

Sous la direction de
JEAN-HERVÉ BRADOL
et CLAUDINE VIDAL

INNOVATIONS MÉDICALES EN SITUATIONS HUMANITAIRES

Le travail de Médecins Sans Frontières



L'Harmattan

INNOVATIONS MÉDICALES EN SITUATIONS HUMANITAIRES

Le travail de Médecins Sans Frontières



L'urgence et les contraintes de certaines catastrophes contraignent les équipes MSF aux prises de risques, faute de se résigner à de nombreuses souffrances, à des handicaps et des morts jugés évitables. Renoncer à des habitudes devenues inefficaces, à des protocoles officiels, peut conduire à faire moins bien, à porter tort et dilapider des ressources, mais manquer d'initiative revient à accepter une situation médicale critique. Les auteurs de ce livre relatent et analysent les introductions de nouvelles pratiques médicales en situations humanitaires : comment créer des dynamiques de changement et en faire bénéficier les populations prises en charge ?

Se servir des leçons de l'expérience peut aider à mieux comprendre comment intervenir dans un environnement afin de le rendre propice au remplacement de pratiques sans qualités thérapeutiques dont, trop aisément, médecins et décideurs politiques s'accommodent : sous prétexte de pauvreté et d'ignorance des populations affectées, sous prétexte aussi de respecter des recommandations internationales, des contraintes économiques, des autorités publiques.

L'ensemble de cet ouvrage est le résultat d'un travail collectif et non l'addition de textes produits par des spécialistes travaillant séparément. Les rédacteurs sont sept médecins, un pharmacien et trois sociologues. Ils prennent appui sur un examen d'archives et de publications MSF ainsi que sur des entretiens avec d'anciens et actuels responsables qui furent ou sont impliqués dans des processus d'innovation.

Conception : Julien Denieult

Couverture : © MSF, Éthiopie 2006

© L'Harmattan, 2009

5-7 rue de l'École polytechnique ; 75005 Paris

<http://www.librairieharmattan.com>

diffusion.harmattan@wanadoo.fr

harmattanI@wanadoo.fr

ISBN : 978-2-296-10046-6

Sous la direction de
JEAN-HERVÉ BRADOL et CLAUDINE VIDAL

**INNOVATIONS MÉDICALES
EN SITUATIONS HUMANITAIRES**

Le travail de Médecins Sans Frontières

L'Harmattan

Sommaire

[Innovations ?](#)

[Politique des controverses](#)

[Contributions de Médecins Sans Frontières aux transformations de la médecine trans-nationale](#)

Innovations ?

Jean-Hervé Bradof et Marc Le Pape

L'usage du terme innovation a troublé nos premiers interlocuteurs à MSF. Quand nous leur parlions d'innovation, ils pensaient invention, sur le modèle de la découverte d'une molécule ou d'un test diagnostique ; en ce sens, ils doutaient que l'on puisse attribuer des innovations à MSF. De fait, il existe une perception courante de l'activité médicale humanitaire comme une médecine caritative qui récupère des outils anciens (vaccins, diagnostics, médicaments) développés dans des pays riches, outils dont l'usage est sur le point d'être abandonné au profit d'une nouvelle génération de produits médicaux. La médecine humanitaire est assimilée à une activité de récupérateurs de biens usagés intelligemment remis en circulation dans des contextes marqués par la précarité. Soit une pratique médicale à laquelle il serait prétentieux de reconnaître un rôle dans des processus d'innovation dont certains sont également pertinents pour des pays riches en ressources.

Si les contextes où se déploie l'action médicale humanitaire conduisent souvent à simplifier les protocoles de soins, pour autant cela ne signifie pas recourir à des pratiques rudimentaires. Soit l'usage d'un test rapide pour le diagnostic de l'accès simple de paludisme, plutôt que d'un microscope. Les tests rapides conduisent à la confirmation ou à l'infirmité biologique, en quelques minutes, sans passage au laboratoire, par le dépôt d'une goutte de sang sur un petit dispositif. La lecture du résultat, à l'œil nu, est possible pour tout un chacun. Ce test rapide bénéficie des acquis récents de l'immunologie, c'est un outil scientifique à la fois plus sophistiqué et plus simple à mettre en œuvre que le microscope. L'innovation a consisté à en systématiser l'usage dans les équipes MSF. Nous sommes passés d'une pratique où, faute d'un test simple réellement utilisable en situation précaire, alliant grand nombre de patients et déficit de personnel de

laboratoire qualifié, l'accès de paludisme était traité sans confirmation biologique, c'est-à-dire à l'aveugle et donc à tort dans des proportions qui variaient suivant les endroits, les profils épidémiologiques, mais pouvaient atteindre deux cas sur trois. Soit également l'usage des combinaisons à dose fixe adopté par MSF pour les cas du sida ou du paludisme : ne pas avoir à prendre un trop grand nombre de comprimés dans la journée fait partie du dispositif qui favorise la réussite du traitement en contribuant à l'observance par les patients. La réunion de plusieurs principes actifs en un seul comprimé n'est pas un simple bricolage mais requiert un travail scientifique formel de recherche et de développement qui débouche sur une plus grande efficacité thérapeutique. Ce sont là deux exemples attestant que la médecine des populations en situation précaire pratiquée par MSF n'est pas une pauvre médecine, elle utilise des technologies récentes, des objets médicaux (un matériel médical et chirurgical) conformes aux standards préconisés dans les pays de haute technologie scientifique.

On l'aura compris, selon notre hypothèse de départ, MSF a bien pris part à des processus d'innovation et continue de le faire. Encore faut-il confirmer ce point de vue en évitant l'illusion rétrospective. Nous reconnaissons un tel risque et ce d'autant plus que les rédacteurs de ce livre sont impliqués dans les activités de l'Association, pour certains de longue date. Leur position n'est clairement pas celle d'observateurs transformant en terrain d'études une organisation où ils interviendraient tels des consultants ou des chercheurs. En outre, cette enquête a principalement pris appui sur des sources internes, documents et entretiens avec des acteurs MSF qui participaient aux programmes médicaux sur lesquels portent les analyses. Les ébauches de chaque article ont été communiquées, pour revue critique, à un groupe de lecteurs composé des auteurs des autres textes du livre et de collègues exerçant différents métiers (logisticien, pharmacien, médecin, infirmier, sociologue, historien, épidémiologiste, politologue) au sein de l'Association.

