



Les limites de l'humanitaire

Rony Brauman

Texte publié à Médecins Sans Frontières
dans le cadre du processus de « La Mancha »

2006

Document en provenance du site internet de Médecins Sans Frontières

<http://www.msf.fr>

Tous droits de reproduction et/ou de diffusion, totale ou partielle, sous quelque forme que ce soit, réservés pour tous pays, sauf autorisation préalable et écrite de l'auteur et/ou de Médecins Sans Frontières et/ou de la publication d'origine. Toute mise en réseau, même partielle, est aussi interdite.

Dès que l'on tente de définir et de fixer par écrit les objectifs de MSF, on voit se profiler des enjeux massifs et surgir les mots enchantés : la vie, l'humanité, le bien, l'éthique, la dignité, l'intérêt général, la santé, la politique... Et à peine commence-t-on à formuler une tentative de définition que surgissent toutes sortes de contradictions, de démentis issus de l'action elle-même, de l'idée que l'on s'en fait, de l'histoire réelle ou imaginaire de l'association dans sa diversité.

Les premières lignes des « principes de référence » de Chantilly 95 illustrent cette difficulté : « La raison d'être de Médecins Sans Frontières est de contribuer à la sauvegarde de la vie et à l'allègement de la souffrance dans le respect de la dignité de la personne humaine. » Cette phrase-programme, acceptée par tous semble-t-il, pourrait aussi être adoptée par la plupart des organisations *pro-life* qui y verraient également leur raison d'être. Le moins que l'on puisse en dire, c'est qu'elle ne nous aide pas à nous situer¹. Elle est suivie d'une seconde phrase qui est, selon moi, la vraie et la seule raison d'être de MSF : « MSF apporte des soins aux personnes en situation précaire et s'efforce de concourir à les rendre à nouveau maîtresses de leur destin. » Encore faut-il préciser ce que l'on entend par « situation précaire » et « maîtresses de leur destin ». Ces deux formulations rappellent utilement que nous ne sommes pas des promoteurs ou des agents du « droit à la santé » universel ni de la santé en général. Mais elles invitent à repousser loin les limites qu'elles ont le mérite d'indiquer. Quand passe-t-on hors de la précarité, quand devient-on maître de son destin ? On conçoit qu'un accord d'ensemble soit difficile à construire sur ces bases. On peut cependant déplacer le problème à partir de constats pratiques qui se relient séparément aux dimensions médicale et humanitaire de MSF.

MSF ne s'intéresse pas au cancer, au diabète, ou aux maladies cardio-vasculaires, qui sont des maladies tueuses ou invalidantes de plus en plus fréquentes en Afrique. Il est démontré que la mortalité infantile est en rapport direct avec le niveau de scolarisation des mères mais ce n'est pas pour autant que nous allons ouvrir des écoles de filles, ni d'ailleurs engager des campagnes contre le tabac ou d'autres addictions nocives pour la santé. Vu d'un autre côté, chacun trouverait bizarre qu'un hôpital gouvernemental se réclame de l'humanitaire, au contraire d'un hôpital d'ONG, même si l'un et l'autre

¹ Elle est tirée d'une définition que j'ai proposée de l'action humanitaire en général dans le premier livre de la série « Populations en danger. Cette définition me semblait si peu représentative que j'ai trouvé nécessaire de la prolonger d'une page entière de commentaires portant sur le contexte, les limites, les acteurs etc. Avec les années de recul, je garderais pour l'essentiel les commentaires mais pas la définition elle-même...

fournissent des services comparables. Je défends ici l'idée que le choix d'un terrain d'action, qui ne va pas sans un certain arbitraire, fait partie intégrante de l'action humanitaire, sans quoi celle-ci serait un service public. Plus ou moins bien assuré, ce qui est une autre affaire, mais un service public. En d'autres termes, ce n'est pas seulement parce que nos moyens sont nécessairement limités que notre action l'est également, mais par notre nature même. Raisonner sur ses limites n'est donc pas un renoncement mais une façon de comprendre ce que nous faisons et une condition pour le faire mieux. Ce n'est pas un manque d'ambition mais une ambition exigeante. Si nous n'avons pas vocation à prodiguer des soins à tout le monde et si le tirage au sort n'est pas une option, il nous faut donc décider à qui nous adressons nos services, en fonction de quels critères. Un peu d'histoire peut nous aider à éclairer cette question.

