

Médecine humanitaire en zones de conflits : années 2000

Marc Le Pape

2007

Colloque L'humanitaire et la guerre, Groupe d'études « Guerre et Médecine », 12 mai 2007.

Le *Centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires* (CRASH) a été créé par Médecins sans frontières en 1999. Sa vocation : stimuler la réflexion critique sur les pratiques de l'association afin d'en améliorer l'action.

Le Crash réalise des études et analyses portant sur l'action de MSF dans son environnement immédiat. Elaborées à partir des cadres et de l'expérience de l'association, ces textes ne représentent pas la « ligne du parti » MSF, pas plus qu'ils ne cherchent à défendre une conception du « vrai humanitaire ». Leur ambition est au contraire de contribuer au débat sur les enjeux, contraintes, limites – et par conséquent dilemmes – de l'action humanitaire. Les critiques, remarques et suggestions sont plus que bienvenues, elles sont attendues.

The *Centre de reflexion sur l'action et les savoirs humanitaires* (CRASH) was created by Médecins Sans Frontières in 1999. Its objective is to encourage debate and critical reflexion on the humanitarian practices of the association.

The Crash carries out in-depth studies and analyses of MSF's activities. This work is based on the framework and experience of the association. In no way, however, do these texts lay down the 'MSF party line', nor do they seek to defend the idea of 'true humanitarianism'. On the contrary, the objective is to contribute to debate on the challenges, constraints and limits –as well as the subsequent dilemmas- of humanitarian action. Any criticisms, remarks or suggestions are most welcome.

Médecine humanitaire en zones de conflits : années 2000.

Marc Le Pape

La plaquette présentant le colloque 2007 de l'association Guerre et médecine constate « les mises en cause relativement récentes de l'humanitaire » et propose les questions suivantes aux intervenants : l'action médicale sur le terrain guerrier « favoriserait-elle en sous-main la prolongation des conflits » ? A-t-elle aussi pour « vocation de rendre ces mêmes conflits moins inacceptables à nos propres yeux » ?

Ces questions portent sur l'économie morale des sociétés occidentales, sur l'humeur morale des spectateurs à distance et « à l'abri de l'adversité »¹. Nous nous intéresserons à des spectateurs-acteurs, comme le sont les membres d'organisations médicales humanitaires. Lorsque ces dernières choisissent, dans des zones de conflit, leurs sites d'implantation, c'est avec l'objectif de réduire, autant que possible, la distance aux lieux de violence. Une fois ce choix effectué, demeurent nombre d'obstacles inhérents aux situations de conflit : réduire ces obstacles séparant victimes et secouristes, chercher à les surmonter, constitue une activité essentielle pour les ONG médicales. A cette fin, celles-ci établissent des dispositifs, puis les ajustent, de façon à rendre possible une pratique médicale et en assurer l'exercice, dans un contexte où ce type d'assurance est rare. Nous montrerons qu'il s'agit d'opérations complexes en examinant les dispositifs de secours adoptés par l'ONG Médecins Sans Frontières à l'est de la RDC (République démocratique du Congo) et en Côte d'Ivoire. Tant que nous nous tenons à l'observation des pratiques médicales et des dispositifs, nous ne pouvons trouver d'éléments de réponse aux questions générales posées à distance, tant sont hétérogènes les mises en cause issues d'un « spectateur désintéressé observant de nulle part »² et les raisons pratiques ainsi que les points de vue des acteurs humanitaires.

Pratiques et dispositifs médicaux

Constatons d'abord un paradoxe. Bien que médecins soit le premier mot du sigle MSF, cette organisation est de manière courante connue pour ses capacités de témoignage, de protestation, identifiée par son rôle dans des controverses publiques : critique de la politique française au Rwanda en 1994 et appel à une intervention armée, dénonciation de l'emprise des génocidaires sur les camps de réfugiés rwandais au Zaïre, condamnation de la politique russe en Tchétchénie (1999), contestation des campagnes d'opinion qualifiant les massacres au Darfour de génocide et réclamant une intervention armée internationale pour y mettre un terme(2004), prises de parole contre le blocage des distributions gratuites de nourriture aux enfants malnutris du Niger (2005). Ces engagements ont eu une incidence médiatique et ont suscité des controverses : de ce fait, ils ont été perçus comme des traits particulièrement distinctifs de l'ONG, ils marquent les esprits, éventuellement même on s'en souvient, tandis que le déploiement des secours et la part médicale de l'activité demeurent, souvent, en arrière plan comme s'ils étaient secondaires ou normaux au point de susciter peu d'intérêt, du moins dans la sphère publique.