L'approche adoptée concorde avec une attitude de réflexivité critique par laquelle MSF tente de capitaliser les traits saillants de l'expérience et de renouveler les propositions d'action. Depuis le milieu des années 1980, une partie de ce travail de réflexion porte sur les objets médicaux [Destexhe, 1987 ; Brauman, 2000].

Le résultat normalement attendu de cette démarche réflexive est d'améliorer les pratiques médicales, de les faire évoluer, en tirant les leçons de l'expérience. Il s'agit aussi de se protéger contre la pente naturelle d'une part de l'oubli des expériences réalisées et d'autre part de leur restitution sous la forme d'une auto-histoire euphorisante, héroïque, idéalisée. De ce point de vue, l'exercice de réflexivité n'a pas pour but de mettre en valeur les actions positives, c'est plutôt l'inverse qui est recherché. Nous reconnaissons que cette démarche ne va pas de soi, qu'il y a des difficultés à s'y tenir. Parfois, nous n'échappons pas au penchant de mettre l'accent sur les seuls résultats positifs des interventions, même si le risque en a été reconnu, identifié : l'histoire institutionnelle glorifiante biaise la perception du travail humanitaire. Nous ne le dirons jamais assez, le renouvellement des pratiques médicales concernant les cinq maladies retenues dans cet ouvrage est le produit d'un travail collectif impliquant de nombreux acteurs et institutions. Or, au sein de cet ensemble, la participation des praticiens, chercheurs et institutions sanitaires des pays affectés est systématiquement sous-estimée. Par exemple, qui a conscience que le Niger, présenté comme le pays le plus pauvre du monde, a mis au point le standard international pour le traitement des cas de méningite lors des épidémies, et cela par deux fois (1991, 2005) ?

Contre-exemple

Le doute sur la capacité de la médecine humanitaire à innover nous a encouragés à décrire des protocoles de soins (choléra, méningite, trypanosomiase humaine africaine, paludisme et sida) dont l'évolution nous a semblé notable, positive et en rapport avec des contributions de MSF. Ces maladies, qui relèvent toutes de l'infectiologie, constituent une part importante des activités médicales humanitaires. L'apparition de nouvelles épidémies, la fréquence croissante des résistances aux traitements de référence, la perception par les États des pathologies infectieuses comme menaces pour la sécurité et pour la croissance économique, les tensions commerciales et politiques au sujet de l'accès aux médicaments essentiels expliquent, en partie, pourquoi l'infectiologie a connu un renouvellement de ses pratiques au cours des dernières années. D'autres spécialités médicales, auxquelles recourent les interventions humanitaires, ont connu des évolutions notables dont nous n'avons pas traité. Ainsi, la psychiatrie et la

psychologie clinique sont-elles devenues des pratiques fréquentes sur les terrains et un ensemble de savoir-faire a été développé. Pour ne prendre que quelques exemples en chirurgie, le traitement des fractures par la pose de matériel interne d'ostéosynthèse et la reconstruction maxilo-faciale ont fait leur apparition dans la pratique chirurgicale de MSF. Les protocoles de soins pour les femmes victimes de viol ont été une évolution marquante en gynécologie. La pharmacie et la biologie ont également subi de profondes transformations, l'imagerie médicale numérisée a été utilisée sur le terrain. Le lymphome de Burkitt a été l'un des premiers cancers à faire l'objet d'un protocole de soins accessible aux équipes.

Le choix des cinq pathologies infectieuses retenues pour ce travail conduit à présenter des histoires de relatives réussites, ce qui est loin d'être toujours le cas. En contre-exemple, nous aurions pu envisager la tuberculose : les tests disponibles sur nos terrains ne permettent pas d'établir le diagnostic dans la moitié des cas. Principal outil diagnostique, la recherche de bacilles à l'examen microscopique direct après coloration date de la fin du 19^e siècle. Mis au point au début du 20^e siècle, le vaccin présente une efficacité trop limitée pour avoir un réel impact sur la transmission de la maladie bien qu'il restreigne la fréquence de certaines formes graves. Le protocole de traitement des formes communes est trop long et trop complexe pour être aisé à respecter. Enfin, la dernière introduction d'un nouvel antibiotique, dans le traitement des formes communes, date des années 1960. Depuis, des formes résistantes aux antibiotiques, parfois intraitables, sont apparues. Aujourd'hui, nous constatons que le développement de la pandémie de sida, dont la tuberculose est une des principales maladies opportunistes, a éloigné la perspective d'une mise sous contrôle de la maladie.

Pourtant, la lutte contre la tuberculose a été l'objet d'une stratégie innovante au début des années 1990. La nouvelle approche, Directly Observed Treatment Short-Course (DOTS, traitement de brève durée sous surveillance directe), reposait sur cinq piliers : un engagement politique, le diagnostic par examen microscopique, un approvisionnement continu en médicaments, un recueil et une analyse des données d'activités et l'observation directe de la prise du traitement. L'approche DOTS peut être caractérisée comme une utilisation plus rationnelle des outils diagnostiques et thérapeutiques existants, outils aux performances limitées mais ayant le

mérite d'être disponibles. Bien que constituant un progrès indéniable en regard des pratiques antérieures, cette stratégie, à laquelle les médecins humanitaires se sont associés, n'a pas permis le contrôle de l'endémie. Par ailleurs, elle a entraîné l'exclusion des soins de patients jugés non-prioritaires pour l'atteinte de l'objectif global de contrôle épidémiologique. Cet effet négatif souligne l'importance de saisir, par un travail de veille avant le lancement d'une politique innovante, les opportunités nouvelles induites par une évolution scientifique. Croire que le seul volontarisme politique, traduit en une injonction à adopter un comportement plus rationnel de la part des soignants et des patients, peut compenser un déficit scientifique, conduit à de dangereuses utopies. La poursuite d'une ambition irréaliste, a fortiori dans des contextes de rareté de l'offre, exige souvent d'exclure des soins un quota de malades jugés non essentiels par rapport à la réalisation d'un objectif pourtant hors de portée. En outre, les ressources englouties dans la poursuite de telles illusions auraient toujours pu être mieux réparties.

