renforcée par la pression publique, est de se prendre pour l'incarnation du juste et du bien. Les ONG prêtaient aux donateurs leurs propres convictions en noir et blanc, elles se crispaient sur la nécessité de protéger leur « innocence » vis-à-vis du public. Leur raisonnement dans la controverse était en substance : il y a ceux qui préfèrent garder les mains propres, au prix d'une désertion du terrain ; et puis il y a ceux qui mettent les mains dans la glaise et restent auprès des victimes. » (Brauman, 2006)

Ces points de vue discordants posent bien entendu des problèmes d'entente et de communication sur le terrain, et nuisent à l'harmonisation d'une réaction collective qui aurait une portée internationale.

Rester auprès des victimes ou témoigner, le dilemme.

« Où est la place du secouriste ? Près de la victime. C'est tout. »

Cette « fièvre compassionnelle irréfléchie », pour reprendre les mots d'Eric Dachy (Dachy, 2004), fait aussi des humanitaires les « complices du mal » :

« L'épisode éthiopien révèle à ceux qui veulent bien l'admettre que, comme la raison administrative, la raison humanitaire est capable de fabriquer des « criminels innocents » et qu'au nom d'une compassion clamée haut et fort, l'on peut être amené à participer aux monstruosité que l'on visait justement à mettre en échec ».

Ce parallèle avec le « silence coupable » de la Croix Rouge en 1942, et la « raison administrative » invoquée par les organisateurs du génocide lors des procès après guerre, est également développé par Rony Brauman, s'inspirant du livre de Hannah Arendt sur le procès Eichman.

Sur la question du rôle et de la responsabilité de la mission MSF en Ethiopie, il prend conscience que leur participation, même involontaire, aux transferts de populations, signifiait leur assentiment à cette politique : « Nous étions libres de nos choix, notre vie n'était pas menacée en cas de refus, tout au plus notre présence dans le pays. En restant et en nous taisant, nous faisons mine de croire que nous rendions service à la population alors que nous servions les intérêts des bourreaux. Pour les ONG, l'obsession de faire leur travail, d'accomplir leur mission, tenait lieu de conscience. Face aux nombreuses difficultés pratiques et techniques à résoudre quotidiennement, elles en arrivaient à réduire leur environnement à un ensemble de problèmes auxquels il fallait trouver une solution. Le sens de leur action leur échappant, les humanitaires se transformaient en « spécialistes de la résolution des problèmes » selon l'expression reprise par Arendt dans un autre livre. Cette vision purement

instrumentale du monde caractérisait Eichman, selon Arendt, et on la retrouve dans le comportement des ONG en Ethiopie. A un moindre degré, certes, mais qui ne change pas fondamentalement la question de leur responsabilité. » (Brauman, 2006)

Le témoignage assimilé à une campagne de publicité

Toute ONG doit gérer des contraintes de marketing, pour pouvoir obtenir des fonds, et doit développer des moyens pour communiquer au monde et à ses donateurs la nature de ses projets et les résultats des actions.

Il arrive que certains actes de témoignage soient pris pour du pur marketing. Didier Loreillard se souvient ainsi d'une campagne de MSF mal interprétée, qui affichait les dessins d'épouvante des enfants géorgiens bombardés. D'après lui, la gêne qui en a résulté montre que, d'une part, l'action n'était sans doute pas la bonne, et que d'autre part, ce genre d'incompréhension risquait de mettre l'ONG en difficulté.

Didier Loreillard a l'espoir de croire que ce n'est pas la communication qui décide des témoignages et des actions qui sont menées. En guise de recommandation pour éviter les dérives, il ajoute: « tant que le témoignage sera fondé sur l'action, la communication restera secondaire et suivra l'action ». (Weber, 2003)

Cela dit, il existe forcément un choix qui doit être fait dans les images communiquées au public. Cette sélection peut amalgamer différents éléments pour rendre une guerre populaire, et privilégier certains effets : soit une prise de conscience générale, soit une réaction auprès des instances dirigeantes d'un pays, soit un effet de recherche de fonds.

Pour ces raisons, plusieurs campagnes ont été critiquées. Par exemple, la campagne de vaccination « un franc par jour » ou d'autres qui attribuent un montant fictif à une action sont accusées de ne pas représenter la réalité. Ou encore, les photographies d'une femme somalienne victime de la famine « avant » et « après » les secours : l'après ne peut être qu'un mensonge.

Beaucoup d'ONG contestent ce découpage en séquences, ou cette forme de parrainage qui n'est pas tout à fait juste.

D'autres rétorquent que ce genre d'illustrations permet de sensibiliser les donateurs à une action spécifique, se sentir plus au fait du projet, et permet de fidéliser les gens.

Le risque de perdre une certaine neutralité

Le statut de témoin des événements de l'histoire pour un humanitaire risque à l'inverse d'entraîner cette contrainte d'être interrogé sur ce qu'il aura vu, et de formuler une réponse qui puisse être la plus objective possible. Le danger est, en premier lieu de mal formuler, en second lieu, d'affirmer comme vérité ce que le seul point de vue de l'humanitaire permet - avec parfois ses défauts d'analyse comme nous l'avons vu-, enfin de devoir théoriser sur la situation dans son complexe géopolitique au dépend du souci pragmatique du terrain.

« La bienveillance attentive portée aux victimes inclut désormais la capacité à faire circuler rapidement l'information à leur sujet dans la sphère publique et à lancer dans celle-ci un « message fort » qui puisse mobiliser les consciences. On sent bien ce qu'a de paradoxal cette attitude sous l'apparente cohérence de sa logique et comment le souci prioritaire d'une association peut osciller entre l'assistance et le positionnement public. Car le statut de témoin éthique du monde, souvent considéré comme l'essence de l'engagement, a quelque chose de paralysant. L'invitation à formuler en permanence une appréciation du malheur sur une

échelle morale et politique éloigne de la réalité de la détresse plutôt qu'elle n'en rapproche. » (Dachy, 2004)

Afin d'améliorer la qualité des messages, beaucoup d'ONG ont renforcé leur connaissance juridique.

Les ONG se sont vues au fil du temps intégrer de plus en plus une action juridique à leurs actions de soins propres. Celles-ci sont en effet complémentaires dans certaines situations où le niveau des problèmes relève du droit international. Didier Loreillard a le sentiment que l'apport du juridique a été un des moteurs faisant évoluer la méthodologie au sein de MSF, notamment au service du témoignage, en le clarifiant et en le situant à un autre niveau, c'est-à-dire qui permet de témoigner directement pour les populations : « Être proches des gens permet d'être meilleur pour faire passer des messages et tenter d'améliorer leur situation ». (Weber, 2003)

I.A.3.c. Les humanitaires des témoins pour l'Histoire

Le témoignage des humanitaires peut a priori prétendre à un rôle historique, même si l'objectif des organisations de secouristes n'est évidemment pas de produire des sources pour les historiens professionnels.

Il est intéressant de rechercher le point de vue des historiens sur cette question qui concerne leur travail de recherche de la vérité historique, quant à ce rôle privilégié de témoin oculaire qu'ont les humanitaires, rendu possible par une présence neutre sur les lieux de conflits.

Depuis plus d'une décennie, la région des Grands Lacs africains est en proie à des conflits armés meurtriers et cruels au cours desquels des massacres systématiques sont régulièrement commis. Qu'il s'agisse du Burundi, de la République Démocratique (RD) du Congo, et du Rwanda, dans la plupart des cas les tueurs opèrent à l'écart de témoins indépendants du conflit. Souvent les massacres n'auraient pour témoins que les survivants et les criminels, si les organisations qui apportent des secours n'étaient présentes soit sur les lieux mêmes, soit là où rescapés et blessés arrivent. Ils sont fréquemment les seuls, avec des journalistes, à pouvoir dire ce qui s'est passé, à le dire et à être crédibles quand ils ont manifesté leur indépendance à l'égard des belligérants.

La question qui se pose, concernant les humanitaires en tant que témoins isolés, est de savoir si on peut accepter de retenir leurs déclarations sans attendre, comme c'est la règle pour la critique historique, une autre source qui les confirmerait ?

L'historienne Claudine Vidal pense que oui. Lorsqu'il s'agit de violences extrêmes, une attitude hypercritique, un scepticisme systématique à l'égard des témoins oculaires – parce qu'il seraient traumatisés, parce qu'ils seraient engagés à faire valoir une version, parce qu'ils n'auraient vu qu'une partie du drame, parce qu'ils seraient imprécis etc. - peuvent faire commettre une lourde erreur historique : récuser la réalité d'un massacre, parce qu'il n'est relaté que par de rares témoins, c'est prendre le risque de méconnaître la nature réelle d'un régime, de renforcer les conventions de silence imposées par les acteurs qui ont intérêt à les faire partager.

« Ne pas faire cas, par principe, de la parole de témoins humanitaires, n'est-ce pas indirectement les engager à être des non-témoins ? » (Vidal, 2004)

C'est à cette interrogation qu'aboutit finalement Claudine Vidal, après avoir rappelé à nos esprits l'exemple -parmi tant d'autres issu de la mémoire de la shoah- de Jan Karski, résistant

polonais qui avait témoigné de ce qu'il avait vu dans le ghetto de Varsovie aux alliés et ne fut pas entendu ...

I.B. La médecine humanitaire en pratique : des choix difficiles pour des enjeux de santé publique

I.B.1. Problématiques autour de la relation médecin patient sur les terrains humanitaires

I.B.1.a. Une relation asymétrique entre donneurs et receveurs de l'aide

Il existe une relation d'inégalité évidente entre les fournisseurs de l'aide et les bénéficiaires ; les premiers étant ceux qui « peuvent » donner, aux seconds qui « doivent » recevoir, c'est-à-dire dont la survie dépend de la décision d'autrui.

L'approche victimaire et la réduction opérée par la considération de la victime comme corps à soigner

« La vulnérabilité aperçue dans le visage de l'autre nous ramène à la morale, à l'éthique de responsabilité, c'est-à-dire à un devoir impérieux de compassion et de réparation vis-à-vis d'autrui. Mais une responsabilité qu'il nous faut admettre d'avance comme dissymétrique et dont nous n'attendons pas de réciprocité. »

« Au nom du bien on peut aussi déposséder l'autre de ses droits. En imposant, par exemple, sa façon de penser à des hommes réduits à la sous-humanité qu'impose le statut de victime. En ne considérant l'autre que comme une pathologie ou un symptôme, un corps à soigner ou à nourrir. »

(Troubé, 2009)

Une forme de tyrannie

De plus l'influence hygiéniste peut exercer une forme de tyrannie sur les sujets qui s'ajoute au supposé bien-fondé de la mission qui fait renoncer toute critique (cf. partie II.C.3. intitulée : la prise de conscience du lien entre hygiène et ordre, santé publique et « gouvernement de la vie »).

Les humanitaires héritent de ces idées et, peut-être malgré eux, sont les représentants symboliques de la présence d'un pouvoir étranger reconnu supérieurement puissant.

« Le terrifiant consensus de la bienfaisance élimine tout espace de débat, à la manière même dont la tête de Méduse sidérait ses victimes. (...) »

Sur le terrain, l'autorité de l'expatrié fait souvent taire les revendications des « locaux », dans le temps même où l'autorité des agences internationales, soumises à celle de leurs puissants mandataires, impose un ordre des camps calquée sur les formes internationales de la gouvernementalité.

Cet ordre est violent, et les membres d'une ONG n'échappent à sa violence que dans la mesure où, à un certain niveau ou à un autre, ils en sont les représentants. (...)

Si les intervenants humanitaires sont identifiés à leurs pays d'origine, ce n'est nullement par une sorte de confusion abusive, mais par l'évidence d'une réalité qui est que leur présence sur le terrain est bel et bien la présence d'un pouvoir de décision étranger, détenteur d'une puissance économique, et donc, à un niveau ou à un autre, aliénant. » (Vollaire, 2009)

Une inégalité sous l'assise du « biopouvoir »

Bien souvent les contraintes d'un bon rapport coût/efficacité pour une opération empêchent d'adapter les soins aux cas individuels qui sortent du cadre d'intervention standard.

Par ailleurs les organisations humanitaires exigent souvent d'être en situation monopolistique pour délivrer des soins de santé. C'est ce sur quoi Eric Dachy attire notre attention : « Toute concurrence à ce niveau et toute multiplication de l'offre de santé leur apparaîtraient comme une intolérable hérésie par rapport à une politique de santé publique rationnelle. »

Tous ces éléments mettent en évidence une certaine « propension (paradoxe) (de l'assistance humanitaire) à se développer comme une forme locale de biopouvoir en contrôlant les processus de la vie et à entériner une relation asymétrique et étanche entre secouristes et victimes enfermées dans leur statut de dépendance ». (Dachy, 2004)

Rony Brauman nous rappelle également l'ambiguïté du rapport médecin-patient, qui serait forcément inégal, par le fait que « s'approprier un corps pour le libérer d'un trouble, c'est du pouvoir. » (Brauman, 2006)

La charité, une insulte à l'altérité, aggravée par la brutalité de l'ingérence

Cette asymétrie de la relation soignant-soigné est inévitablement aggravée par l'ingérence.

« Dès lors que l'action humanitaire repose sur des formes diverses d'ingérence, il est logique qu'elle soit devenue de plus en plus difficile car la charité est une insulte à l'altérité.

Cette charité, qu'elle provienne des Nations Unies ou des ONG est de plus en plus dangereuse à mettre en œuvre car, sans le vouloir, ni vouloir le savoir, elle insulte des dignités collectives.

Si l'anthropologie ne peut offrir aux acteurs de l'humanitaire qu'une sorte de psychanalyse de leur rapport aux Autres, l'action humanitaire est un champ politique riche pour l'anthropologue car elle nie profondément l'altérité des victimes qui réagissent désormais parfois par la violence. Lorsque le rapport s'inverse et que s'impose la réciprocité nous voyons apparaître des humanitaires à leur tour victimes, otages de ceux qu'ils voulaient aider, épuisés par les épreuves, ébahis par la découverte de ces Autres, distants, hostiles, qu'ils voulaient « sauver d'eux-mêmes », se heurtant à un refus, au mur de l'altérité lorsqu'elle est par trop niée. Cette violence décuplera aussi longtemps que le principe de réciprocité n'aura pas mis sous tutelle la brutalité potentielle de toute forme d'ingérence. »

(MDM, 2007)

Quand l'inégalité mène à l'hostilité

L'inégalité dans la relation donneur-receveur peut mener à de la malveillance de part et d'autre, bien que cela aille à l'encontre des principes altruistes initiaux.

La négation de l'altérité des victimes, comme expliquée ci-dessus, se mêle à un sentiment d'humiliation provoquée par la présence d'une aide massive extérieure. L'ensemble concourt à faire naître des sentiments antipathiques des locaux envers les humanitaires. Ces derniers gèrent en effet des quantités importantes de choses précieuses, tels que des véhicules perfectionnés et des systèmes de communication ultramodernes etc., qui sont, d'autant plus en zone de guerre, un symbole de pouvoir, de richesse et de supériorité. Le fait que les populations locales ne soient pas impliquées dans ces remarquables procédures peut donner l'impression qu'elles ne sont pas dignes de confiance.

Mais le processus inverse existe, qui fait que des agents de secours, bien intentionnés au départ, vont adopter progressivement une attitude hostile face aux personnes auxquelles ils viennent en aide. Les raisons sont difficiles à comprendre : l'épuisement, le sentiment d'impuissance, l'hostilité des populations comme décrits plus haut... et il est possible que le fait de se placer en personne « extérieure » distincte des « victimes intérieures » représenterait très souvent une manière de faire face à l'évidence douloureuse des inégalités. (Anderson, 1999)

Par ailleurs, la gratuité des soins aggrave aussi l'inégalité entre le médecin et la malade. Nous allons comprendre que la grande détresse des victimes exclue souvent tout espoir de réciprocité.

I.B.1.b. Effets de la gratuité des soins sur le médecin, le malade et le soin

La misère qui exclut les malades du circuit de l'argent les place dans une situation d'extrême dépendance, et le médecin en situation de toute puissance dans la délivrance d'actes médicaux.

Les patients les plus démunis savent pertinemment qu'il n'y a pas d'acte médical gratuit, que même s'il n'est pas payant, il exige toujours implicitement une contrepartie. Cette contrepartie est un comportement docile, adapté à la demande médicale (une sorte de paiement en nature). Pour mieux comprendre Noëlle Lasne (MSF, 2000) donne l'exemple d'un patient qui n'avait pas suivi les conseils médicaux précédents, et revient avec de l'argent pour payer la consultation, en signifiant qu'il n'y aurait pas de contrepartie à la gratuité habituelle des soins consistant à se sentir obligé d'adopter nos recommandations ; il réclamait une relation médicale, sans aucune condition, comme tout un chacun, quelque soit son comportement passé, présent et à venir, déconnecté de tout jugement moral à son encontre.

L'acte médical gratuit risque donc d'entériner une relation d'asservissement, qui ne garantit pas à chacun au long cours un statut de sujet, libre.

Par ailleurs, l'analyse de certains programmes a permis de montrer que la gratuité, si elle permet le plus souvent de faire accéder aux soins une plus grande partie de la population, peut finalement être un obstacle à la pérennité du programme, en raison des coûts trop élevés. Dans le cadre de l'analyse du financement du programme de nutrition Pronanut en RDC par ACF, Odile Huthwohl écrit que la malnutrition n'est pas seulement due à un manque de nourriture mais également le fait de carences en matière d'éducation, de facteurs culturels, et que le problème de l'accès à la nourriture n'est pas seulement financier ; et dans ce cas elle s'interroge : « Doit-on considérer les malnutris comme des indigents pour maintenir la gratuité pour tous ? Ils feraient l'objet d'un ciblage par condition. Peut-on instaurer une

« sous-sélection » parmi les malnutris ? ». Une des solutions proposée est une participation financière des familles à un tarif accessible, permettant de pérenniser le programme.

La question de la gratuité des soins pour les plus démunis fait débat –même dans les pays européens.

Pour autant, l'acte de soins n'est pas nécessairement gratuit pour être humanitaire.

Outre la gratuité des soins, il peut exister d'autres limites à l'acte de soins dans ces situations de pénurie. Nous allons en voir un nouvel exemple.

I.B.1.c. L'intendance de la survie

Noelle Lasne, médecin dans les centres médicaux de MSF, explique l'impression ressentie en consultation, que la pauvreté prive le médecin et le patient d'un temps de rencontre souvent nécessaire pour apprivoiser la maladie en particulier la maladie grave, ce « temps d'approche et de rodage qui permet à chacun d'être sujet de son histoire et pas seulement l'objet de nos soins, même humanitaires...le temps de se faire soigner au lieu d'être soigné. » Car être pauvre, le plus souvent, c'est arriver en urgence absolue, avec une pathologie pour laquelle il est déjà trop tard. Elle se demande comment créer une relation de soins dans ces conditions « là où il n'y a eu que violence de l'annonce diagnostique, consigne de la marche à suivre, rencontre éphémère et séparation pour une hospitalisation immédiate, il faut créer confiance, adhésion, durée, mémoire. » (MSF, 2000)

Une autre difficulté rencontrée dans le parcours de soins est la difficulté pour les gens pauvres à se faire soigner, parce que la gestion de la précarité ne peut être faite qu'au jour le jour et requiert déjà toute leur énergie. Cette « intendance de la survie » fait que seul un problème médical majeur très invalidant et rapidement évolutif conduira à consulter. La vie est ainsi en rivalité avec la survie ; elles sont souvent toutes deux menacées, mêlant un manque de ressources financières, physiques et mentales, ce qui rend très difficile la possibilité pour le malade de s'investir dans la prise en charge de sa pathologie.

En pratique on peut considérer que chaque rendez-vous honoré est un miracle.

La prise en charge en hôpital de jour repose souvent sur une planification rigide, qui contraint le malade à des déplacements multiples, et ne permet pas, en raison de la surcharge de travail hospitalière, un temps de repos, de nourriture, de sommeil, un temps d'aléatoire qui est la règle au quotidien. Ces contraintes non « compensées » font que, souvent, le malade renonce à se faire soigner.

Cette intendance de la survie limite les actions de prévention. « Là où le temps est immobile, où on ne peut devancer ce qui nous arrive ».

Cela ne permet que des interventions de proximité où on renonce à la durée, à des prestations de qualité, à un examen clinique rigoureux et dans le respect de l'intimité. Cela encourage les patients à se satisfaire de dépannages sans lendemain, et les dissuade d'entreprendre une démarche de soins. Cela contribue donc à les enfermer dans la pauvreté à l'écart du système de soins.

(MSF, 2000)

I.B.1.d. Le poids des cultures

Sur les terrains étrangers où exercent les ONG, les soignants occidentaux voient les gens et leur environnement avec leurs yeux d'Occidentaux. Cela ne saurait en être autrement. Cependant, de façon probablement inconsciente, en partie, la culture de chacun et notre culture collective européenne, fabrique un jugement erroné sur certains aspects de la vie quotidienne locale. Le risque est de ne pas chercher à comprendre ces pratiques, et d'estimer les siennes prééminentes. Si certaines peuvent avoir démontré une meilleure efficacité d'un point de vue hygiénique, cela ne doit pas être supposé pour toutes.

Peut-on penser qu'il y a une manière de mastiquer ou de s'asseoir plus hygiénique que d'autres...?

Lors de séances d'éducation ou d'inspection des installations sanitaires familiales organisées par les ONG, les volontaires de l'aide se placent en missionnaires de l'hygiène et assèment quelques grandes vérités, qui seraient plutôt des pratiques culturelles érigées en principe universel par ethnocentrisme. De quel droit alors vouloir la substituer aux principes familiaux existants ?

De plus, le destinataire du message est en droit de se sentir offensé. Il n'est pas assez sot pour boire une eau que, selon ses propres critères, il juge sale –en dehors de circonstances exceptionnelles.

La guerre contre les microbes implique une relation de confrontation avec les pratiques locales car la connaissance comme l'ignorance sont des notions particulièrement idéales et intemporelles qui, loin de décrire des statuts sans ambiguïté, sont attribués à certaines personnes par d'autres dans des circonstances particulières avec, souvent, des connotations morales.

(MSF, 2000)

Cependant, le plus souvent, ce n'est pas tant un manque de remise en question –car le choc culturel est trop évident- qu'un étonnement qui déroute et empêche de trouver des solutions adaptées.

« Parfois, et ceci quitte à négliger le potentiel des populations à répondre à leurs problèmes de santé, nous nous sommes accrochés à nos certitudes, si rassurantes pour quiconque est brutalement projeté dans une réalité complexe qu'il cherche à comprendre, mais qui reste difficilement saisissable » dixit deux personnes notamment référentes méthodologiques à Médecins Du Monde (MDM, 2007).

Ainsi nous comprenons l'utilité d'une approche anthropologique préalable à l'élaboration d'un programme humanitaire : il s'agit de conjuguer les savoirs réciproques, après avoir identifié les difficultés de santé en lien avec les questions culturelles, les écueils qui découleraient des croyances et pratiques en matière de santé, et de repérer les itinéraires d'accès aux soins préexistants.

I.B.1.e. Difficultés de communication

Une relation médecin-malade satisfaisante exige normalement de saisir ce que le patient comprend, ce qu'il redoute et ce qu'il attend de nous. Cela est probablement aussi important que la démarche diagnostique proprement dite.

La communication entre patients et soignants est compliquée par cet éloignement culturel, et celui du langage.

Des représentations du corps et de la maladie culturellement déterminées

Rony Brauman écrit à ce propos : « Toutes les sociétés produisent leurs représentations du corps, de ses atteintes, de ses failles, des troubles et de leurs raisons. Par conséquent entre un médecin et un patient en France, il y a plus de notions communes que lorsqu'un médecin français exerce au Salvador, en Colombie ou au Tchad. Mais il ne s'agit pas seulement d'une frustration humaine ou intellectuelle, qui m'empêche de satisfaire mon envie de connaître et de comprendre les gens, c'est aussi un problème médical. Pour qu'un patient accepte de suivre un traitement, il faut qu'il en saisisse la logique, ce qui présuppose des références culturelles communes. Cet appauvrissement prive le médecin étranger de toute possibilité de comprendre comment les troubles sont vécus et nous cantonne dans l'exercice d'une médecine quasi-vétérinaire. Mais il faut bien accepter cette limite, ou alors s'installer pour longtemps et apprendre la langue du pays. » (Brauman, 2006)

L'approche ethnolinguistique

La question du langage est problématique si celui-ci reste considéré comme un obstacle infranchissable. En effet la pratique de la langue facilite grandement la communication, pas seulement par l'échange direct qu'il permet, mais aussi par ce que sa construction nous révèle sur l'histoire et des représentations du peuple.

« Connaître l'histoire –passée et présente- de ces populations passe par l'incontournable outil qu'est la langue. L'approche ethnolinguistique est fondamentale à l'étude des représentations culturelles de la santé, la maladie, l'environnement. Mais même la communication directe est le plus souvent impossible, et que dire de la triple traduction (langue autochtone/ langue du « dominant » / langue « MDM ») et des distorsions qu'elle instaure ? » ainsi s'interroge le groupe de réflexions « minorités ethniques » à MDM (MDM, 2007).

L'importance de la communication non verbale

Par ailleurs, la communication non verbale existe aussi ; mais celle-ci aussi a ses codes, et si l'on n'y prend garde, peut nous égarer dans une interprétation illusoire des attitudes et comportements que nous observons... C'est ce qu'observe le chirurgien Maurice Mimoun lors d'une de ses missions humanitaires : « Puis je réalise : les femmes sont différentes. C'est moi qui ai confondu les visages asiatiques. Je réalise aussi que leur apparente tranquillité est une mauvaise lecture. Mais est-ce pareil pour les enfants quand ils semblent ne pas souffrir ? Je ne comprends peut-être pas leurs cris. Ont-ils seulement appris à manifester leur douleur ? (...) Les enfants sont durs au mal, leurs conditions de vie les y obligent, c'est ce qu'on dit, pourtant il ne faut pas l'accepter. » (Mimoun, 2004)

La possibilité d'une autre organisation de la vie en société

Enfin, « Il n'est pas donné à tout le monde de pouvoir penser un projet en dehors de son propre univers et de ses propres références. » (MDM, 2007)

Il faut donc s'organiser au préalable pour s'en donner les moyens.

L'utilisation des standards internationaux pour l'évaluation des besoins (par exemple en eau et en assainissement) n'est pas toujours compatible avec la prise en compte des spécificités locales.

Nous pouvons à ce sujet tracer un parallèle avec la discussion autour d'une rhétorique humanitaire parfois inadaptée, tel que le terme de « communauté ». Il est arrivé qu'on crut identifier des communautés selon nos propres critères, là où il n'y en avait pas en réalité.

Les programmes destinés à ces communautés virtuelles se révèlent dans ce cas inefficaces. Dans l'exemple d'un projet hydraulique rural, les planificateurs imaginaient la création d'un comité de gestion communautaire destiné à l'entretien et la maintenance des structures.

« L'expérience montre pourtant que ces comités villageois relèvent souvent d'une vision standardisée et que dans les faits, peu de ces comités remplissent leurs fonctions correctement et permettent d'assurer efficacement la pérennité des ouvrages. Une enquête anthropologique devrait donc fournir des indications sur les modes de gestion existants des points d'eau ou des installations sanitaires, sur leurs éventuels dysfonctionnements ou sur leurs avantages et sur les expériences des communautés en matière de gestion collective d'infrastructures publiques. Elle devrait pouvoir proposer, le cas échéant, des modes de gestion alternatifs et des modes de recouvrement des frais d'entretien des ouvrages sur la base de l'organisation des populations, de leurs réalités historique, sociopolitique, économique et du fonctionnement de leur structure décisionnelle. » (MDM, 2007)

Ainsi l'approche communautaire ne doit pas être la seule solution aux problèmes de gestion des programmes, il faut trouver des solutions alternatives plus adaptées.

Nous aborderons plus précisément dans une session ultérieure les moyens de penser mieux un programme (cf. partie I.B.3. « Les outils pour tenir ses objectifs »).

I.B.1.f. Questions soulevées par l'obligation de déclarer une maladie : comparaison des points de vue pour le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et la tuberculose

La déclaration obligatoire d'une tuberculose et le pouvoir légal d'imposer un isolement involontaire sont des entorses explicites à la confidentialité de la relation médecin/patient et à la liberté absolue de l'individu.

Bien que le VIH constitue un risque majeur pour les personnes non infectées, la confidentialité, l'intimité et les libertés individuelles des personnes atteintes du virus sont respectées.

A l'évidence le point d'équilibre qui a été choisi pour le VIH entre les droits individuels et d'autres formes de bien diffère de celui adopté pour la tuberculose. Cela peut s'expliquer surtout par certains éléments culturels et historiques tels que la crainte des discriminations envers les homosexuels, et le contexte de liberté sexuelle grandissante.

Avec ces deux exemples, on peut considérer que, face aux risques pour la santé publique, les libertés individuelles des personnes vivant avec le VIH pèsent beaucoup plus que celles des personnes atteintes de tuberculose active. (MSF, 2000)

Certes la défense des libertés des personnes séropositives est une forme de bien, mais elle ne prend tout son sens que si l'on part de l'hypothèse qu'elles prennent personnellement des précautions pour limiter la contagion.

Actuellement le débat persiste sur la nécessité ou non d'informer le partenaire des personnes séropositives. En effet l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ne suggère-t-elle pas que la préservation de la confidentialité et de l'intimité de l'individu séropositif, en tant que forme de bien, devrait primer sur une autre forme de bien, à savoir la prévention d'un homicide involontaire...?

Les décisions visant à rendre obligatoire ou non la déclaration d'une maladie ont donc des conséquences d'une part sur les libertés des individus, notamment la préservation de leur intimité et leur intégration dans la société, et d'autre part sur la santé publique.

La décision finale dépend du point d'équilibre « éthique » trouvé entre des formes de bien antagonistes. Celle-ci est forcément discutable, mais il est souhaitable de respecter les directives dès lors qu'elles existent. Dans le cas du VIH, le défi que les médecins se doivent alors de relever à titre personnel est de sensibiliser leurs patients séropositifs à la question et de les encourager à prévenir leur(s) partenaire(s).

I.B.2. Les risques de l'assistance aux populations

I.B.2.a. L'aide peut ne rien modifier aux circonstances fondamentales qui créent les besoins...quand elle ne les renforce pas

Un reproche qui a été adressé fréquemment aux organisations de secours humanitaire est de ne pas agir sur les circonstances fondamentales qui font naître les besoins humanitaires ; en quelque sorte de n'être qu'un traitement symptomatique et qui satisfait temporairement, au lieu d'être préventif.

Cela peut s'expliquer par plusieurs des points détaillés dans d'autres parties, tels que la tendance à intervenir bien souvent dans l'urgence, puisque en contexte de conflit et de précarité, on vise d'abord l'échéance immédiate plutôt que le long terme ; les causes multifactorielles notamment politico-économiques des crises humanitaires qui complexifient leur compréhension ; le coût supposé colossal de programmes permettant un système de santé opérationnel et pérenne incluant des démarches préventives...

Certains répondent qu'il vaut mieux une aide même insuffisante que pas d'aide du tout. Cependant là encore, méfions nous de tels préceptes, car si l'impératif humanitaire prime, il faut admettre ses effets secondaires possiblement néfastes.

De telles conséquences nuisibles pourraient émerger lorsqu'il existe un fossé entre une situation complexe et désespérément critique, et l'insuffisance des ressources fournies pour y répondre. Ce fut le cas, semble-t-il, pour la mission des Nations Unies au Rwanda en 1994, à propos de laquelle l'auteur Roméo A. Dallaire (Dallaire, 1999), au commandement de cette mission, soulève une interrogation profonde de pragmatisme moral : lorsqu'une intervention en arrive au point où elle n'a qu'une chance très faible, voire nulle, d'avoir la moindre efficacité, ne vaudrait-il pas mieux l'annuler (voire, diraient sans doute d'aucuns, ne jamais l'entreprendre) ? Nous nous questionnerons sur le devoir d'abstention dans une prochaine partie (cf. partie I.B.3.c.).

Le problème, selon Anat Matar (professeur de philosophie et présidente de l'association israélienne pour les prisonniers palestiniens), vient du fait que l'humanitaire instaure une dichotomie par laquelle il se démarque de la notion de politique parce qu'« il est très difficile de résoudre les problèmes politiques, et différer la résolution de problèmes aussi urgents que les besoins élémentaires des personnes jusqu'à obtention d'une solution politique engage le

risque de laisser durer pendant de longues années une criante souffrance, la mort, la faim et la maladie. »

Or, « cette dichotomie ne correspond à rien », selon l'auteur.