L'hétérogénéité entre les logiques pratiques des acteurs humanitaires et le point de vue du spectateur à distance peut être constatée dans des comportements et des assertions. Ce sont par exemple les dons de médicaments effectués par des particuliers aux organisations médicales

¹ Luc Boltanski, *La Souffrance à distance*, Paris, Métailié, 1993, p. 60. ; Carlo Ginzburg, *A distance*, Paris, Gallimard, 1998 (chap. 8, « Tuer un mandarin chinois. Des conséquences morales de la distance »).

² Luc Boltanski, *op. cit.*, Paris, Métailié, 1993, p. 70.

humanitaires. De tels dons traduisent une méconnaissance du type d'organisation pharmaceutique mis au point pour réaliser les interventions urgentistes en zones de conflit³. Ils correspondent à la conviction que la partie médicale du travail humanitaire a les caractéristiques d'un bricolage secouriste. Autre exemple. Celui de collègues chercheurs travaillant sur le monde médical : au cours d'une conversation avec des responsables MSF, ils reconnaissaient qu'ils n'étaient pas habitués à considérer cette ONG sous l'angle de la pratique médicale proprement dite. Ils n'envisageaient pas la construction de logiques médicales spécifiques dans le champ humanitaire. Sans doute est-ce parce qu'ils n'avaient pas eu l'occasion d'enquêter sur ces logiques ; de ce fait, ils identifiaient l'ONG bien plus par ses interventions dans le débat public que par ses activités de soin et leurs logiques spécifiques.

Pour ma part, je m'appliquerai à rendre compte d'observations, à livrer des éléments de description sur des cas d'interventions médicales en zones de conflit : que font les équipes médicales humanitaires sur ces terrains ?

Interventions humanitaires à l'Est de la République démocratique du Congo (RDC)

Nord-Kivu, années 2000

Région frontalière avec le Rwanda et le Burundi, le Kivu, au cours des onze dernières années, a connu deux périodes de guerre entre États : d'abord en 1996-1997, quand l'armée rwandaise alliée à des opposants au président Mobutu prit le contrôle de l'ensemble du Zaïre⁴, puis de 1998 à 2003, la guerre opposa les armées de la RDC (ex-Zaïre), de l'Angola et du Zimbabwe d'une part, du Rwanda et de l'Ouganda d'autre part – nous ne citons que les principaux pays combattants, cependant d'autres États ont pris parti pour l'un ou l'autre camp, tandis que le Rwanda et l'Ouganda, d'abord alliés, entrèrent en conflit dès 1999⁵. A l'issue de cette guerre et jusqu'à présent (octobre 2007), plusieurs milices continuent d'opérer au Nord-Kivu⁶. Ces groupes armés se disputent le contrôle de territoires et exercent toutes sortes de violences sur les civils : pillages, meurtres, enlèvements, viols, recrutements forcés d'enfants, incendies de villages. Ces actions provoquent régulièrement d'importants déplacements de population à l'intérieur du Nord Kivu.

L'armée congolaise mène, par à-coups, des combats contre les milices : sur ses terrains d'opération, il est reconnu qu'elle commet des exactions analogues à celles pratiquées par les

³ Ce n'est pas le lieu de décrire ce dispositif pharmaceutique et l'histoire de sa construction. En résumé, il comprend actuellement les éléments suivants dans le cas de Médecins Sans Frontières : constitution de stocks d'urgence, contrôles de qualité, assurances sur la disponibilité et la continuité des approvisionnements, recherche de fournisseurs, aménagement et administration d'entrepôts, gestion des transferts vers les pays d'intervention puis sur les lieux de soin.

⁴ Filip Reyntjens, *La guerre des Grands Lacs*, Paris, L'Harmattan, 1999 ; Jean-Claude Willame, *L'Odyssée Kabila. Trajectoire pour un nouveau Congo ?*, Paris, Karthala, 1999.

⁵ Gauthier de Villers, Jean Omasombo, Erik Kennes, *République du Congo. Guerre et politique. Les trente derniers mois de L. D. Kabila (août 1998-janvier 2001)*, Paris, L'Harmattan, 2001 ; Bernard Leloup, « Rwanda-Ouganda : chronique d'une guerre annoncée ? », *L'Afrique des Grands Lacs, annuaire 1999-2000*, Paris, L'Harmattan, 2000, p. 127-145 ; du même auteur, « Le Rwanda et ses voisins », *L'Afrique des Grands Lacs, annuaire 2004-2005*, Paris, L'Harmattan, 2005, p. 141-160 ; Koen Vlassenroot, « Violence et constitution de milices dans l'Est du Congo : le cas des Mayi-Mayi », *L'Afrique des Grands Lacs, annuaire 2001-2002*, Paris, L'Harmattan, 2003, p. 115-152 ; Jean-Claude Willame, *Les « Faiseurs de paix » au Congo*, Éditions Complexe, Bruxelles, 2007.