Études de cas

Paludisme

Soit l'exemple de la Thaïlande au début des années 1990 [Nosten *et al*, 2000], Il s'agissait d'enjeux pratiques, de la participation de MSF à des études sur le traitement du paludisme effectuées à l'intérieur de quelques camps de réfugiés. Dans ce type de situation, les équipes de recherche, pour le recrutement de leurs cas comme pour le suivi de certains de ces cas, collaborent généralement avec des équipes curatives – et cela est signifié par la co-signature d'articles dans les revues scientifiques. Certains médecins humanitaires avaient des réserves à l'égard de la participation aux études, ils ne se référaient pas tant aux codes éthiques formalisés qu'à des arguments idéologiques généraux du type « les patients ne peuvent pas comprendre », en tant que réfugiés regroupés dans des camps « ils n'ont pas le choix », ils ne sont pas en situation d'exprimer leur libre consentement quand les institutions de secours agissent comme pourvoyeuses de sujets d'expérience. Quant à la pratique de tester les nouveaux protocoles successivement dans les mêmes camps, elle suscitait une objection éthique spécifique : la charge du risque de la recherche n'était pas également

répartie, elle portait sur un nombre limité de camps, le risque de recherche était concentré sur une population, un groupe. Pourtant les médecins-chercheurs justifiaient cette pratique : la recherche apportait un bénéfice direct, immédiat aux réfugiés ; par l'accès à un nouveau traitement remplaçant des anti-paludiques qui avaient perdu de leur efficacité, ils devenaient les bénéficiaires des gains cognitifs obtenus par les études effectuées dans leur groupe – ils le furent effectivement.

Introduire des innovations bouscule les rapports existant entre institutions, entre praticiens, entre chercheurs, engendre des tensions, des changements d'alliances, des campagnes d'opinion. Chaque auteur a décrit ces jeux de forces et d'alliances en restituant de manière détaillée les péripéties des processus d'innovation, les arguments des uns et des autres, les actions entreprises, le travail politique effectué pour forcer l'introduction et la diffusion d'un traitement ou d'une organisation des soins, d'une stratégie thérapeutique. Il apparaît que MSF, dans les processus d'innovation, tient fréquemment un rôle spécifique en argumentant par des activités de plaidoyer pour accélérer le passage de la phase expérimentale de l'innovation à son usage thérapeutique. Faire accepter par les pays d'intervention une nouvelle démarche thérapeutique comme protocole national, faire modifier les recommandations de politiques publiques, de politiques industrielles et commerciales, c'est aussi cela qui doit être obtenu pour que l'innovation soit généralisée : il s'agit de lier la pratique médicale à un travail politique au risque de confrontations avec des pouvoirs établis, pouvoirs politiques, économiques et médicaux.

S'engageant à ce point dans la mise en œuvre de nouveaux traitements, MSF est confrontée, par la suite, aux conséquences de ces initiatives. En ce domaine, la réflexivité critique peut être considérée comme un impératif. Les innovations, une fois leur efficacité thérapeutique attestée, sont caractérisées, au nom d'une éthique minimaliste [Walzer, 2004] et de l'observation clinique, comme un bien en soi. Mais cette conviction, publiquement affirmée, entraîne une autre, d'ordre politique, selon laquelle ce bien est transférable à l'ensemble de la société avec des conséquences globales positives. Ainsi, rechercher l'adoption des nouveaux traitements par les politiques nationales et internationales de santé présuppose que seront bénéfiques les effets des protocoles appliqués à un grand nombre d'individus, à une échelle de masse. C'est bien le présupposé

qu'assumait MSF en recommandant, au début des années 2000, le traitement du paludisme par les ACT (Artemisinin-based combination therapy, combinaison thérapeutique à base de dérivés d'artémisinine) en Afrique subsaharienne. MSF a bataillé pour leur introduction dans les protocoles nationaux. Mais aujourd'hui, là où elle est recommandée par les ministères de la Santé, la diffusion des ACT n'a eu que peu d'impact sur la catégorie de la population dont la mortalité due au paludisme est la plus forte, les enfants de moins de deux ans. Ce constat ne remet pas en cause l'introduction des ACT dans les secteurs publics africains alors que, dans nombre de pays, ils étaient déjà commercialisés dans les secteurs privés. Mais, en même temps, force est de constater que les politiques publiques de santé étant ce qu'elles sont dans la plupart des pays d'Afrique, l'impact des ACT reste limité. Pour certains, opposés à la diffusion des ACT, ce fut un argument justifiant l'abstention ou, autrement dit, le refus de les introduire. Cette affirmation d'inanité a été retenue notamment par des syndicats de laboratoires pharmaceutiques¹, au début des années 2000 : quand les conditions du succès ne sont pas réunies, la seule introduction d'un nouveau médicament est futile, condamnée à l'échec.

MSF combattait la politique d'abstention en revendiquant qu'il ne peut être futile, pour un praticien, de traiter correctement un patient et de le guérir. Cette forme d'engagement public est régulièrement adoptée, lors de l'introduction d'une innovation : face à des doutes, des blocages, voire des interdictions, MSF présente l'accès à de nouveaux traitements dont l'efficacité est attestée, comme un bien en soi, comme un objectif qui ne peut être légitimement subordonné à d'autres fins [Dodier, 2003, p. 19-23] : leur efficacité thérapeutique exige qu'ils soient introduits immédiatement. On reconnaît là le registre d'une éthique minimaliste. Minimaliste en ce sens qu'il est fait appel à des arguments tenus pour « largement, sinon universellement accessibles », car ils suscitent, de manière générale, l'adhésion immédiate, spontanée : « tous ceux ou presque qui y prêtent l'oreille entendront là quelque chose qu'ils sauront identifier » [Walzer, 2004, p. 23]. Dans ce livre, plusieurs exemples sont présentés, illustrant comment MSF, confrontée à des oppositions puissantes, prend appui publiquement sur les exigences éthiques de la pratique médicale pour donner plus de force à ses choix thérapeutiques et parvenir à les faire adopter à la fois par les institutions internationales de santé et les ministères des pays d'intervention. On considère habituellement que ce type de débats

devrait être cantonné à l'intérieur des comités d'éthique, à l'écart des arènes politiques, nos enquêtes montrent dans quelles circonstances et avec quels résultats MSF enfreint cette convention.

Il reste que, dans une perspective de santé publique, ce sont les facteurs de réussite à l'échelle globale qu'il faut prendre en considération pour apprécier la pertinence d'accepter et généraliser un nouveau traitement ; une fois celle-ci reconnue, le mode d'introduction est régulé par un ensemble de normes que l'OMS et les ministères de la Santé formalisent et légitiment. Confrontée à ce monde normatif, MSF négocie, argumente, recherche (et trouve) des alliés à l'intérieur des institutions internationales, des ministères de la Santé et des laboratoires pharmaceutiques, s'associe à des équipes de recherche, et, simultanément, recourt à une forme de critique publique visant sans ménagements les institutions et les firmes dont l'Association estime qu'elles bloquent des progrès thérapeutiques ou compliquent, voire interdisent, leur diffusion par des programmes publics.