« Ce qu'on omet de prendre en compte, ce faisant, c'est par exemple la manière dont l'aide « humanitaire » contribue à renforcer la situation politique existante en reportant les possibilités de solutions.

L'instance responsable de la situation de détresse a des raisons d'être satisfaite de l'allègement de la crise humanitaire, allègement qui soulage cette instance des pressions en vue d'un changement de la politique qui a créé la souffrance. »

De cette réflexion découlent un certain nombre de conditions, qui permettraient à l'aide humanitaire d'éviter ses effets néfastes.

D'une part « il s'agit de savoir dans quelle mesure l'aide purement technique –même si elle soulage temporairement la souffrance- repousse la pleine réalisation de l'humanité de ceux qui souffrent. »

D'autre part, il est nécessaire que les instances reconnaissent leur puissance et leur part de responsabilité dans la crise.

(Matar, 2009)

I.B.2.b. Quand l'aide alimente le pouvoir belligérant

Il a été constaté plusieurs situations où les campagnes de secours ont été inéquitables, avec les bénéficiaires des secours remis aux belligérants. Cela va sans dire que ces résultats sont à l'opposé des objectifs initiaux d'une assistance, et même que le danger est d'aggraver le conflit.

Romeo A. Dallaire (Dallaire, 1999) explique que l'occasion lui a été donnée de comprendre cela, à ses dépens, au Rwanda, ce qu'il a attribué à une négligence dans l'organisation des secours quant à la compréhension du contexte, en termes de politique et de sécurité.

En effet les ressources apportées par les secours dans l'urgence ont alimenté en majorité le marché noir et ont permis aux belligérants de reconstituer leurs forces, ce qu'on peut assimiler à un « gaspillage » de l'aide (des centaines de millions de dollars sur cette mission) et un « abandon » des réfugiés aux mains des extrémistes. En cause : des difficultés d'acheminement, et un non respect des plans d'action par les différentes ONG.

Les risques sont bien entendu importants en termes de sécurité pour les populations souffrantes, autant que pour les ONG qui peuvent être accusées de soutenir l'effort de guerre. Une réputation ainsi mise à mal rend plus ardue les négociations...

Le manque de consultation et de coordination entre les gouvernements nationaux, les institutions des Nations Unies et les ONG ne permettait pas d'assurer suffisamment de contrôles sécurisés dans l'acheminement des secours et dans les camps de réfugiés rwandais situés à l'extérieur des frontières du Rwanda. Un pouvoir parallèle a ainsi émergé dans les camps, qui a mis en danger à la fois les civils et le personnel.

De plus, l'afflux de l'aide vers les zones extérieures au Rwanda, et inversement les manques à l'intérieur du pays n'encourageaient pas les rwandais à regagner leur foyer. Un accroissement de l'assistance humanitaire et de la sécurité à l'intérieur du pays aurait probablement pu résoudre ce problème.

Il a été décrit d'autres cas de détournement de l'aide. Parfois, les populations civiles prises en otage par les belligérants servent d'appât à l'aide internationale, d'autant plus quand les profiteurs encouragent la compassion...

Dans certains cas ce sont les gouvernements qui ont voulu profiter de la manne humanitaire pour reconstruire leur économie ruinée, ceci en tentant d'exercer sur les opinions publiques un chantage à la tragédie. Ce fut déjà le cas des régimes prosoviétiques dans la décennie 80, qui reprenaient l'exemple léniniste de la famine de 1921. D'autres épisodes d'utilisation à mauvais escient de l'aide ont consisté à se servir illégalement du logo Croix Rouge, ou pire encore utiliser les réelles installations humanitaires dans le but de couvrir des activités militaires etc.

(Rufin, 2003)

Dans l'exemple du Rwanda, on peut considérer qu'il y a une part de négligence de la part des organismes de secours, mais avec un effet indésirable important, celui d'avoir considérablement mis en danger les victimes et le personnel.

Cela annonce une autre question, celle de savoir si l'organisation de missions dans ces situations guerrières nécessite ou non, pour réussir, l'emploi de la force.

L'auteur (Dallaire, 1999) reproche aux décideurs de n'avoir pas permis l'emploi d'une force militaire conséquente dans des initiatives aussi complexes et risquées. « Risquer la vie d'un soldat est-il plus grave que de risquer la vie d'un civil d'une ONG ? Quels sont les critères sur lesquels se fondent les grandes puissances pour décider que les soldats devraient éviter de courir des risques pour leur vie, alors même que les civils y sont pleinement exposés ? »

La question reste en suspens...

I.B.2.c. Confusion des rôles et insécurité

Ces dernières années, on a constaté une recrudescence des assassinats et enlèvements de personnels d'ONG sur le terrain. On peut se questionner sur les raisons qui font viser les humanitaires comme des cibles privilégiées ; la confusion qui résulte de la multitude des protagonistes impliqués dans un conflit en est une.

Des protagonistes variés, des ONG protéiformes

La multiplicité des acteurs présents sur le terrain, politiques, militaires, et humanitaires, et parmi ces derniers, différentes ONG aux missions variées, rend opaque les rôles de chacun aux yeux des habitants locaux. Il y a un risque d'assimilation entre l'action humanitaire et l'action des Etats, et le danger que des malfaiteurs s'en prennent aux humanitaires en pensant s'attaquer à une politique d'état.

De plus, par leur témoignage, les humanitaires deviennent des acteurs politiques (en plus de leur rôle médical). Ce mélange des genres peut modifier les rapports habituellement neutres dans la relation de soins, et créer des conflits.

Inégalité et intensification d'une ambiance hostile

L'inégalité patente qui existe entre donneurs et receveurs de l'aide entraîne parfois des réactions malveillantes de part et d'autre, comme nous l'avons abordé dans une partie précédente.

Un climat hostile est propice à l'accentuation de la violence « ordinaire » voire même à des attaques délibérées contre les humanitaires.

« L'avalanche de biens et de moyens (hélicoptères et véhicules, radios, téléphones...) inévitablement suscite un sentiment de frustration, d'iniquité et le renforcement de la délinquance « ordinaire » ». (Mokrani, 2009)

Insécurité par négligence des humanitaires

Si les humanitaires ont été mal préparés à la connaissance de l'histoire du pays et de ses tensions internes, le risque de violence peut s'amplifier à nouveau une fois résolue la phase aiguë de la crise. En effet, en phase de reconstruction, les conflits antérieurs et d'une autre nature, ne sont pas réglés pour autant, et peuvent réapparaître plus violemment encore s'ils ne sont pas anticipés.

Hostilité anti-occidentaliste

La recrudescence des violences dirigées contre les humanitaires est aussi le témoin de l'accroissement du sentiment anti-occidentaliste de ces dernières décennies, et la revendication d'une opposition à l'ingérence étrangère.

Cependant, gardons-nous bien d'une surestimation des violences. En effet, l'augmentation des agressions contre les humanitaires reste superposable à l'augmentation numérique de ces derniers, et les attaques délibérées à leur encontre se déroulent sur certaines zones très sensibles, justement ces terrains où les enjeux sont les plus complexes -notamment ceux où les parties en conflit défendent des valeurs politiques-, et les acteurs trop nombreux pour que leurs rôles soient clairs (Irak, Afghanistan, Somalie).

Désarroi et haine sont de tragiques conséquences de l'idéologie primaire et destructrice qui prône une guerre globale contre le terrorisme (la théorie du « choc des civilisations », cf. partie I.A.1.a). Cette analyse, qui –rappelons-le- schématise les rapports de force internationaux en considérant les radicalismes religieux comme source principale des violences dans le monde, produit également à ses dépens une image globalisante occidentale. Pierre Micheletti en déduit les dangers d'amalgame : « En constituant un bloc issu de la nouvelle mouvance musulmane extrémiste, on globalise en même temps le camp opposé, le « bloc occidental » auquel appartiennent notamment les acteurs humanitaires ». (Micheletti, 2008)

Conséquences de la militarisation de l'espace humanitaire

L'utilisation de la force armée par les Nations Unies a marqué un tournant dans l'histoire de l'humanitaire.

Cette militarisation de l'espace de conflit, bien que distincte de l'espace humanitaire en théorie, s'y mélange en pratique, surtout aux yeux des populations locales.

Didier Loreillard se rappelle comment le génie civil aidait l'ONG dans la construction des camps de secours au Rwanda, puisqu'ils étaient là, disponibles et volontaires...mais fallait-il réfléchir avant de collaborer ?

Il explique que, dans l'urgence la question ne s'est naturellement pas posée, parce qu'il semblait ne pas y avoir de temps pour ce genre de questions, et puisque personne ne ressentait

à ce niveau d'opposition entre le politique et l'humanitaire... comme si « à la base, MSF et militaires étaient tous des troufions ».

Cela survenait pourtant malgré les conflits situés à un niveau technocratique, entre les militaires français de la mission turquoise, et MSF qui les accusait de continuer à œuvrer, sous couvert d' « humanitaire », pour les intérêts d'un pays. (Weber, 2003)

Enfin, la militarisation de l'espace humanitaire accentue l'inégalité humiliante entre aidants et assistés, et réduit en même temps l'espace humanitaire autonome.

« La militarisation de la zone ne va pas sans conséquences. Elle relègue l'action politique ou tout autre mode de résolution des conflits au second plan, et elle entraîne corrélativement une réduction de l'espace humanitaire et de son autonomie. Or, c'est pour répondre à un besoin d'assistance et de protection de populations démunies que l'action humanitaire se mobilise. Fût-il « neutre » ou qualifié de « force de paix », le déploiement d'une force militaire qui fait des humanitaires ses premiers bénéficiaires modifie et le sens même de la démarche d'assistance et la perception que s'en font les populations : circuler sous escorte, être évacué le cas échéant dans des chars sous le regard désabusé des Tchadiens, réduit dramatiquement les frontières entre l'espace humanitaire et l'espace militaire. » (Mokrani, 2009)

Synthèse

Pour conclure, nous décelons trois conséquences à cette confusion ambiante.

Tout d'abord les dangereuses attaques qui visent les humanitaires, sous prétexte qu'ils sont assimilés au corps décisionnel de l'Etat auquel ils se rattachent, ou aux militaires déployés sur place.

De plus, nous ne pouvons pas ne pas comprendre que cet amalgame est parfois encouragé par les stratégies étatiques, qui feront passer pour « humanitaires » des opérations qui n'en sont pas (purements militaires, et intéressées).

Finalement, ces zones d'insécurité orientent inévitablement les choix et lieux de missions des ONG, et donc majore le risque d'instrumentalisation des humanitaires par les forces militaro-politiques.

I.B.2.d. Le risque de dépendance à long terme des bénéficiaires de l'aide à l'égard des donateurs

Le terme d'assisté a cette connotation péjorative qui peut découler de l'assistance, au sens d'un secours qui décourage les énergies et les stratégies d'adaptation d'une personne qui a perdu ses repères de vie.

Cependant, on peut déplorer que ce soient certaines modalités d'assistance qui créent des assistés, et ce sont bien l'art et le défi du métier d'humanitaire que de porter secours tout en potentialisant les capacités de la personne en souffrance.

Ainsi faudra-t-il toujours garder à l'esprit qu'en l'absence de secours extérieurs, la solidarité locale se serait organisée entre les victimes et avec une efficacité déjà certaine. Agir en ignorant la préexistence de l'entraide conduit à une surappréciation des besoins réels, et une réponse hâtive et inadaptée. (Brauman, 2009)

Eviter ces effets secondaires de l'assistance tout en renforçant ses effets positifs passerait par plusieurs recommandations issues de l'expérience du terrain, que nous propose Mary B. Anderson (Anderson, 1999), en insistant sur un soutien des capacités des victimes :

les fournisseurs de l'aide doivent toujours partir du principe que les victimes ont des capacités, et qu'elles faisaient déjà face à la crise avant l'arrivée des secours ;

reconnaître les capacités locales et assister en soutenant ces capacités permet d'aider les populations à la fois à survivre à des conditions qui menacent directement leur existence et à renforcer et édifier des fondations sur lesquelles asseoir leur développement autonome ultérieur, en prenant conscience du fait que leur connaissance de la région est supérieure à celle de n'importe quel étranger.

De plus, en contexte de guerre, il faudra d'une part analyser les manières dont les parties au conflit peuvent détourner les ressources de l'assistance, afin de mettre au point des stratégies permettant d'éviter ces détournements ; et d'autre part, identifier et soutenir les capacités locales de paix, c'est-à-dire les structures et actes qui lient les personnes et fondaient la paix d'hier, ainsi que les espaces de contact.

De même que l'aide peut ne pas modifier les circonstances fondamentales qui créent le besoin, le « maintien » de la paix ne saurait être une fin en soi, dans ces situations de conflit où les humanitaires sont présents. Il doit toujours, par ses objectifs comme par sa méthode, s'inscrire dans le contexte plus large du « rétablissement » de la paix, ce qui passe par une prévention des conflits, le règlement des différends, secours et reconstruction, développement et espoir. (Dallaire, 1999)

I.B.3. Les outils pour tenir ses objectifs, à partir des leçons de l'histoire relatée

Tous ces écrits ne servent-ils pas à essayer d'en tirer les conséquences pour éviter que des pièges identiques se répètent dans des situations similaires...? C'est par la force de l'expérience que la médecine humanitaire s'est développée auparavant, et qu'elle peut espérer progresser et s'adapter aux défis à venir.

Les auteurs nous livrent des pistes pour mieux s'adapter aux situations humanitaires, afin de minimiser les effets indésirables de l'aide, et d'optimiser les échanges et les soins.

I.B.3.a. Favoriser le développement

« ONG de développement »

On peut classer les différentes ONG dans plusieurs catégories selon la nature de leurs objectifs. Beaucoup d'ONG interviennent sur des missions d'urgence, mais également conçoivent en parallèle des missions de « développement ».

En effet, ces objectifs doubles seraient un moyen de résoudre les dilemmes posés par le risque d'assistance à long terme, et permettraient d'agir au cœur des problèmes.

Mais nous redoutons alors un autre effet de l'assistance extérieure : le risque de se substituer aux pouvoirs locaux. Ceux-ci pourraient à la fois se décharger de leurs responsabilités en voyant le déploiement de ces ressources extérieures, ou de façon moins consciente, pourraient simplement renoncer par manque d'encouragement à faire des efforts.

Prenons l'exemple du Cambodge, où le budget global du pays est financé à environ cinquante pour cent par l'aide internationale, avec quatre cents ONG présentes. Parmi celles-ci, MSF met au point des programmes à long terme de « développement ». Mais cette formulation ne caractérise pas la réalité des objectifs, nous rappelle Didier Loreillard, au sens où « on ne peut

pas développer le Cambodge », c'est-à-dire qu'il faut garder à l'esprit que MSF ou les autres ONG n'ont pas à se substituer aux pouvoirs publics (Weber, 2003).

Nous verrons comment cette dérive, qui peut affecter tous les terrains de l'humanitaire, peut être évitée en utilisant au maximum les capacités locales dans l'élaboration d'un programme.

Si le développement est le continuum de la gestion de l'urgence, il requiert une organisation et une logique différentes, qui s'inscrivent dans la durée.

Entre les deux, les situations de transition sont importantes pour mettre en place les nouvelles modalités de travail. « La guerre étant terminée, les causes du déplacement des populations et de l'arrivée des humanitaires ont disparu mais les raisons de maintenir en place des structures médicales subsistent car les pouvoirs publics ne sont généralement pas en mesure de répondre aux besoins sanitaires.

(...) Aucune réponse générale ne peut être apportée aux questions que posent ces situations de transition, si ce n'est que le dispositif médico-sanitaire établi dans le contexte du conflit ne peut perdurer dans le nouveau contexte. En tout état de cause, les ressources matérielles mobilisées, ajustées d'abord à la gravité de la crise initiale puis à ses évolutions, ne sont plus appropriées à une situation qui rejoint l'ordinaire d'une politique de santé. (...)

Une organisation humanitaire décidant de maintenir une activité médicale au terme d'un conflit qui est à l'origine de sa présence doit donc réorganiser dans leur totalité les modalités de son travail. » (Brauman, 2009)

L'aide alimentaire comme carburant à injecter dans une stratégie de réhabilitation agricole

Pour les intervenants d'ACF, l'aide humanitaire peut être définie comme cette nouvelle forme d'aide « par défaut », quand l'aide publique, ayant perdu son utilité géopolitique, s'effondre. Ils nous rappellent que l'aide alimentaire n'est qu'un remède temporaire aux difficultés du pays bénéficiaire. Son rôle premier est de sauver des vies ; ensuite, l'aide alimentaire peut être utilisée de manière à mettre au point d'autres fonctions, dont certaines pourraient s'avérer en fait prioritaires pour en pérenniser les bienfaits. Elle devrait notamment viser à protéger ce qui reste du capital productif des sociétés pour leur permettre de mettre en place leurs stratégies de survie, en limitant les processus de destitution des familles et de décapitalisation des exploitations agricoles.

Aussi elle doit veiller à limiter les impacts négatifs qui découlent directement d'une assistance alimentaire extérieure, tels que les risques de déstructuration de l'agriculture locale, la création de nouvelles habitudes alimentaires, l'induction de syndromes de dépendance etc.

Un questionnement est donc nécessaire, devant toute situation de crise alimentaire, sur l'impact qu'aura l'aide alimentaire sur les économies rurales, sur le risque de son utilisation comme levier de négociation (en particulier en cas d'embargo).

Aussi il s'agit d'envisager une voie de sortie du programme. En effet, les programmes alimentaires doivent, dès que possible, faire place à des actions de relance des activités agricoles et économiques locales, ce que ACF nomme « la réhabilitation agricole ».

Cette réhabilitation, même dans l'urgence, fera appel à deux principes : soutenir les stratégies de survie positives -celles que les populations auront développé de manière autonome et spontanée pour tenter de gérer la crise- ; et faciliter le passage de la phase d'urgence à celle de développement post-conflit, ce qui consiste, en pratique, à aider les premiers groupes de paysans qui reviennent sur les terres abandonnées lors du conflit.

C'est ainsi que dans les contextes de développement, on s'efforcera d'utiliser l'aide alimentaire comme moteur de développement, comme ressource catalytique de dynamiques créatrices, et parfois, comme outil de prévention des crises alimentaires en gestation.

De nouveaux concepts font surface suivant cette démarche, à l'exemple du « food for work » (« des vivres contre du travail »), où l'aide alimentaire, au lieu d'être distribuée gratuitement, est utilisée comme paiement lors de travaux destinés à stimuler la création ou l'entretien d'infrastructures collectives. Précisons que ces programmes peuvent fonctionner plus ou moins bien, et que dans tous les cas, ils ne doivent pas être pérennisés.

Une autre forme d'aide en contexte de développement agit sur les prix en les stabilisant, pour contrecarrer les effets de la loi de l'offre et de la demande. Là encore, toute forme de programme annonce ses dangers, en l'occurrence les surcoûts de stockage et de rotation des stocks, et les difficultés logistiques ; cela en supposant l'implication d'une honnêteté maximale de la part de l'organisme de stabilisation des prix.

En conséquence, le respect de ces précautions ne suffirait-il pas à atteindre les objectifs de développement ? C'est possible. Cela sous-tend qu'une alarme suffisamment précoce et crédible ait été lancée, que des stocks alimentaires existent, qu'il n'y ait pas de blocage politique, que l'on soutienne rapidement les stratégies de survie, mais qu'on stoppe assez tôt l'aide. Mais un tel enchaînement est difficile à réunir, car viennent se surajouter les difficultés internes à la réalisation des programmes des ONG, concernant l'efficacité des stratégies utilisées, l'éthique des acteurs humanitaires etc.

(ACF, 1998)

I.B.3.b. Prioriser les actions

Les critiques adressées aux ONG réprochant leur tendance à délivrer principalement des secours d'urgence au lieu d'actions à long terme, de même que les insuffisances des programmes de prévention nous font comprendre que des choix délicats ont dû être faits par les humanitaires en termes de programmes –les insuffisances de l'humanitaire ne résultent pas d'une mauvaise volonté bien sûr. Mais ne serait-ce pas naïf de penser que tout peut être fait, et bien fait, simultanément ?

Il est clair que dans les situations de pénurie, l'assistance se doit de déterminer un certain nombre de missions adaptées aux besoins et fonction de ses moyens. Pour fixer ces objectifs, il faut en laisser d'autres de côté. Définir des priorités implique pour cela d'avoir pris en considération le coût moral de l'inaction.

Mais prévoir l'impact à venir d'un non-programme semble parfois impossible à concevoir. Les programmes de prévention contre le VIH sont souvent un triste exemple de priorité délaissée pour d'autres jugées plus urgentes, bien que les répercussions du VIH en termes de vie humaines, de perturbations, de douleurs, de violences et de souffrances risquent d'être immenses... mais leur ampleur pourrait ne pas apparaître clairement avant plusieurs générations. Il est extrêmement difficile de savoir dans quelle mesure ces conséquences pourraient être atténuées par des programmes efficaces. (Reid, 1999)

Une solution peut consister à ne recommander que les interventions les plus efficaces et les moins coûteuses, en d'autres termes celles qui ont le meilleur rapport coût/efficacité. Cette approche, qualifiée de froide et technocratique, est parfois critiquée, parce qu'elle centre les efforts sur des interventions techniques et fait souvent l'impasse sur les problèmes politiques sous-jacents dans les situations d'extrême pauvreté.

Dans les situations de guerre, où un tri sanitaire doit toujours être rapidement mis en place, la question des critères de tri n'est pas une évidence pour tous. Rony Brauman l'explique ainsi : « Il s'agit aujourd'hui, pour les médecins humanitaires, de préserver la vie pour elle-même, en tant que vie humaine. Justifié d'un point de vue utilitaire, ce mode de rationalisation des soins se heurte parfois à la logique guerrière, qui n'attribue pas une valeur égale à toute vie. Celle d'un combattant vaut plus que celle d'un civil ordinaire et celle d'un leader plus que d'un homme du commun. Ces différences d'appréciation peuvent donner lieu à de rudes confrontations dont les humanitaires sortent rarement vainqueurs. » (Brauman, 2009)

Aussi, les choix sanitaires ne sont pas les mêmes entre les médecins humanitaires et les patients eux-mêmes. Nous avons abordé le fait que c'est souvent le principe d'efficacité qui détermine le choix du soignant, sans se demander si ce choix est pertinent du point de vue du patient. Rony Brauman nous en donne une troublante illustration dans l'exemple de l'amputation, qui est certes une pratique courante en situation de guerre, mais fréquemment refusée par les miliciens qui estiment cette atteinte à leur intégrité corporelle contraire à la dignité : « Médicalement fondée, l'amputation était socialement inacceptable. Les réactions des blessés, parfois gravement menaçantes à l'encontre des chirurgiens concernés, rappellent aux soignants qu'ils ne sauraient se considérer comme propriétaires du corps des patients et qu'une intervention chirurgicale ne peut donc être pratiquée, même en cas d'urgence vitale, sans l'autorisation de la personne concernée ou d'un représentant de celle-ci. Le principe d'efficacité ne saurait, en effet, être l'ultima ratio de la pratique médicale, qui doit s'efforcer de prendre en compte le point de vue du malade sur son état. » (Brauman, 2009)

I.B.3.c. Le devoir d'abstention

Nous avons envisagé précédemment avec effroi que l'assistance pouvait se retourner contre ses objectifs, voire même exacerber un conflit.

Démontrer qu'une aide fait du mal ne démontre pas que l'absence d'aide ne ferait aucun mal ni a fortiori qu'elle ferait du bien. (Anderson, 1999)

Etre « utile » suppose en tout cas qu'on aura pu juger lucidement son action sur le terrain. Malgré les difficultés techniques pour évaluer l'efficacité d'une mission, peut se surajouter un manque d'appréciation objective que certaines ONG ont sur leurs résultats. Cela met en lumière pour celles-ci l'impossibilité de se résoudre à l'échec de leur action, et dans ce cas de disposer d'un droit d'abstention lorsqu'elles ne peuvent pas accomplir honnêtement leur tâche.

Dans ce cas, Rony Brauman explique que le devoir de solidarité ne peut pas se limiter à une présence sur le terrain d'une catastrophe et ne doit pas devenir un soutien voire une base arrière de combat ou de génocide. « L'éthique de la sollicitude ne se résume pas au geste de sollicitude » dit-il. (Brauman, 2006)

Il étaye ses propos avec l'exemple de l'aide attribuée à titre humanitaire en Corée du Nord qui fut captée –cela a été avéré– par le régime dictatorial en place, et n'était par conséquent rien d'autre qu'un renforcement de la cause de la souffrance. Dans ce cas là, l'aide a consolidé la tyrannie du pays, et donc s'est retournée contre ses propres objectifs. Cette prise de conscience doit nous amener à toujours évaluer les effets réels de l'aide, au-delà même des intentions.

Une telle situation survenant au sein d'un régime fou soulève la question de l'exercice d'une médecine humanitaire au sein d'un système totalitaire.

Paul Ricker, avec Amnesty International, dans un livre sur la question des médecins et de la torture, met en scène un médecin au chevet d'un blessé dans une chambre de torture. Peut-on

s'en tenir à une relation médecin-malade et simplement soigner ce blessé ? Si on accepte, on devient un auxiliaire du bourreau, car ce blessé est le produit d'une chambre de torture. Par conséquent il est du devoir du médecin de refuser de soigner ce blessé. Si cette situation entre en offensive avec l'éthique du médecin de diminuer la souffrance, l'impératif moral doit pourtant prévaloir dans cette situation de chambre de torture. (Brauman, 2006)

De ces situations où l'abstention est un devoir, découle également la mission pour les humanitaires de témoigner.

Cette fonction de témoignage, avec ses exigences et ses illusions, a été abordée dans le chapitre « I.A.3. Témoigner », en intégrant l'influence de la mémoire de la shoah sur la compréhension de la dimension morale du refus.

Cette formalisation de l'abstention fonde la force du refus dans la pensée d'Hannah Arendt, qui démontrait, suite au procès Eichman, que l'obéissance mécanique n'est qu'une adhésion inavouée, un sacrifice du jugement, et par là même une condition nécessaire à l'horreur.

I.B.3.d. Eviter de transformer l'outil en objectif propre

Coincées entre les donateurs et les victimes, les ONG sont soumises à la tentation de transformer la réponse à des contraintes en objectifs propres, de se mettre au service de l'outil. Le danger est réel que les moyens et la fin se confondent aux dépens de cette dernière.

Quand la rationalité de la méthode assujettit la mission humanitaire

Eric Dachy (Dachy, 2004) précise son propos : « Ainsi une intervention d'urgence auprès d'une population de réfugiés se déroule aujourd'hui en pratiquant une médecine de nombre. Celle-ci vise à prévenir et à juguler les maladies infectieuses à caractère épidémique par la mise en place de vaccinations, de fourniture d'eau potable, de mesures d'hygiène et par la délivrance d'antibiotiques selon des protocoles précis. L'action se décide, s'organise et s'évalue à partir du suivi d'indicateurs de santé collectés en urgence, tels les chiffres de mortalité journalière et d'apparition des nouveaux cas de maladie à haut risque de contagion. Ces indicateurs deviennent ainsi des éléments stratégiques de la « prise en charge de la population ». Cette attitude se justifie par un souci d'efficacité élémentaire et par la nécessité d'avoir un impact sur la survie du plus grand nombre. Mais cette méthode se développe facilement selon une rationalité qui lui est propre, qui n'est plus directement dictée par le seul intérêt des victimes et qui constitue une fin en soi. »

Réduite à une série d'actes techniques, l'action humanitaire gouverne des populations mais se garde bien de produire des sujets. Cette relation contribue à rendre étanches les relations entre secouristes et victimes, et porte atteinte à la dignité de ces derniers.

Rony Brauman insiste sur cette même idée que « les institutions humanitaires, comme les autres, secrètent leurs besoins propres, qu'elles identifient trop souvent à ceux de leurs supposés « bénéficiaires » ».

Mais il ajoute que cela peut engendrer des conséquences bien pires à celles énoncées ci-dessus : « Cette méconnaissance peut demeurer sans conséquences dans des circonstances où la charge politique qui pèse sur elles est moindre. Ceux-là mêmes qui se font les auxiliaires de politiques criminelles dans certaines situations peuvent accomplir ailleurs un travail salubre. Reste ce point essentiel : alors que tout concourt à identifier l'aide humanitaire, et

donc l'action sanitaire qui en forme une partie substantielle, à un déploiement de moyens logistiques et de savoir-faire techniques, il est essentiel de comprendre dans quel contexte ceux-ci prennent place si l'on veut en préserver le sens. » (Brauman, 2009)

Le « syndrome du pont de la rivière Kwai » ou la satisfaction des tâches concrètes

Jean-Christophe Rufin a nommé « syndrome du pont de la rivière Kwai » cette inclination à accorder plus de valeur au travail accompli qu'à son résultat final. Il en a été victime lors d'une mission, en Ethiopie, alors qu'il s'obstinait à poursuivre son travail malgré son évident insuccès. « On a envie de préserver son ouvrage, même s'il contribue à aggraver la situation. (..) Cette raison n'est pas honorable, j'en conviens, mais elle est humaine. » (Rufin, 2008)

Cette manifestation vient, par ailleurs, rappeler à nos esprits ce qui fait la force du devoir d'abstention, dans ces situations où l'action ne tiendrait plus ses objectifs (cf. partie précédente).

Mais dans bien des cas, le fait de se concentrer sur des tâches très concrètes est une manière pour les humanitaires de se défendre des doutes qui affluent devant la déconcertante stupéfaction de la situation. En effet, l'incompréhension persistante entre deux cultures peut entraîner un repli sur ses propres certitudes, toujours rassurantes.

Rony Brauman l'exprime ainsi : « C'est l'ensemble des événements qui déjouent notre entendement d'expatrié parce qu'ils contredisent nos croyances ou parce qu'ils restent comme en suspens, impossibles à raccorder à des représentations préexistantes.

(...) Je ne savais pas comment articuler tout cela et je passais directement au « concret » : état sanitaire, nutritionnel, liste de médicaments et matériel, véhicules, etc. » (Brauman, 2006)

I.B.3.e. Refuser un budget qui cherche sa mission ou la tentation de créer un faux besoin humanitaire

La logique commerciale des ONG auprès des donateurs peut aboutir à un effet pervers, celui - entre autres- d'obtenir plus d'argent que ce qui pourra être dépensé dans la mission.

Cela oblige à rechercher a posteriori l'emploi de ce surplus. C'est bien la limite du succès. « Dépenser son argent à tout prix, voilà le danger : un financement qui cherche son tiers Monde » (Kouchner, 1986).

Un exemple récent permet de comprendre la problématique qui résulte d'un excès de dons.

En décembre 2004, le tsunami en Asie créa un élan de solidarité sans précédent dans l'opinion publique mondiale. Le montant des dons reçus par les diverses ONG dépassa de beaucoup les besoins repérés sur le terrain. Ainsi nous raconte Pierre Micheletti : « Un certain nombre d'ONG affectèrent alors à d'autres urgences les sommes que le grand public avait données pour les victimes du tsunami. A l'opposé, du fait des sommes déjà mobilisées dans le monde entier et par leur analyse sur place, Médecins Sans Frontières adopta pendant l'été 2005 une position tranchée : dans la presse, cette ONG appela ses donateurs à arrêter leurs envois pour le tsunami.

(...) Cette décision souleva la polémique, provoquant l'interpellation des ONG par les médias ainsi qu'un certain malaise au sein des associations de solidarité internationale. »

Beaucoup estiment en effet que à ce stade il était difficile d'estimer réellement le surplus car à l'urgence succéderait une phase de reconstruction encore difficile à évaluer. D'autre part, de nombreuses ONG ont estimé que cet appel de MSF s'est fait sans concertation avec les autres

ONG sur place, et ces dernières risquent de souffrir d'une perte de confiance de la part des donateurs. (Micheletti, 2008)

Par ailleurs, cette polémique a incité la Cour des Comptes à investiguer sur les pratiques financières. En effet, la plupart des ONG, en cas de surplus de dons pour une mission, réaffectent l'argent dans d'autres missions moins médiatisées, et pourtant nécessaires.

Cependant cette pratique est parfois difficile à accepter par l'opinion publique. Pourtant elle est essentielle pour les ONG, et tout à fait acceptable lorsqu'elle s'effectue en toute transparence à l'égard des donateurs, comme l'a reconnu la Cour des Comptes suite aux recherches menées.