⁶ Ces exactions sont principalement connues par les communiqués et rapports que publient des observateurs congolais et internationaux, en particulier les organisations des droits de l'homme. Comme exemple de ce type de source, cf. Human Rights Watch, *Nouvelle crise au Nord-Kivu*, octobre 2007, 96 p (<http://hrw.org/french/reports/2007/drc1007/>).

bandes armées, notamment contre les villages dont des habitants sont accusés de collaboration avec le camp adverse⁷.

Intervient également dans la région une Mission militaire des Nations unies (MONUC) qui participe occasionnellement aux combats, en soutien à l'armée congolaise.

Pour résumer : depuis 2003, les combats au Nord Kivu sont concentrés sur certaines zones, mais sporadiquement de nouvelles zones de combats émergent, quand l'un ou l'autre camp tente de prendre le dessus sur un territoire tenu par ses adversaires. Les conséquences pour les civils de ces offensives et de cette mobilité des combats sont régulièrement relatées par les agences de presse, BBC Afrique, les Organisations des droits de l'homme (congolaises et internationales), la Mission des Nations unies au Congo – ces divers acteurs produisent et mettent en forme des informations selon des logiques qui diffèrent, il en résulte une perception fragmentée des situations, qui paraît inévitable dans le court terme, alors même que chaque observateur recourt de manière systématique aux données publiées par les autres producteurs d'informations.

L'intervention MSF⁸ débute fin 2002, à distance des zones de combats du Kivu. Il s'agit alors de développer une assistance aux personnes fuyant les violences en cours dans le district de l'Ituri, limitrophe du Kivu, au nord. À la suite des combats et des attaques systématiques de civils qui ont lieu dans ce district, plusieurs dizaines de milliers de personnes ont fui. Ces fuites s'accroissent avec l'intensité des affrontements et l'ampleur des massacres, notamment après ceux de mai 2003 dans le chef-lieu de l'Ituri, à Bunia. Environ 50 000 déplacés arrivent alors aux abords de la ville de Beni, à 150 km de Bunia.

Des camps de déplacés sont installés. MSF et d'autres organisations apportent une assistance médicale dans des « postes de santé » créés à proximité des camps. Les équipes MSF y pratiquent des consultations et prennent en charge les soins (qui sont gratuits), des distributions de nourriture et de biens de première nécessité sont également organisées pour plusieurs camps. Il s'agit là d'un type de contexte par rapport auquel les travailleurs humanitaires ont de l'expérience, il y répondent par une organisation habituelle du dispositif médical, articulant travail dans des postes de santé, consultations mobiles et soutien à un hôpital, celui de la principale ville du secteur, Beni, où est constitué un stock d'urgence en même temps que s'y implante une équipe d'expatriés.

La présence de l'ONG MSF dans la ville et la zone de Beni dure jusqu'en décembre 2005.

Le travail effectué à Beni a été un point de départ pour d'autres activités dans le Nord Kivu. En effet, l'ONG s'est progressivement rapprochée des zones d'affrontements et a périodiquement déplacé ses bases d'activité quand de nouveaux foyers de violence émergeaient. Simultanément, l'équipe de coordination a été transférée de Beni à Goma, capitale du Nord-Kivu, centre de la vie politique kivuïenne, lieu d'établissement de toutes les coordinations d'organisations internationales agissant au Kivu, et base de commandement pour l'armée congolaise.

Les zones de conflit au Nord-Kivu connaissent des alternances entre périodes d'accalmie et moments d'affrontement. Ainsi, par exemple, dans le territoire du Rutshuru où combattent trois milices. L'offensive lancée, en janvier 2006, par l'un de ces groupes provoque la fuite de nombreux habitants vers les villes de Kanyabayonga et Kayna : 60 000 personnes s'y réfugient entre février et juin 2006. Avant cette crise, MSF travaillait à l'hôpital de Kayna mais l'activité doit alors être adaptée. Il s'agit d'organiser et mettre en action un dispositif ajusté au nombre de déplacés et à leur état, ce pour quoi les institutions médicales congolaises ne disposent pas des ressources nécessaires.