Trypanosomiase humaine africaine

La résurgence de la trypanosomiase humaine africaine semble pour l'instant sous contrôle. Du début des années 1980 à aujourd'hui, l'effort a été réalisé en s'appuyant sur les méthodes et les médicaments de la médecine militaire coloniale tout en affinant le ciblage des zones prioritaires d'intervention grâce aux techniques contemporaines de l'épidémiologie médicale. Le résultat n'était pas acquis d'avance. Les productions des médicaments traditionnellement utilisés étaient en train de s'éteindre et les pistes thérapeutiques nouvelles laissées en friche. Nul doute que MSF ait joué un rôle important au regard du nombre de patients traités, de l'action pour préserver les outils classiques d'intervention (pentamidine, melarsoprol, équipes mobiles), du travail de codification des usages cliniques d'un test récent de dépistage (CATT) et du développement de nouvelles molécules (éflornithine et nifurtimox) pour le traitement. Mais, au delà de la satisfaction d'avoir évité de peu la catastrophe (une endémie en recrudescence et la disparition des médicaments pour la traiter), l'examen de l'activité des dernières années laisse une certaine amertume. Alors qu'une alternative (l'éflornithine) au médicament de référence (le melarsoprol) existait depuis le début des années 1980, la grande majorité des patients traités au stade 2 (neurologique) de la maladie l'a été avec un

dérivé de l'arsenic, autrement dit un poison, qui n'éliminait pas le parasite dans environ un tiers des cas et était responsable du décès de 2 à 10 % des patients, voire plus dans certaines séries. Ce pourcentage rapporté au nombre de patients traités ces deux dernières décennies signifie que plusieurs milliers de malades sont décédés en raison des effets secondaires du traitement. Les praticiens confrontés à cette situation ne se sont pas résignés puisqu'une alternative existe aujourd'hui. Mais il est nécessaire de garder en mémoire le dilemme éthique posé par ces travaux de recherche. La mise en place d'essais cliniques, au début des années 2000, dans lesquels des groupes de patients continuent à recevoir de l'arsenic est discutable. L'impératif méthodologique de comparaison d'un nouveau traitement (éflornithine, nifurtimox) au traitement de référence (le mélarsoprol) aurait pu être relativisé en prenant en compte l'évidence de la toxicité de l'arsenic.

L'imposition, dans ce cas particulier, de la méthodologie désormais classique des essais cliniques pose des questions que les procédures d'examen ainsi que les comités d'éthique nationaux et internationaux ne semblent pas avoir pris en compte avec rigueur. Que faut-il penser d'un essai clinique (3 Bithera Trial), en 2001, en Ouganda, qui induit cinq décès dans les deux groupes recevant du mélarsoprol ? Quelle information supplémentaire est apportée à la science par la mort de cinq personnes qui était prévisible en réaction à un traitement peu différent d'un poison ? L'objectif de la comparaison entre un nouveau traitement et un ancien qui est déjà en échec dans un tiers des cas, justifiait-il un tel coût humain ? A la suite de ces décès l'essai clinique a été modifié. Par ailleurs, la nouvelle génération de traitement présente les mêmes difficultés de mise en œuvre que la précédente. A la différence d'équipes spécialisées traitant de grands nombres de cas, les infirmiers en brousse auront des difficultés à manier en toute sécurité un traitement injectable même simplifié comme le note déjà l'expérience d'Iba, au sud du Soudan. Cela justifie de continuer à participer à l'effort de recherche pour un traitement administrable par voie orale et qui soit efficace sur les deux stades de la maladie.

Sida

Notons, dans le contenu des arguments de MSF, un changement de perspective politique. À la fin des années 1980, l'introduction de l'ouvrage

Santé, médicaments et développement [Destexhe, 1987, p. 12] déclarait : « La recherche est un processus long et coûteux que seules les firmes pharmaceutiques peuvent assumer et l'industrialisation pharmaceutique du Tiers-Monde n'est pas toujours la panacée ». Au début des années 2000, MSF affirme que la recherche ne peut être laissée en les seules mains des firmes pharmaceutiques et s'appuie sur l'exemple de la production publique brésilienne d'antirétroviraux génériques pour imaginer une réponse à la pandémie de sida là où elle est la plus meurtrière, en Afrique. Les monopoles que les multinationales de la pharmacie détiennent sur la commercialisation des médicaments, grâce à la mise en œuvre de règles internationales régissant la propriété intellectuelle, sont considérés par MSF comme un des principaux obstacles à l'accès aux médicaments dans les pays à bas revenu. Et l'industrialisation de ce qu'il était convenu d'appeler, vingt ans plus tôt, le Tiers-Monde, est aujourd'hui reconnue comme une source des progrès enregistrés dans la lutte contre le sida ainsi que le note Ellen F. M.'t Hoen² : « la majorité des antirétroviraux disponibles à des prix abordables vient de l'Inde » [t Hoen, 2009, p. 7].

Ainsi, MSF a d'abord critiqué ce qu'elle considérait comme des utopies tiers-mondistes, en particulier l'utopie des projets d'industrialisation et celle qui, en célébrant le « médecin aux pieds nus », figure centrale de la politique sanitaire en Chine maoïste, a été à l'origine d'échecs sanitaires. Puis l'Association passa, au cours des années quatre-vingt dix, à une critique des effets dévastateurs du capitalisme pharmaceutique sur la santé publique. Cette critique vise surtout les avantages considérables accordés aux industriels du médicament sous la forme de brevets conduisant à des situations prolongées de monopole commercial. MSF remarque qu'en conséquence, là où les perspectives de commercialisation sont faibles, des pans entiers de la prévention, du diagnostic et de la thérapeutique ne sont plus couverts par la recherche de nouveaux produits et par la distribution de produits pharmaceutiques existants [Trouiller *et al.*, 2002].