« Pour les ONG, ce mécanisme est fondamental, car il leur fournit les moyens de dégager des réserves financières pour d'autres terrains de crise qui n'ont pas la chance de se trouver sous les feux de l'actualité ; c'est ainsi que Médecins du Monde peut être présent depuis quinze ans en Birmanie, depuis longtemps en Haïti ou en Colombie, et sur d'autres lieux encore qui réclament attention et soutien. Les populations oubliées de l'actualité et de l'opinion publique n'ont pas à subir, à distance, les effets retardés du tsunami.

Pour agir de la sorte, une association humanitaire doit instaurer un climat général de confiance avec tous ses donateurs qui, en retour, lui délèguent la liberté, selon l'analyse des besoins, d'orienter l'argent recueilli là où il sera le plus utile.

(...)

Quand elles réaffectent les dons reçus, les associations humanitaires françaises ne trompent pas leurs donateurs. Leur attitude tient compte de deux réalités : n'ayant pas vocation à placer leur argent, elles disposent d'une trésorerie de quelques mois seulement, au mieux ; et selon les événements, elles doivent faire face à des urgences sanitaires qui engagent des sommes d'argent très supérieures à leur capacité financière. Au quotidien, cette situation rend leur pilotage financier complexe et périlleux. » (Micheletti, 2008)

Cependant il y a un risque réel qu'une ONG obtienne un budget à un moment où elle n'aurait ni la capacité organisationnelle ni un besoin de mission identifié, pour le dépenser.

La sagacité voudrait qu'en de telles circonstances, on fasse preuve d'une évaluation poussée des besoins humanitaires, afin de ne pas se précipiter sur une mission imaginaire, ou bien qu'on refuse de s'attribuer ces fonds. Cela s'appliquerait particulièrement dans les cas où des fonds publics (européens, étatiques) répartissent de l'argent à diverses ONG, dans le cadre des budgets alloués à l'aide au développement. Cela nous renvoie à la question de l'ambiguïté des rapports entre ONG et bailleurs de fonds publics (cf. partie I.A.2.c sur les rapports des ONG avec la politique) avec les risques d'instrumentalisation qui peuvent découler d'un financement public.

I.B.3.f. Evaluer ses actions

Nous avons abordé deux périls propres à une aventure humanitaire : tout d'abord celui de créer un faux besoin humanitaire, et dans un deuxième temps, celui de se mettre au service de l'outil plutôt qu'à l'objectif humanitaire propre.

On conçoit que les moyens de ne pas s'y risquer sont d'effectuer une mission exploratoire suffisamment poussée pour bien évaluer les besoins initiaux et utiliser des méthodes admissibles par les populations, puis, une fois la mission débutée, d'évaluer régulièrement la mission pour réajuster sa mise en œuvre si on constate que les objectifs ne sont pas respectés, ou pour adapter les procédés lorsque des éléments imprévus surviennent.

Les enjeux d'une mission exploratoire

La question du relativisme culturel (cf. partie I.B.1.d. « Le poids des cultures ») incite à une approche anthropologique de l'évaluation initiale. On a compris qu'il ne suffisait pas de disposer de moyens technologique et de méthodes d'une grande qualité pour que ceux-ci soient praticables par les populations locales, d'autant plus dans un objectif de pérennisation. Il s'agit donc d'adapter les ouvrages aux capacités des populations, à leurs besoins, à leur demande, et à leur organisation.

Ainsi une mission exploratoire devra explorer divers éléments qui tiennent compte des spécificités locales. Cela impose de rechercher les déterminants culturels qui peuvent influencer sur les comportements de santé, de repérer les comportements à risque en matière de santé, et d'identifier les modes de gestion existants (avant l'arrivée de l'aide).

Pour se faire, il faut encourager l'expression et la formulation de la demande des intéressés, en identifiant les personnes-clefs, tout en s'assurant que les personnes les plus vulnérables ont été prises en compte. (MDM, 2007)

L'urgence c'est le bilan

Dans les crises aiguës de grande ampleur, l'empressement est parfois tel qu'il entraîne une négligence du plus urgent à savoir l'évaluation des besoins et la coordination des aides étrangères. « La priorité pour les organisations de secours doit donc être à l'évaluation, en dépit de la pression de l'opinion publique et des médias à se montrer en action. (...) »

Dans ce domaine, l'implication directe des Etats, via la logistique de leurs armées et leurs experts en travaux publics, est essentielle. Le dispositif de secours doit être modulé en fonction des besoins constatés, qui varient d'un contexte à l'autre, mais aussi des réponses apportées par les nombreux intervenants, bien qu'il s'agisse d'un paramètre très difficile à saisir. » (Brauman, 2009)

Evaluer, certes, mais sur quels critères ?

Pouvoir prioriser les actions, et tenir compte de leur rapport coût/efficacité sous-tend d'être en mesure de les évaluer.

André Briend (MSF, 2000) émet des axes de réflexion pour évaluer au mieux une mission, en insistant sur le flou qui existe lorsqu'on doit penser dans l'urgence. Ces imprécisions expliquent que l'évaluation ne peut souvent être faite qu'a posteriori, d'où le risque d'actions inconsidérées.

Le premier problème consiste à définir l'efficacité, et en premier lieu, trouver le critère dont on doit tenir compte : est-ce le nombre de décès prévenus ? Mais, pour ceux qui survivent, la qualité de la survie importe également –car beaucoup de maladies, telles que la lèpre et la polio, sont à la fois handicapantes et à longue survie...

De plus, doit-on donner ou non la priorité aux interventions destinées à éviter les décès d'enfants –qui semblent les plus injustes et intolérables- sachant que cette valeur spéciale accordée à l'enfant est fortement influencée par notre philosophie « occidentale »... ?

Une réponse serait d'intégrer les considérations de la structure familiale, et d'une manière plus large, la philosophie de la société où elles s'appliqueront.

Si l'évaluation d'un programme est probablement gage de lucidité sur son efficacité, il existe de nombreux biais, tels que l'hésitation à ne pas constituer de groupes témoins, par prudence,

pour ne pas faire perdre des chances de survie, lorsqu'il existe beaucoup d'arguments convaincants pour supposer que les interventions proposées sont efficaces.

Il faut tenir compte des différents facteurs d'incertitude que sont la taille et la représentativité de l'échantillon sur lequel on base les mesures épidémiologiques, la source des données qui peut avoir une appréciation variable des événements -il peut y avoir intérêt à gonfler ou au contraire inverser les chiffres pour obtenir plus d'aide, ou discréditer l'ennemi...

De plus, il est difficile d'affirmer qu'une intervention a empêché un décès là où les causes potentielles de décès sont multiples... il s'agit donc de déterminer la valeur de référence de la mortalité, à partir de laquelle est évaluée la surmortalité due à la crise elle-même.

(Brauman, 2009)

Synthèse

Enfin l'évaluation des coûts d'une mission requiert une analyse longue, elle-même coûteuse, suivant une organisation qui ne s'improvise pas. Elle doit tenir compte, pour être exacte, des dépenses courantes, de la main d'œuvre, des taux d'intérêts, du coût du transport du personnel...et toutes ces variables fluctuent selon les circonstances.

Certes ces études sont difficiles à conduire, mais elles permettent d'éviter certaines dérives et guider le choix de certaines interventions, et empêchent si possible que ce soient les bons sentiments qui déterminent leur orientation.

Rony Brauman incite à améliorer l'évaluation, par une précision des mesures pour être au plus proche du réel, en nous rappelant que les chiffres peuvent aussi manipuler l'opinion...

« (Améliorer l'évaluation) c'est d'abord tenter de cerner la situation abordée au plus près des faits, afin de fournir une description juste pour des décisions appropriées. C'est aussi s'efforcer d'échapper à une dynamique d'escalade et de surenchère qu'enclenchent, sans en avoir nécessairement l'intention, les organismes produisant ces chiffres. Outre qu'elle ne peut que lasser un public et des médias dont elle cherche au contraire à attirer l'attention, cette logique condamne ceux qui l'adoptent à monter toujours plus haut pour alerter, au risque de banaliser plus encore des situations quantitativement moins frappantes. » (Brauman, 2009)

I.B.3.g. Apprendre la progression éthique

S'empêcher d'en faire trop

Nous avons compris le danger de penser pouvoir déployer une aide sur tous les fronts des besoins. Et, sur un plan personnel, on imagine également le risque d'épuisement que cela peut provoquer. Maurice Mimoun (Mimoun, 2004), émet à cette intention, une sentence qui semble rassurante, celle de « s'empêcher d'en faire trop ». Certes « le risque d'en faire trop est réellement faible, mais le risque de faire mal est grand ».

Il faut apprendre la patience, dit-il. Il raconte ses missions qui se sont améliorées au fur et à mesure des années, mais avec le sentiment récurrent que ce n'est toujours pas assez bien : « Le malaise persiste car, une fois la patience passée, on voudrait que ce soit parfait. Bien sûr, on peut toujours mieux, et on fait donc toujours mal. Cette sensation peut paralyser mais vouloir tout impose l'échec par abandon, lassitude, conflit, rupture. »

Refuser l'immobilisme et accepter l'imperfection, c'est l'éthique qui découle de cet apprentissage nécessaire de la patience. L'important est donc la progression, avec sa pente et sa vitesse ; en gardant l'idée sous-jacente d'améliorer un peu à chaque fois : « Améliorer

l'asepsie, améliorer les traitements, améliorer le contact avec les gens, améliorer le suivi, toujours un peu mais toujours un peu plus ». Pour M. Mimoun, c'est un principe fondamental qui peut s'étendre à tous les systèmes de soins, sociaux et politiques.

Un autre intérêt de « s'empêcher d'en faire trop » est de coincer chacun devant sa conscience parce qu'un peu est à la portée de tous, toujours possible. M. Mimoun raconte comment il a été amené à participer à des actions humanitaires, par cette contagion du bien permise par cette proposition : « Venez et n'en faites pas trop ». « Le « pas trop » était accessible et aucun argument ne pouvait être opposé. (...) Le piège était tendu mais il était joli. (...) S'empêcher d'en faire trop, c'est amorcer la pompe, en faire à sa mesure. Seule l'addition donne la valeur de l'action. »

Comment le désenchantement apporte une certaine liberté de pensée

S'empêcher d'en faire trop est peut-être la voie qui permet au désenchantement d'être constructif. La désillusion ne doit pas décourager mais entretenir l'appétit de questionnements.

C'est ainsi que Rony Brauman espère :

«Le désenchantement, la désillusion ne sont pas eux-mêmes des sentiments joyeux, mais quand ils ne conduisent pas vers la rétraction et la dépression, ils peuvent déboucher sur un plaisir : celui de retrouver une autonomie de pensées, de goûts et de rejets, de lectures, d'occupations de son temps. (...)

Ce sont les questions, leurs présupposés, leur renouvellement, leurs conditions de possibilité qui m'intéressaient et continuent de m'intéresser, plus que les réponses. Je me demande d'ailleurs si on ne pourrait pas définir la langue de bois comme la langue des réponses. » (Brauman, 2006)

Attacher plus d'importance aux questions qu'aux réponses est une règle qui peut accompagner l'humanitaire dans son évaluation constante des pratiques.

Mais la portée est bien plus large ; il est clair que c'est un message d'espoir. La désillusion fait partie du quotidien de l'humanitaire -cette thèse elle-même en est le miroir en ce qu'elle cible les échecs de l'humanitaire-, mais de la même façon que le bonheur d'être médecin est un « bonheur triste » parce que c'est un bonheur pénétré de la souffrance des gens.

I.B.3.h. Enseigner

Une des solutions pour éviter que les populations ne deviennent dépendantes de l'aide consiste bien à favoriser les initiatives locales. Pour que l'expérience acquise par les équipes sur chaque terrain perdure et s'étende, l'enseignement aux soignants locaux apparaît comme le meilleur moyen de pérenniser les actions tout en permettant aux équipes de partir, car une mission a toujours pour dernière volonté de prendre fin.

L'art d'enseigner n'est pas dénué de complexité et d'habileté; il requiert un mode d'organisation particulier et des âmes pédagogues.

Ainsi le chirurgien Maurice Mimoun écrit (Mimoun, 2004) :

« Puisque on ne peut pas traiter tout le monde, il faut apprendre aux autres.

Mais l'enseignement commence par l'enseignement de nous-mêmes.

Le transfert du savoir est le dessein ultime. Transmettre et partir. Ne plus avoir à revenir. Mais pour enseigner, il faut détenir du savoir, vouloir le diffuser, savoir l'offrir et, cela peut paraître idiot, avoir des étudiants. Il faut aussi que les étudiants veuillent apprendre et puissent appliquer les nouvelles connaissances. Pas si simple. (...)

L'espoir est de trouver un passionné. C'est le seul enseignement qui vaille. Celui de l'élève qui demande, parce qu'il est toujours là, parce qu'il vous regarde, comprend vos gestes, vous pousse dans vos retranchements, vous impose d'être fort pour lui donner encore, nous critique pour vous remettre en question, vous conseille, parce qu'il vous enseigne aussi. Ce n'est jamais le maître qui choisit l'élève mais l'élève qui l'adopte.

Quand nous aurons cet homme, quand il volera de ses propres ailes, ce sera lui qui transmettra aux autres et nous pourrons partir. C'est notre espoir même si le départ est triste. »

Rony Brauman nous informe davantage des difficultés de l'élaboration d'une nouvelle équipe majoritairement locale, et des précautions que cela implique d'un point de vue éthique.

En phase chronique d'une mission, lorsque l'état sanitaire est stable et les équipes bien installées -faisant suite à une phase aiguë ou lors des missions survenant en dehors des états d'urgence-, il s'agit alors d'impliquer et recruter du personnel local, médical, paramédical, logistique et administratif.

« Le recrutement de ceux-ci pose souvent des problèmes ardu : il faut éviter une concurrence malsaine de salaires avec les structures médicales locales et il est également important de veiller à ne pas favoriser involontairement un groupe -ethnique, politique, national- au détriment d'un autre. Dans un environnement de pénurie, de tels déséquilibres peuvent provoquer de dangereuses tensions.

(...) Les différentes expériences et cultures de travail qui se côtoient (dans les comités où se réunissent les différents intervenants, tels que ONG, agences de Nations Unies, pouvoirs publics locaux) peuvent être sources de frictions et de conflits, non seulement parce que l'évaluation des besoins et la réponse aux crises sont loin d'être des sciences exactes, mais aussi parce que les différentes institutions d'aide fonctionnent selon des rythmes et des contraintes très différents. » (Brauman, 2009)

De plus, dans certaines contrées rurales, il reste difficile pour les équipes étrangères de se battre contre les habitudes ancestrales, tout en évitant le sentiment de honte que peuvent ressentir les autochtones chez qui on s'ingère. La formation de quelques habitants sur les pratiques de terrain est bénéfique pour faire admettre les techniques de soins modernes à leurs voisins.

Bernard Kouchner parle de la formation de ces « agents de santé », qui sont recrutés dans les villages. Ces personnes disposent d'une pharmacie élémentaire, et connaissent les symptômes des 5 à 7 maladies les plus fréquentes de leur zone. (Kouchner, 1986)

Enseigner aux locaux est donc une mission incontournable dans tout programme à visée humanitaire, mais suivant un art et une manière éthiques. Il faut également avoir le souci de ne pas briser les initiatives locales ou déjà antérieurement installées, et aussi d'éviter le désengagement de l'Etat en ne pas se substituant directement aux possibilités internes du pays.

I.B.3.i. Urgence à la prévention : une mise en lumière des enjeux de l'épidémie de VIH.

En matière de VIH, l'immédiat n'est autre que la prévention

Dans des situations d'urgence humanitaire, le virus gagne du terrain plus rapidement encore que dans des situations de paix.

Elisabeth Reid (Reid, 1999) estime que l'on prête rarement attention, dans les situations de conflit ou même d'après-conflit ou de démobilisation, à la synergie qui s'instaure entre les phénomènes de violence, de déplacements de populations et de brutalité, leurs effets psychosociaux et la diffusion de l'épidémie de VIH. On peut se questionner sur les raisons de ces réticences et ses conséquences. Il est émis l'hypothèse que l'aspect de l'infection par le VIH est en cause, à savoir ce laps de temps, relativement long, qui s'écoule entre l'acte et sa conséquence directe finale. D'autres priorités pressantes prennent souvent le dessus, et l'on considère que l'on s'occupera du VIH plus tard.

Mais cette négligence est condamnable moralement, car une personne séropositive contaminera probablement un certain nombre d'autres personnes, consciemment ou non, avant de mourir. Parmi les personnes qui survivent au conflit et aux camps, nombreuses sont celles qui décèderont parce qu'elles auront été contaminées par le VIH pendant la période de l'assistance humanitaire. En outre, lorsque l'épidémie continue à progresser largement et rapidement il en résulte une aggravation du conflit et du climat d'anarchie, entraînant la désintégration rapide du tissu des relations sociales. Or cette situation accroîtra fortement la demande d'intervention à venir...

La critique exprimant que l'assistance humanitaire vise l'échéance immédiate plutôt que le long terme fait apparaître que, dans ces termes, un programme de lutte contre le VIH serait peu efficace. S'opposant à un tel choix, E. Reid insiste avec ces mots :

« En matière de VIH, et même dans des situations de pénurie, de révolte et de chaos, l'immédiat n'est autre que la prévention. La psychologie des situations d'urgence peut avoir à être adaptée en conséquence. L'idéal, pour lancer des programmes de lutte contre le VIH, est que des programmes efficaces aient été mis en place en amont c'est-à-dire dans la période précédant le conflit. »

Mais comment mobiliser durablement les ressources locales et nationales c'est-à-dire susciter leur engagement, lorsque dans l'urgence on recourt à des méthodes plus directives qu'interactives ?

Relations symbiotiques entre l'épidémie de VIH, la violence et le sexe, qui nécessitent une prise en charge spécifique.

Il a été constaté que l'épidémie de VIH entretenait des relations complexes avec les milieux de brutalité et d'arrogance, typiquement dans les processus de guerres, avec pour corollaire les violences sexuelles. Ces relations symbiotiques se déploient dans le sens de la perversion avec l'emploi du VIH comme stratégie de guerre, et l'existence de comportements transmettant le VIH, tout spécialement le viol.

Ces actes criminels font entrer en action l'autorité judiciaire dans le cadre du respect des droits de l'homme. On peut considérer de ce point de vue que le lancement de programmes de lutte contre le VIH représente un droit de l'homme.

C'est la prise de conscience de la nature politique des viols systématiques en Bosnie et au Rwanda qui a permis de prendre en compte les violences sexuelles dans les programmes des ONG, pour qui au départ les problématiques spécifiquement féminines se réduisaient à la « santé de la reproduction », ou « maternelle et infantile ».

La menace du sida rendait dramatiques les effets du viol, en mettant en jeu l'avenir même des personnes, alors que son utilisation comme arme de guerre le faisait entrer en résonance avec des enjeux plus larges. La question politique doublée de la médicalisation situait donc cette problématique à l'intersection des préoccupations de la plupart des ONG, à savoir le témoignage et l'accès aux soins.

Cependant la prise en charge du viol dans le cadre de l'action humanitaire d'urgence présente de grandes difficultés.

Une des raisons est la complexité à appréhender les composantes culturelles concernant le viol et par exemple l'ostracisme qui peut en résulter pour la victime.

La remontée des informations concernant les violences qui s'exerceraient dans les secteurs gérés par des équipes d'aide internationale s'effectue souvent mal : les journées sont harassantes, le tri entre l'interprétation culturelle des données récoltées et leur objectivité factuelle est ardu.

De plus, la prise en charge du viol entre en concurrence avec d'autres priorités en contexte d'urgence. Il nécessite une logique d'action individuelle, en conflit avec les actions à visée collective (concernant par exemple la question de l'administration d'une prophylaxie du sida, et le risque d'émergence de résistances aux anti-rétroviraux).

Une prise en charge souvent tardive et les difficultés d'accessibilité géographique des populations jusqu'aux centres de soins peuvent être problématiques d'un point de vue de l'administration des prophylaxies médicamenteuses entre autres.

Par ailleurs, cette prise en charge spécifiquement féminine peut être perçue comme un privilège dans des sociétés où la justice est à deux vitesses, comme l'accès aux soins, ce qui peut aggraver la stigmatisation des victimes.

Elle implique également de préserver des espaces de confidentialité, de recruter et former du personnel féminin.

Elle nécessite une prise en charge médicale et psychosociale.

Elle touche à l'intime, mais, si elle est trop confidentielle, l'organisation fait le deuil des bénéfices liés à l'action du témoignage. Les questions de sécurité des populations et les éventuelles poursuites pénales peuvent entraîner une implication des praticiens des ONG dans des démarches judiciaires pour participer à la défense des victimes. Les risques en termes de sécurité peuvent être grands pour le médecin appelé à la barre, les dangers de récupération politiques ne sont pas à minorer, et le témoignage est un exercice délicat que peu de personnes ont l'habitude de pratiquer.

Cette pratique dépasse donc les cadres d'un exercice médical anonyme, et oblige à penser l'individu dans sa souffrance singulière et non comme moyen au service d'un objectif de santé publique.

Elle s'interroge sur des rapports de force plus généraux, au carrefour d'enjeux politiques, culturels et individuels. Car la pierre angulaire des violences sexuelles est bien le rapport que l'homme social exerce sur la femme sociale, rapport dont une des formes paroxystiques est le viol. La question pour une ONG médicale est celle de la nature de son inscription dans ce champ de forces.

Elle nous pousse finalement à s'interroger sur le rôle des ONG dans la prévention de la violence, et sur la pertinence de cette prévention dans des sociétés souvent déstructurées et dans des contextes où les équipes de volontaires se succèdent, là où l'intervention se situe toujours à la limite du politique auquel l'humanitaire n'a pas vocation à se substituer.

(Duroch, 2004)

Comment les leçons tirées de la lutte contre le VIH dans les camps de réfugiés ont une valeur qui dépasse ce cadre particulier...

Tout d'abord, précisons l'importance du contexte dans la réalisation d'un programme de prévention.

De même que les situations humanitaires dépendent de certaines conjonctures politico-économiques et socioculturelles, plusieurs ingrédients du contexte positivent les chances de réussite d'un programme, notamment une stabilité politique, des traditions de débat public dans le pays, l'existence d'un mouvement de défense des droits de l'homme etc.

Réciproquement, l'association de plusieurs facteurs de risque d'épidémie doit être prise en considération pour accentuer d'autant plus la prévention : les camps de réfugiés réunissent notamment de nombreux facteurs propices à l'amplification de l'épidémie de VIH.

Elisabeth Reid formule plusieurs recommandations issues de son expérience de lutte anti-VIH dans les camps de réfugiés (Reid, 1999), qui nous délivrent des pistes pour réussir un programme de prévention quel qu'il soit :

« Pour agir efficacement, la ressource la plus importante est une population disposée à parler et à agir de concert avec autrui sur tous les aspects de l'épidémie dans la durée.

(..)

Les programmes doivent être fortement axés sur les relations interpersonnelles, soutenus dans le temps ; ils doivent encourager une large participation et générer un sentiment d'action et donc d'espoir.

(..)

Dans un programme il est possible et important d'intégrer les mesures contre le VIH dès le début de la crise, en recrutant du personnel au sein des populations réfugiées, et en faisant appel à la participation des dirigeants communautaires, qui peuvent faciliter l'accès et encourager le débat sur les questions de fond. La participation et l'inclusion des communautés environnantes et la coordination entre les organisations participantes sont aussi essentielles pour l'efficacité du programme.

Autres considérations identifiées: la nécessité de prendre garde, en organisant les populations dans les camps, à ne pas créer de nouveaux types de vulnérabilité sociale ; l'encouragement du dépistage volontaire par un travail de conseil, avec des mesures appropriées pour assurer le caractère confidentiel ; des mesures législatives afin de protéger les droits des personnes les plus vulnérables, et enfin la nécessité de répondre aux besoins économiques et médicaux des communautés.

(..)

Les démarches les plus efficaces seront fondées sur le renforcement des capacités de la population de discuter de ces questions difficiles et de trouver des moyens de les affronter elle-même. Ces démarches peuvent conduire à une prise de conscience collective de la nature de l'épidémie, à une volonté collective de réagir et à une motivation individuelle de se protéger, soi-même et les autres. »

I.B.3.j. Petite introspection dans l'esprit d'un humanitaire

Les bonnes et mauvaises motivations personnelles

Avant de s'engager dans une mission, il semble essentiel de tenter de faire une introspection pour comprendre ses propres motivations. En effet, l'expérience montre que certains attraits non réellement humanistes peuvent participer à l'envie d'être humanitaire. Ces désirs parfois peu conscients peuvent cependant entraîner déception et fragilité psychologique sur ces terrains inconnus.

Les raisons sont variées ; ce peut être un goût de l'aventure, du voyage ; la volonté d'aller à la rencontre de l'Autre ; l'envie de se sentir utile comme on peut l'imaginer lorsque les besoins sont démultipliés ; la soif de connaissances ; la fuite de problèmes personnels ; un certain attrait pour l'image mythique du « héros humanitaire » -dont l'action est forcément juste...

Il peut y avoir ainsi de bonnes et de mauvaises raisons ; parfois entremêlées et masquées par de bonnes intentions -dont nous avons vu le potentiel tyrannique. En avoir conscience au préalable permet certainement une meilleure adaptation au milieu nouveau et au travail en équipe, et permet d'anticiper certainement le retour...

L'attrait du pouvoir

Parmi les motivations, il en est une assez ambiguë, celle de l'attrait du pouvoir. L'exercice d'un certain pouvoir est permis facilement pour un humanitaire isolé sur ces terrains de pénurie, voire serait inhérent à toute action humanitaire.

Ainsi écrit Joëlle Chauvel, infirmière : « Les raisons (à partir travailler dans l'humanitaire) peuvent être variées et apparemment réelles et réfléchies pour chacun d'entre nous, mais au bout du compte, si on est vraiment honnêtes, il faut reconnaître -avouer- qu'il y a un certain plaisir à être chef ! Avoir du pouvoir et la possibilité de l'exercer est, je pense, un élément fondamental (mais complètement nié) dans l'action humanitaire actuelle...

Je ne dis pas que les volontaires actuels partent à l'étranger pour « dominer », mais tout l'exercice humanitaire est sous-tendu par l'exercice du pouvoir. C'est tellement vrai que, sur le terrain, aucun expatrié n'est sous la responsabilité d'un personnel national. » (Chauvel, 2009)

Nous ne pouvons nous empêcher d'y voir une influence occidentaliste, avec cette tendance à s'autoproclamer comme détenteur d'une vérité humanitaire et donc à exercer un pouvoir pour la faire appliquer.

Bonheur lucide, bonheur triste...

Maurice Mimoun réfléchit sur le plaisir qu'il ressent à exercer en tant que médecin humanitaire, et cette gêne qui accompagne l'utilisation du mot « plaisir », car le métier est justifié par la souffrance des gens.

« J'ai compris mon plaisir. Comment parler de plaisir à ce moment précis ? (...) Je suis sûr de mon action. Je n'entends plus rien, ni les doutes, ni les critiques, ni la recherche du sens, ni la politique, ni la poésie, ni la philosophie. C'est le temps de l'action. Agir, agir. Indiscutable. (...)

J'ai raison (...) mais j'ai honte aussi car c'est du soulagement de la souffrance que je tire cette satisfaction, et donc tout de même de la souffrance. C'est par cette souffrance que mon bonheur est triste. Mon métier le veut je ne suis pas un physicien savourant la beauté d'un principe dont il vient de découvrir la loi. La médecine s'intéresse à l'indicible et cette tristesse rend ce bonheur encore plus grand. Alliance bizarre de deux sentiments qui paraissent opposés. Pas tant. Pas du tout même. Le bonheur lucide engendre la tristesse. » (Mimoun, 2004)

Anticiper le retour en métropole

Il faut croire que des changements intérieurs s'opèrent inévitablement lors des missions humanitaires. La perception de notre système de santé en est probablement aiguisée. Maurice Mimoun exprime ainsi que, là-bas, le principe de précaution est un luxe, le principe de nécessité est un combat :

« Premier coup de bistouri à Paris. Curieux. Tout ce monde autour de soi, toutes ces procédures de sécurité, tous ces appareils, tout ce luxe de précautions, toute cette propreté. (...) Comme il a fallu s'habituer au manque, il faut reprendre ses aises, revenir du principe de nécessité au principe de précaution. » (Mimoun, 2004)

Au retour, il n'est pas rare que les relations avec les proches, qui sont restés, soient tendues. La compréhension du monde des humanitaires par des gens extérieurs, est généralement déformée, car la complexité des enjeux d'une mission –qui constituent une grande partie de cet exposé- n'est pas accessible au novice.

Ces obstacles à une vraie communication peuvent entraîner des états de repli et de dépression. A propos des gens de retour du terrain, Sylvie Brunel dit qu'« ils ont souvent du mal à raconter les choses qu'ils portent en eux, parce qu'ils parlent à des personnes, par exemple leur propre famille, qui ont en tête la communication institutionnelle des ONG. Et il y a un tel hiatus entre ce qu'ils ont vécu et les représentations que les gens ont en tête, qu'en voulant parler de la complexité des choses, en voulant apporter un peu de recul et de nuances, ils seront catalogués comme déçus ou ayant des problèmes personnels. » (MDM, 2009)

I.B.3.k. Au centre du débat, la victime : tous les hommes et tout l'homme

Finalement, pour résoudre les dilemmes humanitaires, une certaine philosophie permettrait de résoudre certains tiraillements internes des humanitaires, celle de se concentrer sur la cause de la victime. Evincer toutes les fausses représentations, les couleurs idéologiques, l'asservissement de la technique, pour enfin prendre le parti de l'humanité, de tous les hommes et de tout l'homme, rencontrer l'Autre.

Voici quelques extraits choisis pour mettre en lumière cette conclusion :

« La définition globale de l'humanitaire qui doit prévaloir est celle apparue en Europe avec les Lumières. Un souci de tous les hommes, qu'ils nous soient ou non semblables, par la religion, les mœurs ou la couleur de peau, qu'ils soient à nos côtés ou dans de lointains pays. Un souci de tout l'homme : il ne faut pas seulement le nourrir, assurer sa survie mais l'éduquer et lui permettre de se développer. » (Rufin, 2003)

Jean-Christophe Rufin explique que les fondateurs de l'humanitaire étaient imprégnés d'idéologies variées initialement, mais que leur démarche humanitaire de départ était la même, consistant en la rencontre de l'Autre. « Mais cet Autre force à penser autrement et finit par dépouiller l'action de ses oripeaux idéologiques. La mue terminée, reste l'humanitaire. »

« Lorsqu'ils sont chez les Afghans, (les humanitaires) en partagent la vie, les combats et les souffrances. La seule différence, et elle est de taille, est que les moudjahiddines luttent pour vaincre tandis que les humanitaires ne sont là que pour la cause de l'homme. Ce parti de l'humanité est le seul qui puisse séduire une génération revenue des combats idéologiques après 1968, et à qui l'humanitaire sans frontières va justement donner l'occasion d'un engagement sans projet, d'une aventure sans idéologie, d'une présence dans la guerre sans être un combattant. Voilà un combat qui ne finira jamais, qui peut permettre de soutenir toutes les forces de résistance et de se retourner contre elles demain si, arrivant au pouvoir, elles se révèlent tortionnaires : l'humanitaire, combat pour l'homme, accompagne les combats des hommes sans jamais se confondre complètement avec eux. » (Rufin, 2003)

II. RELATIONS ENTRE MEDECINE GENERALE ET MEDECINE HUMANITAIRE

II.A. Confrontation des définitions.

Dans un premier temps, nous allons tenter de définir ce qu'est la médecine humanitaire, en synthétisant une réflexion sur ses fondements et ses contours actuels.

Dans un second temps, nous confronterons ces bases ainsi résumées, à la définition existante de la médecine générale, afin d'en déceler les points communs autant que les spécificités de chacune.

II.A.1. Réflexions sur les fondements de la médecine humanitaire

Il n'existe pas de définition précise du qualificatif « humanitaire », mais son histoire en éclaire le concept, et l'a enrichi avec les crises internationales au cours des dernières décennies, permettant d'extraire plusieurs piliers qui semblent devoir encadrer universellement ce qu'est une action humanitaire.

Certains de ces éléments ont été abordés dans les parties précédentes mais selon une autre structure ; le rassemblement que nous allons élaborer a pour but de formuler une définition de la médecine humanitaire.