L'aide humanitaire contemporaine est issue de deux courants distincts, formés au cours du XIX^{ème} siècle, que j'appellerai, par commodité, le « modèle CICR » et le « modèle service de santé colonial. » Le premier se rapporte à l'humanitaire dans la guerre, le second à l'humanitaire dans la conquête. Il ne s'agit pas de les opposer de façon systématique, ni de prononcer des jugements moraux a posteriori. Notamment parce que l'examen de leurs pratiques et de leurs discours montre qu'ils se rapprochaient par nombre d'aspects et qu'ils puisaient dans un stock commun de représentations. Ils se distinguaient pourtant sur un point essentiel dans notre optique, à savoir la définition de leur rôle. Le premier se fixait pour but de combler (partiellement) le vide creusé par la violence, le second entendait participer au remodelage des sociétés où il prenait place. Leurs rapports respectifs à l'autorité politique reproduisaient cette différence. L'un se plaçait à l'extérieur des pouvoirs en conflit, l'autre se situait à l'intérieur du pouvoir (auquel il pouvait lui arriver néanmoins de s'opposer.) En situation de conflit, être un expatrié est un avantage évident. Ce statut confère une position de distance et de tensions par rapport aux forces en présence qui fait de toute organisation humanitaire reconnue comme telle un interlocuteur de celles-ci

MSF s'est construit en référence au « modèle CICR », c'est-à-dire à la médecine en situation de conflit s'adressant donc à des victimes de guerre et adossée à des normes internationales (droit de la guerre, droit des réfugiés notamment). Dans notre histoire, ce paradigme fut un point de départ, ou plutôt une référence à partir de laquelle différentes formes d'action furent peu à peu bricolées, y compris dans des situations fort éloignées de la guerre. MSF a repris à son compte des pratiques médicales du

temps colonial (médecine itinérante, vaccination de masse, formation d'auxiliaires de santé, etc) parce qu'elles étaient techniquement adaptées à ses objectifs. De ce fait, bien souvent, la différence pratique entre une mission de conflit et une mission hors conflit ne saute pas nécessairement aux yeux d'un observateur extérieur. Mais que la forme d'exercice médical soit largement commune aux deux modèles ne doit pas gommer la différence entre les logiques et les contraintes d'action qui les sépare. Ces raisons justifient que le domaine d'intervention privilégié de MSF ait été – et demeure pour une partie d'entre nous - les conflits armés et leur première conséquence, les réfugiés. Si les guerres venaient à disparaître de la surface de la planète, nous pourrions envisager de nous reconvertir vraiment. Mais cela n'arrivera probablement pas avant Chantilly 3 ou La Mancha 2, ce qui nous laisse du temps pour y penser.

Pour l'instant, le paragraphe 1 « L'Action médicale d'abord » du texte de Chantilly reste actuel, tant sur le plan de la définition des priorités que sur celui du contexte de l'action. Certes, l'impossibilité de définir précisément le début et la fin d'une crise nous condamne à des approximations. Mais si la limite qui sépare les paradigmes « CICR » et « service de santé » est floue, elle peut néanmoins se dégager d'un examen de la pratique de terrain : au Libéria avant et après 2004, au Nord Soudan ou en Angola avant et après 2003, les enjeux des missions MSF sont passés d'un modèle à l'autre. Cette différence peut s'observer clairement dans des régions d'un même pays à un moment donné, comme c'est le cas en RDC aujourd'hui. L'expérience montre qu'il est en fait possible de tracer les contours de ces situations d'exception, par définition limitées dans le temps et dans l'espace et que je caractériserai à grands traits par le fait que l'ordinaire n'y est plus accessible et que l'extraordinaire devient la règle.