Le sida a été un cas emblématique pour porter cette critique au moment où les multinationales du médicament, les États et les Organisations internationales discutaient de la finalisation des règles de propriété intellectuelle adoptées en 1994 (ADPIC GATT). Mettre en place un prix unique mondial du médicament et la limitation drastique des possibilités de produire hors brevets, telle était alors la tendance dominante. Pourtant, la

mobilisation d'États du Sud (Brésil, Inde, Thaïlande, Kenya...) et des ONG entraîna l'adoption, lors de la réunion de l'OMC à Doha, en novembre 2001, d'une déclaration affirmant la souveraineté des États qui prenaient ou prendraient des mesures de santé publique, incluant la possibilité de produire et d'utiliser un médicament sans l'accord du détenteur du brevet (licence obligatoire) et d'importer un médicament déjà produit à un prix plus bas dans un autre pays (importation parallèle), sans l'autorisation ni du bénéficiaire des droits de propriété intellectuelle, ni du producteur.

Dans ce contexte, la singularité de MSF n'est pas de faire le lien entre la disponibilité des produits pharmaceutiques dans les pays pauvres et les questions de propriété intellectuelle, mais elle tient au fait que ce lien soit affirmé par une association internationale de médecins témoignant publiquement que leurs patients décèdent en raison du mode de gestion des droits de propriété pharmaceutique proposé par les pays les plus riches. La capacité de MSF à exprimer cette opinion simultanément dans de multiples arènes (réunions de praticiens, d'opérateurs nationaux de santé publique, discussions médico-scientifiques, réunions OMS, OMC, participation aux phases préparatoires des G8...) a été organisée, depuis l'automne 1999, par la création d'un dispositif institutionnel spécifique, la Campagne d'accès aux médicaments essentiels.

L'impact d'une approche associant la revendication de flexibilités dans l'application des règles de propriété intellectuelle et la mise au point de protocoles de prescription simplifiés est manifeste : des prix d'antirétroviraux divisés par cent de 1999 à 2007, une augmentation du nombre de personnes traitées qui passent de 300 000 (2002) à 3 millions (2007) dans les pays à revenu intermédiaire ou faible. Toutefois, seul un tiers des patients qui le nécessitent reçoit aujourd'hui un traitement qui, en raison de sa toxicité et son efficacité limitée, a été abandonné par les pays à haut revenu. Actuellement, les données disponibles témoignent de l'accroissement du nombre de personnes traitées mais renseignent peu sur le succès ou l'échec de traitements désormais prescrits massivement dans des contextes marqués par la précarité. Aussi les échecs sont-ils probablement plus nombreux que le seul suivi clinique ne le suggère sans la vérification de la charge virale par un examen de laboratoire, rarement disponible. Il reste donc bien des progrès à réaliser : augmenter le nombre de malades traités, changer de médicaments pour en diminuer la toxicité et

faire face à l'émergence de résistances. On peut donc prévoir de nouvelles tensions concernant la propriété intellectuelle et le financement des programmes.

Méningite et choléra

La réflexion critique ne doit pas se limiter aux stratégies du commerce pharmaceutique et à l'allocation internationale de fonds pour répondre à des catastrophes sanitaires. Ainsi, le volet vaccinal de l'action de MSF en réponse à l'émergence d'épidémies de méningite est-il discutable. L'Association a investi massivement dans la vaccination réactive au démarrage d'une épidémie de méningite. Puis elle a réalisé que cet investissement conduisait à des vaccinations trop tardives dans le cours de l'épidémie pour avoir un impact. Le travail de recherche a alors été orienté vers la définition de critères permettant de décider plus précocement d'une vaccination réactive. Or, quelle que soit la sophistication des outils de recueil, d'analyse et de transmission des données, la justesse de l'information et des décisions qu'elle provoque repose sur le bon état de ce qu'il est convenu d'appeler la surveillance épidémiologique. Cette dernière est rarement en meilleur état que l'administration sanitaire des pays. En d'autres termes, il est souvent illusoire de vouloir détecter rapidement une épidémie de méningite pour employer un vaccin dont la durée d'efficacité vaccinale n'autorise pas l'utilisation avant que ne surviennent les épidémies. Tout repose sur de bonnes capacités d'administration sanitaire, or celles-ci sont rarement présentes. Pour cette raison, la critique qui pointe la futilité d'une telle démarche vaccinale est recevable. Aussi, plutôt que de continuer à dépenser des sommes importantes pour des vaccinations réactives obtenant de maigres résultats, n'aurait-il pas été pertinent d'investir dans le développement d'une nouvelle génération de vaccins pouvant être utilisés préventivement ?

Une communication de l'OMS³ (2007) indique les développements récents, en laissant dans l'ombre les raisons d'une progression aussi lente dans un domaine où l'état de la science et des technologies aurait permis une percée dès le début des années 1990 : « Le Projet Vaccins Méningite, partenariat entre l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'organisation à but non lucratif PATH, basée à Seattle, collabore avec un fabricant de vaccins, Serum Institute of India Limited (SIIL), pour produire

le nouveau vaccin contre *Neisseria meningitidis* (méningocoque) du sérotype A ». Le directeur du Projet Vaccins Méningite, le docteur F. LaForce, souligne le potentiel de l'entreprise : « Ce vaccin permettra d'éliminer les épidémies méningococciques dont souffre le continent depuis plus de 100 ans ».

Enfin, pour compléter ce tableau, il faut ajouter que les épidémies de méningite, si elles terrifient les populations, sont peu redoutables pour les gouvernants lorsqu'il n'existe pas de moyens préventifs : elles ne mettent pas en cause l'action des gouvernements quand elles touchent une société. Leur reconnaissance par les autorités en est facilitée. L'attention est alors centrée sur la capacité de réponse des ministères de la Santé. Non seulement le pouvoir politique ne peut être tenu pour responsable de l'apparition du fléau, mais il peut aisément se mettre en scène comme bienfaiteur par l'organisation de campagnes de vaccination de masse. Si les données épidémiologiques ne plaident pas toujours pour la vaccination réactive contre la méningite, le bénéfice politique est, lui, évident. La campagne massive de vaccination menée en 2009 dans les Etats du nord du Nigéria, habituellement hostiles à ce qu'ils caractérisent comme une intrusion d'organismes étrangers dangereuse pour la sécurité sanitaire de la population, confirme le constat de l'intérêt des gouvernants pour l'immunisation contre la méningite.

Concernant le choléra, la contribution de MSF à la standardisation des outils, des procédures de détection et de traitement « en milieu fermé » (camps de réfugiés, prisons...) est indéniable. Toutefois, l'enjeu principal de la lutte contre le choléra se situe « en milieu ouvert », urbain et rural, où la multiplication de petits centres périphériques de traitement s'accompagne inévitablement d'une surcharge de travail logistique et d'un affaiblissement de la supervision des soins, pourtant indispensable à leur efficacité, en particulier pour les cas sévères. De plus, l'efficacité de la stratégie en milieu fermé repose en grande partie sur la détection active des cas par la visite à domicile d'agents de santé. Technique plus facile à mettre en œuvre dans le périmètre limité d'un camp de réfugiés, par exemple. Or, c'est bien en milieu ouvert que s'exprime principalement l'actuelle pandémie de choléra.