II.A.1.a. Le cadre de l'action humanitaire : un contexte et une intention bien circonscrits

Pour Rony Brauman, deux éléments fondamentaux vont délimiter une action humanitaire : le contexte de l'action, tout autant que l'intention affichée des acteurs -et non un corpus de techniques.

« Cette définition peut sembler insuffisante en ce qu'elle rassemble sous une même appellation des objets très différents, tant du point de vue du contexte de l'action que du statut des organisations impliquées. Mais l'hétérogénéité est la caractéristique même de la pratique médicale humanitaire. » (Brauman, 2009)

Le contexte

Sous une même étiquette humanitaire sont rassemblés des cadres variés de mission médicale humanitaire, que ce soit dans le statut de l'organisation et son lien avec la politique locale, nationale, internationale, comme dans la durée envisagée de la mission, ses objectifs et la population-cible, ou encore selon le contexte de la crise, celui-ci relevant soit d'une situation « d'exception », soit d'une situation dite « ordinaire ».

« Les interventions humanitaires en situation de conflits supposent des acteurs indépendants de tous pouvoirs politiques, se tenant sur une position d'extériorité par rapport à ceux-ci. Ailleurs, des programmes relevant de la santé publique exigent, au contraire, un lien étroit avec les autorités politiques du pays d'intervention. Certaines formes relèvent de l'assistance directe, à court ou moyen terme, alors que d'autres s'inscrivent dans des politiques structurelles, sans terme précis ; certaines concernent des besoins d'individus concrets, d'autres visent à réformer des pratiques collectives. Et l'on trouverait sans peine des situations où plusieurs de ces catégories sont simultanément applicables.

(...) Certaines (des formes très différentes de pratique médicale humanitaire) prennent place dans des situations de crises majeures –pour l'essentiel conflits armés et catastrophes naturelles-, tandis que d'autres renvoient aux domaines de l'assistance technique au développement, ou à la sécurité sanitaire. » (Brauman, 2009)

Ces situations diverses sont rassemblées par un point commun, celui de naître dans un contexte de « rupture brutale d'un équilibre antérieur » : « C'est dans un environnement de crises, qu'elles soient d'origine naturelle ou politique, qu'il s'agisse de tremblements de terre ou de guerres civiles, que l'action humanitaire prend tout son sens. » (Brauman, 2000)

L'intention

L'aide humanitaire vise à aider une société à traverser une période de crise, autrement dit de rupture brutale d'un équilibre antérieur. Plus précisément « elle vise, sans aucune discrimination et avec des moyens pacifiques, à préserver la vie dans le respect de la dignité, à restaurer l'homme dans ses capacités de choix. » (Brauman, 2000)

Premièrement, vouloir appliquer cette notion de « restaurer l'homme dans ses capacités de choix », c'est accepter de ne pas avoir pour ambition de transformer une société, mais plutôt d'accompagner ses membres dans une période difficile en utilisant au mieux les capacités locales, et dans l'ultime but que l'aide ne soit plus nécessaire.

Ensuite, le caractère pacifique et impartial des acteurs est mis en avant, soulignant le rôle particulier des organisations humanitaires privées et mettant en question les gouvernements dans leur nouveau rôle d'intervenant direct : « La nature de l'acteur institutionnel, dont la position d'indépendance vis-à-vis des pouvoirs politiques doit être sans équivoque. Du moins en situation de guerre, lorsque la charge politique très lourde, requiert de la part des intervenants humanitaires une transparence totale. »

Rony Brauman insiste sur l'importance de l'intention mise ici au même rang que l'action : « l'intention du geste, que doit guider le souci de l'autre, et non la défense d'intérêts. (..) Perçue comme une fin, l'action humanitaire est incontestable : utilisée comme un moyen, elle devient inacceptable. » (Brauman, 2000)

La volonté de « préserver la vie dans le respect de la dignité » s'accorde avec l'idée de préserver toutes les vies sans distinction, ou plutôt toutes les victimes, quelle que soit leur appartenance à une idéologie ou à toute communauté qui pourrait être distinguée dans le conflit. C'est ainsi que la position d'indépendance des acteurs humanitaires prend tout son sens.

Ces précisions nous rappellent que toute opération médicale d'assistance n'est pas humanitaire, même en situation de guerre ou d'épidémies. En effet, certaines missions n'appartiennent pas à cette catégorie au sens où « elles sont au service d'une faction combattante et non de toutes les victimes. Elles n'orientent pas leur action en fonction des besoins d'une population affectée par la guerre mais d'un segment de cette population déterminé par des préférences politiques ou religieuses. » (Brauman, 2009)

II.A.1.b. « Soigner et témoigner »

Défendre la cause des victimes de la crise suppose donc une main tendue à toutes les victimes. Cet engagement à vouloir préserver la dignité de leur vie passe également par un témoignage de leur souffrance.

Pour mieux comprendre, voici un extrait écrit par les responsables d'un programme humanitaire installés en Palestine, intitulé « soigner l'esprit » :

« Devant leurs souffrances (des victimes), il est de notre responsabilité de décrire les conséquences qu'entraîne sur elles la guerre. Il s'agit tout juste de relater ce dont nous sommes les témoins dans les territoires palestiniens. Cela revêt une importance particulière pour ces familles dans une optique thérapeutique. » (Fassin, 2004)

Le médecin est bien un témoin de l'Histoire à travers sa lecture des souffrances des gens. A une échelle individuelle, il est le témoin des événements d'une vie qui peuvent être racontés.

« La vie qu'on ne peut préserver, on peut encore la dire » écrit Didier Fassin.

L'objectif de « préserver la vie » revêt pour le médecin une double signification, dans le double sens que revêt la vie : « La vie comme processus biologique, partagée par tous les êtres que l'on appelle précisément vivants, et la vie comme réalité biographique, apanage de l'être humain en tant qu'il possède le langage : les soins pour la première, les témoignages au service de la seconde. » (Fassin, 2004)

A une échelle collective le témoignage renvoie à une exigence de justice.

Autrement dit, le discours abrégé « soigner et témoigner » résume –sommairement- la vocation de la médecine humanitaire sous cet angle nouveau, à l'image d'un slogan de Médecins du Monde « Nous soignons toutes les maladies, même l'injustice ».

II.A.1.c. Une Histoire de l'Humanitaire : d'une pensée philanthropique à une réglementation de la guerre

Par le souci de l'autre qui guide l'intention du geste, complété par les « principes d'humanité, du droit des gens et des exigences de la conscience publique » issus des conventions de Genève, on retourne aux origines du concept de l'Humanitaire, ancrés dans une morale humaniste née du siècle des Lumières.

Rappelons que le mot « humanitaire » est apparu sous la plume de Lamartine en 1835, désignant une disposition d'esprit philanthropique, une attitude de confiance en l'humanité considérée comme un tout. Dans le dictionnaire historique de la langue française (Le Robert, 2000), il qualifie « ce qui vise au bien de l'humanité ».

« Avec la convention de Genève et la création de la Croix Rouge, le qualificatif d'« humanitaire » ne renvoie plus seulement à une anthropologie optimiste mais à un dispositif et à un ensemble de normes. Son sens s'est donc resserré autour d'une forme d'action et d'un ensemble d'obligations, mises en œuvre au nom de l'esprit de charité chrétienne qui devait s'imposer aux grands de ce monde, tout autant qu'autour du prix accordé à chaque être humain. » (Brauman, 2009)

Pour Henri Dunant, fondateur de la Croix Rouge, et ceux qui le soutenaient dans son entreprise, des limitations devaient être imposées pour le droit à la conduite de la guerre, et des secours organisés pour le sauvetage des corps sur les lieux où se déchaînait la violence.

« La rupture introduite par la Convention de Genève de 1864 fut de transformer les dispositions d'esprit bienveillantes, jusqu'alors laissées à la discrétion des chefs militaires, en un traité diplomatique devant être appliqué en tout temps et tout lieu. Cette convention (...) est considérée comme l'acte de naissances du droit international humanitaire contemporain. (...) L'unité de l'espèce humaine et de ses droits constituait le fondement de l'esprit humanitaire par-delà toute division en nations, ethnies ou religions, mêlant esprit des Lumières et philanthropie chrétienne. » (Brauman, 2009)

Cette forme de réglementation de la guerre évitait que celle-ci n'ouvre des possibilités infinies aux combattants qui la conduisent. L'humanitaire intègre au secours une notion supplémentaire de limitation de la violence, l'idée que « même lorsque le droit n'existe plus, il reste du droit ... » (Brauman & Védrine, 2003)

II.A.1.d. « L'humanitaire, c'est de la politique »

Depuis cet ancrage dans une volonté de réglementation de la violence des conflits, l'humanitaire n'a eu de cesse d'entretenir des rapports complexes avec la politique internationale et locale.

Nous avons notamment abordé les difficultés d'indépendance des uns par rapport aux autres, ainsi que la confusion que cela génère sur le terrain.

Cette partie résume en quelques mots les axes de nature politique avec lesquels l'humanitaire est amené à interagir.

L'espace humanitaire, dans le réseau des enjeux géopolitiques

Nous ne reviendrons pas sur les distinctions entre l'humanitaire d'Etat et l'humanitaire d'ONG, mais nous pouvons rappeler que les logiques d'action sont différentes entre ces deux, au sens où les ONG n'ont pas de contribution active dans les enjeux géopolitiques, à la différence des Etats qui doivent composer avec les alliances diplomatiques, et ne peuvent guider leur action uniquement en fonction des besoins vitaux d'une population. En ce sens « la politique ne peut pas être humanitaire », dit Rony Brauman (Brauman & Védrine, 2003).

Ainsi pour mieux comprendre une situation humanitaire, la seule vision historique et philanthropique ne suffit pas ; il faut lui appliquer les grilles de lecture de la géopolitique telles qu'on les utilise pour comprendre les actions politiques. C'est ce qu'affirme Bernard Jacquemart, responsable de l'Unité de Veille et d'Analyse des crises à Médecins du Monde.

Ainsi il propose de toujours considérer l'humanitaire dans son contexte, en le qualifiant d' « espace humanitaire », qu'il définit comme « le lieu et le moment où se tisse le réseau complexe des relations entre les acteurs impliqués à des titres différents dans la dimension humanitaire d'une crise ou à l'occasion des débats plus généraux qui les réunissent.

Chacun de ces acteurs est agi par des intérêts, intentions, circuits décisionnels, principes politiques, moraux, idéologiques et opérationnels qui lui sont propres. » (Jacquemart, 2000)

A la rencontre de la médecine et de la science politique... la santé publique

Nous avons décrit un premier aspect des liens qui unissent humanitaire et politique ; ceux-ci découlent du fait que le contexte de l'humanitaire est une crise, qui met en jeu divers intérêts étatiques avec lesquels il faut coopérer ou au contraire desquels il faut se défendre.

Il existe un autre aspect qui rassemble la médecine et le système politique d'un pays : ces rapports sont expliqués par la vocation sous-jacente de la médecine humanitaire à défendre la santé publique.

Avec la médecine sociale telle qu'elle était prônée au 19ème siècle par Louis-René Villermé ou encore Rudolf Virchow, la médecine commençait à occuper une place importante dans la détermination de ce qui est socialement acceptable ou intolérable. Ces médecins hygiénistes vont progressivement affirmer comme un devoir pour l'Etat d'assurer la santé publique et le bien être de ses sujets. « Description scientifique et réformisme politique ne font qu'un dans l'esprit de ces médecins sociaux, dont la démarche institue peu à peu la santé publique à la fois comme savoir scientifique et comme exigence morale et politique. » (Brauman, 2009)

C'est ainsi que la santé entre dans l'espace politique : par le biais de la santé publique qui relève de la compétence étatique.

Les ONG d'assistance médicale humanitaire doivent coordonner, dans une certaine mesure (variable selon le type de missions) leurs projets avec ceux de la politique de santé publique, ce qui ajoute incontestablement une dimension politique à leur action.

Rony Brauman apporte quelques précisions sur cet espace politique de la santé : « Lorsqu'elles deviennent des éléments de politique publique, les actions de santé engagées par des organismes privés quittent le domaine de la charité ou de l'humanitaire pour gagner celui de la politique. Souligner ce changement de catégorie n'est pas faire œuvre de taxinomiste mais indiquer une différence essentielle de régime. Par leur nature même, les initiatives privées sont lacunaires. Seules les décisions d'Etat peuvent prendre force de loi et être ainsi, au moins dans leur principe, profitables à tous. » (Brauman, 2009)

Rudolf Virchow, médecin ayant vécu entre 1821 et 1902, exprimait déjà une pensée similaire dans cette phrase : « La politique n'est rien de plus que la médecine pratiquée en grand. »

II.A.1.e. Synthèse de la réflexion sur les fondements de la médecine humanitaire

En résumé l'action humanitaire s'exerce dans un contexte de crise, par des acteurs en position d'indépendance dont l'objectif de secours est pacifique et guidé uniquement par le souci de l'autre, c'est-à-dire de la victime quelle qu'elle soit. La défense de la dignité des victimes

implique souvent un témoignage de leur souffrance et des forces qui les oppriment. Puisque les victimes qu'elle défend sont toujours le résultat d'une crise aux enjeux politiques, et dans la mesure où ses missions sont orientées vers la santé publique, la médecine humanitaire se veut exercer un pouvoir dans les changements politiques. Cet espace humanitaire s'insère dans un cadre juridique, dès lors que les humanitaires doivent s'ingérer dans les zones de non respect des droits de l'Homme.

Sur ce même sujet, on ne manquera pas de se référer à la déclaration d'Alma-Ata par l'OMS (OMS, 1978), en particulier les articles 4 et 5 dont voici un extrait:

« Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés.

Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates.»

L'idée qu'une politique laisse des exclus doit être combattue, car elle va à l'encontre de la préservation de la dignité des exclus. Ceux-ci sont acteurs et auteurs de leurs propres droits, en tant qu'ils sont sujets. L'exclusion les a privés de cette qualité qu'il s'agit de restaurer.

La précarité, et son corollaire aggravant, la pauvreté, incarnent un déni de ces droits universels, et constitueront la majorité de la population à laquelle les humanitaires devront porter assistance. L'identification de la pauvreté comme une négation de l'ensemble des droits de l'homme, ceux-ci étant indivisibles, aboutit à la conclusion que la promotion de la santé dans ces populations passe par des stratégies globales jouant sur l'ensemble des déterminants de santé. La déclaration de Jakarta (OMS, 1997) en est l'expression, ainsi que d'autres travaux en coordination avec l'OMS qui ont une portée universelle et représentent des directives valables pour toute organisation d'assistance médicale humanitaire.

Nous avons finalement brossé un aperçu de la « galaxie humanitaire », qui nous laisse entrevoir les enjeux politico-économiques, historiques, moraux et de santé publique, ainsi que l'ensemble des facteurs dont dépend la réussite d'une mission. Tous ces thèmes peuvent faire chacun l'objet d'une longue dissertation ; il n'est pas possible d'en exposer tous les tenants et les aboutissants, mais ils doivent inciter à la réflexion constante autour d'une impossible définition du terme humanitaire.

II.A.2. Confrontation de la définition existante de la médecine générale au concept de médecine humanitaire

Après avoir tenté d'approcher la définition de la médecine humanitaire, nous allons faire le lien avec la médecine générale telle qu'elle a été définie par la WONCA Europe.

II.A.2.a. Préambule

A l'aide du concept de médecine humanitaire que la première partie a consisté à exprimer, nous avons esquissé en annexe ce que serait la définition de la médecine humanitaire apposée aux caractéristiques de la médecine générale telles qu'elles ont été énoncées dans la définition de la médecine générale par la WONCA Europe. Il va de soi que nous admettons la définition de la WONCA comme étant la référence (ci-jointe en annexe 1).

Bien sûr cet exercice ne peut qu'aboutir à une définition incomplète et donc discutable, raison pour laquelle nous avons préféré laisser cette partie en annexe, mais nous savons déjà par la première partie que nos définitions seraient plutôt des approches. La visée est ailleurs : il

s'agit ici de mettre en évidence les points qui ne peuvent pas correspondre aux deux pratiques, ou ceux qu'il faut compléter, dans le but de révéler les ressemblances et les divergences fondamentales entre la médecine humanitaire et la médecine générale.

Précisons simplement qu'en guise de préambule, nous écrivions que la médecine humanitaire ne peut être admise comme une « discipline » par la plupart des médecins humanitaires, car elle regroupe une trop grande hétérogénéité de situations. De même la professionnalisation des humanitaires est un sujet toujours controversé.

Mais certains se disent « spécialistes de l'humanitaire », ce qui nous fait considérer que l'expérience de sa pratique a permis de développer des fondements (cf. partie précédente), un savoir-faire et des techniques propres, utiles à son exercice. Et si elle n'est pas « une discipline universitaire », nombre de formations lui sont consacrées.

« Scientifique », elle l'est comme toute discipline médicale. La recherche pour définir les objectifs de missions, comme la validité des techniques et des méthodes employées sont essentielles pour justifier son existence sur le terrain et permettre des progrès. « Où qu'elle soit exercée, la médecine maintient une démarche scientifique. C'est bien pourquoi la médecine humanitaire n'existe pas en elle-même, et n'a d'autre signification que de renvoyer aux motivations individuelles de ses praticiens. » (MSF, 2000)

Elle est, comme la médecine générale, orientée vers les soins primaires.

Nous vous invitons à vous référer à l'annexe pour y lire la confrontation aux autres caractéristiques de la médecine générale.

II.A.2.b. A l'image d'un serment d'Hippocrate complété

Cette définition comparée, certes imaginaire, pourrait cependant nous amener à revoir celle d'une médecine générale au travers du prisme de la médecine humanitaire, comme l'ont suggéré certains médecins à propos du serment d'Hippocrate. Voici l'additif proposé par Médecins Du Monde à l'approbation d'étudiants en médecine et de doyens de faculté pour compléter le serment d'Hippocrate :

« Médecin, fidèle aux lois de l'honneur
et de probité édictées par le Serment d'Hippocrate,

je m'engage, dans la mesure de mes moyens,
à donner mes soins à ceux qui, dans le monde,
souffrent de corps ou d'esprit,

je refuse que la science ou le savoir médical
couvre l'oppression ou la torture,

que l'on porte atteinte à la dignité de l'homme,
que l'on cache l'horreur...Je m'engage à témoigner.

Je fais ces promesses solennellement, librement,
sur l'honneur. »

II.A.2.c. Synthèse

La médecine humanitaire s'apparente à la médecine générale dans sa démarche, scientifique, et orientée vers les soins primaires. Mais elle serait une médecine généraliste beaucoup plus teintée de santé publique, et d'une forme d'engagement politico-juridique, non contradictoire avec l'impartialité, dans la résolution des causes des crises au sein de l'espace géopolitique. La pratique se caractérise par le désintéressement matériel de ses intervenant, la faiblesse de ses moyens thérapeutiques et paracliniques, et souvent une carence de communication avec les patients, qui retentissent sur la qualité des soins, à la différence de la médecine en soins primaires dans nos pays où la demande crée l'offre -que les ressources doivent néanmoins pondérer. A la différence de la médecine humanitaire, la démarche en médecine générale est orientée par la faible prévalence des maladies graves, une intervention au stade précoce des maladies, la gestion simultanée de plaintes et de pathologies multiples, la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux ; elle s'intéresse à la personne dans sa globalité et est orientée vers la normalité. Tout cela s'oppose mot à mot aux situations humanitaires qui sont toujours en rupture avec la normalité.

Le médecin généraliste n'échappe cependant pas aux situations de rupture avec la normalité. Il est des circonstances en France que nous pourrions qualifier d'humanitaires. Nous allons analyser en quoi le médecin généraliste est un témoin privilégié de ces situations qui sont souvent en lien avec une précarité des personnes, et comment sa pratique s'apparente à la démarche humanitaire.

II.B. Situations humanitaires en médecine générale.

II.B.1. Une Histoire de l'Humanitaire en France

Depuis le 19ème siècle, où la santé publique naissait de la constatation de l'influence des conditions de vie socioprofessionnelles sur la santé, le rôle de la puissance publique s'est accentué, pour parvenir à un mouvement d'égénéralisation de l'accès aux soins de santé tout au long du 20ème siècle.

Les années 1970 ont vu l'avènement du développement des ONG d'assistance médicale humanitaire, avec le mouvement des « french doctors » et du sans-frontiérisme. Parallèlement à cette ambition des humanitaires français de vouloir réduire les inégalités de santé dans le monde, on a constaté progressivement que la précarité existait aussi en France.

Ce « quart-monde » s'est élargi à la fin des années 1980 jusqu'à englober des millions de personnes.

C'est à ce moment là que de grandes ONG internationales se sont mobilisées sur le territoire national, à l'exemple de Médecins du Monde qui a ouvert son premier centre d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) gratuit à Paris et un premier centre de dépistage du VIH en 1986. Face aux besoins, MDM a pérennisé son action, tout en la diversifiant au milieu des années 1990, avec des programmes de réduction des risques auprès de toxicomanes marginalisés, des interventions de proximité auprès des Sans Domicile Fixe (SDF), des gens

du voyage, des migrants. En 2005, MDM compte 21 CASO et 85 missions mobiles de proximité, et consacre à l'ensemble de sa mission France 4,8 millions d'euros.

De même Handicap International a ouvert son programme France en 1991 pour améliorer les conditions de vie des personnes handicapées. (Ferré, 2007)

Par ailleurs on peut rappeler que des associations caritatives préexistaient de longue date en France, avant que les ONG internationales n'y développent des programmes locaux. Par exemple, le Secours catholique était présent depuis 1946, et le Secours populaire avait été fondé en 1945. A l'heure actuelle, il existe de nombreuses associations qui sont nées plus récemment, et qui oeuvrent uniquement en France.

Ainsi la société dans son ensemble a pris conscience qu'elle renfermait de nombreux exclus, et parmi eux, des pauvres et en particulier des « très pauvres ». A l'avenir on peut supputer qu'avec le progrès des techniques médicales, les inégalités sociales seront de plus en plus déterminantes pour le niveau de santé. Réfléchir à des solutions pour l'inclusion des marginaux dans un système de santé équitable est donc une priorité de santé publique.

Nous ne chercherons pas dans cet exposé à rappeler l'histoire de notre système de santé, ses atouts ou ses points faibles, comparé à d'autres. Bien qu'il soit relativement performant et égalitaire, il laisse des exclus, malgré les réformes constantes des dernières décennies, l'Aide Médicale d'Etat (AME) puis la Couverture Maladie Universelle (CMU), et le travail - probablement- non moins acharné du ministère de la santé à obtenir les richesses nécessaires et orienter la solidarité nationale dans le sens d'une justice sociale. Quelle que soit la complexité des tenants du système, il n'est pas tolérable qu'une politique de santé laisse des exclus -bien que l'inverse semble utopique pour l'instant.

De ce fait des initiatives associatives travaillent à remettre sans arrêt au cœur de la réflexion collective les problématiques d'accès aux soins, et tentent d'améliorer la prise en charge des exclus par ceux qui sont amenés à les rencontrer.

A cet égard, le médecin généraliste est un témoin privilégié de la souffrance des marginaux. Pour des raisons éthiques et de santé publique, on considère qu'il doit accorder une attention prioritaire aux populations les plus fragilisées socialement.

Pourtant chacun se sera également heurté aux nombreux obstacles –pas seulement administratifs- dans le bon déroulement des soins.

Les questionnements des praticiens foisonnent quant à la manière de procéder pour permettre une médecine équitable et de qualité, lorsque les conditions préalables à une bonne santé ne sont pas réunies (un logement, un travail convenables etc.).

Des travaux ont été réalisés dans le but de comprendre mieux les populations précaires afin de pouvoir combattre la misère. Nous verrons qu'il existe des spécificités dans l'exercice de cette médecine générale que l'on pourrait qualifier d'humanitaire.

Les personnes très pauvres ne représentent certes qu'une petite partie de la patientèle d'un médecin généraliste. Mais si l'on considère plus largement toutes les personnes rencontrées dans son métier, qui se trouvent en situation de précarité, quelque soit l'origine qui la détermine, c'est loin d'être une situation rare et, en tout cas, elle est toujours problématique.

Nous prendrons l'exemple de certains groupes de personnes vulnérables que sont les migrants et exilés dans une première partie, et les grands pauvres dans une seconde partie, pour ensuite généraliser à la pratique quotidienne. En effet, les réflexions soulevées autour de ces groupes d'individus concernant les moyens d'améliorer la protection de leur santé pourront être applicables non seulement à toute personne qui se trouve exclue du système politique global,

mais aussi, nous le verrons dans la troisième partie, à de nombreuses situations d'échange entre le médecin et une personne en souffrance, quelles que soient les origines de cette souffrance.

II.B.2. Exilés et migrants, un groupe très vulnérable

Le Comede (Comité médical pour les exilés) et ceux qui le soutiennent travaillent à identifier au mieux les exilés et migrants en situation précaire et garantir une protection à leur santé.

Ils ont mis en évidence le fait que les exilés sont doublement vulnérables de par leur trajectoire et des conditions d'accueil souvent difficiles à leur arrivée en France.

En effet, la décision d'exil prend déjà racine dans une expérience et un vécu violents et traumatiques. « La réalité de ce qu'il a traversé a mis à rude épreuve ses capacités de travail psychique, qui, dans le meilleur des cas, s'en sont trouvés sidérées pour se protéger. »

Le demandeur d'asile, quand il arrive intègre donc notre territoire dans une situation de vulnérabilité extrême : où dormir ? comment se nourrir ? Les exilés sont placés dans une situation de dépendance et d'insécurité sur un territoire dont ils ne maîtrisent ni la langue, ni les codes. A ce moment là, « les conditions d'accueil –notamment matérialisée en terme de logement et d'accompagnement à la procédure- peuvent, en fonction de la manière dont elles s'organisent, participer à soutenir celui qui nous demande asile sur le plan de sa santé mentale, ou, au contraire, exiger de lui la confrontation à une nouvelle forme de violence qui ne manque pas de faire résonance aux violences déjà subies. » (Comede, 2008, Maux d'Exil no25)

Il paraît essentiel pour tous les accueillants potentiels (soignants, personnel administratif ou du milieu judiciaire relatif au droit d'asile etc.) d'avoir réfléchi à cette vulnérabilité particulière aux migrants et exilés, afin de mieux les protéger. A cet effet, le Comede propose quelques pistes pratiques, comme des consultations attentives à la santé mentale, et la création d'outils pour penser la souffrance psychique des demandeurs d'asile, qui ont très souvent vécu des psychotraumatismes d'une violence inouïe dans leur pays d'origine.

De même serait-il souhaitable d'améliorer le repérage et la prise en charge des femmes exilées victimes de violences en tant que femmes (le viol, l'excision, le mariage forcé ou la prostitution organisée).

Toutes ces questions trouvent écho dans le débat autour du droit d'asile. Les difficultés pour ces personnes de raconter les traumatismes subis, puis de faire reconnaître ces violences comme motifs légitimes de l'asile entraînent de nouvelles contraintes qui pèsent aussi sur leur état de santé. Ceci doit nous conduire à nous interroger sur le redoublement d'obstacles qui leur sont imposés et créés par nos propres politiques de l'immigration et de l'asile :

« Les conditions actuelles d'application par l'Administration du droit au séjour pour raison médicale, inféodés à une logique de contrôle des flux migratoires, ont des conséquences très graves sur l'état de santé des personnes et sur la santé publique. Elles maintiennent les étrangers malades dans une situation de forte précarité sociale favorisant leur vulnérabilité physique et psychologique face à la maladie et décourageant les démarches de prévention, de soins et d'observance des traitements. (...) Le ministère de la Santé a ici certainement un rôle prépondérant à jouer pour faire reconnaître que la protection de la santé des migrants en séjour administratif précaire et la promotion de la santé publique passe par la sortie de la clandestinité. (...) Une telle reconnaissance est en effet seule à même d'assurer l'application

effective de l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'Homme garantissant le droit au respect de la vie privée et familiale, dont la santé physique et mentale constitue une dimension essentielle. » (Comede, 2009, Maux d'exil no26)

Pour améliorer la protection de la santé des migrants, le Comede milite pour permettre à tout individu, même les exclus du système, par un dispositif de « premier recours », de bénéficier d'un bilan de santé effectué dans de bonnes conditions de communication et de confidentialité, afin de dépister les maladies graves et fréquentes qui affectent ce groupe de populations. Dans la course d'obstacles que constitue alors le « parcours d'intégration », la découverte tardive d'une maladie grave peut constituer un handicap fatal.

« Bien sûr, la promotion d'un bilan de santé adapté ne sera d'aucune utilité pour réduire les inégalités sociales et les inégalités de traitement que subissent les étrangers. Mais au moins réduira-t-elle les inégalités face à la maladie. » (Comede, 2008, Maux d'exil no22).

II.B.3. Recherches sur la pauvreté et l'extrême pauvreté

De nombreux travaux ont été menés au cours des deux dernières décennies sur la pauvreté. En effet, on s'interroge sur l'existence éventuelle d'une morbidité particulière et d'une pathologie mentale spécifique, ainsi que les conséquences probables des conditions de misère et d'exclusion sur le développement des enfants et les capacités des adultes.

Ces recherches ont pour objectif de mieux comprendre le vécu du corps et de la maladie, les rapports des populations défavorisées avec les services de santé et de protection sociale, et savoir pourquoi ceux-ci ont tant de difficultés pour promouvoir la santé dans ce milieu.

Pour développer cette partie, nous utiliserons essentiellement les écrits issus de l'organisation Aide à Toute Détresse pour le Quart-Monde (ATD Quart Monde), qui a été fondatrice dans l'exploration des relations entre misère et santé.

Parmi ces écrits, nous avons sélectionné un ouvrage intitulé « La santé passe par la dignité. L'engagement d'un médecin » de François-Paul Debionne (Debionne, 2000), en ce qu'il retrace toute la méthode suivie par ce médecin et ses collaborateurs dans sa recherche, menée notamment en parallèle à l'exercice de la médecine générale dans un cabinet à Jarville. Ses conclusions ont donc une portée tout à fait généralisatrice, ce qui renforce la pertinence de notre étude.

Rappelons que l'association ATD Quart Monde a été fondée par le père Joseph Wrésinski en 1972, après qu'il eut passé de longues années à partager, par choix, les conditions de vie inhumaines du camp des sans-logis de Noisy-le-grand dès 1956. « C'est sa façon de rejoindre des personnes au lieu de chercher à traiter des problèmes. » écrit François-Paul Debionne à son sujet.

Avec cette association, il invitait médecins et non-médecins qui adhéraient à l'idéologie du mouvement (de préserver la dignité à tout prix) à bâtir une connaissance mobilisatrice des conditions de santé des familles les plus pauvres.

Afin de pouvoir décrire la réalité de l'état de santé des gens (qui semblait en décalage avec l'apparence des choses), le mouvement a développé un procédé raisonné permettant de guider la recherche sur la pauvreté, pas uniquement selon les questions des chercheurs mais surtout en fonction du questionnement imposé par les familles à travers ce qu'elles dévoilaient aux personnes engagées avec elles pour détruire la misère.

Tout d'abord, la voie commence par un enfouissement au contact des pauvres, après les avoir identifiés, en saisissant toute occasion de rencontre.

Ce premier temps est assorti d'un recueil régulier des échanges au plus près du réel. L'objectif est multiple. D'une part, ces témoignages permettront de comprendre, avec le recul, les questionnements des familles sur leur santé, et de réunir les faits susceptibles de provoquer les changements qui s'imposent (concernant les dysfonctionnements du système de santé). D'autre part, cette prise de parole des familles sur leurs problèmes de santé tels qu'elles les vivent permettra d'enregistrer les progrès, et valoriser les populations. Ceci aboutit à la prise de conscience que leur santé est de leur responsabilité.

Par la suite, les moyens utilisés pour aider ces populations devront viser avant tout à soutenir leurs propres efforts, en gardant à l'esprit que ce sont eux les premiers à avoir une connaissance irremplaçable de leur situation et à lutter quotidiennement contre la misère.

Cette assistance devra faire en sorte de soutenir les forces familiales (préexistantes) de résistance à la misère, autrement dit privilégier le « vouloir vivre ensemble ».

De plus, il s'agit d'intégrer une dimension culturelle à tout projet médical, permettant ainsi de toucher le corps et l'esprit, et de briser l'enfermement subi par les familles très démunies.