Dans ce contexte, l'essentiel des actes médicaux n'a cependant rien d'exceptionnel : consultations externes, médecine interne, accouchements, soins pédiatriques, chirurgie d'urgence - à Kayna en

⁷ Cf. Human Rights Watch, *op. cit.*, 2007.

⁸ Cette intervention est mise en œuvre par MSF-France.

2006, 61% des actes chirurgicaux d'urgence sont des césariennes, tandis que les blessés correspondent à 5% de ces actes⁹.

Parmi les pratiques de brutalité des hommes armés, miliciens et militaires, une catégorie a été particulièrement repérée et mise en évidence par les acteurs humanitaires présents au Kivu : les violences sexuelles contre les femmes. Celles-ci font l'objet de chapitres spéciaux dans les rapports des Organisations des droits de l'homme et des agences des Nations Unies, elles sont traitées, avec le recrutement des enfants soldats, comme des traits distinctifs du comportement milicien à l'Est du Congo, et plus généralement en Afrique. Elles suscitent des réponses médicales spécifiques de la part de MSF : soin des IST (infections sexuellement transmissibles), proposition d'une prophylaxie VIH¹⁰, assistance psychologique, établissement de certificats médicaux¹¹. C'est ainsi qu'en 2006, MSF prend en charge 896 femmes à Kayna, 1623 femmes à Rutshuru ; la prophylaxie VIH est délivrée à 1600 femmes au total sur les deux sites d'intervention : où l'on voit la nécessité de pouvoir prendre appui sur un dispositif logistique et pharmaceutique, préparé à fournir, en urgence, sur un terrain d'accès difficile, le matériel nécessaire à l'action médicale, notamment les médicaments. C'est le fait d'avoir construit, et de continuer à ajuster un tel dispositif, qui permet à l'ONG humanitaire de développer des secours qui s'efforcent d'être adaptés à l'échelle des violences contre les femmes.

La complexité et l'ampleur de ces opérations ont un coût : en 2006, MSF a consacré au Nord-Kivu un budget annuel de près de 4 millions d'euros pour un personnel total correspondant à 428 postes.

Bunia (Ituri), été 2003

Voisin du Kivu, le district de l'Ituri, au nord-est de la RDC, a été occupé entre 1998 et mai 2003 par les forces armées ougandaises. En outre, à partir de 1999, plusieurs milices, mobilisant des antagonismes ethniques et s'appuyant sur des soutiens militaires et politiques extérieurs au district, entrent en conflit. Ces groupes armés commettent des massacres, y compris dans les hôpitaux¹².

A plusieurs reprises, des combats ont lieu pour prendre le contrôle de Bunia, chef-lieu du district, c'est-à-dire en expulser les milices adverses. En mai 2003, à la suite du retrait des troupes ougandaises, la ville devient le terrain d'affrontements entre milices. Quand les combats et les massacres de civils prennent fin, la situation n'est pas pour autant pacifiée dans l'ensemble du district. Ainsi, au mois de juillet 2003, les secouristes, dont MSF¹³, ne peuvent sortir de la ville, ces sorties seraient trop risquées - six agents du CICR ont été tués par balles et mutilés à l'arme blanche dans la région de Bunia, en avril 2001¹⁴. Les milices opèrent librement hors du chef-lieu, elles se livrent des combats, elles attaquent les villages ennemis, y commettent des massacres. En outre, les déplacements sont dangereux dans certaines parties de la ville : celle-ci est en effet

⁹ Sur 1758 actes chirurgicaux pratiqués à Kayna en 2006, 1067 sont des actes d'urgence dont 56 concernent des blessés (Présentation de la mission Nord-Kivu au conseil d'administration de MSF, 30 mars 2007 et Fabrice Resongles, *Revue critique des urgences 2006*, Paris, MSF, 2007, p. 50-52.).

¹⁰ Un traitement prophylactique visant à prévenir les risques de séroconversion VIH est proposé aux femmes qui se présentent moins de 72 heures après avoir été victimes d'une agression sexuelle – sur l'introduction de cette pratique médicale dans l'offre de soin humanitaire, cf. Dr Joanne Liu et Pierre Salignon, « Victimes de viols : dispositif de soins » in Marc Le Pape et Pierre Salignon (éds), *Une guerre contre les civils. Réflexions sur les pratiques humanitaires au Congo Brazzaville (1998-2000)*, Paris, Karthala, MSF, 2001, p. 109-114.