Epicentre⁴ a étudié la faisabilité et l'efficacité de la vaccination anticholérique et participé à l'étude d'une alternative préventive au seul traitement réactif, une fois l'épidémie démarrée [Legros, Paquet, Perea,

1999]. En 1999, l’OMS affirmait que le recours au vaccin oral (B-Subunit-Whole Cell ou BS-WC et rBS-WC) pourrait être utile dans certaines situations à haut risque comme les bidonvilles et les camps de réfugiés [WHO, 1999]. Pourtant, en dépit de résultats encourageants, les habitants des régions où le choléra est endémique et occasionne des épidémies récurrentes attendront longtemps avant de pouvoir bénéficier d’une protection vaccinale. En effet, le choléra ne jouit pas d’un préjugé favorable au sein des gouvernements pour qui il représente une maladie honteuse, tant son irruption souligne les carences des services publics en matière d’hygiène. L’épidémie meurtrière survenue au Zimbabwe, en 2008, ne dément pas ce constat. Il est fréquent que les administrations interdisent l’usage du terme choléra sur les supports de communication internes aux professions de santé comme dans la presse. Les pressions augmentent si le pays tire du tourisme une part substantielle de ses revenus.

Cependant, même si l’espoir de contrôler cette maladie repose sur des possibilités techniques, la volonté politique apparaît faible. Ainsi, en 2007, le nombre de cas, sous-reportés pour des raisons politiques, est-il estimé, par l’OMS, à moins de 200 000 [OMS, 2008]. La même année, 4 000 décès sont rapportés, tandis que moins de 30 000 cas⁵ de la forme épidémique de la méningite, suivis de 2 500 décès, ont été notifiés et 2 millions de doses de vaccin administrées, pendant la saison 2007-2008. En termes de politiques publiques, la méningite, malgré les limites du vaccin, fait l’objet d’un effort bien supérieur à celui consenti pour le choléra, ce dernier étant pourtant responsable de plus de cas et de décès.

Des études de pathologies présentées dans cet ouvrage, il ressort que la médecine humanitaire contribue souvent à l’innovation médicale par la diffusion, après simplification, de progrès scientifiques et technologiques au sein de populations négligées où l’expression des maladies prend un tour catastrophique. Mais la réussite de cette démarche suppose un travail visant à infléchir les politiques publiques. En effet, quand la mise au point de nouvelles techniques d’intervention n’est pas associée à un tel travail, l’impact des innovations médicales sur le destin des plus pauvres demeure faible. En ce domaine, le mouvement MSF, de par sa nature et son expérience, manifeste plus d’habileté et de motivations à agir dans les arènes internationales plutôt que nationales où l’activité de l’Association est

parfois perçue comme une ingérence étrangère peu consciente des subtilités de la scène médicale et politique locale.

Veille politique et scientifique

Quelle responsabilité se reconnaît l'Association, lorsque les innovations qu'elle a préconisées deviennent des pratiques médicales acceptées ? Cette préoccupation suscite régulièrement des controverses, voire des crises internes. En effet, à propos de cette responsabilité, MSF n'a pas stabilisé une stratégie partagée par tous. Néanmoins, des initiatives sont prises, en particulier pour assurer l'approvisionnement en molécules efficaces et réduire leur coût ; c'est ainsi que MSF-Logistique⁶ assume le rôle de centrale internationale d'approvisionnement en médicaments pour l'ensemble des acteurs de la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine.

Il est clair que le choix de ces actions, pour avoir des chances d'être pertinent, suppose un dispositif de veille et une activité d'analyse par rapport aux définitions de politiques médicales à l'échelle mondiale, une détermination des objectifs spécifiques sur lesquels engager MSF lorsqu'il s'agit de santé publique ainsi qu'une prise de parti sur les formes d'intervention dans les différentes arènes de débat.

La veille politique et scientifique se traduit notamment dans la capacité à déclencher des controverses publiques en prenant appui sur le travail médical effectué en situations de crises épidémiques. À cet égard, MSF se voit fréquemment opposer une contre-argumentation dominante qui met en avant l'examen des conséquences liées à la généralisation de nouvelles pratiques de santé et déclare indispensable cet examen pour la bonne conduite des interventions, reprochant à MSF de ne pas en tenir compte ou de manière simpliste, trop précipitée. MSF répond de manière générale par l'argument que traiter des malades aura forcément un effet global positif. Même si sa validité scientifique reste discutée, cet argument, venant de MSF, a de la force dans la sphère publique, lorsque l'Association engage des débats critiques avec des institutions internationales (OMS, agences des Nations unies...), des bailleurs de fonds, des laboratoires pharmaceutiques, des ministères de la Santé et diverses institutions du monde de la médecine (revues scientifiques, réseaux, groupes de spécialistes...). Les études de cas

montrent que cette capacité à faire reconnaître la validité d'innovations tient pour beaucoup à la présence de l'Association en tous les points de la chaîne de légitimation : pratiques cliniques et thérapeutiques, épidémiologie, revues scientifiques, réseaux d'échanges (et de controverses) entre pairs, activités d'analyse et de plaidoyer. Plusieurs contributions rendent compte du dispositif qui permet à MSF d'intervenir ainsi dans les multiples lieux de légitimation.

La cohérence du dispositif est essentielle mais sa réactivité dépend aussi d'adhésions individuelles à l'attitude de veille : seule cette adhésion entraîne chacun à capter des outils médicaux, des stratégies thérapeutiques qui pourraient être importés sur les terrains de la réponse internationale aux urgences, et éventuellement transformés par les praticiens humanitaires.

Il reste que l'intégration des innovations médicales dans la pratique humanitaire nécessite la redéfinition et l'écriture des protocoles de soins, l'obtention des autorisations administratives, l'identification des sources d'approvisionnement, la gestion logistique et administrative d'importations de produits pharmaceutiques, la formation des personnels à de nouvelles pratiques, la supervision vigilante de leur mise en place et l'évaluation continue de leurs résultats. Soit un processus long, exigeant, au cours duquel l'enthousiasme de départ se mue en une usante incertitude au quotidien et parfois en désillusion. Quand l'innovation réussit, l'usage de la nouveauté devient une routine d'une telle évidence qu'il ne reste plus grand monde pour se souvenir de l'effort déployé.