Les travaux issus de ces observations sur le terrain ont permis de faire avancer la recherche sur la pauvreté. C'est à partir de là que la pauvreté a été considérée non plus comme un état figé, ni comme une déviance mentale, mais comme une situation s'inscrivant de génération en génération, dans une histoire familiale, avec ses difficultés : leur accumulation et leur persistance découragent tous les efforts et remettent en cause toute sécurité dans maints domaines à la fois.

C'est cette même définition, élaborée par le père Joseph Wrésinski, qui a été officialisée et rendue universelle (Wrésinski, 1987) -car la pauvreté est universelle. Nous pouvons établir à nouveau les liens avec les droits de l'homme, comme une des branches qui définit le cadre de la médecine humanitaire, ainsi que nous l'avons affirmé dans la première partie. Ainsi on pourrait presque boucler la boucle entre médecine générale et médecine humanitaire...

II.B.4. Synthèse et discussion autour de recommandations pour la pratique généraliste

Nous achèverons cette partie en se rapportant à la pratique médicale.

« Isoler la santé de la vie dans un logement insalubre, sans ressources suffisantes pour se chauffer, se vêtir et se nourrir, cela n'avait pas de sens. De même, vouloir la santé des gens sans l'apport de leur expérience et sans leur participation motivée ne menait nulle part. A contrario, vouloir avec eux leur santé impliquait un combat contre toutes les composantes de la misère, y compris l'exclusion sociale. » (Debionne, 2000)

François-Paul Debionne insiste sur le fait qu'il n'est pas possible de parler de droit à la santé sans garantie de ressources, sans logement correct, sans possibilité d'aide lors des moments difficiles... ce qui entre bien sûr en résonance avec les recommandations de l'OMS : dans la déclaration de Jakarta sur la Promotion de la santé au XX1ème siècle rédigée en 1997, il est écrit que « la santé est un droit fondamental de l'être humain et un facteur indispensable au développement économique et social », certes, mais aussi qu'il existe des « conditions préalables à l'instauration de la santé : la paix, un logement, l'éducation, la sécurité sociale, les relations sociales, l'alimentation, un revenu, la responsabilisation des femmes, un

écosystème stable, une utilisation durable des ressources, la justice sociale, le respect des droits de l'homme et l'équité. » (OMS, 1997)

C'est un postulat indispensable pour guider sa pratique, mais cela déborde le champ d'action du médecin généraliste. Par contre, ce qui est du domaine du médecin, c'est la maîtrise des circuits de soins et de protection sociale, la connaissance par les gens de leur propre corps. Ces aspects de la pratique doivent donc être une préoccupation constante pour le généraliste.

Nous pouvons ajouter d'autres recommandations dans la pratique médicale, dans un but de lutter plus généralement, contre les inégalités sociales de santé.

Pierre Aïach et Didier Fassin affirment, dans un article intitulé « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », que « la connaissance de ces inégalités, de leurs mécanismes et de leurs processus, par les médecins et en particulier par les médecins généralistes, peuvent contribuer à l'atténuation de ces inégalités. »

Il formule les conseils suivants, pour y parvenir :

« Bien évidemment, la marge de manœuvre des médecins en cette matière dépend de la nature des problèmes qui se posent aux patients, notamment aux plus vulnérables d'entre eux, tant sur le plan médical que sur le plan social. Elle est d'autant plus grande que les possibilités d'agir efficacement sont réelles : une maladie chronique entraînant un traitement au long cours (un diabète par exemple) plutôt qu'un cancer foudroyant avec un pronostic à très court terme.

Les médecins généralistes devront, par exemple, tenir compte des facteurs sociaux et culturels qui peuvent être à l'origine de l'observation irrégulière d'un traitement par des malades ne disposant pas de connaissances suffisantes et, surtout, contraints par les nécessités de la vie qui ne leur permettent pas de respecter les recommandations de leur médecin en matière de prévention ou de soins. Ils devront également remonter dans le passé pour retrouver des éléments sur la présence d'un facteur de risque pour la santé du patient pouvant expliquer une maladie présente ou future. Les médecins généralistes pourront être particulièrement vigilants lorsqu'il s'agit de patients d'âge moyen et de milieu social ouvrier et employé de service, de façon à ne pas « passer à côté » d'informations capitales et à pouvoir prévenir certaines pathologies au risque vital élevé. Ils devront systématiquement s'enquérir de la situation sociale et notamment de la couverture maladie de leurs patients et, le cas échéant, les adresser à des travailleurs sociaux ou aux services de la Sécurité sociale. » (Aïach & Fassin, 2004)

Ainsi nous sommes-nous concentrés sur les particularités de la santé des personnes précarisées et les recommandations qui en découlent pour le médecin appelé à les secourir. Pour finir, cette guidance peut s'appliquer à bien d'autres situations rencontrées quotidiennement par le médecin généraliste, que ce soit face à toute forme d'exclusion, comme pour le patient tout venant.

Par exemple, voici certains points qui peuvent être transposés à une pratique généraliste :

- La maladie n'est jamais seule ; elle s'inscrit dans un contexte global, a un retentissement familial souvent très important.
- Face à une personne souffrante, le meilleur moyen de connaître ses peurs et ses attentes, c'est pour le médecin de tenter de se dépouiller de ce que nous avons reçu, appris et cru être, pour réinventer autre chose avec elle.
- L'aide médicale ne doit pas délivrer des leçons, mais avant tout soutenir les efforts préexistants, dans un but plus large d'autonomiser les patients.
- Se donner les moyens de soigner le corps et l'esprit est possible en faisant du projet santé un vecteur pour ouvrir les gens isolés vers une vie associative.

- Prendre note de son activité quotidienne, afin d'en extraire les questionnements, les défaillances à changer, mais les progrès aussi ; évaluer sa pratique est indispensable si on veut lutter contre les défaillances du système ou s'efforcer d'exercer une médecine la plus éthique possible.

Nous pressentons à quel point une médecine qui se veut humanitaire est une préoccupation exigeante dans la pratique et la réflexion du médecin généraliste.

Nous ne pouvons que notifier les similitudes troublantes avec les recommandations issues de la pratique des médecins humanitaires (cf. partie I.B.3. « Les outils pour tenir ses objectifs, à partir des leçons de l'histoire relatée »).

II.C. Discussion sur quelques enseignements de la médecine humanitaire appliqués à la médecine générale.

La partie précédente nous a permis de préciser à la fois ce qui rapproche et ce qui éloigne Médecine Humanitaire et Médecine Générale.

Face aux situations de précarité, le médecin pourra utilement profiter des méthodes tirées de l'expérience des associations qui oeuvrent de longue date aux côtés des populations exclues pour ouvrir leurs droits à la santé -entre autres droits.

Nous avons remarqué que ces expériences de vie mettaient en lumière certains aspects de l'échange entre le médecin et les familles, aspects qui demeurent quelquefois masqués dans l'exercice habituel ; leur importance n'en est pas moins cruciale dans la trame de ce colloque singulier.

De la même manière, l'exercice de la médecine humanitaire sur des terrains étrangers au sien peut enrichir la pratique quotidienne du médecin généraliste, en permettant de la considérer sous des angles nouveaux et éclairants.

Dans une étude qui interroge des médecins généralistes partis en missions sur la façon dont leur expérience de l'humanitaire a modifié leur pratique de la médecine générale, on constate qu'ils sont nombreux, au retour, à estimer relativiser davantage les pathologies et leur gravité, dans le sens d'une diminution de leur sensibilité aux pathologies bénignes, ayant pour corollaire une réduction des prescriptions médicamenteuses et d'actes complémentaires, et ceci au bénéfice d'une réceptivité accrue aux pathologies les plus lourdes. De plus, beaucoup ressentent une ouverture d'esprit à la faveur de la relation médecin-malade, par une globalisation du regard porté sur le patient, et une sensibilisation forte face aux patients d'ethnies étrangères. (Berbé, 2008)

Ces remarques confortent notre présomption que les constats et critiques relatives à la médecine humanitaire dans sa pratique et ses enjeux peuvent illuminer la pratique de la médecine générale. Ainsi nous choisirons de voir d'un nouvel œil la relation entre soignant et soigné, l'assistance médicale par ses effets indésirables, les rapports des médecins à la politique et à la finance, les formes autoritaires du biopouvoir sur les gens, et enfin les outils pour résister à tout ce qui s'oppose à une qualité des soins plus éthique et plus équitable.

II.C.1. Réflexions sur la relation soignant-soigné

II.C.1.a. Accepter sa propre subjectivité pour améliorer l'échange

Dans les pays du Tiers Monde, le médecin au sein de son ONG travaille souvent avec peu de moyens, au contact de personnes dont la culture et le langage lui sont étrangers. La vision de la maladie par le patient dépend de son niveau d'instruction, comme de la perception de cette maladie par la société dans laquelle il vit, ainsi que des ressources qu'il pourra engager dans sa thérapeutique. Ne pas envisager tous ces aspects, pour le soignant, c'est se risquer sur un chemin éloigné des attentes du malade, qui n'aboutira pas à une relation satisfaisante et compromettra la réussite des soins.

Ces postulats apparaissent évidents en terrain inconnu, mais ils existent aussi dans toute relation soignant-soigné, quelque soit l'endroit, le patient, ou le soignant.

Cela a été abordé autrement dans une partie précédente, à propos de la manière de s'engager avec les pauvres à soutenir leur combat contre la misère : « c'est, pour le médecin, tenter de se dépouiller de ce que nous avons reçu, appris et cru être, pour réinventer autre chose avec eux. » (Debionne, 2000)

Derrière l'idée de cerner les peurs et attentes de son patient, se cache l'acceptation par le soignant que son histoire et sa subjectivité influencent inéluctablement leur échange. S'il veut lever le voile qui enraye une meilleure communication, le médecin doit s'efforcer de rejeter ses propres croyances –pour celles qui ne sont pas totalement inconscientes.

Cycles intérieurs du patient et du médecin : deux systèmes de référence, une interaction propice.

Peter Tate, médecin et auteur du livre « soigner aussi sa communication » (Tate, 2005) à l'usage de ses confrères, explique que « le problème majeur de la communication du médecin avec son patient tient aux différences entre les systèmes de référence. Les médecins ont reçu un enseignement scientifique, ils ont appris des tonnes de nouveaux mots et ont des schémas-types de maladies imprimés dans le cerveau. Ce n'est pas le cas des malades. Les médecins comme les patients ont toutes les raisons de croire en ce qu'ils font et de le faire –le problème est que ces raisons sont différentes.

(...)

Le paradoxe suprême est que, pendant la consultation, le médecin prend la décision thérapeutique. Après la consultation, la décision est entre les mains du patient. »

Peter Tate explique qu'il y a un cycle intérieur du patient dans lequel évoluent la perception de son état de santé et l'adhésion au plan du médecin. « Lorsqu'il rencontre son médecin et que s'établit entre eux une certaine forme de communication, le patient évolue –pas forcément de la manière dont le médecin l'espère ou le pense, mais sa compréhension de la maladie est réellement modifiée. Il est important pour nous d'analyser comment notre contact avec les patients influe sur leur comportement et les idées qu'ils se font de la santé et de la maladie. »

Cette compréhension semble être à la base de l'éducation à la santé du patient par le médecin. Mais en tenant compte du fait que le cycle intérieur du patient va de pair avec le cycle intérieur du médecin.

En effet « ce que vous ressentez est aussi important que ce que vous savez » écrit Peter Tate. Le cycle de formation du médecin au contact des patients est influencé par son état physique et émotionnel, ainsi que par ses croyances, ses attitudes et son estime de soi.

« Comme les patients, nous abordons notre consultation chargés de tout un système de croyances, de valeurs morales et d'attitudes, purs produits de notre éducation, notre culture et notre expérience. Ces schémas de pensées et de sentiments influent sur la manière dont nous nous entretenons avec nos consultants. » (Tate, 2005)

Georges Conne, un autre médecin généraliste, exprime aussi cette influence de l'état émotionnel sur le déroulement des échanges :

« Réaliser sa colère ou sa tristesse par décryptage de son propre langage corporel –le psychosomatique touche aussi le soignant- et, soit dit en passant, le soignant n'est plus dès lors un « soi-niant » : J'existe et je me reconnais et c'est essentiel à ma survie.

Voilà donc qu'on se connaît mieux soi-même, prêt à connaître l'univers ou, du moins, déjà l'autre en face qui lui aussi a des émotions et des façons bien à lui de les exprimer. » (Conne, 2004)

La personnalité professionnelle du médecin

A ce sujet, Eric Galam, médecin généraliste, explore ce qu'il appelle la personnalité professionnelle du médecin, c'est-à-dire la façon spécifique dont chaque médecin exerce son activité et qui le fait reconnaître par ses patients et par lui-même comme membre singulier et unique de la collectivité médicale, ou plus particulièrement « les caractéristiques individuelles qui font de chacun d'entre nous une personne littéralement irremplaçable, non seulement en tant qu'être humain, mais aussi en tant que soignant. »

Premier constat : « Si mes patients étaient des êtres humains avec une histoire et une subjectivité, alors je n'étais pas qu'un savant réparateur de machines, mais un individu avec, moi aussi, une histoire et une subjectivité. »

Voici les questions que cette réflexion amène, entre autres : « Comment les médecins peuvent-ils exister dans une relation qui concerne l'autre avant tout, d'autant que cet autre est fragilisé par une maladie ou une difficulté de vie ? Comment leur identité influe-t-elle sur leur façon de soigner ? (...)

Remettent-ils en question leurs connaissances, les relativisent-ils ? Prennent-ils en compte leurs propres besoins dans leur travail, s'impliquent-ils auprès de leurs patients ? De quoi ont-ils peur, sont-ils stressés, qu'est-ce qui leur fait plaisir dans leur métier ? Et encore, comment se trompent-ils, comment articulent-ils vie privée et soins aux autres ? (...)

Comment puis-je à la fois être plus performant et plus heureux dans mon métier, comment puis-je reconnaître ma façon d'être médecin et l'optimiser ? (...)

Comment trouver la bonne distance et surtout la juste implication dans une pratique forcément complexe et évolutive ? Vaste champ de recherche à la fois exaltant et quelque peu tabou : tout médecin ne devrait-il pas soigner tout malade et en tout temps de la même façon ? (...)

Les médecins sont aussi des être humains avec des personnalités, des richesses et des difficultés spécifiques pour chacun d'entre eux. » (Galam, 2004)

En écho à ces questionnements faits par un médecin généraliste à propos de son métier, on peut se demander comment le médecin humanitaire trouve la juste implication dans sa pratique quand il est face à un bassin de population en état de misère critique ? Comment le médecin humanitaire fait-il pour exister au sein d'une équipe qui suit des directives de mission ? Comment donner des conseils à une personne qui se trouve dans une situation que l'on n'a jamais expérimentée soi-même ? Comment faire pour respecter une volonté du patient qui va à l'encontre de la logique soignante ?

Mais là encore, toutes ces questions ne sont pas réservées à la médecine humanitaire... sans doute tout médecin devrait-il se les poser systématiquement, car les situations présentent partout des analogies entre elles.

« Tout médecin ne devrait-il pas soigner tout malade et en tout temps de la même façon » ?

Ces interrogations nous renvoient sensiblement aux réflexions que nous avons développées dans la partie intitulée « Les outils pour tenir ses objectifs » (I.B.3.), à propos de l'importance d'évaluer ses actions, d'accepter ses erreurs, de réfléchir à ses motivations profondes et comprendre dans quelle mesure un certain nombre d'entre elles nous éloignent du patient... Nous comprenons bien l'évidence de la différence culturelle entre un médecin et un soignant dans les situations humanitaires en contrée étrangère. Mais les constats faits par les médecins missionnaires mettent en lumière des principes qui apparaissent universels dans l'échange thérapeutique tels que des médecins généralistes le vivent ici. La rencontre humanitaire nous rappelle la spécificité de l'Autre, et en même temps la nôtre... Ce que produit sur chacun la rencontre existe partout quelque soit le soignant et le patient. Si nous avons abordé dans une partie précédente les différences entre médecine générale et médecine humanitaire, on garde néanmoins l'impression que la médecine porte au cœur de sa pratique une démarche unique, probablement car l'humanité qui anime les hommes est partout la même...

II.C.1.b. Le risque de pratiquer une médecine mécaniste

Plusieurs médecins humanitaires ont le sentiment que certaines missions ont parfois tendance à dévier de leur objectif initial en raison de la complexité de la méthode, avec cette tentation de transformer l'outil en objectif propre (cf. partie I.B.3.d.). Par exemple les études épidémiologiques permettent certes des évaluations plus précises mais alourdissent la démarche des humanitaires. La nécessité de prioriser les actions oblige également à des tris de patients et à la répartition de tâches concrètes élémentaires, qui mettent de côté le raisonnement et l'humanisme, et rendent la mission humanitaire très machinale.

Ce constat est similaire à certains aspects de la médecine actuelle en métropole. Plusieurs médecins dénoncent en effet la tendance actuelle à édicter des protocoles pour les situations cliniques, et à contrôler davantage le respect des bonnes pratiques. Ils contestent non pas ces référentiels qui peuvent être utiles, mais plutôt la façon dont ils sont présentés ou plutôt imposés comme la seule manière de faire... Ils incitent à remettre en cause leur pertinence en les adaptant à la spécificité de chaque cas :

« Si la tentation de rechercher des réponses validées aux questions qu'on se pose est grande, à l'inverse quand elles existent, il est difficile de les appliquer dans la pratique !

(...)

Au terme « référentiel », il faut donc associer « évaluation des pratiques » et non pas simplement aide à la documentation du médecin généraliste. Cette situation rend mal à l'aise certains d'entre nous qui voient là un nouvel outil de contrôle des pratiques, une tendance à la « normalisation », au « moule » répondant à des objectifs de santé publique, certes louables, mais souvent éloignés des préoccupations des patients. Les médecins trouvent dans le même panier une information de bonne qualité scientifique et l'« obligation » de s'y conformer. Or il ne s'agit pas de voiler notre ignorance ni d'effacer notre curiosité : les synthèses et recommandations de bonne pratique qui ne tiennent pas toujours compte de la complexité des situations rencontrées, notre soif de savoir passe à travers d'autres « référentiels » dit « off » comme les groupes de pair, les échanges confraternels, etc. et les patients eux-mêmes. »

(...)

« La vraie question est : à quelles conditions un référentiel est-il « acceptable » ?

La réponse est dans la nature même du référentiel : qui l'élabore, comment, dans quelles conditions et surtout pour répondre à quelle question, à quel problème ? Toute la méthode

d'élaboration du référentiel –de la recherche documentaire à l'analyse critique de la littérature- repose en effet sur la formulation et la pertinence du problème posé. Est-ce vraiment un problème issu de ma pratique quotidienne ? Est-ce que ça va l'améliorer ? » (Partouche, 2004)

Cet article nous inciterait d'ailleurs probablement à participer à l'élaboration de ces référentiels, pour les rendre plus adaptés à notre pratique généraliste.

Dans le même ordre d'idée, Pierre Baldeyrou, médecin, voit dans cette tendance actuelle un oubli de l'art du métier, et une négligence de la spécificité de l'Autre (incluant chacun, le soignant comme le patient) :

« Aujourd'hui malheureusement la médecine reste très mécaniste. Les protocoles sont de plus en plus rigides, et la dimension humaine du malade est de plus en plus négligée aux profits de protocoles qui font l'impasse sur les aspects relationnels, fondamentaux, de l'exercice médical. Les progrès de la technique et de la science ne devraient pas nous faire oublier que la médecine est un art, et que le « soin » n'est pas une science ! » (Baldeyrou, 2006)

II.C.1.c. Effet du système de rémunération sur les soins

Problématiques autour de la gratuité des soins

Selon une étude rendue publique, mercredi 1er juillet 2009, par le Fonds de financement de la CMU (<http://www.cmu.fr/>), un professionnel de santé sur quatre exerçant à Paris refuse de soigner les patients les plus défavorisés.

L'étude (<http://www.actionstraitements.org/spip.php?article2849>) souligne ainsi qu'avant d'accorder un rendez-vous, certains praticiens opèrent un tri en fonction de ceux qui seraient des « bons pauvres » ou des « mauvais pauvres ». D'autres tentent de renvoyer les patients CMU à l'hôpital public : avec l'idée qu'il s'agit là d'un lieu pour les plus défavorisés, les cabinets de ville étant réservés aux « autres patients ». »

Tout cela démontre qu'il existe une discrimination...sur des critères qui demeurent difficiles à comprendre –lourdeur administrative, ou plus probablement raison financière... ?- il n'y a pas dans la presse d'explications plus claire de la part des praticiens qui refusent, ce qui d'ailleurs ajoute au malaise évident...

Nous avons abordé le thème de la gratuité dans la médecine humanitaire, car elle a tendance à modifier la relation médecin-malade (cf. partie I.B.1.b. « Effets de la gratuité des soins sur le médecin, le malade et le soin »). Certains malades se sentent privés d'une certaine liberté dans l'échange, par le fait qu'ils se sentent redevables vis-à-vis du médecin. Du côté des soignants, le bénévolat est le plus souvent la règle dans l'humanitaire, et la gratuité des soins souvent inévitable en milieu de pénurie, mais la question d'une participation financière des patients selon leurs moyens est souvent discutée. En effet, cela peut à la fois faciliter la pérennisation des soins, avec une organisation financière dédiée aux soins, et de plus, cela responsabiliserait les patients.

Les réflexions peuvent être similaires en France vis-à-vis des patients qui bénéficient du tiers payant, ou des personnes qui se soignent dans les dispensaires gratuits gérés par les ONG (Médecins Du Monde...).

Certains syndicats estiment que les réticences des médecins à soigner les personnes bénéficiant de la CMU seraient expliquées par « un manque de civilité d'un petit nombre de

patients bénéficiant de la CMU », ou encore par « les difficultés relationnelles rencontrées par les médecins spécialistes face à une médiatisation erronée du parcours de soins par l'assurance maladie » (extrait de la revue de juillet 2009 <http://www.lesmotsontunsens.com/>) ; est-ce qu'ils veulent parler d'un problème de responsabilisation des patients vis-à-vis de leur santé et de la santé publique...?

A l'opposé de l'impression gênante de certains patients d'être débiteur du soignant, on a constaté que la gratuité des centres de santé et le bénévolat peuvent amener des évolutions positives dans l'échange. Ainsi, dans une étude réalisée au sein des systèmes d'accueil et de soins des exclus en France, il est écrit que les patients « voient dans l'engagement bénévole le signe d'une volonté authentique d'aider autrui et de qualités humaines certaines. Le fait qu'il n'y ait pas d'argent en jeu, par ailleurs, intervient selon eux dans la pratique médicale : les médecins n'étant pas là pour se constituer une clientèle ou gagner toujours plus d'argent, ils exercent une médecine « essentielle », « ils ne trichent pas ». L'absence de motivations pécuniaires constitue à leurs yeux la preuve que les praticiens s'intéressent sincèrement à eux, qu'ils ne cherchent qu'à les aider. Certains tiennent d'ailleurs des propos très explicites et très critiques à l'encontre de la logique commerciale de quelques professionnels rencontrés dans d'autres institutions. Ils soulignent en revanche une vocation différente chez les bénévoles de Médecins du Monde. Tel un patient qui établit clairement un lien entre la qualité de la médecine pratiquée et le bénévolat des médecins, décelant en eux des « motivations » particulières. Il remarque lui-même que la proximité des professionnels et des malades dans la relation thérapeutique correspond au point de rencontre des attentes de chacun. » (Parizot, 2003)

Ainsi nous voyons bien à travers ces exemples en quoi le mode de rémunération a une influence certaine sur l'échange, du côté des soignants comme des patients, en médecine générale comme sur les terrains humanitaires.

Aujourd'hui, beaucoup de médecins généralistes aspirent à un mode de rémunération de type salariale, qui permettrait de supprimer des contraintes de gestion et la logique de rentabilité, et qui favoriserait les activités préventives.

Un système de soins primaires qui ne privilégierait pas la prévention en santé publique

Afin de permettre des activités davantage préventives et collectives, et la possibilité de soigner tout le monde indifféremment de leur couverture maladie, beaucoup revendiquent de nouvelles formes de gestion administrative, et un partenariat plus adapté avec le ministère de la santé.

« Résister, pour le médecin généraliste qui le désire, c'est connaître et comprendre précisément la question des inégalités sociales de santé, et c'est d'abord « témoigner » de ce qu'il peut en voir par sa pratique, réactualisant ainsi la tradition ancienne illustrée en France au 19^{ème} siècle par Villermé. C'est en même temps « inventer les façons de travailler » à plusieurs capables de s'adapter réellement aux différences sociales des conditions de santé.

(...)

Les conditions d'exercice libéral actuelles rendent extrêmement difficile l'application, à l'échelle du cabinet, d'une politique de santé adaptée. (...) Sans rémunération autre que celle issue de la demande, sans possibilité légale de rappel des patients, sans attribution claire d'une population de travail et sans mandat précis d'adaptation aux inégalités sociales de santé, le travail de généraliste ne laisse finalement qu'une place extrêmement marginale à tout projet d'une médecine plus juste. » (Florès, 2004)

Certains syndicats militent pour la fin du paiement à l'acte, et une rémunération forfaitaire des activités préventives destinées aux collectivités, « qui puisse permettre au médecin de se consacrer une demi-journée par semaine à des actions de prévention et de santé publique pour aller demain vers une rémunération globale de type salariale pour l'ensemble de son activité médicale incluant le soin, les actions de santé publique et la formation professionnelle continue. » (Muller, 2004)

La question de l'organisation des soins semble peut être moindre par rapport aux questions de fond, mais quand on sait la charge de travail des médecins, on conçoit que ce genre de mesures incitatives (en faveur de la santé publique) peuvent transformer considérablement la qualité des soins.

II.C.2. Médecin, comme un engagement pour son patient

Dans la longue histoire de l'Humanitaire, certaines missions désastreuses ont prouvé que l'aide ne répondait pas toujours à son objectif bienfaisant ; pire, que l'assistance pouvait être néfaste, malgré les bonnes intentions de ses acteurs.

Les critiques majeures émises à ce sujet (cf. partie I.B.2. « Les risques de l'assistance aux populations ») renvoient au fait que, d'une part, l'action humanitaire ne modifie pas les circonstances fondamentales qui créent les besoins, et d'autre part, qu'elle entraîne une dépendance à long terme de ses bénéficiaires.

II.C.2.a. Ne pas se contenter d'un traitement symptomatique...

Prendre en charge une pathologie, pour le médecin généraliste, ce n'est pas tant soigner les symptômes, que d'agir sur les causes, souvent multifactorielles, intégrant la physiopathologie organique, le psychisme et l'environnement.

« Nous devons résister contre tous les mécanismes sociaux qui sont aujourd'hui la cause des maladies que nous avons à traiter. Cette envie de guérir l'autre en s'opposant à la cause de la maladie n'a de sens que si en même temps nous l'aidons à retrouver lui aussi l'envie de résister. Face à l'humiliation subie au travail de cette femme, il ne faut pas qu'elle reste seule, il faut aider la personne à entreprendre une action collective pour se défendre. Pour aider cet homme à trouver la justice face à son cancer il faut l'aider à résister avec les autres victimes et rejoindre le combat associatif. Il faut aider ces jeunes à obtenir un Contrat de travail à durée indéterminée et leur faire découvrir l'existence de la lutte contre la précarisation au travail. Toutes ces démarches sont thérapeutiques. La meilleure guérison, c'est quand la personne malade redécouvre qu'elle a des capacités à se défendre, qu'elle mérite mieux que la souffrance, qu'elle n'est pas condamnée à la solitude de sa maladie. Retrouver la confiance, retrouver l'estime de soi, c'est s'engager dans la guérison bien plus sûrement que de prendre des psychotropes, même si ceux-ci peuvent à un moment servir de béquilles. On ne remonte pas la pente avec des béquilles mais par la force de ses jambes et le soutien de ceux qui n'acceptent pas la fatalité de la maladie.

Revendiquer ce droit d'ingérence pour comprendre les mécanismes de la souffrance sociale, pour apporter des réponses thérapeutiques plus efficaces, c'est assumer son rôle de soignant. » (Ménard, 2006)

Ainsi, des moyens technologiques grandioses ne doivent pas appauvrir la relation médecin-patient. Même avec des traitements performants, il ne peut y avoir de guérison que s'il y a espoir de guérison, ce qui suppose une mobilisation du médecin (avec son patient) pour décoder derrière la plainte, la causalité de sa souffrance, et prendre parti pour l'aider à résister. Cette approche permet à la victime de regagner l'estime de soi, et avec elle, l'envie de guérir.

Ces remarques trouvent bien sûr un écho dans les principes d'ATD Quart Monde de ne jamais isoler la santé de la vie dans son ensemble (ressources, logement, famille) et de la participation motivée des gens concernés (cf. partie II.B.3.).

Par ailleurs, on ne peut s'empêcher de noter que le médecin, dans la citation ci-dessus, parle d'ingérence au cœur du système qui décourage l'individu, pour déjouer les mécanismes d'asservissement. Dans ce « droit d'ingérence », dans le fait de « s'opposer à la cause », l'incitation à « entreprendre une action collective pour se défendre », la « lutte »... il est clair qu'il attribue au rôle de médecin une forme d'engagement presque politique. Le parallèle avec la médecine humanitaire est tout tracé... Soigner et témoigner devraient être le double rôle assumé du soignant, quand les circonstances l'exigent.

Aussi d'autres expriment-ils cette conviction que le métier de médecin, si on veut le faire bien, implique un engagement politique et social :

« Si l'on considère, ce qui est mon cas, que le but vers lequel on devrait tendre, c'est l'égalité de n'importe qui avec n'importe qui, à ce moment-là on comprend bien qu'abolir la distance énorme qui sépare un chirurgien, un médecin d'un malade, essayer de se comporter comme avec un égal, c'est un geste politique. » (Hazan, 2009)

« Ma pratique de médecin généraliste est-elle compatible avec un engagement politique, social ? Ne suis-je que l'homme sandwich de l'industrie pharmaceutique, l'instrument des assurances ou le service après-vente de l'économie ultralibérale ? Est-ce que je pratique une médecine de guerre qui consiste à retaper pour renvoyer au bureau ou à l'usine ?

A voir combien nous sommes l'objet de critiques, souvent désignés comme principaux coupables de la spirale des coûts, combien on cherche à rétrécir notre champ de décision ou de liberté, il semble que nous gênions encore et que, n'en déplaise à certains, nous leur résistions ! » (Conne, 2004)

Dans les parties à venir, nous allons aborder les moyens de témoignage et de résistance contre les entités qui font barrage à une santé publique plus éthique préservant en même temps les libertés individuelles.

II.C.2.b. Autonomiser les patients

L'assistance médicale vise à apporter un secours qui répond à des besoins existants. Même si elle pallie aux carences de l'offre de soins, elle ne doit pas être un alibi des politiques les déresponsabilisant dans la recherche de solutions systématiques à leurs propres insuffisances ; et, à un niveau individuel, elle ne doit pas agir sans autonomiser ses patients.

En effet, si le but ultime est de mettre fin à cette assistance, il s'agit de la rendre caduque, en permettant aux assistés d'apprendre à s'organiser pour poursuivre l'action initiée par les ONG.

A l'échelle d'une personne, l'aide « participative » se veut pédagogue, en donnant au patient les moyens de comprendre sa maladie, afin qu'il puisse gérer seul son traitement –dans la mesure du possible-, anticiper l'évolution de sa pathologie, et savoir quand recourir au soignant. L'occasion est inratable de tracer le parallèle avec les recommandations de bonnes pratiques du médecin généraliste, qui visent à développer l'éducation du patient, lui apprendre à supprimer les facteurs de risques, à faire de la prévention.

L'éducation à la santé, comme l'aide humanitaire en général, ne le pourra qu'en soutenant les capacités déjà existantes des victimes. L'implication convaincue de la personne est une condition indispensable à la réussite des actions entreprises pour sa santé. Il en est de même pour toutes les démarches actives qui exigent d'une personne qu'elle modifie son comportement dans le domaine de la santé, comme pour l'entretien motivationnel au cours duquel le médecin doit se garder de se placer en expert ou en donneur de leçons.

II.C.2.c. Toujours s'évaluer et en tirer les conséquences

L'aide humanitaire peut avoir des effets néfastes, certes.

Mais les diagnostics d'échec de missions n'ont pu être souvent posés qu'a posteriori.

Comment se rendre compte, lorsqu'on est sur le terrain, que l'assistance ne crée pas des dommages imprévus ?