¹¹ Un modèle de certificat médical en cas de violences sexuelles est annexé à l'un des usuels du « volontaire » MSF, le *Guide clinique et thérapeutique pour les programmes curatifs des hôpitaux et des dispensaires à l'usage des prescripteurs*, Paris, MSF, 2006, p. 332-334.

¹² Cf. Human Rights Watch, *Ituri : « Couvert de sang ». Violence ciblée sur certaines ethnies dans le Nord-Est de la RDC*, New York, juillet 2003.

¹³ La section suisse de Médecins Sans Frontières intervient à Bunia depuis avril 2003.

¹⁴ En 2005, à proximité de Bunia, deux membres de MSF ont été enlevés pendant dix jours.

divisée en quartiers ethniques contrôlés par les milices, dont le désarmement reste partiel – les armes sortent la nuit.

En raison de ces divisions ethniques, l'hôpital de Bunia est inaccessible à une moitié de la ville : les patients qui n'appartiennent pas au groupe dominant dans la zone de l'hôpital craignent de s'y rendre. Il s'agit donc de choisir un autre lieu d'activité que tous puissent atteindre, « quelle que soit leur ethnie » soulignent expressément les communiqués de presse alors publiés par MSF.

Pour contourner ces divisions et ces risques, MSF crée dans un entrepôt un hôpital d'une capacité de 70 lits. Il se trouve hors du centre ville, à proximité de l'aéroport, d'un camp de déplacés de 15 000 personnes et du camp militaire de la Mission militaire des Nations unies (MONUC), soit dans la seule zone échappant au contrôle régulier des milices. Début juin 2003, est adjointe à la MONUC une « force multinationale intérimaire d'urgence », principalement française. C'est l'opération Artemis, composée de 1800 hommes présents de juin à septembre 2003, à Bunia et Entebbe, en Ouganda, où est établie la base logistique de l'intervention - le transport aérien est alors seul praticable pour assurer l'approvisionnement des militaires et des acteurs humanitaires.

L'entrepôt est converti en hôpital. Une salle d'opérations est installée dans un ancien bureau. En juin et juillet 2003, on dénombre 780 interventions chirurgicales : dans 87 cas, il s'agit de blessés de guerre. Il faut souligner ici la difficulté du transport des blessés à partir des villages. De longues distances sont parcourues sur des pistes et des sentiers, souvent à vélo, le blessé étant fixé sur un siège à l'arrière : ces conditions ne favorisent pas l'arrivée saine et sauf au lieu de soins. De fait, les secours aux blessés ne représentent pas l'essentiel de l'activité, l'essentiel consiste en soins nécessités par les conditions de vie dans un contexte de guerre civile, par une précarité accrue et des pénuries.

Nous n'avons retenu que l'un des aspects de l'activité médicale, notre objectif n'étant pas de présenter une monographie d'opération humanitaire mais de restituer les choix effectués au moment du pic de violences à Bunia en 2003, afin de permettre l'accès au dispositif de soins et de répondre aux conséquences des combats et aux actes de violence en ville. Il faut cependant souligner qu'outre l'activité chirurgicale, une consultation spécifique a été organisée pour les victimes de violences sexuelles, principalement des femmes. Cette offre de soins a été systématisée, au cours des années 2000, par MSF dans les contextes de guerre civile – un tel engagement pour la prise en charge de ces violences n'est pas propre à MSF, il faudrait en reconsituer l'émergence en examinant à partir de quand et comment les ONG, les Agences des Nations unies et les médias ont progressivement et de plus en plus accentué leur attention à ce type de violence, par des enquêtes, par des dénonciations publiques puis par des actions de secours et de protection.

Intervention à Bouaké (Côte d'Ivoire, septembre 2002 - avril 2007)

À partir de septembre 2002, la Côte d'Ivoire est coupée en deux à la suite d'une tentative de coup d'État. Celui-ci échoue à Abidjan mais les rebelles prennent le contrôle des 3/5^{ème} de la Côte d'Ivoire. La ligne de front est stabilisée par une force d'intervention française, mandatée par les Nations unies. Une « zone de confiance » sépare les deux camps de 2002 à 2007 : son démantèlement sera décidé en avril 2007.