Au passage, puisque les situations de belligérance sont une partie importante de notre action, il me semble utile de nous situer par rapport à une thèse devenue dominante au cours de ces dix dernières années dans les milieux de l'aide, ONG et ONU confondues. Selon ce discours, les populations civiles (et avec elles les humanitaires) seraient désormais les cibles et les enjeux principaux des belligérants. Depuis la fin de la guerre froide, la fragmentation des conflits, qui est par ailleurs une réalité factuelle incontestable, aurait eu pour conséquence la réduction de l'accès aux victimes et de l'« espace humanitaire. » On pourrait examiner concrètement le nombre de pays d'intervention humanitaire et de victimes de guerres secourues au temps de la guerre froide et les comparer à la situation d'après guerre froide. Le décompte serait fastidieux

et n'a pas sa place ici, mais le résultat serait sans appel. Jamais l'accès aux situations de conflits et aux victimes n'a été aussi ouvert aux secours humanitaires. Il est vrai que cela ne diminue en rien la cruauté des guerres. Mais il est simplement faux de prétendre que nous ne pouvons pas agir dans ces situations. L'Irak et l'Afghanistan (encore pourrait-on discuter certaines analyses sur ces pays, cf « A l'ombre des guerres justes ») sont des exceptions et ne représentent nullement la réalité courante de l'action, laquelle ne cesse au contraire de se développer.

Il est exact que les civils soient les premières victimes et souvent les enjeux des guerres contemporaines, mais cette réalité est celle de l'ensemble du XXème siècle marqué par le génocide des Arméniens de 1915, les guerres civiles européennes, les massacres coloniaux, la deuxième guerre mondiale, les guerres post-coloniales, la guerre américaine au Vietnam, la guerre soviétique en Afghanistan etc. Les civils ont été massacrés en masse pendant tout cet « âge des extrêmes. » Rien de nouveau, de ce point de vue, depuis la fin de la guerre froide. Les humanitaires ne peuvent pas se déployer partout où existent des besoins urgents dans les guerres, ils ne peuvent pas supprimer les conséquences des guerres, c'est certain. En somme, ils ne sont pas tout-puissants. Mais il est faux que l'accès aux victimes se réduise et que les humanitaires soient désormais un gibier. Il faut en finir avec ce pseudo-constat qui, à force de ressassement, finit par prendre la force d'une évidence et dont les deux principales raisons d'être, selon moi, sont de justifier l'immobilisme de ceux qui n'agissent pas et d'héroïser un peu plus ceux qui agissent.

L'actualité de ces dernières années me semble démontrer plus qu'abondamment à la fois la possibilité et l'utilité du travail médical et nutritionnel accompli dans les situations de conflits, auprès des populations déplacées et parfois en réponse à des famines et épidémies consécutives à la guerre. Ce travail est d'autant plus important que le nombre d'acteurs humanitaires internationaux susceptibles de le réaliser demeure restreint. Cette priorité devrait donc rester une priorité.

C'est dans ce cadre, en raison de la charge politique qui s'y exerce, que les notions d'indépendance et d'impartialité prennent toute leur importance. Il ne me semble pas nécessaire de revenir sur le principe d'impartialité, clairement défini dans le texte de Chantilly et que MSF met en œuvre de façon évidente dans son travail quotidien en situation de conflit, les seules dans lesquelles il a du sens. L'indépendance, en revanche, est plus délicate à définir. Elle ne signifie pas souveraineté absolue,

abstraction pure qui n'appartient pas à ce monde, mais capacité de jouer sur plusieurs liens d'interdépendance pour faire les choix qui nous semblent les plus appropriés. Contrairement à l'impartialité, l'indépendance n'est donc pas un principe mais une condition pratique de l'action dans certaines situations.

Considérer les conséquences des situations de conflits comme le cœur de notre action ne signifie pas que d'autres contextes en soient exclus. Pour ce qui me concerne, cela signifie que lorsqu'il faut trancher, en cas d'insuffisance de moyens par exemple, le choix doit se porter sur ce type de mission. Une priorité n'est pas une exclusive et si nous avons un mandat, comme on le dit souvent (à tort) à MSF, c'est celui que nous nous donnons à nous-mêmes.

Ainsi, la réponse aux épidémies – à certaines épidémies – est un domaine d'action familier de MSF. Il s'est imposé, dans notre histoire, comme une évidence à un double titre : d'abord parce que des épidémies éclatent souvent dans des contextes de guerre et que cette réponse est l'une des modalités de l'intervention médicale dans des conflits. Ensuite parce qu'il était évident que le savoir-faire développé dans ces situations spécifiques pouvait être exporté dans des contextes hors conflit. Choléra, méningite, typhoïde, rougeole, paludisme, maladie du sommeil, tuberculose appellent, lorsqu'ils apparaissent sous forme épidémique, un dispositif logistique et une organisation dont les modalités pratiques ne sont pas éloignées de celles que nous mettons en œuvre dans les conflits. Il s'agit toujours de situations de crise, dont le caractère circonscrit dans le temps et dans l'espace appelle une réponse elle aussi circonscrite.