Les grandes ONG insistent sur la nécessité d'une évaluation constante de la mission de bout en bout, bien que maints acteurs et facteurs interfèrent, et malgré la difficulté du choix de critères mesurables...

Ainsi une mission qui ne répondrait pas à ses objectifs bienfaisants pourrait être stoppée, avant que les dégâts ne s'aggravent.

Ce recours à l'évaluation systématique semble presque évident de nos jours, après tous les déboires de l'humanitaire. Mais cette méthode n'est pas, pour l'heure, intégrée à la pratique habituelle de la médecine générale, qui est tout aussi teintée de santé publique.

Ainsi chacun doit se demander si cette leçon de l'humanitaire ne pourrait pas servir d'exhortation à apprendre mieux de notre façon d'exercer le métier de médecin généraliste.

Bien sûr beaucoup n'ont pas attendu cet appel pour effectuer des démarches personnelles d'autoévaluation.

Aussi nous nous gardons bien de vouloir rendre cette pratique obligatoire ou encore pire, sanctionnante.

Considérons ce bilan comme un temps de réflexion sur sa pratique, et une aide à décider, à la manière de François-Paul Debionne, qui s'astreignait un temps obligatoire à la rédaction d'écrits hebdomadaires témoignant des échanges avec ses patients, assorti d'une analyse régulière de ces notes sous l'œil conjoint et bienveillant de ses collègues (cf. partie II.B.3.).

Il existe bien des façons de s'organiser pour faire le point sur son activité : groupes de pairs, bilans de compétence avec des organismes de formation continue etc.

Voici les mots d'un médecin généraliste pour décrire son ressenti sur ce qu'apporte une autoévaluation de son travail : « Chacun fait son bilan pour lui, mais en présence de collègues disponibles à interroger ce qui leur est présenté. Ces collègues, à leur tour, enrichissent le groupe par leur expérience et leur questionnement. Ce temps de bilan donne l'occasion d'examiner sa manière de travailler : de faire le point sur certaines de ses connaissances biomédicales, sur les compétences relationnelles, et l'ensemble des activités professionnelles. Il permet une pause : prendre le temps de lever la tête du guidon, de nommer ce qui pèse, de parler de la solitude et des contraintes de l'exercice quotidien, de jeter un regard sur son

parcours professionnel, de faire revivre ses rêves. Ce temps de rencontre avec d'autres professionnels permet aussi de chercher des solutions, de trouver une formation médicale continue qui convienne, d'envisager plus sereinement des changements de pratiques ou d'organisation de l'environnement professionnel.

Les médecins sont aujourd'hui volontaires, ce qui permet un travail de qualité. La question reste entière de savoir comment motiver des médecins qui pourraient en avoir besoin et qui ne font pas la démarche. Une autre limite du bilan tel qu'il est organisé est de savoir que dire à ses confrères qui ont des difficultés majeures, et qui ne les reconnaissent pas au décours de ces rencontres. » (Jung, 2004)

Malgré les limites observées, tout en remarquant que celles-ci présentent des similitudes confondantes avec celles constatées dans le monde des ONG, la médecine humanitaire vient nous rappeler avec force d'accorder une grande importance à l'autoévaluation.

II.C.3. La prise de conscience du lien entre hygiène et ordre, santé publique et « gouvernement de la vie ».

La médecine humanitaire, de même que la santé publique en général, découlent en partie de la médecine hygiéniste du 19^{ème} siècle apparue après les grandes épidémies qui ont ravagé l'Europe, obligeant les Etats à s'intéresser à la question de la salubrité des logements, à l'assainissement de l'environnement etc. Ainsi le gouvernement étendait sa gestion du territoire à une gestion de la population, ce que Michel Foucault nomme la biopolitique et qui caractérise l'Etat moderne.

L'Etat hygiéniste, une tentative de prise de pouvoir de la technique et du collectif sur la vie humaine

Cette vision hygiéniste de la santé entretient une sorte d'asservissement sur le corps social, en ce qu'elle défend l'idée que la saleté serait une offense contre l'ordre.

« L'Etat hygiéniste se fonde sur des techniciens du collectif, des ingénieurs du corps (individuel et social) dont le champ d'action est par définition illimité puisque tous les âges et tous les domaines de la vie forment la matière de leurs interventions » ; et précisément, selon Rony Brauman, « c'est cette extension indéfinie qui est inquiétante, en ce qu'elle contient de potentiellement tyrannique, mais pas la santé publique en elle-même. »

L'hygiénisme serait « un système de pensée fondé sur l'obsession du corps sain, la crainte de la contamination et du déchet, le rejet de l'impur. C'est une idéologie de préservation appliquée à la masse, où l'individu est conçu non pas comme le fondement du collectif mais comme la menace qui pèse sur lui. (...) L'hygiénisme est fondamentalement une tentative de prise de pouvoir de la technique sur la vie humaine. (...) Toute cette surveillance est évidemment exercée au nom du souci du bien collectif, la liberté d'user à sa guise de son corps ne faisant pas partie de ce « bien ». (...) L'éducation sanitaire est un instrument essentiel de l'hygiénisme et, au-delà, des pratiques médicales dans le tiers monde. Nous serions face à des gens qu'il faudrait éduquer, dans un rapport savant/ignorant. (...) L'humanitaire contemporain est profondément influencé par cette vision dont il est extrêmement difficile de se défaire. » (Brauman, 2006)

La bienveillante protection de la société, entre générosité et pouvoir...

Ce pouvoir du « gouvernement de la vie » à imposer son ordre (vaccinations obligatoires, dépistages systématiques etc.), à gérer l'espace public, est un mélange d'autorité souveraine et de bienveillance ambiguë.

Ces sentiments partagés apparaissent par exemple dans les critiques formulées à propos de la manière dont le gouvernement a mis en œuvre la loi sur la CMU. Certains y voient, peut-être avec clairvoyance, l'escamotage de la notion de droit fondamental aux soins au profit de celle d'assistance aux plus démunis, ce qui crée une catégorie discriminante, les CMUistes assimilés à des assistés aux soins. Ainsi écrit Emeric Languerand, psychologue et ancien membre de MSF, qu'« en faisant de la CMU une loi de protection contre les plus démunis, un nouvel acte de générosité en direction des « plus faibles », le politique voyait ainsi son impermanente légitimité réanimée par la dimension caritative de son geste, un moyen in fine de conforter son pouvoir. » (Languerand, 2009)

Dans cet article il se réfère à Freud et la manière dont il a défini dans « Le Malaise dans la culture » le lien unissant le citoyen à la société, et le rôle que cette dernière se promet d'exercer en échange de la privation d'une part de la liberté de l'individu : celui de le protéger contre les risques de la nature.

Cette souveraineté et cette responsabilité vis-à-vis de tant d'aspects de la vie des gens amène une réflexion supplémentaire, celle qui détermine les priorités sur lesquelles les actions seront conduites.

Des choix de santé publique construits sur des critères parfois discutables

Il s'agit donc de s'interroger sur ce qui fait qu'une réalité sociale devient un problème de santé publique. Il est clair que l'attention portée à un problème et la réponse qui lui sera donnée dépendent de bien d'autres éléments que l'approche « positiviste » (basée sur des mesures quantifiables tels que des critères de fréquence, de gravité etc.), comme son caractère spectaculaire, le traitement médiatique dont il fait l'objet, l'action parfois isolée d'un professionnel ou d'un décideur, la mobilisation de groupes de malades ou d'associations d'usagers. C'est ce que Didier Fassin, dans un ouvrage intitulé « Faire de la santé publique », nomme la « construction sociale » de la santé publique.

Mais « montrer comment se font ces opérations de traduction, c'est aussi, à rebours, pouvoir penser les réalités que la société ne se donne pas comme problème de santé publique alors même qu'ils pourraient ou devraient en relever... »

En effet, déterminer des priorités implique de taire d'autres possibles.

Didier Fassin partage son inquiétude quant à une tendance croissante à légitimer par la souffrance ou par la maladie les droits que le gouvernement – ou nous ? – sommes prêts à reconnaître aux plus précaires et aux plus vulnérables :

« Pour rendre acceptable la prise en charge des héroïnomanes, il a fallu montrer comme on l'a vu, qu'ils étaient non des marginaux dangereux pour les autres et relevant d'une action policière, mais des être souffrant psychologiquement, et présentant des risques infectieux, et donc nécessitant des mesures médicales ; pour régulariser des étrangers, c'est de plus en plus par l'invocation d'une maladie grave qu'il faut passer lorsque toutes les autres voies de recours sont refermées.

Souvent aujourd'hui le corps est devenu une ultime ressource par laquelle on justifie le bien-fondé de l'action publique et de sa générosité à l'égard des plus fragiles ou des plus dominés. Ainsi tend à se définir ce qu'Adriana Petryna appelle une « citoyenneté biologique » par

laquelle les personnes les plus précarisées retrouvent une place dans la cité par la maladie –et même, on ose à peine le dire, grâce à elle. »
(Fassin, 2005)

Synthèse sur ce qu'on nomme le « biopouvoir »

Ces réflexions autour de la médecine et la santé publique nous rappellent en premier lieu qu'il existe inévitablement une forme de pouvoir dans l'exercice du métier de médecin.

« S'approprier un corps pour le libérer d'un trouble, c'est du pouvoir », nous dit Rony Brauman (Brauman, 2006).

De plus on constate une tendance contemporaine à médicaliser les choses simples de la vie quotidienne, les médecins étant sollicités de plus en plus pour accréditer ou non telle ou telle pratique sportive, alimentaire, sexuelle etc.

En second lieu, la médecine, lorsqu'elle est teintée de santé publique, n'est pas à l'abri d'une pointe d'hygiénisme, avec son potentiel tyrannique : celui d'imposer un certain ordre basé sur des critères davantage culturels, plutôt que réellement sanitaires et humanistes.

En effet, le choix des priorités de santé publique repose en partie sur des critères très subjectifs, que ce soit dans le programme qu'élabore le ministère de la santé, comme dans ce qui détermine la décision des ONG à intervenir dans tel endroit plutôt qu'un autre. Rappelons l'influence des médias sur notre inconscient collectif, mettant en lumière certaines « crises sanitaires », et à défaut, jetant dans l'ombre les autres. De même, les enjeux politico-économiques rendent certaines guerres terriblement plus « utiles » que d'autres.

Enfin, le biopouvoir est aussi fort parce qu'il est sociétal, il est presque recherché par tous. La société est victime -d'elle-même- d'un processus d'unidimensionalisation, qui tendrait donc à uniformiser les envies, les profils de chacun ; et cela est patent dans le rapport qu'ont les gens à leur corps, leur santé, leur hygiène de vie, et par extension, leur philosophie de vie et leur bien-être -ou mal-être devrait-on dire.

Miguel Benasayag explore cette idée dans un ouvrage intitulé « La santé à tout prix, médecine et biopouvoir » :

« Le désir d'une personne sourde est-il forcément d'entendre ? L'accompagnement vers la mort en milieu médical n'induit-il pas dans l'esprit des patients qu'il existerait une bonne, la prise en charge spécialisée, et une mauvaise façon de mourir ? Déclarer la « bataille » contre le cancer n'a-t-il pas pour effet de discipliner, culpabiliser et responsabiliser les gens alors que la cause des cancers est en majorité d'origine environnementale ? Qu'est-ce qui se cache derrière le fait que notre société n'accepte plus qu'il existe des moments où « ça va mal » et d'autres où « ça va bien » ?

(...) A travers la psychiatrie, les soins palliatifs, la maladie d'Alzheimer, le cancer et le handicap, Miguel Benasayag psychanalyste et philosophe, nous fait réfléchir sur le modèle d'homme, de société et de monde que notre médecine, par son articulation avec le biopouvoir, est en train de produire : un homme aux désirs normés, un homme qui refuse la fragilité, un homme qui ne tolère plus la différence, un homme agrégat d'organes, un homme des compétences, l'homme sans qualités.(...) Et c'est à ce modèle d'homme qu'il nous faut résister, à cette société « qui s'apprête à tolérer toutes les différences, le jour où il n'y en aura plus aucune », à ce monde de plus en plus fermé à des vies différentes, au processus d'unidimensionalisation qui menace la vie comme réalité multiple ». (Huillard, 2009)

II.C.4. La difficile indépendance du médecin vis-à-vis des champs politiques et économiques, et les outils pour résister.

II.C.4.a. La sphère médicale ébranlée par les champs de force des systèmes politiques et des marchés financiers

La médecine humanitaire oriente notre métier dans le sens de la santé publique et aiguise notre sens critique vis-à-vis des systèmes qui favorisent les inégalités sociales dont il est le témoin privilégié. Elle développe notre sens de l'engagement pour défendre nos patients, tous les patients, en les soutenant dans la lutte contre les différentes formes d'oppression sociale qui s'opposent à leur bien-être.

Le médecin généraliste n'est pas seul dans son combat ; il existe de nombreux regroupements, en syndicats par exemple, qui, divergeant par leurs idées, bataillent aussi sur plusieurs fronts.

La médecine générale chez nous, comme la médecine humanitaire dans le monde, est engluée dans des systèmes politico-économiques, dont les choix souvent libéraux retentissent collatéralement sur la santé. Les organisations syndicales, comme les ONG, prennent parfois des allures de militantisme politique, ou du moins, encouragent les médecins à une certaine désobéissance civile, lorsqu'ils constatent que la santé publique et l'éthique de leur métier est mise en jeu.

Les combats sont considérables, pour des enjeux mondiaux : il s'agit d'éviter que les logiques productivistes ne fassent de l'homme, et donc, sa santé, des biens comme les autres. Dans cette optique, il faut faire reconnaître par les groupes pharmaceutiques et l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) que le médicament n'est pas une marchandise comme une autre, dont la production et le prix peuvent être abandonnés à la seule loi du marché.

Cela revient à penser la santé dans le politique, c'est-à-dire concrètement, exercer un pouvoir dans la formulation des lois, et même d'un point de vue global dans la création d'accords internationaux...seul moyen d'éviter que le complexe médico-industriel ne s'empare progressivement de tous les aspects de la santé, et n'aggravent les inégalités Nord-Sud.

II.C.4.b. L'emprise de la pensée individualiste sur la santé publique

La manipulation par la compassion encouragée par le politique

Comme nous l'avons déjà abordé, les rapports de la médecine avec la politique sont à la fois nécessaires et contraignants. La politique de santé fixe les orientations et l'organisation du système de santé, dont les médecins sont l'incarnation pratique, avec toutes les divergences d'opinion qui peuvent exister entre eux et les logiques résolument financières du siècle. Le politique (terme certes vague, volontairement impersonnel) est accusé de manipuler les sentiments du peuple pour que ce dernier ne voit pas la part de responsabilité politique dans les criantes inégalités d'accès aux soins qui persistent. De même que dans l'humanitaire, la fièvre compassionnelle peut rendre aveugle aux malversations (cf. partie I.A.3.b. « Les réticences à témoigner »), chez nous, les bons sentiments empêchent de se poser les vraies questions.

Certains considèrent que cette compassion aveugle est encouragée par le politique, afin d'entériner l'existence d'un état dont on peut ainsi renoncer à corriger la cause.

« Le point aveugle d'une idéologie qui ne veut pas se remettre en cause est ainsi occupé par les « sentiments » qui remplacent « la » politique. Dans notre société de violence institutionnelle et sociale, le pouvoir feint de se placer du côté des victimes pour compatir aux effets sans examiner les causes. L'ordre autoritaire encourage la posture compassionnelle qui exonère les responsables du devoir de réduire les injustices sociales...

(...)

Les droits de l'Homme sont l'argument premier des croisés de l'axe du bien dans un choc des civilisations qui est d'abord le renforcement d'une hégémonie occidentale.

(...) Notre indifférence génocidaire a été illustrée par le président Bush disant au début de la crise financière : « Notre mode de vie n'est pas négociable. » La formule concentre et résume toute l'horreur du capitalisme mondialisé fondant sa prospérité sur l'existence des inégalités extrêmes. » (Richaud, 2009, Pratiques no 46)

Ainsi ne devrions-nous jamais cesser de nous demander dans quelle mesure nous sommes manipulés par cette idéologie qui régule notre société, et quelle est notre part de responsabilité dans ces événements.

La manipulation par le langage

Il est difficile d'avoir le recul nécessaire sur ces possibles manipulations, car nous baignons dans les mots de cette idéologie. En effet nombreux sont les médecins qui s'insurgent contre cette « nouvelle langue » du médico-social, qui pacifie le discours pour masquer la violence des inégalités.

Jacques Richaud, médecin, écrit dans un article intitulé « Les mots sont importants », que certains « glissements sémantiques » ne doivent rien à une évolution naturelle de la langue, mais révèlent une stratégie en soutien d'une idéologie, inavouée mais identifiable. (Richaud, 2009, Pratiques no 44)

Cela nous rappelle ce qui a été dit dans la partie sur les pièges de la rhétorique humanitaire, et la langue de bois, trop souvent utilisée, qui, au lieu de clarifier une situation, la rend suffisamment floue pour empêcher de démasquer les vraies causes des problèmes. Les Etats peuvent instrumentaliser ainsi les humanitaires comme les peuples, pour justifier leurs actions pas toujours bienfondées... et nous pouvons appliquer les mêmes mises en garde pour ce qui concerne la politique interne à notre pays.

Certains voient dans cette langue de la 5^{ème} République beaucoup trop d'euphémismes qui visent à gommer les mots de la révolte, à effacer les divisions internes.

Ainsi, Eric Hazan, ancien chirurgien, éditeur et écrivain au sein des Editions La Fabrique, fait une analogie entre cette langue de la 5^{ème} république qu'il appelle LQR (Lingua Quintae Republicae) et la langue de bois nazie, qui modelait insidieusement la manière de penser du peuple par le vocabulaire. (Hazan, 2009)

Il écrit : « Tous ces mots qui fondaient la langue de la révolte sont considérés comme des mots complètement obsolètes. Les pauvres sont remplacés par des gens de condition modeste, les opprimés par les exclus, etc. : c'est pour gommer le dissensus.

Les mots ici font fonction de colle : ils font tenir ensemble. Il faut que la guerre civile soit effacée. »

Certains mots de la terminologie technocratique médico-sociale nous révèlent bien la vision comptable et néolibérale qui habite le gouvernement actuel dans l'organisation de tous ces aspects de la vie. « Quand on parle de réduction des coûts, ça veut dire que la société est gérée comme une entreprise, où l'actionnaire nomme le PDG. (...) On n'est plus en démocratie libérale, on est dans un système bureaucratique entrepreneurial où le pays devient, à la

manière des poupées russes, un emboîtement de sociétés, la plus grande étant l'Etat et la plus petite chacun de nous, qui est entrepreneur de lui-même. C'est ce qu'avait prévu Michel Foucault il y a trente ans. Ça a évidemment d'énormes avantages : celui qui fait faillite, qui se retrouve sur le trottoir, c'est qu'il a mal conduit son entreprise, et il n'a qu'à s'en prendre à lui-même. » (Hazan, 2009)

Dans un autre exemple représentatif, Jacques Richaud veut dénoncer l'imposture de l'Etat autoproclamé Providence, qui s'approprie la création de la sécurité sociale, alors que c'est une conquête des travailleurs issue d'une longue histoire de luttes...

« Par l'appellation « Etat-Providence », l'Etat s'approprie symboliquement une conquête sociale et s'investit d'une légitimité à décider de son devenir. Il introduit aussi l'idée qu'il pourrait mettre fin à cette « générosité » consenti un temps par son seul pouvoir... »

Si l'on pousse plus loin cette interprétation, nous comprenons que cette langue nous incite à nous culpabiliser pour notre manque de responsabilité. « Dans cet appel à la responsabilisation, chaque « malade » doit se culpabiliser de l'être et de devoir solliciter la solidarité collective...Il s'agit d'une double perversion : déconstruire la solidarité et camoufler les responsabilités véritables. » (Richaud, 2009, Pratiques no 44)

Ainsi il faut nous questionner sur les moyens que nous avons, en tant que médecins ou citoyens, pour permettre une responsabilisation authentique, sans dissimulation de la responsabilité des autres acteurs...

II.C.4.c. Outils pour résister

Résister à la désinformation et à la culpabilisation

Jacques Richaud nous suggère plusieurs pistes de réflexion, dont nous verrons que certaines sont évoquées par d'autres et sur d'autres sujets de discussion, ce qui ferait d'elles des bonnes solutions a priori : l'éducation à la santé, l'éducation à l'esprit critique en général, à un esprit de « vigilance sémantique » en particulier, la réhabilitation d'un juste langage et des justes responsabilités étatiques et individuelles, le refus du modèle capitaliste appliqué au geste de soin et du modèle de concurrence entre les individus etc.

« La « responsabilisation pourrait débiter très tôt par l'éducation à la santé, continuer par l'apprentissage du refus des risques inacceptables en particulier au travail. Puis refuser le modèle de la concurrence entre individus qui contribue à l'exclusion des plus faibles. Nous pouvons refuser la culpabilisation pour des responsabilités que nous serions réputés ne pas assumer, quand d'autres se comportent en authentiques prédateurs de la santé et de la protection sociale.

(...)

La clairvoyance serait d'exiger que la santé soit exclue de la sphère marchande et le service public protégé de toute exigence de « rentabilité » ! Que l'industrie biomédicale et pharmaceutique soit privée de la liberté de fixer ses « coûts » selon les exigences de ses actionnaires et soit nationalisée ! Que le marché captif de la maladie et de la mort cesse d'être l'investissement « rentable » de prédateurs y voyant un marché « comme les autres »... !

(...)

Réapproprions-nous le « juste langage », en refusant celui de l'euphémisation, de la déshumanisation et de l'imposture. Cela suppose un esprit de « vigilance sémantique » pour l'analyse de la déconstruction des mots du social et de la santé. Car la langue est la meilleure

arme de nos résistances à l'inacceptable et le meilleur support de nos projets. C'est bien le sens vrai des mots qui fait la clarté et la crédibilité de nos idées. » (Richaud, 2009, Pratiques no 44)

Résister au « Big Brother » de la pharmaceutique

Une transformation dont nous avons déjà parlée s'est opérée depuis quelques décennies, c'est la mise en pratique de d'idéologie capitaliste dans l'industrie pharmaceutique, qui fait de la santé une marchandise comme les autres... ce que Rony Brauman décrit comme un système « hypocrite, injuste et dangereux » :

« Cette logique financière a pour conséquence concrète de favoriser une stratégie de marketing plutôt qu'une stratégie de soins, autrement dit de favoriser des innovations pharmacologiques qui créent de nouvelles maladies qui n'en sont pas, qui sont juste des innovations marketing validées par une autorisation de mise sur le marché et qui font que l'on a aujourd'hui des tas de nouveaux médicaments pour la « névrose sociale », la chute des cheveux, pour telle forme particulière de l'angine de poitrine ou de l'hypertension qui n'apportent rien par rapport à des traitements existants mais qui font comme si. Ces molécules ont une telle existence qu'on leur a déjà donné un nom : ce sont les « me too », les « moi aussi », sous-entendu moi aussi je veux ma part du marché, mon segment de malades. » (Brauman, 2004)

La question se pose en pratique pour le médecin, relativement seul et minuscule face aux multinationales, de savoir s'il peut transformer le monde de la pharmaceutique dans lequel il joue néanmoins un rôle.

Comment résister, face à l'énergie monumentale investie (l'argent, en fait) par ces entreprises pour exercer leur influence. Faut-il rappeler que, chaque année, et pour chaque médecin généraliste en France, les firmes dépensent 25000 euros rien que pour la visite médicale (selon un rapport de l'IGAS ou inspection générale des affaires sociales en 2007).

C'est ce que dénonce Pierre Chirac, pharmacien, dans un article intitulé « s'indigner et agir autrement » :

« Comme le résume très bien l'IGAS elle-même, la visite médicale est un moyen très coûteux pour la collectivité – ces 25000 euros sont en effet très largement et généreusement pris en charge par l'Assurance maladie, par le biais du remboursement du prix des médicaments- de tenir informés les médecins, d'autant que ces informations sont biaisées... »

On rêve d'une formation initiale et permanente qui s'appuierait sur les rapports de la Cour des Comptes et de l'IGAS pour ouvrir les yeux des soignants sur certaines réalités de la « médecine ». Une telle formation augmenterait le nombre de soignants qui décident : « Non merci, je n'ai pas besoin des firmes pour assurer ma formation permanente, et il vaut bien mieux au contraire que je puise mes informations ailleurs, dans l'intérêt du patient. » (Chirac, 2008)

Martine Devries, médecin généraliste, explique « ce qu'il faut d'énergie, de ruse et de vigilance pour résister à l'influence des firmes pharmaceutiques », dont les modes d'action sont variés, et l'influence sur le patient-consommateur de plus en plus forte.

Voici les moyens qu'elle utilise pour résister : refus des « visiteurs médicaux », lecture de revues indépendantes d'information sur l'actualité des traitements, refus des partenariats avec les firmes pour les formations médicales continues (au sein de l'association à laquelle elle participe)... mais malgré cela, elle fait le constat que les spécialistes avec qui elle travaille

n'ont pas toujours cette éthique, et comment faire autrement que renouveler leurs prescriptions ?

Elle parle également de l'influence forte des entreprises sur l'organisation des campagnes de santé publique (conflits d'intérêts ? experts manipulés ?), et directement sur le patient-consommateur (campagnes de santé publique, publicité).

Cela va de pair avec la tendance actuelle à médicaliser la vie quotidienne (sujet abordé dans une autre partie), qui entraîne certainement une plus grande sensibilité, pas toujours justifiée, des gens aux produits pharmaceutiques.

En guise de conclusion l'auteur écrit : « Et qu'est-ce que j'y peux, moi, modeste médecin généraliste ? Lire « Prescrire » et « Pratiques », discuter avec les collègues, mettre en garde les étudiants, raconter aux patients qui veulent bien entendre et surtout aux personnes dans des associations ouvertes à cette analyse, participer au « Collectif Europe et Médicament », qui a d'autres idées ? » (Devries, 2004)

Cette résistance est pourtant une des clefs de la lutte contre l'inégalité d'accès aux soins dans le monde. Les enjeux que nous avons exposés dans la première partie de thèse (I.A.1.c. intitulée « l'industrie pharmaceutique ou la traduction du capitalisme pour le geste de soin »), sont là. En effet, si nous jouons le jeu de l'industrie, nos marchés seront toujours rentables pour eux, et ils n'auront toujours aucun intérêt à baisser leurs prix, faire de la recherche pour les pathologies du Tiers Monde, installer leurs productions au Sud etc. La question des génériques ici a une portée internationale...

En cela pourrait-on dire que la résistance du médecin au Nord s'apparente à un engagement humanitaire pour le Sud.

III. COMMENTAIRES

III.A. Nouveaux risques et défis à venir.

Anticiper l'évolution des risques naissants de notre société contemporaine permettra de mieux s'adapter à l'humanitaire du futur. Des modifications récentes et à grande vitesse font pressentir de nouvelles difficultés à penser.

III.A.1. Complexité des conflits modernes

La tâche des secours est rendue plus ardue par les difficultés d'analyse des situations de crise, toujours plus complexes.

En effet, actuellement les conflits associent aux tensions internes des pays, la pauvreté, une compétition dans l'accès aux ressources, des déplacements de populations, des rivalités ethniques, des violences, ainsi qu'une complexité des moyens mis en œuvre pour faire face aux troubles.

Par ailleurs, l'aspect actuel des violences armées échappe parfois au Droit International Humanitaire, qui ne peut pas distinguer traditionnellement les protagonistes en combattants ou non combattants, ce qui transforme des groupes entiers de populations en objectifs stratégiques.

III.A.2. Nouveaux réfugiés

Depuis plusieurs décennies, les conflits ont parfois la tragique conséquence d'engendrer une multitude de réfugiés, qui posent, outre les problèmes urgents, des questions à long terme sur leur réinsertion citoyenne.

Ceux qu'on nomme les « déplacés » -pour signifier les réfugiés dans leur propre pays- sont en cela un reflet de la complexité des conflits modernes qui trouvent en partie leur origine dans des discordes idéologiques (ethniques, religieuses, politiques).

Les camps de réfugiés deviennent de véritables villes durables à défaut de pouvoir s'installer ailleurs. Certains camps de réfugiés ne survivent que grâce à l'aide humanitaire ; les réfugiés sont une nouvelle catégorie d'humains qui n'ont de reconnaissance citoyenne nulle part. Leurs droits ne s'organisent qu'à l'intérieur du camp, et de façon souvent anarchique. Ces considérations éthiques ne trouvent actuellement pas de solution, et risquent de s'accroître. Le Haut Commissariat aux Réfugiés n'a d'ailleurs eu de cesse d'accroître ses activités depuis l'Après-guerre, alors que son mandat prévoyait initialement d'être une structure transitoire.

« La pérennisation de nombre de camps du fait de l'absence de perspectives de retour ou de réinstallation dans un pays tiers aboutit à une situation quasi carcérale d'enfermement des réfugiés, peu dénoncée hormis par quelques chercheurs. Outre qu'elle provoque fréquemment des tensions avec les populations voisines du camp qui s'estiment moins bien pourvues en aide que les réfugiés, ces derniers sont de plus en plus vus par nombre d'Etats au pire comme une menace de déstabilisation, au mieux comme un problème impossible à résoudre... »

(Ryfman, 2008)

III.A.3. Violence des catastrophes naturelles

Les catastrophes naturelles récentes sont marquantes par leur exceptionnelle intensité (magnitude particulièrement élevée du séisme à l'origine du tsunami en 2004, par exemple), avec un grand nombre de pays touchés, et davantage de victimes potentielles.

Cependant, les cataclysmes ont toujours existé, alors qu'est ce qui les rend aujourd'hui plus dangereux ?

Philippe Ryfman nous explique que leur nouveauté consiste en une exposition accrue aux risques pour les personnes vulnérables :

« Les calamités de la nature ne constituent certes pas une nouveauté, même si la question de savoir si leur nombre augmente ou non suscite d'inépuisables polémiques. En revanche, au-delà même de leur coût humain, d'autant plus insupportables qu'elles frappent de façon inopinée et indifférenciée, leurs incidences s'exercent de diverses manières et peuvent s'avérer lourdes. Le séisme de Mexico en 1985 avait ainsi amputé le PIB du Mexique cette année-là de 20%, hors toutes pertes humaines. Mais, surtout, les facteurs dits de vulnérabilité, loin d'avoir régressé avec les progrès économiques et techniques, semblent en augmentation. » (Ryfman, 2008)

Une des explications serait que les populations pauvres s'installent davantage dans les zones à risque (par défaut), et dans des habitats concentrés et de construction peu sécurisée, en méconnaissant les risques environnementaux.

En dehors des catastrophes naturelles occasionnelles, il demeure des inquiétudes quant à l'évolution du climat « ordinaire ». Les préoccupations actuelles sur la question des changements climatiques, le réchauffement de la planète, et la gestion des ressources énergétiques démontrent les incertitudes et l'urgence d'anticiper leurs conséquences sur la vie terrestre.

« Les effets d'éventuels changements climatiques au XXIème siècle sont une autre source d'interrogation pour les agences d'aide. La désertification de certaines zones ou la montée des eaux –qu'il s'agisse du niveau des fleuves ou de celui des mers- sont susceptibles, si elles se produisent, d'avoir des conséquences humanitaires massives suscitant des besoins d'assistance sur la longue durée pour les populations concernées, voire des phénomènes de réfugiés climatiques. » (Ryfman, 2008)

III.A.4. Le risque industriel et chimique

Rony Brauman suggère d'anticiper ces nouveaux risques compte tenu des conditions parfois anarchiques de développement industriel qui privilégient le rendement à la sécurité. Cela implique de travailler sur des connaissances spécifiques en matériaux et en diffusion environnementale.

« Dans un contexte d'industrialisation rapide et peu régulée, la probabilité des catastrophes industrielles consécutives à des désastres naturels, principalement sismiques, est plus grande que par le passé et va croissant. (Les alertes déjà existantes) doivent inciter à un travail de préparation spécifique, notamment à l'inventaire des produits toxiques, de leurs voies éventuelles de diffusion (air, eau, aliments) et des réponses médicales appropriées. » (Brauman, 2009)

III.A.5. Accélération des mouvements internationaux

Ce qui n'a cessé d'évoluer, c'est la vitesse de propagation de l'information par les technologies numériques et internet, qui fait que la nouvelle d'une catastrophe peut être connue immédiatement par des centaines de millions de personnes ; cette rapidité explique, entre autres raisons, l'importance des dons qui peuvent parvenir rapidement à l'aide humanitaire sur une crise médiatisée.