Bouaké, deuxième ville du pays pour sa population, se trouve dans la zone dite rebelle. À l'arrivée des « assaillants » (selon la terminologie gouvernementale), toute une partie du personnel médical a fui. Soit qu'ils n'approuvent pas la rébellion, soit qu'ils proviennent de la partie Sud du pays, beaucoup redoutent des exactions. En outre, ceux qui auraient peut-être voulu rester craignent de passer pour sympathisants de la rébellion aux yeux des politiciens du Sud et du gouvernement. En octobre 2002, seulement 20% du personnel reste présent à l'hôpital.

MSF prend pied à l'hôpital de Bouaké alors que les combats continuent aux abords de la ville. D'où le choix de s'impliquer en priorité dans la chirurgie de guerre. Cependant, les combats prennent fin peu après l'adoption de cette priorité.

Dès lors, l'axe d'intervention est modifié, adapté à l'effondrement des pratiques de soins ; l'ONG s'engage dans le maintien en activité des services hospitaliers estimés essentiels : consultations externes, urgences, pédiatrie, maternité, médecine interne, approvisionnement de la pharmacie. Ce n'est plus une médecine de guerre proprement dite, c'est une médecine en zone rebelle, c'est à dire dépourvue des services de l'État, en outre privée de nombre d'établissements commerciaux (les pharmacies en particulier) et bancaires qui ont fermé, coupée des circuits d'approvisionnement venant du Sud.

L'intervention humanitaire au début conçue comme un secours d'urgence en situation d'affrontements, dure d'octobre 2002 à avril 2007, près de quatre ans. L'accord global conclu entre leader des rebelles et chef de l'État ivoirien entraîne rapidement la reprise du CHU par l'administration centrale : le départ de l'ONG coïncide avec ce retour de l'État – un retour proclamé qui, de fait, reste fragile et incomplet en octobre 2007, alors que le départ de l'ONG est effectif.

Cette opération est caractéristique du type de travail engagé par l'ONG médicale dans les zones sans État, soit que des milices ou des rebellions contrôlent ces zones, soit que la puissance publique, ruinée, laisse à l'abandon ses missions sociales, dont les services médicaux.

Action médicale et messages publics

Les messages publics de Médecins Sans Frontières induisent des effets trompeurs sur la nature de l'organisation. Ce qui en est généralement retenu par les médias, ce sont les contenus dramatiques plutôt que les dénombrements et listes d'actes médicaux. Contenus dramatiques, c'est-à-dire les éléments de discours qui mettent en évidence le sort des victimes, attestent leur dénuement, relatent des actes de violence, témoignent de l'ampleur des souffrances. Cette lecture s'intéresse peu au travail médical proprement dit et encore moins aux dispositifs mis en place pour l'accomplir¹⁵.

Cette lecture laisse donc libre cours à une connaissance vague du travail humanitaire, à une image de l'humanitaire façonnée par des sentiments moraux : à la limite et en caricaturant un peu, l'humanitaire, ce serait une antenne médicale bien placée, c'est-à-dire qui permet de témoigner de façon spectaculaire.

En fait, sur les trois exemples décrits, on constate l'ampleur des dispositifs médicaux, la mobilisation de moyens logistiques très importants, des investissements financiers lourds mais en même temps une fonction de témoignage relativement peu médiatisée. Rien à voir avec d'autres situations africaines, le Darfour au Soudan à partir de 2003, le Rwanda en 1994, le Zaïre en 1996-1997. Pas de campagne de presse, pas d'affiches, pas de controverses publiques durables. Cet état des lieux va à l'encontre d'une certaine imagerie de l'action humanitaire.

J'en viens à l'une des questions posées par les organisateurs de ce colloque : les pratiques de la médecine humanitaire rendent-elles les conflits moins inacceptables ? En introduction, j'affirmais qu'une telle question tient à l'économie morale des sociétés occidentales. J'ai présenté des éléments d'enquête qui ne portent pas sur cette économie morale. Je ne suis donc pas en mesure de donner à cette question une réponse empiriquement fondée et ne peux qu'exprimer un sentiment moral personnel : comme lecteur quotidien, à propos, notamment, de l'Est du Congo, de quelques médias internationaux, des dépêches d'agence, des communiqués d'ONG publiés sur Internet, il ne me semble pas que les récits d'actions humanitaires rendent les conflits plus acceptables « à nos yeux » mais qu'au contraire ils me les rendent plus inacceptables en décrivant les conséquences d'états de violence pour ceux qui vivent en zones de conflit.

¹⁵ La présentation de soi que MSF rend publique sur son site Internet et dans les documents adressés aux donateurs met l'accent sur le travail médical, les résultats de l'activité soignante et le coût des dispositifs nécessaires. Il en est de même pour la plupart des ONG médicales.