Nous pourrions faire le choix, comme c'est le cas pour de nombreuses ONG, de nous investir ailleurs. Pour plusieurs milliards de personnes dans le monde, tomber malade peut vite devenir une catastrophe, y compris lorsqu'on souffre d'une affection curable. Et de fait, pour certains, dans le mouvement, cette « crise chronique » est le scandale auquel nous devons nous attaquer, au moins à égalité de priorité avec les situations de guerre et d'épidémies aiguës précédemment avouées. Ils estiment que la mise en place de dispositifs d'accès aux soins, soutenue par une activité de « campaigning lobbying » exposant les causes (supposées) de cette situation est essentielle. L'idéal humanitaire, le principe d'humanité vont indiscutablement dans ce sens, en s'inscrivant dans ce que j'ai appelé plus haut le modèle « service de santé. » Il est incontestable qu'une ONG médicale humanitaire peut rendre de très grands services en ouvrant des hôpitaux et dispensaires privés à but non lucratif délivrant des soins de qualité à des tarifs

abordables. Les organisations missionnaires font cela depuis des décennies et MSF a repris, dans certains pays, cette façon de faire. D'autres doivent les rejoindre.

Je ne crois pas, cependant, que MSF dans son ensemble doive s'engager sur ce terrain. Le modèle « service de santé » implique un statut d'auxiliaire des pouvoirs publics qui n'a rien de honteux en soi, mais qui institue une dépendance difficilement compatible avec notre nécessaire liberté d'action. De plus, les impératifs pratiques de ce type de programme (en particulier les financements, les ressources humaines, le rythme) sont trop spécifiques pour coexister sans heurts avec celles qui s'appliquent à nos autres formes d'action². Je souligne que, tout en se situant dans ce même cadre, les interventions sur des épidémies aiguës sont moins soumises à ces contraintes en raison de leur caractère temporaire. On peut imaginer que certaines sections du mouvement choisissent d'orienter leur action principalement dans le domaine des soins médicaux en général. Mais donner, à l'intérieur d'une section, un statut égal à ces différentes catégories de missions aboutit à un affaiblissement mutuel, à un alourdissement des unes par les autres.

Je n'ai pas mentionné le Sida parmi les autres épidémies sur lesquelles nous intervenons, en raison de la spécificité de cette maladie. D'une part, il ne s'agit pas ici d'un phénomène circonscrit mais, au contraire, en expansion ; d'autre part, pour le moment en tout cas, cette maladie doit être traitée à vie, ce qui implique un suivi et donc un coût (organisationnel et financier) sans rapport avec les pathologies évoquées auparavant. L'ampleur des drames individuels et collectifs provoqués par le Sida, tout autant que l'existence d'une thérapeutique efficace depuis 1995, nous ont conduits à agir dans ce domaine. L'enjeu est, certes, de soigner les malades mais il est évident que nous ne pourrions jamais traiter qu'une proportion infime des personnes atteintes par le virus. Au-delà du service que nous rendons à ces personnes, le sens de ce travail est de démontrer qu'un dispositif de soins efficace est possible dans des conditions précaires, contrairement à ce qui est affirmé, notamment par les firmes pharmaceutiques, pour justifier leur refus des génériques ARV. Les résultats très encourageants que nous avons enregistrés montrent que ce pari est tenable, même si nous avons beaucoup de progrès à faire dans ce domaine (comme dans les autres, d'ailleurs). Des innovations, sociales aussi bien que techniques, sont en cours et elles sont prometteuses. Mais il est

² Cf Eric Goemare, « Une Ong au ministère », dans *Utopies sanitaires* et Eric Goemare et Philippe Biberson, « La relance des systèmes de santé », dans *Face aux crises...* (2^{ème} livre de la série Populations en danger).

clair que nous devons fixer une limite interne aux « missions Sida », faute de quoi nous serions conduits à consacrer la totalité de nos ressources à cette épidémie... tout en restant très loin de traiter tous les malades qui en ont besoin. C'est le bon sens, mais c'est aussi notre patrimoine génétique (cf le début de ce texte) qui nous assignent ces limites.