Bibliographie

BERTRAND J.-J., 2000, « L'industrie pharmaceutique et le Tiers-Monde », *Le Monde*, 30 mai.

BRAUMAN R. (dir.), 2000, *Utopies sanitaires*, Paris, Le Pommier.

DESTEXHE A., 1987, *Santé, médicaments et développement : les soins primaires à l'épreuve des faits*, Paris, Fondation Liberté Sans Frontières.

DODIER N., 2003, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Éditions de l'Ehess.

LEGROS D., PAQUET C., PEREA W. *et al.*, 1999, « Mass vaccination with a two doses oral cholera vaccine in a refugee camp », *Bulletin WHO*, 77 (10), p. 837-842.

NOSTEN F., VAN VUGT M., LUXEMBURGER C. *et al.*, 2000, « Effects of artesunate-mefloquine combination on incidence of *Plasmodium falciparum* malaria and mefloquine resistance in western Thailand : a prospective study », *The Lancet*, 356 (9226), p. 297-302.

't HOEN E. F. M., 2009, *The Global Politics of Pharmaceutical Monopoly Power. Drug patents, access, innovation and the application of the WTO Doha Declaration on TRIPS and Public Health*, Diemen (The Netherlands), AMB.

TROUILLER P., OLLIARO P., TORREELE E., ORBINSKI J., LAING R., FORD N., 2002, « Drug development for neglected diseases : a deficient market and a public-health policy failure », *The Lancet*, 359 (9324), p. 2188-2194.

WALZER M., 2004, *Morale maximale, morale minimale*, Paris, Bayard.

WHO, 1999, *Potential use of oral cholera vaccines in emergency situations. Report of a WHO meeting (12-13 May 1999)*, Genève, WHO/CDS/CSR/EDC/99.4.

WHO/OMS, 2008, « Choléra, 2007 », *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 1^{er} août 2008, 83 (31), p. 269-284.

1. Voir, notamment, Jean-Jacques Bertrand, président-directeur général d'Aventis Pasteur, président du Syndicat national de l'industrie pharmaceutique [Bertrand. 2000].

2. <http://www.msfacecess.org/main/access-patents/the-global-politics-of-pharmaceutical-monopoly-power-by-ellen-t-hoen/>

3. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr28/fr/>

4. Epicentre est une association satellite de MSF, spécialisée dans l'épidémiologie d'intervention, la recherche et la formation.

5. WHO, Meningitis season 2007-2008 : moderate levels of meningitis activity, 9 juillet 2008, http://www.who.int/csr/disease/meningococcal/meningitisesepidreport2007_2008/en/index.html

6. Au sujet de MSF-Logistique, association satellite de MSF. voir, dans ce livre, l'étude de C. Vidal et J. Pinel.

Politique des controverses

Marc Le Pape et Isabelle Defourny

MSF est coutumière des controverses. Pour l'Association, celles-ci n'ont pas une valeur négative mais relèvent plutôt d'une dynamique de dépassement. Nous présentons deux exemples récents correspondant à des pratiques d'innovation afin d'observer comment MSF prend part aux controverses et en tire parti. Ces discordes ont eu lieu à l'intérieur du mouvement MSF, ainsi qu'entre l'Association et les autorités des pays où elle opère, les institutions internationales telles que l'Organisation mondiale de la Santé (mais aussi la Banque mondiale, UNICEF, etc.), des firmes pharmaceutiques, des agences gouvernementales et bailleurs de fonds (USAID en particulier), des spécialistes (médecins, épidémiologistes, économistes). L'une de ces discordes porte sur le traitement du paludisme, l'autre sur celui de la malnutrition.

Les divergences créent des contraintes fortes en matière de validation des traitements et des stratégies thérapeutiques. Plusieurs modes de validation sont invoqués et opposés les uns aux autres. Nous décrirons les recours aux différentes modalités de preuve selon les interlocuteurs et selon les moments de la controverse [Lemieux, 2007], nous expliciterons les connexions entre ce travail de démonstration, la pratique médicale humanitaire et les différentes formes d'engagement public.

Paludisme au Burundi : l'introduction des traitements à base de dérivés d'artémisinine²

Les débuts de la controverse (2000-2001) : l'exigence thérapeutique

Le 12 décembre 2000, MSF publie, à Paris, Bruxelles et Genève, un communiqué de presse qui a pour titre : « Épidémie de paludisme au Burundi : les équipes MSF font face à un afflux sans précédent de malades. MSF demande à l’OMS un soutien pour des traitements plus efficaces ». Cette alerte prend appui, d’une part, sur la convergence des constats effectués dans les seize centres de santé où interviennent les équipes MSF, d’autre part, sur une enquête de mortalité rétrospective conduite par MSF entre le 13 octobre et le 6 décembre 2000 : celle-ci permet de découvrir des « taux de mortalité inquiétants ». Le communiqué rappelle ensuite les initiatives prises, « depuis le début de l’épidémie », par l’Association dans le domaine curatif et préventif. Puis il indique quels facteurs « favorisent » l’explosion du nombre de cas et une mortalité élevée. Trois facteurs sont retenus : le développement des cultures de marais, l’arrêt de la lutte antivectorielle et « la très probable résistance à la chloroquine ». Enfin, ce communiqué conclut par un appel à l’OMS et au réseau Roll Back Malaria, réseau de lutte contre le paludisme créé en 1998 à l’initiative de l’OMS auquel sont associés l’UNICEF, le PNUD, la Banque mondiale ainsi que des partenaires publics et privés [Packard, 2007, p. 217-227]. MSF appelle l’OMS et Roll Back Malaria à « soutenir l’utilisation de combinaisons thérapeutiques à base de dérivés d’artémisinine ».

Ce communiqué de presse du 12 décembre constitue la première expression publique de désaccords. Cependant, en ce qui concerne l’incidence du paludisme, il n’y a pas de divergence : ainsi, pour attester l’augmentation « dramatique » des cas, l’OMS–recourt aux données de l’enquête épidémiologique conduite par MSF dans trois centres de santé (13 octobre-6 décembre 2000)⁸ [Kassankogno, Allan, Delacollette, 2000].