Une autre évolution importante est le grand nombre de travailleurs humanitaires, et le fait que des bassins entiers de réfugiés dépendent entièrement pour leur survie de l'aide humanitaire.

Enfin la mondialisation et les transports font circuler en permanence les gens et les biens ; la diffusion des risques est elle-même accélérée.

« De nouveaux risques émergent tels le réchauffement climatique et le développement de nouveaux migrants, de « réfugiés climatiques ». Dans ce monde globalisé où les mouvements transnationaux se font désormais très vite, qui peut dire si l'on saura gérer une vraie catastrophe chimique ou bactériologique ou une contamination à grande échelle ? » (MDM, 2009)

Ces probables défis à venir mettront à l'épreuve la capacité des différents acteurs à regrouper efficacement leurs compétences et ressources.

III.A.6. Vers une gouvernance mondiale de l'humanitaire... ?

Comme nous venons de l'aborder, l'internationalisation des risques va devenir de plus en plus évidente, et le manque de coordination actuel fait craindre une perte d'efficacité conséquente.

« Une coordination renforcée et rationalisée permettrait de mieux dimensionner la réponse humanitaire, notamment en évitant la duplication des actions et en optimisant le maillage des interventions afin que certaines zones ne soient plus délaissées, au détriment d'autres qui feraient l'objet d'un excès d'aide. » (Ryfman, 2008)

Il semble que ces constats sont clairement admis par tous les acteurs -ONU, mouvement Croix Rouge et ONG- qui réfléchissent actuellement à un plan de réorganisation dans le but de globaliser l'aide. Un comité de pilotage les regroupant a été ainsi constitué en 2006 sur la base de 5 principes : égalité, transparence, démarche axée sur les résultats, responsabilité et complémentarité.

Un des axes de la réforme reposerait sur une reconfiguration par secteurs (domaines opérationnels, services, questions transversales) plutôt que par acteurs, dont l'animation serait gérée par une instance spécialisée pouvant être une ONG autant qu'une agence onusienne.

De plus, les financements destinés à l'humanitaire seraient réorganisés en une structure unique faisant fonction d'agence centrale.

Ces projets sont toujours débattus, car l'idée d'une gouvernance unique soulève des inquiétudes. « Cette réforme traduit d'abord la volonté d'organiser une gouvernance mondiale de l'humanitaire, dont les Nations Unies seraient le pivot. Or une telle démarche ne fait évidemment pas consensus parmi les autres acteurs (et même certaines agences onusiennes), d'autant que les résultats concrets de cette réforme demeurent incertains. Techniquement, le fonctionnement de certains clusters (secteurs) a déjà essuyé des critiques. La multiplication des réunions, leur absence d'efficacité réelle à plusieurs reprises sur le terrain montrent qu'ils ne constituent pas une solution miracle. Sur le financement, si les avantages pratiques d'une gestion plus centralisée des fonds apparaissent clairement pour bailleurs publics et agences onusiennes, du côté des ONG le risque est pointé de voir ce canal d'attribution des fonds devenir exclusif. Dès lors la tentation d'imposer des conditionnalités sera grande. » (Ryfman, 2008)

Néanmoins on ne peut qu'encourager ces initiatives qui sont portées par des principes théoriques respectables. Pour toute initiative il y a des risques. Cela impose un regard critique sur tout ce qui va éclore de cette association.

III.B. Persistance de différents courants de pensée humanitaire.

Certains aspects de la médecine humanitaire soulèvent toujours des débats qui ne semblent pas trouver de résolution. Diverses opinions contradictoires coexistent et présentent toutes un intérêt certain.

III.B.1. Bénévolat ou professionnalisation

Pour beaucoup, l'humanitaire s'envisage encore sous l'angle du bénévolat, parce qu'il est délicat de demander aux gens de donner pour une cause, lorsque nous on en vit.

Cependant la professionnalisation de l'humanitaire est maintenant tellement répandue, et les réticences gommées du fait de l'efficacité qu'une équipe professionnelle permet, que c'est un fait acquis, et ce sont maintenant davantage des questions de carrières et niveaux de rémunérations qui sont discutées.

« Des stratégies élaborées se font jour, passant par la construction de véritables parcours professionnels, en dépit de certaines résistances, en France encore, où un discours de type téléologique voudrait, au nom d'une sorte de pureté associative, que l'on ne fasse point carrière dans des ONG. Pourtant, le constat empirique d'une ombre grandissante d'itinéraires professionnels, comme des recherches menées sur des trajectoires militantes et professionnelles en leur sein confirment que cette tendance est désormais bien ancrée. » (Ryfman, 2008)

III.B.2. Faut-il contester un humanitaire d'Etat ?

Pour beaucoup, les motivations de l'Etat sont politiques, et la politique ne peut pas être humanitaire. Cependant est-ce inconcevable que les Etats agissent par pure solidarité ? En leur contestant cela, est-ce qu'on ne les décourage pas dans des initiatives désintéressées ?

Après la guerre froide, les Etats ont pu réaffirmer leur présence internationale à travers une action humanitaire. Ce positionnement a été très critiqué par certains analystes comme Brauman en Europe ou Rieff outre-atlantique. « Néanmoins, l'opposition à ce surgissement des Etats dans l'humanitaire est, en elle-même, discutable. Elle fait d'abord l'impasse sur la légitimité pour un appareil étatique de construire –particulièrement dans les nations démocratiques- des politiques publiques, au sens que leur donnent Mény et Thoenig. Or les raisons d'en exclure, par principe, l'humanitaire ne convainquent guère. Une haut fonctionnaire, Louise Avon, alors en charge de l'humanitaire d'Etat français, ajoute que, en mettant en place pareil dispositif, l'Etat traduit ainsi le désir de solidarité de ses citoyens vis-à-vis des victimes des catastrophes et conflits armés. La contestation néglige enfin des antécédents historiques qui font que l'humanitaire d'Etat s'apparente plus à un retour qu'à une apparition inattendue. » (Ryfman, 2008)

III.B.3. Les multiples aspects de la symbolique humanitaire

Pour certains, un aiguillon pour orienter l'action politique, une sentinelle pour alerter l'opinion publique, pour d'autres une véritable action pour pallier aux perpétuelles insuffisances des structures politiques... Les points de vue sont partagés à propos de l'humanitaire en tant qu'allégorie.

Il semble se dégager tout de même une perspective acceptée par tous et qui peut nous aider à replacer l'humanitaire dans l'humanité, celle que l'action humanitaire sauve des vies en apportant secours et assistance, et la négociation politique et la justice permettent de résoudre les conflits.

L'humanitaire ne transforme pas le monde, il doit aider les gens susceptibles de le faire à traverser la crise (dixit Rony Brauman). Ce mélange d'espoir et d'humilité, on le retrouve dans l'idée que la justice n'est pas la paix, elle n'est qu'une réaffirmation de la permanence des règles et de sanction de leurs violations.

Ainsi la mise en place d'une cour pénale internationale n'empêchera pas de nouveaux crimes d'être commis, et ni la politique ni l'humanitaire ne supprimeront la souffrance dans le monde. Il semble qu'aucun n'empêche la nature de l'homme de s'exprimer pour le meilleur et pour le pire. L'humanitaire permet néanmoins de fixer des limites à la souffrance.

III.B.4. De la valeur du débat

En pratique sur le terrain les ONG sont confrontés aux diverses problématiques dont nous avons pu faire un inventaire partiel dans cette thèse. Si les questions foisonnent, les réponses sont souvent discutables. Nous avons compris l'importance des questions plus que des réponses, et cette philosophie empêchera de faire taire les débats internes qui font la force des ONG.

« Entre action d'assistance et témoignage, entre efficacité de terrain et devoir moral de dénonciation, le sans-frontiérisme n'a jamais clairement tranché, et cette question reste au sein du mouvement une source inépuisable -et sans doute féconde- de débats et parfois de divisions.

Car la souplesse de la formule associative permet les scissions, les sécessions, et le sans-frontiérisme n'en manque pas. » (Rufin, 2003)

III.B.5. Triomphe de la diplomatie humanitaire

Le terme de « diplomatie humanitaire » a fait son apparition, pour exprimer une pratique déjà ancienne des humanitaires, permise par leurs contacts multiples sur le terrain, leur discrétion, leur indépendance etc. L'idée de diplomatie humanitaire ajoute la possibilité que les propositions des ONG seraient métabolisables par les appareils diplomatiques étatiques.

« Sur le terrain, les ONG humanitaires négocient certes en permanence avec les divers protagonistes mais, loin de se cantonner à ce seul volet opérationnel, beaucoup prétendent voir leurs propositions prises en compte par les Etats et les Organisations Internationales (OI), qu'il s'agisse de l'accès aux populations, du niveau de financement de l'aide ou de l'interdiction de certaines armes. De ce point de vue, l'accession d'ONG durant la décennie 1990 au prix Nobel de la paix –Handicap International (HI), conjointement avec plusieurs autres ONG, en 1997 et MSF en 1999- traduit certes une forme de « sanctification » contemporaine mais, par le magistère moral que la nobélisation assure, elle amplifie leur influence sur la scène internationale. » (Ryfman, 2008)

Cette phrase montre bien le double sens qu'engendre la posture actuelle des ONG dans l'opinion. Elles sont à la fois davantage entendues et ont de ce fait une influence sur les décisions étatiques et le cours des événements historiques, ce qui est une victoire de l'humanitaire. Mais cette « sanctification » les rend potentiellement tyranniques, comme toute forme de pouvoir, en étant seuls contestataires reconnus. En effet, si le monopole du contre pouvoir leur revient, leurs décisions font figure d'autorité, et il n'y a pas de démocratie dans le contre pouvoir... c'est une autre limite de leur reconnaissance.

III.B.6. Evolution de la figure humanitaire dans l'opinion publique

Il faut reconnaître que l'humanitaire est probablement pour le citoyen une des voies d'accès directe à un champ international traditionnellement monopolisé par les seuls gouvernements.

Cet intérêt pour l'humanitaire est contre balancé par une déviance : une telle consécration de l'humanitaire dans l'opinion publique ne remet jamais suffisamment en question son bien-fondé et les responsabilités des autres acteurs de la crise.

« L'extraordinaire progression de la cause humanitaire dans l'opinion publique n'est pas seulement un phénomène positif. Elle est aussi le symptôme d'une régression des idéaux

collectifs et de la rationalité politique au profit de la réaction sentimentale immédiate, visuelle. » (Rufin, 2003)

Nous allons dans la prochaine partie développer ces risques qui découlent du pouvoir des ONG, et réfléchir aux autres formes de contre-pouvoirs.

III.C. Les ONG ne sont plus les seuls contre-pouvoirs.

III.C.1. Les ONG, une vocation de contre-pouvoir

Les associations sont nécessaires dans une société pour empêcher les abus de pouvoir, et proposer d'autres solutions aux problèmes du peuple.

Les ONG sont des associations qui possèdent à ce titre une vocation de contre-pouvoir. Leur légitimité provient de leur sensibilité particulière à certains problèmes de société.

« L'une des critiques souvent formulée par les dirigeants politiques à l'encontre des ONG concerne la représentativité des associations. Par définition, les élus se voient confier un mandat de représentativité, qui leur est conféré par la majorité des personnes s'étant exprimées lors d'un scrutin.

Pour autant, cela ne permet pas de dénier aux ONG une légitimité à souligner les problèmes de société que leur mission leur fait approcher. Cette légitimité repose sur la qualité de leurs actions et, à partir du travail de leurs équipes, sur leur contribution à la réflexion quant aux questions sociétales contemporaines. Leur sens de la déontologie, leur transparence à l'égard des bénéficiaires comme des donateurs et l'indépendance recherchée vis-à-vis des sources de financement sont au service de cette légitimité et s'inscrivent dans cette logique.

Pour être légitime, le médecin n'a nul besoin d'être atteint de la maladie dont il parle. Mais il n'a pas vocation à se substituer aux personnes prises en charge et à s'exprimer à leur place, s'arrogeant une représentativité dès lors usurpée. » (Micheletti, 2008)

III.C.2. Risque d'omnipotence d'une ONG qui entre dans le champ politique

Nous allons prendre l'exemple de Médecins Sans Frontière, qui a écrit des amendements au projet de loi sur l'exclusion. Cela s'est produit de fil en aiguille après un long travail de sensibilisation du politique aux moyens que l'ONG avait identifiés pour venir en aide aux démunis, et dans une situation désertée par les institutions politiques.

« Cette carence de débat législatif a conduit MSF à une auto-légitimation progressive de son action dans des champs et des espaces laissés en friche et qui lui semblaient nécessaires d'investir pour porter le témoignage de la situation des personnes exclues des soins. (...)

MSF s'est ainsi transformé en législateur sans avoir été élu de quelque manière que ce soit pour exercer ce rôle. (...)

Nous pouvons mesurer le danger d'omnipotence de cette prétention humanitaire, quand une ONG peut se retrouver dans la situation d'écrire la loi. Un danger qui ne peut être encadré que par une reprise par le politique des problématiques soulevées par l'humanitaire. Et la responsabilité de cette reprise incombe à l'action humanitaire, elle-même, qui doit avancer en permanence dans une tension entre une mise sous les projecteurs par son action des terrains

sur lesquels doit s'impliquer le politique sans pour autant favoriser et permettre un désengagement de celui-ci. Le fil d'un tel équilibre est ténu. » (Languerand, 2009)

Ainsi nous comprenons qu'en devenant politique, l'humanitaire lui-même peut devenir totalitaire.

III.C.3. Les dispositifs de solidarité ne sont pas nécessairement des contre-pouvoirs

La nuance peut être subtile entre humanitaire et solidarité. La solidarité peut parfois accompagner le pouvoir, nous rappelle Noëlle Lasne. Après une riche expérience humanitaire, elle propose une autre ouverture, celle de réfléchir au potentiel de contre-pouvoir qui réside en chacun de nous, sous jacent à notre exercice professionnel au quotidien.

« Je ne cherche pas à être solidaire, ce n'est pas mon métier. La médecine n'est pas un exercice compassionnel. Elle consiste le plus souvent à voir ce que l'on n'est pas venu vous montrer et même à rechercher ce que l'on ne vous montre pas. Je suis occupée à prendre soin des personnes que je reçois, de la façon la plus pertinente possible.

(...)

L'humanitaire peut certainement, aujourd'hui comme hier, répondre à des exigences de solidarité. Mais les dispositifs de solidarité ne sont pas nécessairement des contre-pouvoirs. Ils peuvent parfaitement accompagner le pouvoir dans toutes ses expressions, y compris les pires. Ils peuvent fonctionner en parallèle.

(...)

Je pense que les vrais contre-pouvoirs aujourd'hui sont ceux qui parviennent à produire des expertises et à contrecarrer le discours dominant, par exemple le discours sur les fraudes, qui est à la base d'à peu près toute la politique sociale du gouvernement.

(...)

C'est comme en temps de guerre : continuer à exercer son métier, faire juste pour les gens ce que l'on doit faire nécessite un combat et est déjà l'expression d'un contre-pouvoir. » (Lasne, 2009)

Cela rejoint d'autres propos qui exprimaient déjà ce qu'il y a de politique dans le fait de bien faire son métier, être dans l'échange avec les gens au plus près des principes fondateurs, déontologiques de la médecine (cf. partie II.C.2).

Ainsi, dans la violence du monde actuel, bien faire son métier est déjà un contre-pouvoir -quel que soit le métier, probablement.

Ces discours remettent au centre la force de l'individu seul, qui préexiste avant celle qui peut naître d'une organisation collective, mais dans un sens positif : l'idée est de croire que chacun de nous ne peut faire que des actions minimales certes, mais qu'elles sont l'expression d'un pouvoir, accessible à qui veut bien.

III.C.4. Notre responsabilité de citoyen du monde

Une véritable solidarité serait un élan vers l'autre, qui engage une certaine responsabilité de notre part, et qui repense notre relation de citoyen au monde.

Les contre-pouvoirs actuels seraient les citoyens qui réfléchissent à l'impact de la mondialisation dans le quotidien, et créent des espaces d'échanges internationaux pour chercher des solutions ensemble aux problèmes de tous et de chacun.

C'est en quelque sorte envisager comme terrain de vie, la planète, où chacun aurait donc un rôle à jouer pour tous. Les problèmes qui ne peuvent être réglés politiquement trouveraient des solutions civiles, par partenariats entre citoyens.

Dans cet objectif, les maisons des citoyens du monde (MCM) organisent des rencontres citoyennes internationales. Mieux se connaître permet d'échanger et harmoniser les pratiques, tout en appuyant l'émergence des sociétés civiles. C'est une première étape à la création de partenariats Nord-Sud, et de succursales en Tiers Monde.

« Dans le contexte international, le respect des droits politiques, économiques, sociaux, culturels et environnementaux pour tous les habitants de la planète est une urgence. Les mouvements issus de la société civile représentent une force de proposition tant au niveau local qu'au niveau mondial. Incontestablement, le travail en réseau permet de passer du local à l'international et faire pression sur les forces dominantes et les gouvernements afin de protéger et aider les plus faibles. Les forums sociaux mondiaux, le commerce équitable... en sont des exemples marquants. Mais cela reste encore insuffisant et il y a urgence à associer d'autres acteurs (du domaine, culturel, économique, syndical...). » (Chek, 2009)

Cette conscience de notre responsabilité de citoyen du monde s'exprime dans le fait que défendre les droits des autres, c'est vouloir préserver aussi ses propres droits.

L'existence de zones de non-droit dans le monde est emblématique d'une mise en péril des droits de l'Homme dans sa globalité. La lutte pour défendre ces droits qui manquent aux autres est une image de notre résistance pour préserver la dignité de tous donc la nôtre.

« Pour moi, un vrai mouvement de solidarité serait celui où chacun aurait conscience de l'interaction des droits. Celles et ceux qui s'engagent dans les mouvements de résistance, par exemple, pour soutenir des personnes réfugiées, se battent aussi pour leurs propres droits. » (Tafelmacher, 2009)

III.D. Autocritique de mon analyse.

III.D.1. Représentativité biaisée et subjectivité des choix bibliographiques

Il peut m'être reproché un manque d'exhaustivité des sources bibliographiques, qui ne pourrait être évité que par une motivation gigantesque à vouloir consacrer beaucoup plus d'années de travail à cette thèse.

Il ne m'a pas été possible de compléter par des ouvrages étrangers non traduits. Il existe d'autres médecins humanitaires, notamment américains, qui ont écrit des ouvrages sur la médecine humanitaire, mais ceux-ci n'ont pas été pris en compte, par défaut de traduction et par manque de temps.

La matière récoltée était cependant déjà suffisante pour remarquer de nombreuses analogies entre les écrits et compléter par certaines idées plus spécifiques de chacun. Il aurait été extrêmement laborieux de recenser toutes les opinions sur la médecine humanitaire, tous les récits des missions dans l'histoire, pour en extraire les points forts, les points faibles, les avancées etc. L'objectif de ce travail était de recenser les constats les plus décrits et les plus abordables n'obligeant pas à rentrer dans le détail concret des missions, avec l'intention d'en comprendre les mécanismes. Le raisonnement ainsi mis en évidence peut acquérir une valeur de modèle reproductible dans des situations où les enjeux sont analogues.

La représentativité des sources sélectionnées peut être discutable. En effet, les sources sont principalement françaises, et une partie non négligeable inclut des humanitaires ayant travaillé au sein de Médecins Sans Frontières. Rony Brauman tient notamment une place importante dans les idées extraites ; il se trouve que c'est un des médecins qui a le plus écrit sur le sujet dans toute son étendue, et un des plus contestataires. Il est possible donc que cette thèse soit orientée inconsciemment selon une certaine représentativité française...

Par ailleurs, il manque à ce travail la vision des locaux, c'est-à-dire des personnes qui ont bénéficié des secours ainsi que du personnel local qui a collaboré avec les secours extérieurs. Il serait intéressant d'interroger les premiers concernés, les victimes, sur leur perception des médecins humanitaires. Il existe apparemment très peu de témoignages.

Il faut tenir compte aussi de ma propre subjectivité dans le choix des extraits et des thèmes abordés, malgré une volonté certaine d'impartialité. Je dois préciser également que je n'ai pas d'expérience en médecine humanitaire ; est-ce que ma synthèse serait différente si j'en avais expérimenté la pratique ? Probablement.

Dans tous les cas, il est clair qu'on peut consacrer un temps infini de recherche au sujet de l'humanitaire, d'autant plus qu'il est amené à évoluer sans cesse.

III.D.2. Les difficultés de l'humanitaire ne doivent pas éclipser ses bienfaits

Il y a cette crainte qu'avec un tel sujet le lecteur soit davantage découragé que motivé à se lancer dans l'aventure humanitaire -cela est valable aussi pour moi.

Pourtant l'humanitaire d'aujourd'hui garde ses principes fondamentalement bienveillants, et ses actions font clairement preuve d'efficacité. Il reflète toujours les motivations philanthropiques des hommes.

Aussi l'humanitaire existera-t-il toujours, c'est à la fois heureux –par cette conscience rassurante d'une fraternité universelle-, et malheureux –parce que nous sommes certains que les conflits entre les hommes perdureront malgré les efforts politiques et judiciaires.

Faut-il rappeler aussi les multiples progrès que la médecine humanitaire a engendrés au cours de son histoire ? Progrès scientifiques dans le diagnostic, la thérapeutique, les progrès de technique et d'organisation spécifiques aux terrains de l'humanitaire etc. qui ont été possibles par une analyse des missions passées.

La dissection critique des problèmes enlève certainement de notre naïve fraîcheur, mais permet de gagner en lucidité. Il est probable (et souhaitable) que ce soit une meilleure préparation avant de s'engager, et un gain de temps et d'énergie pour la suite, en se fixant des objectifs raisonnables afin d'éviter un désenchantement trop désespéré.

III.D.3. Un sujet portant autant sur l'humanitaire que sur la médecine humanitaire

Il apparaît que certaines parties abordent des problématiques propres à l'humanitaire, et ne parlent pas du tout de médecine.

Cependant, pour parler des spécificités de la « médecine humanitaire », il faut bien aborder ce qu'elle a de particulier, soit cette particule « humanitaire » qui s'y accroche.

Le choix du plan a été difficile parfois, certaines parties ayant été supprimées en raison d'une faible proximité avec la pratique possible d'un médecin humanitaire. Ce qui motivait l'inclusion d'une problématique, c'était essentiellement l'idée qu'un médecin sur un terrain humanitaire pourrait se trouver en situation d'avoir besoin de cette réflexion.

Une approche des enjeux politiques, financiers, stratégiques autour des crises humanitaires et une vue d'ensemble de l'organisation d'une ONG me semblait essentielle. Ces sujets là sont d'ailleurs souvent abordés dans la littérature. Cependant, il faut préciser que les médecins humanitaires qui écrivent sur l'humanitaire sont des personnes qui ont eu généralement de hautes responsabilités dans de grandes ONG, et il est clair qu'un travail de président d'ONG est éloigné du travail de médecin sur le terrain. Ce genre de considération peut faire espérer qu'en pratique, le médecin humanitaire n'est pas envahi sans arrêt pas de telles questions éthiques, et que les problèmes se règlent au fur et à mesure, et de façon collégiale.

Tout comme le couple « humanitaire et santé », il existe d'autres unions avec l'humanitaire : l'éducation, la nutrition, le commerce, l'agriculture, l'écologie etc.

Certaines des problématiques sont probablement identiques à celles décrites dans cette thèse, notamment celles qui découlent de la mondialisation.

Si l'on va plus loin, on peut même trouver d'autres analogies entre l'humanitaire et toutes les démarches d'aide ou d'intégration ; est-ce que cette expérience de la médecine humanitaire ne peut pas offrir des outils dans la prise en charge du handicap, des maladies chroniques en général, des pathologies psychiatriques lourdes, et tout ce qui tend à exclure un humain de la société ?

CONCLUSION

En médecine humanitaire, les bonnes intentions ne suffisent pas à atteindre les objectifs bienfaisants qu'on s'était fixés. Pire, l'aide peut finalement causer des dégâts.

L'efficacité d'une mission est conditionnée par une analyse précise du contexte historique et politique tenant compte des éventuels enjeux financiers, géopolitiques et énergétiques, une étude des capacités préalables des locaux à se prendre en charge, du rôle des autres organisations d'aide présentes et des moyens de coordonner les actions, des réels besoins locaux et des compétences de l'ONG pour y répondre de façon suffisamment maîtrisée, c'est-à-dire en analysant les actions concomitamment à leur déroulement.

Chaque crise humanitaire est unique, et pour chacune, plusieurs remèdes sont possibles, ce qui participe à justifier la coexistence de multiples formes d'organisations humanitaires en un même lieu. Il est probable qu'un unique mode opératoire ne permettrait pas de lutter sur tous les fronts de la souffrance. S'il n'y a pas de réponse standardisée à un problème humanitaire, il y a néanmoins la certitude qu'il faut continuellement se poser des questions et s'adapter. Parmi les interrogations qui doivent accompagner une mission, il y a notamment celle qui vise à déterminer quels sont les risques maîtrisables, et pour les incertitudes persistantes, rechercher dans quelle mesure elles pourraient engendrer un effet néfaste de l'aide ; il y a aussi la nécessaire réflexion sur la façon dont nous nous comportons avec les personnes à

savoir si l'on préserve au mieux leur autonomie, et ce qu'il adviendra de la mission une fois les humanitaires partis.

En toile de fond, le médecin peut être guidé par cet idéal qui perçoit l'humanitaire comme une rencontre de l'Autre, en gardant à la fois l'espoir et l'humilité de savoir que chacun de nous ne peut faire que des choses toutes petites, et que vouloir en faire trop mène d'une part à l'épuisement, d'autre part à l'aveuglement.

Les outils de réflexion qui découlent de l'expérience des humanitaires peuvent servir de base à la plupart des démarches d'accompagnement des personnes, quels qu'en soient le lieu et la nature. Nous avons vu que la médecine humanitaire ne pouvait pas faire l'objet d'une définition, car elle n'est pas une discipline médicale à part. En effet, elle concerne tout praticien dont l'intention est guidée par le concept humanitaire, qu'il exerce son métier ici ou ailleurs, compte tenu qu'il persiste partout des inégalités sociales de santé.

La reconnaissance d'un Quart Monde en France a fait évoluer la connaissance du processus de précarité, qui précipite les familles dans un cercle vicieux.

Les médecins généralistes témoins de la précarité ici, comme les humanitaires attestant des dénis des droits de l'homme là-bas, sont amenés à des réflexions similaires sur l'exclusion, et sur les moyens de s'engager avec les patients pour promouvoir la santé lorsque de nombreux autres déterminants à la santé manquent.

L'approche éclairée qui en résulte nous fait contempler sous un angle autre la relation du médecin à son patient et au monde, telle qu'elle se déroule au quotidien –non pas uniquement dans les situations d'exception.

Une pratique médicale revue à travers le spectre de l'humanitaire nous pousse à remettre en question sa manière d'être avec les personnes, à prendre conscience que le pouvoir médical a des effets potentiellement néfastes, et à placer davantage son action dans le champ de la santé publique, tenant compte des rapports de force politico-financiers.

Si l'ensemble des stratégies industrielles, diplomatiques et juridiques n'ont pas directement à voir avec le secours médical, la médecine humanitaire nous incite toujours à analyser notre pratique au travers d'une grille géopolitique. Il est des enjeux, certes, bien plus grands que nous, qui ne sont pas à la portée du médecin généraliste, mais leur perception clarifie le sens de nos actions même minimales.

Le terme « humanitaire » est loin d'être une notion confuse désormais. Son emploi doit être raisonné, comme sa mise en application dans notre pratique.

Il est clair que cette conscience collective et humanitaire de notre métier rend son exercice encore plus exigeant qu'il ne l'est déjà envers ses patients individuellement. La médecine humanitaire met en lumière cette conscience globale de sa pratique de « médecin du monde », et nous rappelle à quel point chaque médecin généraliste tient un rôle dans la santé publique et l'agencement planétaire de la santé.

SIGLES

ACF : Action Contre la Faim

AME : Aide Médicale de l'Etat

ATD Quart Monde : Aide à Toute Détresse pour le Quart Monde

CASO : Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation *créé par MDM*

CMU : Couverture Maladie Universelle

Comede : Comité médical pour les exilés

CPI : Cour Pénale Internationale

CR : Croix Rouge

DIH : Droit International Humanitaire

HI : Handicap International

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

LQR : Lingua Quintae Republicae (langue de la 5^{ème} République)

MCM : Maisons des Citoyens du Monde

MST : Maladies Sexuellement Transmissibles

MDM : Médecins Du Monde

MSF : Médecins Sans Frontières

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

OI : Organisation Internationale

OMC : Organisation Mondiale du Commerce

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONU : Organisation des Nations Unies

PME : Petite et Moyenne Entreprise

RD Congo : **R**épublique **D**émocratique du Congo

SDF : Sans **D**omicile **F**ixe

URSS : Union des **R**épubliques **S**ocialistes **S**oviétiques

VIH : **V**irus de l'**I**mmunodéficience **H**umaine

WONCA : **W**orld **O**rganization of **N**ational **C**olleges, **A**cademies and **A**cademic **A**ssociations of **G**eneral **P**ractitioners/**F**amily **P**hysicians. *Cela correspond plus simplement à: «World Organization of Family Doctors», soit l'organisation mondiale des médecins de famille.*

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1) Action Contre la Faim. 1998. *Géopolitique de la faim : Quand la faim devient une arme...* Paris : Presses Universitaires de France, 336 p.
- 2) Aïach, Pierre et Didier Fassin. 2004. « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé ». *La Revue du Praticien*, no 54, pp 2221-2227.
- 3) Anderson, Mary B. 1999. « « Aujourd'hui vous me sauvez la vie, mais pour quel avenir ? » : sur quelques dilemmes moraux de l'humanitaire. » In *Des choix difficiles : les dilemmes moraux de l'humanitaire*. Paris : Gallimard, pp 81-104.
- 4) Baldeyrou, Pierre. 2006. « Une confiance réciproque ». *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, no 33, pp 12-15.
- 5) Banerji D., De Silva A., Gombe S., Kwon S., Oh C., Pizarro A-M., Qadeer I., Sagar A., Sanders D., Zuniga M. et al. 2004. *Les obstacles à la santé pour tous : Points de vue du Sud*. Coll. « alternatives sud ». Paris : Syllepse, 175 p.
- 6) Berbé, Cedric. 2008. « Médecine générale en cabinet libéral et action humanitaire : étude descriptive auprès des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle exerçant en cabinet libéral ». Thèse d'exercice de médecine générale, Nancy : Université Henri Poincaré - Nancy I, 61 p.
- 7) Brauman, Rony. 1992. S.t. In *Le Monde*, no 24/11/1992.
- 8) Brauman, Rony. 2000. *L'action humanitaire*. Coll. « Dominos », no 60. Paris : Flammarion, 128 p.
- 9) Brauman, Rony et Hubert Védrine. 2003. *Humanitaire et pouvoir politique ?* Entretiens avec Patrick Frémeaux. Paris : Frémeaux et Associés, 3 CD audio.
- 10) Brauman, Rony. 2004. « Maladies négligées et malades oubliés ». In *Santé et droits de l'homme, volume 1 : Les malades de l'indifférence*. Coll. « Médecine Société ». Chêne-Bourg (Suisse) : Médecine et Hygiène, pp 135-140.
- 11) Brauman, Rony. 2006. *Penser dans l'urgence : parcours critique d'un humanitaire*. Paris : Editions du seuil, 270 p.
- 12) Brauman, Rony. 2009. *La médecine humanitaire*. Coll. « Que sais-je ? », no 3844. Paris : Presses universitaires de France, 127 p.
- 13) Brauman, Rony, Marek Halter, Jean-Christophe Rufin, et al. 2008. *Kouchner vu par...* Paris : Calmann-Lévy, 208 p.
- 14) Chauvel, Joëlle. 2009. « Le pouvoir en mission ». *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, no 46, p 18.