La pente de toute institution est l'auto-développement et MSF n'échappe pas à cette règle. Le sentiment humanitaire, par définition illimité puisqu'il a pour objet l'humanité souffrante, fournit un carburant de choix pour la croissance organisationnelle. Comme l'indique le slogan préféré des ONG, « les besoins sont illimités ». Contrairement à ce qu'aiment croire les ONG, es Etats ne sont pas seuls à utiliser les mots et les gestes de l'humanitaire à des fins inavouées. Les ONG, comme toutes les institutions, savent très bien aussi présenter leurs intérêts (supposés) d'organisation sous les auspices de l'intérêt général. Nous avons tous vu des programmes d'aide dont l'utilité est évidente pour leurs salariés et leurs fournisseurs mais pour eux seuls. Ils en sont les véritables « bénéficiaires » et ils seraient les seuls à souffrir si ces programmes disparaissaient. Le tsunami en est une illustration paroxystique et, si notre décision d'arrêt de collecte est arrivée au bon moment, il me semble évident que nous en avons fait beaucoup trop et n'avons pas su résister à la poussée phénoménale qui s'exerçait alors. Nous sommes présents dans plus de 90 pays au total. Nombre des missions qui s'y trouvent ont démarré dans des circonstances qui les justifiaient clairement. Mais lorsque les circonstances évoluent, d'autres raisons apparaissent pour motiver leur maintien. Les prétextes pour rester sont multiples et je ne peux pas m'empêcher de me demander combien d'entre eux répondent avant tout aux besoins institutionnels de MSF. Je n'ai pas de réponse à cette question désagréable mais je suis convaincu qu'elle devrait être posée régulièrement, à l'occasion de chaque assemblée générale, par exemple, et qu'il serait bon de l'évoquer à La Mancha.

Le témoignage, tel qu'il est défini dans le document de Chantilly, pourrait également être examiné sous cet angle. Là encore, le programme adopté est vaste, puisqu'il s'agit d'« informer », de « sensibiliser », de « dénoncer les manquements aux conventions internationales » pour « améliorer le sort des populations en danger. » Il est vrai qu'il fallait alors se réconcilier sur un sujet qui avait divisé le mouvement à de nombreuses occasions et que le recours à de vertueuses généralités a sans doute eu ses mérites à ce moment. Mais il est temps de s'interroger sur le rôle prophétique de conscience

universelle que nous nous sommes donné, ou plutôt de s'avouer qu'il est à la fois intenable et indéfendable. (Quelques dizaines de lignes plus bas, d'ailleurs, définissant l' « esprit de neutralité » le document contredit frontalement l'affirmation précédente selon laquelle « le témoignage est un complément indissociable de nos missions », formule consacrée à Chantilly).

Il est vrai que, tout au long des années 1980, la dénonciation d'exactions, lorsqu'elles étaient massives et commises dans les pays où travaillait l'association, a figuré comme un impératif de l'action et que, plus largement, tout au long de son histoire, MSF a estimé utile de s'exprimer publiquement sur des événements et des situations en rapport avec son activité de terrain. Les désaccords entre sections de MSF ont longtemps figé cette pratique en codes et en procédures, au détriment de la réflexion. Sans doute est-ce pour cela qu'un seul mot, « témoignage », désigne ces expressions publiques, bien qu'il renvoie à des réalités multiples selon les situations et les époques. Il nous faut y regarder de plus près, comme pour le travail de terrain, si nous voulons comprendre les enjeux qui se cachent derrière les slogans. Pour rester dans le cadre de Chantilly, je me contenterai d'exemples pris dans la dernière décennie³.

A plusieurs reprises au cours de cette période, des membres de l'association ont assisté à des tueries de civils, comme à Kigali et Butare (Rwanda) pendant le génocide de 1994, à Srebrenica (Bosnie) et à Kibeho (Rwanda) en 1995. En tant que témoins oculaires, ils ont rendu compte publiquement, dans la presse, devant des missions parlementaires ou devant le tribunal pénal international pour le Rwanda, de ce qu'ils avaient vu. Il est également arrivé que nos équipes soient parmi les rares acteurs étrangers dans des zones de conflit et de réfugiés où des exactions de masse étaient commises, par exemple au Congo Brazzaville (1999-2000), en Angola (2002), au Katanga, en RDC (2005), au Darfour (2005). MSF a alors estimé qu'il lui incombait de faire connaître cette réalité. C'était justifié et nous aurons, c'est tristement évident, à rapporter de telles situations dans l'avenir.

Hors ces circonstances particulières, les interventions publiques ne relèvent plus de la catégorie du témoignage, MSF ayant cessé de se considérer comme une « sentinelle des droits de l'homme », selon l'expression utilisée par MSF(F) dans les années

³ Pour une histoire plus détaillée du témoignage à MSF, voir mon article « *Les liaisons dangereuses du témoignage humanitaire et des propagandes politiques* », dans Face aux crises extrêmes, ...

1980. L'une des raisons de cette évolution, en dehors de notre objet social spécifique, est l'existence d'organisations importantes et variées qui ont depuis longtemps fait la preuve de leur savoir-faire dans ce domaine. Comme le montrent les positions publiques de MSF, les enjeux des prises de parole se sont transformés, associés à d'autres pratiques et repris dans un autre ensemble de discours, loin du « témoignage » tel qu'il fut formulé dans les années 1970–1980.

Le départ volontaire de MSF des camps rwandais du Zaïre et de Tanzanie, en novembre 1994, la mise en cause des institutions humanitaires dans la traque des réfugiés rwandais pendant la guerre du Zaïre en 1996-98, de même que le retrait de Corée du Nord en 1998, moments essentiels des prises de positions publiques de MSF, n'ont pas été motivés par la volonté de protester contre des violences de masse. La raison commune en était la conviction que, dans ces circonstances, l'aide humanitaire servait en premier lieu un pouvoir criminel et que, une fois épuisées les possibilités de redresser la situation, le retrait devenait préférable à l'action. Contrairement à la première époque de l'histoire de MSF⁴, il s'agissait désormais bien plus d'une analyse de notre rôle et de nos responsabilités que d'une dénonciation d'exactions commises par des pouvoirs criminels. Ces décisions, difficiles pour une organisation vouée à l'action, ont fait l'objet d'explications publiques (conférences de presse, publications) que l'on n'appelle « témoignage » que par habitude mais qui ont peu à voir avec une observation visuelle. Je rappelle qu'elles ont été sources de controverses, y compris entre sections du mouvement MSF. La série de documents « Prises de parole publique de MSF » édités par Laurence Binet rend compte dans le détail des difficultés et des incertitudes de ces positions.

Cette conception plus analytique et centrée sur la responsabilité humanitaire n'est à l'évidence pas exclusive. D'une part, parce que les idées varient considérablement d'une section à l'autre et d'autre part parce qu'il est impossible d'enfermer les prises de position publiques dans une catégorie descriptive qui rende compte de l'ensemble des positions prises, même à l'intérieur d'une section donnée. Les affects personnels, les circonstances, les opinions ont leur part dans les décisions et cette part est loin d'être négligeable. Il est vain de tenter de rationaliser globalement des pratiques qui relèvent autant de la contingence que d'une stratégie pensée préalablement et il serait stupide de chercher à donner un cadre rigide à nos positions..

⁴ L'Éthiopie en 1985 avait été le premier moment de ce changement.

Pourtant, s'il n'y a pas de « ligne du parti » MSF, s'il est impossible d'énoncer une formulation générale de la politique de « témoignage », il est impératif d'avoir en tête quelques limites, là encore. Il me semble notamment que toute position publique de MSF devrait être précédée d'une interrogation sérieuse sur les raisons, les objectifs et la légitimité de MSF concernant cette position. Je ne parle pas ici des déclarations orales des uns et des autres mais des documents écrits qui engagent l'institution elle-même et qui doivent répondre à ces critères de cohérence et de consistance plus rigoureux.