- 15) Chek, Agnès. 2009. « Un nécessaire travail collectif ». *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, no 46, p 15.
- 16) Chirac, Pierre. 2008. « S'indigner et agir autrement ». *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, no 43, p 29.
- 17) Comede. 2008. « Un bilan de santé pour protéger les migrants ». *Maux d'exil*, no 22, 8 p.
- 18) Comede. 2008. « Samdarra : genèse d'un réseau de santé mentale des demandeurs d'asile et réfugiés en Rhône-Alpes ». *Maux d'exil*, no 25, p 3-4.
- 19) Comede. 2009. « Etat critique ». *Maux d'exil*, no 26, p 5-6.
- 20) Conne, Georges. 2004. « Le médecin, l'Autre et les autres ». *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, no 24, pp 22-24.
- 21) Dachy, Eric. 2004. « L'action humanitaire : réalités et représentations ». *Les Temps Modernes*, no 627, pp 22-42.
- 22) Dallaire, Roméo A. 1999. « La fin de l'innocence : Rwanda 1994 ». In *Des choix difficiles : les dilemmes moraux de l'humanitaire*. Paris : Gallimard, pp 125-144.
- 23) Debionne, François-Paul. 2000. *La santé passe par la dignité : l'engagement d'un médecin*. Paris : Les Editions de l'Atelier, 237 p.
- 24) Devries, Martine. 2004. « Résister à Big Pharma ». *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, no 24, p 48-49.
- 25) Duroch, Françoise. 2004. « Le viol, arme de guerre : l'humanitaire en désarroi ». *Les Temps Modernes*, no 627, pp 138-147.
- 26) Fassin, Didier. 2004. « La cause des victimes ». *Les Temps Modernes*, no 627, p.73-91.
- 27) Fassin, Didier. 2005. *Faire de la santé publique*. Rennes : Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 64 p.
- 28) Ferré, Jean-Luc. 2007. *L'action humanitaire*. Coll. « Les essentiels Milan », no 10. Toulouse : Milan, 63 p.
- 29) Florès, Patrick. 2004. « Témoin muet des inégalités sociales ». *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, no 24, pp 25-27.
- 30) Galam, Eric. 2004. « Les médecins sont aussi des êtres humains ». *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, no 24, pp 19-21.
- 31) Gran, Iegor. 2004. « La tyrannie du bien ». *Les Temps Modernes*, no 627, pp 108-119.

- 32) Hazan, Eric. 2009. « LQR, la langue de la 5^{ème} République ». *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, no 44, pp 12-16.
- 33) Huillard, Laurent. 2009. S.t. *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, no 45, p 94.
- 34) Huthwohl, Odile. 2003. « Rôle d'une ONG internationale dans la mise en place de soins de santé primaires ». Mémoire de D.U. de Santé Publique, Nancy : Faculté de médecine de Nancy.
- 35) Institut d'Etudes des Politiques de Santé. 2005. *Quelle politique de santé pour les pays en développement ?* Coll. « Les Dossiers de l'Institut d'Etudes des Politiques de Santé ». Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 67 p.
- 36) Jacquemart, Bernard. 2000. « Humanitaire : le mot et les concepts en jeu ». *Revue Humanitaire*, no 1, pp.49-63.
- 37) Jung, Catherine. 2004. « Bilan de compétences ». *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, no 24, p 34.
- 38) Kouchner, Bernard. 1986. *Charité Business*. Paris : Le Pré aux Clercs, 273 p.
- 39) Lagabrielle, Sylvie. 2009. « De quoi se mêle-t-on ? ». *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, no 46, p 48.
- 40) Languérand, Emeric. 2009. « La non-réponse humanitaire ». *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, no 46, p 61-62.
- 41) Lasne, Noëlle. 2009. « Exercice médical et contre-pouvoir ». *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, no 46, p 65-66.
- 42) Matar, Anat. 2009. « Humanitaire ou politique ? ». *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, no 46, p 45-46.
- 43) Médecins du Monde. 2007. « Anthropologie et ONG : des liaisons fructueuses ? ». *Revue Humanitaire*, Hors série no 4, 80 p.
- 44) Médecins du Monde. 2009. « Fictions humanitaire », *Revue Humanitaire*, no 21, pp 14-45.
- 45) Médecins Sans Frontières. 2000. *Utopies sanitaires*. Coll. « Manifestes ». Paris : Le pommier, 300 p.
- 46) Ménard, Didier. 2006. « Résister pour guérir ». *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, no 33, pp 52-53.
- 47) Micheletti, Pierre. 2008. *Humanitaire : s'adapter ou renoncer*. Paris : Marabout, 245 p.
- 48) Mimoun, Maurice. 2004. *S'empêcher d'en faire trop*. Paris : Albin Michel, 200 p.

- 49) Mokrani, Salima. 2009. « Quand les 4x4 croisent les chars ». *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, no 46, p 24.
- 50) Muller, Patrice. 2004. « La santé publique, un pilier du métier ». *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, no 24, p 55.
- 51) OMS. 1978. Déclaration d'Alma-Ata.
- 52) OMS. 1997. Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXIème siècle.
- 53) Parizot, Isabelle. 2003. *Soigner les exclus*. Coll. Le Lien Social. Paris : Presses Universitaires de France, 296 p.
- 54) Partouche, Henri. 2004. « Exercer au temps des référentiels ». *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, no 24, pp 31-33.
- 55) Reid, Elisabeth. 1999. « Un avenir ? A condition de rester en vie... L'épidémie de VIH et ses enjeux ». In *Des choix difficiles : les dilemmes moraux de l'humanitaire*. Paris : Gallimard, p. 347-366.
- 56) Richaud, Jacques. 2009. « Les mots sont importants ». *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, no 44, pp 17-19.
- 57) Richaud, Jacques. 2009. « Compassion et impérialisme ». *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, no 46, p 49-50.
- 58) Rieff, David (dir.), et al. (Collectif). 2002. *Crimes de guerre*. Paris : Autrement, 448 p.
- 59) Rufin, Jean-Christophe. 2003. *L'aventure humanitaire*. Coll. « Découvertes », no 226. Paris : Gallimard, 176 p.
- 60) Rufin, Jean-Christophe. 2008. *Un léopard sur le garrot : Chroniques d'un médecin nomade*. Coll. « Blanche ». Paris : Gallimard, 284 p.
- 61) Ryfman, Philippe. 2008. *Une histoire de l'humanitaire*. Coll. « Repères », no 522. Paris : La Découverte, 122 p.
- 62) Salignon, Pierre. 2009. « Soudan : scénario catastrophe pour l'humanitaire ». *Revue Humanitaire*, no 21, pp 52-55.
- 63) Tafelmacher, Christophe. 2009. « La chasse aux abus contre les droits ». *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, no 46, p 38-39.
- 64) Tate, Peter. 2005. *Soigner (aussi) sa communication*. Bruxelles : Editions De Boeck Université, 225 p.
- 65) Troubé, Christian. 2009. *L'humanitaire, un business comme les autres ?* Coll. « à dire vrai ». Paris : Larousse, 127 p.

- 66) Vidal, Claudine. 2004. « Les humanitaires, témoins pour l'histoire ». *Les Temps Modernes*, no 627, pp 92-107.
- 67) Vollaire, Christiane. 2009. « L'avenir d'une illusion ». *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, no 46, p 67-68.
- 68) Weber, Olivier. 2003. *Humanitaires*. Paris : Editions du Félin, 294 p.
- 69) Weissman, Fabrice. 2004. « L'humanitaire et la tentation des armes ». *Les Temps Modernes*, no 627, pp 57-72.
- 70) Wrésinski, Joseph. 1987. « Grande pauvreté et précarité économique et sociale ». In *Rapport du Conseil Economique et Social*. Journal Officiel.

BIBLIOGRAPHIE SUPPLÉMENTAIRE

- ❖ Agier, Michel. 2008. *Gérer les indésirables : des camps de réfugiés au gouvernement humanitaire*. Coll. « Bibliothèque Des Savoirs ». Paris : Flammarion, 325 p.
- ❖ Angell, Maria. 2005. *La vérité sur les compagnies pharmaceutiques : comment elles nous trompent et comment les contrecarrer*. Paris : Les Editions le mieux-être, 320p.
- ❖ Arendt, Hannah. 2008. *Eichmann à Jérusalem : rapport sur la banalité du mal*. Coll. « Folio Histoire », no 32. Paris : Gallimard, 522 p.
- ❖ Benasayag, Miguel. 2008. *La santé à tout prix, médecine et biopouvoir*. Coll. « Essais ». Paris : Bayard Culture, s.p.
- ❖ Brauman, Rony et Eyal Sivan. 1999. *Eloge de la désobéissance : à propos d'un « spécialiste » Adolf Eichmann*. Paris : Le Pommier, 180 p.
- ❖ Brunel, Sylvie. 2009. *Nourrir le monde, vaincre la faim*. Coll. « Histoire ». Paris : Larousse, 285 p.
- ❖ Cahill, Kevin Michael. 2006. *Au fondement de l'action humanitaire*. Paris : NIL, 269p.
- ❖ Cahill, Kevin Michael. 2010. *Témoigner : une vie au service de l'action humanitaire*. Paris : NIL, s.p.
- ❖ Comede. 2008. *Migrants/étrangers en situation précaire : prise en charge médico-sociale*. Edition 2008. Paris : Inpes, 568 p.
- ❖ Del Volgo, Marie-José et Roland Gori. 2009. *La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence*. Coll. « Champs Essais ». Paris : Flammarion, 336 p.
- ❖ Emmanuelli, Xavier et Catherine Malabou. 2009. *La grande exclusion : l'urgence sociale, symptôme et thérapeutique*. Coll. « Histoire ». Paris : Bayard Centurion, 126p.
- ❖ Fassin, Didier. 2003. *Les enjeux politiques de la santé : études sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Coll. « Hommes Et Sociétés ». Paris : Karthala, 345 p.
- ❖ Fassin, Didier (dir.), Dominique Memmi et al. 2004. *Le gouvernement des corps*. Coll. « Cas de figure ». Paris : EHESS 296 p.
- ❖ Foucault, Michel. 1976. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard, 688 p.
- ❖ Foucault, Michel. 2006. *La volonté de savoir : Droit de mort et pouvoir sur la vie*. Coll. « Folioplus Philosophie ». Paris : Gallimard, 138 p.

- ❖ Freud, Sigmund. 2010. *Le malaise dans la culture*. Coll. « GF ». Paris : Flammarion, 218 p.
- ❖ Freud, Sigmund. 2004. *L'avenir d'une illusion*. Coll. « Quadrige Grands Textes ». Paris : Presses Universitaires de France, 61 p.
- ❖ Godinot, Xavier (dir.) et al. 2008. *Eradiquer la misère : démocratie, mondialisation et droits de l'homme*. Paris : Presses Universitaires de France, 435 p.
- ❖ Hazan, Eric. 2006. *LQR, la propagande au quotidien*. Paris : Raisons d'agir, 122 p.
- ❖ Hermet, Guy. 2009. *Exporter la démocratie ?* Deuxième édition. Coll. « La bibliothèque du citoyen ». Paris : Les Presses de Sciences Po, 138 p.
- ❖ Klemperer, Victor. 2003. *LTI, la langue du IIIème Reich*. Deuxième édition. Coll. « Agora ». Paris : Pocket. 375 p.
- ❖ Médecins Sans Frontières. 2006. *Dictionnaire pratique du droit humanitaire*. Troisième édition. Paris : La Découverte, 587 p.
- ❖ Nahoum-Grappe, Véronique. 2005. *Balades politiques*. Paris : Les prairies ordinaires, 236 p.
- ❖ Padis, Marc-Olivier et Thierry Pech. 2004. *Les multinationales du cœur : les ONG, la politique et le marché*. Coll. « La République des idées » ; Paris : Le Seuil, 96 p.
- ❖ Vallaeys, Anne. 2004. *Médecins Sans Frontières : la biographie*. Paris : Fayard, 764p.
- ❖ Wallerstein, Immanuel. 2008. *L'universalisme européen : de la colonialisaton au droit d'ingérence*. Paris : Demopolis, 136 p.

ANNEXE 1 : LA DÉFINITION EUROPÉENNE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE EN 2002

**PRÉPARÉE PAR LA WONCA EUROPE (SOCIÉTÉ EUROPÉENNE
DE MÉDECINE GÉNÉRALE – MÉDECINE DE FAMILLE) :**

LA DISCIPLINE MÉDECINE GÉNÉRALE – MÉDECINE DE FAMILLE

La médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.

1. Les caractéristiques de la discipline médecine générale – médecine de famille sont les suivantes :

- a/ Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- b/ Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- c/ Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelle, familiale, et communautaire.
- d/ Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- e/ Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- f/ Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- g/ Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- h/ Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- i/ Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.

j/ Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.

k/ Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

2. La spécialité médecine générale – médecine de famille :

Les médecins généralistes-médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou fait appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.

**ANNEXE 2 : TENTATIVE DE DÉFINITION DE LA MÉDECINE
HUMANITAIRE
PAR UNE ADAPTATION DES CARACTÉRISTIQUES DE LA MÉDECINE
GÉNÉRALE
DÉFINIES PAR LA WONCA EUROPE.**

Nous nous calquons sur les caractéristiques de la médecine générale par la WONCA qui sont résumées en annexe 1 ; chaque point est revu et corrigé au goût de la médecine humanitaire, les phrases entre guillemets sont celles qui ont pu être extraites directement du texte de la WONCA.

a/ « Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins », cela est vrai, dès lors que les structures locales de soins sont insuffisantes ou absentes ; prenant en compte idéalement tous les problèmes de santé, mais le plus souvent certains problèmes de santé sont prioritaires et font l'objet de tous les efforts d'une mission ; « indépendamment des caractéristiques de la personne concernée », avec l'impartialité essentielle dans l'approche humanitaire, ce qui exclut des démarches visant à défendre un groupe de personnes, qui seraient distinguées selon leur appartenance religieuse, ethnique, ou politique.

b/ Les ressources du système de santé étant dépassées, elle utilise au mieux les ressources mises à disposition pour la réalisation des missions, ce qui nécessite souvent de savoir travailler avec peu de moyens, visant à long terme à faire en sorte que le système général prenne ses responsabilités en adaptant l'offre aux besoins ;
en tout cas, toujours en coordonnant les soins avec les structures de soins locales, l'administration locale et le gouvernement national, les autres ONG, éventuellement les militaires présents sur le terrain ;
en gérant le recours aux autres spécialités quand celles-ci sont accessibles, sinon nécessitant de prioriser les actions de soins en fonction de l'urgence ;
« se plaçant si nécessaire en défenseur du patient », en allant même plus loin, avec le souci de défendre toujours la cause des victimes.

c/ « Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires ». « Le dénominateur commun est la personne avec ses croyances, ses peurs, ses attentes et ses besoins » ; cela est primordial et presque plus évident en situation humanitaire où le médecin rencontre des patients dont la culture lui est étrangère. Une démarche active de la part du soignant est nécessaire pour se détacher de ses éventuelles croyances erronées, notamment sur ce qu'est la « communauté » qui peut prendre des formes d'organisation tout à fait éloignées du modèle occidental.

d-e / Elle utilise un mode de consultation assez peu spécifique, car elle regroupe un ensemble de situations très hétérogènes, par leur durée, leurs objectifs, les acteurs impliqués...qui ne permettent pas généralement de construire une relation médecin-patient dans la durée ni assurer des soins continus et longitudinaux, au sens où l'urgence est souvent la règle d'une part, et d'autre part, les missions humanitaires n'ont pas pour objectif de durer, car elles aspirent à un relais organisé par les structures locales, avec l'intention de ne pas se substituer aux pouvoirs publics.

Elle est « basée sur une communication appropriée » avec toutes les limites posées par les différences de langage, de culture, le manque de temps et la pénurie de moyens, la gratuité de l'acte le plus souvent...ces limites étant prévisibles, elles doivent obliger à une réflexion anticipée visant à ne pas compenser les difficultés de communication par une technicisation des relations et des corps.

f/ « Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires. » Cela est vrai, en notant que la prévalence et l'incidence des maladies n'est pas la même sur ces terrains du « Tiers Monde » qu'en Europe.

g/ « Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient » dans une certaine mesure, en précisant que cela peut nécessiter de prioriser les problèmes selon le temps et les moyens disponibles. Certaines pathologies chroniques (le sida-VIH par exemple) peuvent faire l'objet de missions spécifiques, inscrites dans la durée.

h/ Souvent elle n'a pas les moyens d'intervenir à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, et elle est plutôt caractérisée par un manque de stratégies préventives. Sont privilégiées les situations de crise sanitaire. Les patients sont souvent vus à un stade avancé et urgent des pathologies, ce qui entraîne des modes de présentation autres et une grande variante dans l'incidence des maladies, comparés à l'Europe.

i/ «Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace. »

j/ « Elle a la responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté ». C'est vrai, d'autant plus pour la médecine humanitaire, qui doit souvent privilégier la communauté par rapport à l'individu, ce qui ne manquera pas d'imposer parfois des réflexions aux frontières de l'éthique.

k/ « Elle répond aux problèmes de santé dans leur dimensions psychique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle », et ajouterons-nous volontiers, politique, historique, citoyenne, et juridique. « Les interventions qui ne s'attaquent pas à la racine du problème causent beaucoup d'insatisfaction au patient », et même ne résolvent rien à long terme...quand elles ne sont pas finalement néfastes.

On se permettrait de compléter cette définition extrapolée, par deux recommandations supplémentaires qui apparaissent pertinentes tenant compte du passé de l'humanitaire :

L/ Elle s'engage à stopper les actions de soins si les conditions d'exercice ne permettent plus une attitude éthique, ou si l'on constate que les objectifs de missions ne sont pas réalisables.

M/ Elle s'engage à témoigner des formes d'oppression constatées qui portent atteinte à la dignité de l'homme.

ANNEXE 3 : CHRONOLOGIE CHOISIE DE LA MÉDECINE HUMANITAIRE

(à partir de trois références bibliographiques : Brauman, 2009 ; Rufin, 2003 ; Ryfman, 2008)

Avant de s'affirmer comme une pratique concrète, l'humanitaire fut une idée lentement construite, sur les plans religieux, philosophique et philanthropique.

➤ **Dès l'Antiquité gréco-romaine**, des penseurs célèbres vont s'attacher à définir le Bien et à affirmer un devoir de solidarité entre les hommes (Aristote, Cicéron). Ce mouvement intellectuel participe à la fois d'une expression de la solidarité vis-à-vis des pauvres ou des malades, et d'une réflexion sur cette activité si spécifiquement humaine que sont la guerre et ses conséquences.

➤ **De la Renaissance aux Lumières** sont posées les bases intellectuelles de l'idée humanitaire par un effort de formation d'un corps de normes constitutif d'un futur droit des conflits armés incluant de dispositions protectrices, en premier lieu. En second lieu, les Lumières vont s'attacher à redéfinir, philosophiquement, la notion d'amour de l'homme, hors de toute référence religieuse. Ils substituent au terme de « charité » ceux de « bienfaisance », « philanthropie », et surtout « humanité », que Diderot définit comme « un noble et ultime enthousiasme qui se tourmente des peines des autres et du besoin de les soulager ».

A travers l'action auprès des pauvres, des malades, des orphelins, menée dans l'Europe chrétienne par l'Eglise catholique et divers ordres religieux (parmi lesquels les Franciscains se distinguèrent particulièrement) se construisit un répertoire de pratiques assistancielles.

➤ **17^{ème} siècle** : sécularisation progressive de l'assistance, et son autonomisation de la sphère religieuse.

A la même époque, des normes sur la conduite des armées en campagne protectrices des non-combattants commencent à être juridiquement formalisées –à partir de celles imaginées dans le siècle précédent- à l'initiative des grands monarques (l'empereur d'Autriche Maximilien II ou le roi de Suède Gustave II Adolphe).

C'est aussi au début du 17^{ème} siècle que s'ébauchera un service de santé militaire.

➤ **Larrey (1766-1842)**, précurseur de la chirurgie humanitaire de guerre, dans l'armée napoléonienne. Il invente le concept des ambulances mobiles au plus près de la ligne de front pour les premiers soins et l'évacuation, et des techniques d'amputation et de sutures.

➤ **Juin 1859**, en Italie du Nord : la bataille de Solferino. Henri Dunant, homme d'affaires suisse, écrit en 1862 « Un souvenir de Solferino », livre qui fait le tour des Cours d'Europe. Il fondera les bases de la Croix Rouge.

➤ **22 août 1864** : signature de la première convention de Genève pour la protection des blessés de guerre, par les douze principaux Etats du monde, sous l'impulsion de la Croix-Rouge Internationale. Grâce à celle-ci, la Croix-Rouge (CR) définit une espace juridique propre à l'aide humanitaire, et attend des pays ayant signé la convention le respect des clauses qu'elle contient.

Dans les années qui suivent, il y a une volonté de susciter dans chaque pays la création d'une société nationale de la Croix-Rouge pour être apte à intervenir rapidement, et conserver en même temps la différence de la CR internationale (essentiellement helvétique) qui se veut indépendante à l'égard des gouvernements.

➤ **Au 19^{ème} siècle**, le « Corps de santé des colonies et des Pays de protectorat » se distingue sur le terrain tant par des actions de dépistages et de soins que par une participation active à la recherche.

Il devient *en 1900* le « Service de santé des troupes coloniales ».

En 1905, une école militaire de médecine tropicale est créée à Marseille.

Laveran identifie l'hématozoaire du paludisme à Constantine *en 1880* ; Yersin, le bacille pestueux *en 1894* à Hong Kong ; Simond, aux Indes *en 1896*, démontre le rôle de la puce comme vecteur de la peste.

Le docteur Eugène Jamot (1879-1937) crée un dispositif d'action médicale mobile en Afrique Equatoriale, qui lui permettra d'obtenir des résultats spectaculaires dans la lutte contre les grandes endémies tropicales, en particulier la maladie du sommeil.

➤ **La guerre de 1914-18** : 41 délégués de la CR visitent 524 camps de prisonniers et plaident auprès des autorités pour une amélioration du sort des captifs ; ils obtiennent le rapatriement des prisonniers grands blessés.

Création de l'Agence Internationale des Prisonniers par la CR, pour permettre la recherche par les familles, la transmission de colis, l'expédition de secours collectifs.

➤ **Dans l'entre deux guerres** : création d'une organisation intergouvernementale : la Société des Nations (SDN), avec une « section hygiène » qui s'attache à la lutte contre les épidémies post-conflit tel le typhus, puis développe les premières recherches sur la malnutrition.

En 1938 : fusion du Haut Commissariat pour les réfugiés d'Allemagne fuyant le nazisme et l'Office international Nansen pour les réfugiés (créé après la mort du fondateur en 1931) en un Haut commissariat pour les réfugiés sous la protection de la SDN.

L'après-guerre voit aussi la création de la ligue des CR (aujourd'hui Fédération des sociétés de CR) ayant pour objectif de se mobiliser pour des actions de paix.

1921 : au cours de la famine survenue en Ukraine à la fin de la guerre civile, le régime bolchévique exige, pour accepter l'aide humanitaire extérieure destinée au peuple, le contrôle exclusif de sa distribution. Le pouvoir soviétique entend montrer, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'URSS, que le pouvoir y est solide. C'est une des premières expériences où l'aide humanitaire fait l'objet d'une manipulation politique déclarée.

➤ **Deuxième guerre mondiale** : l'Allemagne nazie refuse aux résistants français et aux militaires polonais le statut de prisonnier de guerre. La CR ne peut rien y changer et ne peut donc pas agir comme lors de la précédente guerre.

Par ailleurs, pour préserver son activité d'assistance, la CR prend la décision de ne pas témoigner de ce qu'elle sait sur les camps d'extermination, ce qui lui vaut par la suite (et toujours) de violentes critiques.

➤ **1945** : création de l'Organisation des Nations Unies (ONU) à la conférence de San Fransisco.

L'ONU se dote d'institutions politiques (Conseil de Sécurité, Secrétaire Général, Assemblée Générale).

Les chapitres VI et VII de sa charte prévoient par ailleurs l'usage de la force pour ramener la paix et prévenir les conflits.

➤ **A partir de 1948 et de la guerre froide**, l'ONU sera, à de rares exceptions près (au Congo et à Chypre), empêchée d'intervenir de façon significative pour maintenir la paix, par l'exercice du droit de veto des 5 membres permanents du Conseil de Sécurité.

➤ **1950** : Le Haut commissariat pour les réfugiés des Nations Unies (HCR) élabore la Convention de Genève du 25 juillet 1951 qui définit le statut de réfugié. Cette notion est importante pour leur protection, du fait de leur nombre grandissant. Un grand nombre de réfugiés étaient apparus dans l'entre deux guerres, surtout des Européens de l'Est fuyant le régime communiste. Puis le régime nazi a provoqué un exode massif de ceux qu'il persécutait. Ensuite, avec la deuxième guerre, beaucoup de civils se sont déplacés pour fuir les destructions.

➤ **Dans les années 1940 et après**: naissance de nombreuses ONG humanitaires américaines, souvent à connotation religieuse (CARE, World Vision, International Rescue Committee, Catholic Relief Service, Lutheran World Federation ...).

Qu'il s'agisse des ex-puissances coloniales, des pays scandinaves ou des Etats Unis, un nombre significatif d'ONG naissent en effet dans le monde occidental, parallèlement au puissant mouvement d'accession à l'indépendance des peuples colonisés des décennies 1950 et 1960.

➤ **1968** : la guerre du Biafra.

Les Ibos, peuple du Nigeria dans le Nord Ouest du pays (la région riche et pétrolifère du Biafra), ont une volonté d'autonomie réprimée violemment par l'armée nigériane. Il s'en suit une grande famine qui touche la population civile dans son ensemble.

L'ONU est paralysée face à ce conflit intérieur ; la CR est empêchée d'agir par le refus du gouvernement nigérian.

➤ **Début des années 1970** : guerre du Kippour ; guerre du Vietnam : deux guerres politiques et militaires, où il n'y a pas d'intervention humanitaire.

➤ **1975-1980** : éclosion de guerres « périphériques » qui s'installent pour une quinzaine d'années : en Afrique australe, dans la Corne (Ethiopie, Soudan, Somalie), guerre civile au Liban, révolution en Iran, invasion de l'Afghanistan, entrée des Vietnamiens au Cambodge pour en chasser les Khmers rouges, effondrement du régime nicaraguayen.

➤ **1978** : scission de MSF avec la création autour de Bernard Kouchner d'un groupe (plus tard à l'origine de Médecins du Monde) pour le lancement de l'opération « Un bateau pour le Vietnam ».

➤ **A la fin des années 1970** : création d'un département d'aide d'urgence au sein de l'Union Européenne qui finance de nombreux programmes d'ONG.

➤ **1981** : Marche pour la survie du Cambodge.

➤ **1985** : en Ethiopie, le régime communiste du colonel Mengistu va conduire les paysans à la ruine par une politique violente, laissant s'aggraver la famine, puis déclenchant complaisamment une gigantesque campagne médiatique destinée à faire affluer les secours dont le gouvernement entend contrôler l'usage.

L'organisation Médecins Sans Frontières est expulsée d'Ethiopie après avoir dénoncé le cynisme du gouvernement.

Avec le développement de l'action humanitaire dans les camps de réfugiés et de personnes déplacées *au cours des années 1980*, la mise en place de systèmes de surveillance épidémiologique, c'est-à-dire d'un suivi des principales pathologies et de la mortalité, est progressivement devenue une pratique ordinaire de l'assistance médico-sanitaire.

➤ **1989** : la chute du mur de Berlin :

« Les conflits du tiers monde ne sont pas seulement des répliques tropicales de l'opposition Est-Ouest. La guerre froide s'en va, les guerres locales restent et prolifèrent. »

➤ **1992** : naissance de l'agence spécialisée ECHO (European Community Humanitarian Organisation) qui exerce un contrôle étroit sur la politique humanitaire de l'Union et tente d'améliorer la coordination des projets qu'elle soutient.

➤ **Décennie 1990** :

guerre en Bosnie (1991-1995) ;

famine en Somalie à partir de 1991, au bilan humain très lourd ;

génocide des Tutsis au Rwanda d'avril à juin 1994, entraînant beaucoup de morts et deux millions de réfugiés au Zaïre et en Tanzanie ;

crise au Kosovo (alors province de la Serbie).

➤ **A la fin des années 90**, les acteurs majeurs que sont les ONG, les agences onusiennes et la Croix-Rouge se réunissent pour arrêter ensemble cinq principes généraux communs encadrant l'humanitaire ; ces derniers résultent de la combinaison de diverses stipulations du DIH, de la Charte humanitaire figurant en ouverture du projet Sphère (2004), et de plusieurs autres codes de conduite :

- *principe d'humanité* : il signifie que tout homme a droit d'être traité et de vivre humainement et dans la dignité. Il implique le libre accès aux victimes, la distinction entre combattants et non-combattants, le non-refoulement des réfugiés ;

- *principe d'impartialité* : élément clé de l'action humanitaire, il suppose d'une part, l'absence de discrimination dans l'aide apportée, quelle que soit la nationalité, la religion, l'ethnie, la race ou l'affiliation politique. D'autre part, que la priorité soit donnée aux secours aux plus nécessiteux ;

- *principe de neutralité* : il requiert pour une agence de ne pas prendre parti dans un conflit en faveur de l'un des belligérants. Quant à ces derniers, il leur appartient d'admettre que l'assistance apportée à une population, fût-elle adverse, ne constitue en soi ni un acte hostile ni un soutien à l'effort de guerre du camp opposé. Ce principe a aujourd'hui un caractère relatif : il ne saurait ainsi interdire la dénonciation publique de violences extrêmes contre une population ;

- *principe d'indépendance* : il matérialise une volonté de déconnexion de l'espace humanitaire des sphères du politique, du militaire ou de l'économique. Certains en concluent à l'exclusion de l'aide d'Etat du strict champ de l'humanitaire quand pour d'autres tel n'est pas le cas si le souci premier est l'humain ;

- *principe de responsabilité humanitaire* : apparu plus récemment, il élargit le mandat des agences en interrogeant leur responsabilité quand les quatre premiers ne sont pas respectés en tout ou partie. Ou encore si elles constatent un détournement massif de l'aide par des belligérants ou son utilisation comme appât afin de perpétrer des violences. Enfin, il pose la délicate question –dans des contextes où les personnels sont témoins d'exactions massives– du témoignage collectif (de l'organisation) ou individuel lorsque des poursuites judiciaires pour violations graves du DIH ont été engagées, par exemple devant une juridiction pénale internationale.

VU

NANCY, le **19/07/2010**

Le Président de Thèse

NANCY, le 21/07/2010

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

Professeur A. GÉRARD

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE N° 3354

NANCY, le 27/07/2010

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

La médecine humanitaire intéresse tout soignant mais demeure en général un concept flou, de par l'absence de définition réelle, et l'hétérogénéité de sa pratique qui n'en fait pas une discipline au sens propre. En effectuant une synthèse de la littérature écrite par des humanitaires, nous pouvons mieux comprendre les nombreux enjeux propres à cette pratique, et les difficultés générales qui entravent la réalisation des actions humanitaires. Ainsi nous prendrons conscience de l'influence historique de l'Occident et l'impunité du Bien qui auréolent l'humanitaire, et rendent plus ardue la tâche d'effectuer une critique objective des missions. Aussi, des enjeux financiers, politiques, idéologiques, de santé publique interfèrent avec les objectifs humanitaires d'une Organisation Non Gouvernementale, et accroissent les risques de détournement de l'aide.

Les réflexions et dilemmes qui ont accompagné les missions antérieures dans l'histoire de l'humanitaire participent à nourrir l'élaboration d'outils pour mieux penser dans ces situations toujours complexes.

De plus, la médecine humanitaire met en lumière certains aspects de la médecine générale. Il est intéressant de confronter la médecine humanitaire et la médecine générale à travers leurs définitions, leur histoire, puis leurs pratiques. Nous constaterons que les situations de précarité en France s'apparentent à des terrains humanitaires ; puis nous verrons en quoi certains enseignements tirés de l'histoire de l'humanitaire sont applicables à la pratique de la médecine générale, notamment à propos de la relation médecin-patient, de la forme d'engagement qu'implique toute médecine pour son patient, de l'influence hygiéniste sur la gestion de la santé publique, et des difficultés d'indépendance du médecin vis-à-vis des champs politiques et économiques.

L'humanitaire remet au centre le pouvoir dangereux de la médecine à gouverner les vies, et place chaque médecin devant sa responsabilité de citoyen du monde.

MOTS CLEFS :

médecine humanitaire ; médecine générale ; santé publique ; témoignage ; occidentalisme ; mondialisation ; précarité ; Organisation Non Gouvernementale.

TITRE EN ANGLAIS :

Humanitarian Medicine : History and issues, practical experience and lessons. Connections between Humanitarian Medicine and General Medicine : History, definitions, stories.

THÈSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE — ANNÉE 2010**INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :**

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY Cedex