La rhétorique de l'indignation (genre : « il est inacceptable que...), les appels généraux (du type : « les gouvernements doivent prendre leurs responsabilités... ») ne devraient plus avoir leur place à MSF. Ils ne disent généralement rien et leur principal effet est de diluer la parole de MSF, donc de rendre plus difficile notre communication sur des enjeux concrets. Nous n'avons pas à nous exprimer sur toute situation de crise ou sur toute injustice que nous constatons. Le fait que nombre d'entre elles aient des conséquences sur la santé et la mortalité n'implique pas que nous ayons quelque chose à en dire. Le but de MSF n'est pas d'améliorer des taux de mortalité, natalité, espérance de vie et autres indicateurs démographiques, si ce n'est dans des espaces bien délimités comme un camp de réfugiés ou un hôpital dans lequel nous travaillons. Les politiques de santé, les mesures de justice (ou d'injustice) sociale, ne sont pas de notre ressort, pas plus que la prévention routière, l'annulation de la dette du Tiers-monde, le contrôle des armements, la défense de l'environnement, l'éducation des femmes, la guerre et bien d'autres sujets en relation avec la santé. Je veux dire par là qu'on ne s'en sort pas en affirmant, comme on aime tant le faire dans les milieux ONU-ONG que « les enjeux humanitaires sont des enjeux politiques. » Notamment parce que les enjeux judiciaires aussi sont politiques, et les enjeux militaires, médiatiques, économiques, sanitaires... Tous les enjeux collectifs sont politiques et on n'est pas plus avancés avec ça. Il n'y a rien de plus politique que la guerre, mais ça ne signifie pas que les enjeux de l'aide humanitaire dans une guerre soient ceux de la guerre elle-même (sauf si l'on croit aux « guerres humanitaires »). Cette formule est un pur sophisme.

La « Campagne d'accès aux médicaments essentiels » est un exemple intéressant de dérive institutionnelle de cet ordre. Nous l'avons lancée quand nous avons constaté que des thérapeutiques disponibles devenaient obsolètes ou inaccessibles et qu'un nombre croissant de patients atteints de maladies curables, auxquelles nos équipes étaient confrontées, restaient sans soins. Tout a démarré avec le chloramphénicol huileux pour

le traitement de la typhoïde en situation d'épidémie. Il s'agissait d'un problème émergent, non discuté, et il était justifié de mettre la légitimité et la connaissance de terrain de MSF au service d'une campagne internationale de sensibilisation sur ce sujet. Les objectifs étaient cernés : améliorer les protocoles thérapeutiques qui nous sont imposés dans nombre de pays, pousser à la relance de la R&D sur un groupe de maladies limité, élargir le champ d'application des génériques en demandant l'application de la clause d' « exception sanitaire » dans les accords de l'OMC. Il serait exagéré de prétendre que ces objectifs ont été atteints mais il est clair que ces questions sont désormais publiques et qu'elles figurent à l'agenda des décideurs politiques. Cependant, cette évolution importante et encourageante ne semble pas avoir influencé le positionnement de la Came dans MSF.

Les discours convenus entendus d'un bout à l'autre de la galaxie de l'aide, les chiffres chocs utilisés comme arguments tendent à prolonger indéfiniment la Came, transformée en porte-parole des exclus des soins. Conséquence inévitable, les communiqués et documents publiés sous son nom ressemblent de plus en plus à un manifeste syndical : « *On ne négocie pas la santé* », « *MSF demande aux pays des Amériques d'honorer l'obligation de...* », « *MSF demande aux pays des Amériques d'exclure toute disposition relative à...* »⁵. Si nous sommes d'accord sur le fait que nous ne sommes pas les délégués des malades présents et à venir, ni la conscience du monde, il faut cesser de nous comporter comme si c'était le cas et revoir radicalement le rôle de la Came.

En ce qui concerne plus généralement les interventions publiques de MSF, l'actualité récente du tsunami, de la famine au Niger et des populations déplacées du Soudan nous fournit de quoi renforcer notre réflexion. Les différentes positions prises par MSF en 2005 n'étaient sans doute pas identiques d'une section à l'autre mais elles étaient cohérentes et pratiques. Elles manifestaient à la fois une force critique et une capacité de proposition d'action, elles prenaient place dans une pratique et ne prétendaient pas être une politique. Pour cela et parce qu'elles tranchaient avec le ronronnement moralisateur si souvent infligé, elles étaient fortes et ont été entendues. Il y a là un cadre et des références qui n'ont rien d'un dogme et donnent d'excellents points d'appui pour notre réflexion collective.

⁵ Phrases empruntées au document de la Came sur les Adpic dans la zone de libre-échange d'Amérique. Dans ce document figurent d'ailleurs des photos de patients avec leur diagnostic.