En fait, la controverse avait commencé dès novembre 2000 mais avait été cantonnée dans des scènes moins publiques de discussion. Ainsi le responsable qui, à Paris, suit les programmes conduits au Burundi, déclarait-t-il, le 17 novembre, au conseil d’administration MSF : « Malheureusement pour l’instant il n’est pas possible d’utiliser les dérivés de l’artémisinine puisque le gouvernement nous a donné le bon conseil de “ne pas introduire de nouvelles drogues”. Toutes les démarches entreprises pour trouver un appui du côté de l’OMS ont échoué puisqu’elle préconise de ne pas recourir aux médicaments qui ne sont pas enregistrés dans le

pays. On retrouve là une illustration sinistre de la lutte quotidienne pour l'utilisation des meilleurs traitements possibles. »

MSF engage la controverse entre pairs sur les points suivants :

- La critique politique : l'OMS, de manière générale, ne devrait pas conditionner ses avis aux politiques gouvernementales, cet alignement entrave les progrès en matière de diagnostics et de traitements.

- Le choix des traitements : MSF préconise, et ce dès novembre 2000 pour le Burundi, l'usage des dérivés de l'artémisinine en combinaison avec la sulfadoxine-pyriméthamine (Fansidar®) dans les cas non compliqués, et l'artéméther (Paluther®) en combinaison avec la sulfadoxine-pyriméthamine pour les cas sévères. Ce choix est justifié par l'efficacité thérapeutique, la réduction de la transmission et la limitation du développement des résistances. En outre, l'artéméther se trouve sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS, ce qui devrait faciliter son introduction.

- La crainte d'un important développement de résistances à la sulfadoxine-pyriméthamine, si elle était utilisée en monothérapie pour répondre à l'épidémie : en effet, le 16 novembre, l'OMS avait commencé à préconiser l'usage de la sulfadoxine-pyriméthamine (en remplacement de la chloroquine), comme traitement de première ligne des cas non compliqués.

- La nécessité de conduire, au Burundi, des études de résistance à la chloroquine et à la sulfadoxine-pyriméthamine telles qu'elles sont prescrites dans le protocole OMS.

À ces craintes, ces critiques et ces propositions, le coordinateur de Roll Back Malaria répond d'abord, le 13 décembre, par mail sur le réseau RBM, puis le lendemain dans un document public où l'OMS justifie sa recommandation pour le traitement de la malaria non-compliquée, c'est-à-dire le remplacement de la chloroquine par la sulfadoxine-pyriméthamine, mais sans association avec d'autres antipaludiques⁹. Des raisons de trois ordres sont avancées :

- L'efficacité thérapeutique : il en est donné pour preuve des études conduites au Rwanda et en Tanzanie.

– Les contraintes opérationnelles : le personnel médical burundais est déjà familiarisé avec ce traitement ; la sulfadoxine-pyriméthamine est disponible en quantité au Burundi et dans la région.

– L’observance du traitement : elle est facilitée par la simplicité du schéma posologique qui consiste en un traitement à dose unique.

En outre, les rédacteurs OMS expliquent pourquoi ils ne recommandent pas, en première ligne, le traitement par une combinaison associant sulfadoxine-pyriméthamine et artésunate, tout en reconnaissant son efficacité. Ils invoquent le manque de données disponibles pour l’Afrique sur l’efficacité thérapeutique de cette combinaison, les problèmes d’adhérence au traitement, le non-enregistrement de l’artésunate par le ministère de la Santé burundais. Il reste que ce document annonce une avancée : le ministère de la Santé a adopté, pour les cas de malaria sévère, l’artéméther. Auparavant, dans un document interne, l’OMS, en traitement de seconde ligne, préconisait déjà l’artéméther (Paluther®), mais « à condition qu’il soit enregistré dans le pays » [Kassankogno, Allan, Delacollette, 2000].

Dans son intervention du 13 décembre, réservée au réseau de pairs, le coordinateur du réseau RBM ajoutait que, si l’efficacité thérapeutique pouvait justifier l’usage de la combinaison artésunate-sulfadoxine/pyriméthamine, toutefois une série de constats conduisait à s’interroger sur le recours à cette combinaison dans la situation spécifique du Burundi : les difficultés d’accès aux patients, le manque de personnel spécialisé, l’absence de stocks disponibles dans le pays et dans la région. Le responsable MSF qui, à Paris, conduit cette discussion, répond aussitôt sur le site du réseau en centrant le désaccord sur l’efficacité de la sulfadoxine-pyriméthamine. Selon des enquêtes de résistance conduites dans deux centres de santé rwandais par l’OMS en 1999 et 2000, ce médicament n’est efficace que dans 64 % des cas sur un site, et dans 53 % des cas sur le second site – le rédacteur ajoute que cette information, alors non publiée, a été communiquée à MSF par l’OMS. Il précise donc qu’il est moins optimiste que l’OMS quant à l’efficacité de la sulfadoxine-pyriméthamine en monothérapie. Son usage massif accélérera le développement de résistances. Cette réponse rappelle ensuite les arguments en faveur des combinaisons basées sur des dérivés de l’artémisinine, arguments déjà

présentés à l'intérieur du réseau Roll Back Malaria et évoqués publiquement par MSF, le 12 décembre.

Cependant le rédacteur MSF renforce sur plusieurs points sa réponse aux objections :

– Les patients ont déjà l'habitude d'une prise de traitement pendant trois jours avec la chloroquine donc il n'y a pas de raison de soupçonner que l'observance soit plus compliquée à obtenir pour la combinaison recommandée par MSF.

– L'artésunate a déjà été introduit au Burundi, il y est disponible dans les pharmacies de Bujumbura, il est enregistré dans la liste des médicaments remboursés par la mutuelle des fonctionnaires. Mais souvent les protocoles fixant son usage ne sont pas adéquats. Son adoption dans le protocole national, au moins pour la période épidémique, réduirait les risques entraînés par des usages non contrôlés.

– Les contraintes logistiques et professionnelles sont bien réelles, mais l'expérience de terrain, celle de MSF dans trois provinces, montre que les zones d'épidémie peuvent être atteintes par des cliniques mobiles. Quant à l'argument du manque de personnel spécialisé, le rédacteur MSF lui oppose aussi le point de vue du praticien : pourquoi le personnel médical, qui a déjà l'habitude du traitement en trois jours par la combinaison chloroquine/sulfadoxine-pyriméthamine, ne serait-il pas en mesure de délivrer le traitement en trois jours par l'association artésunate/sulfadoxine-pyriméthamine ?

– L'approvisionnement en nouvelles molécules est bien un problème, mais MSF se déclare prête à fournir des dérivés de l'artémisinine, s'ils sont acceptés par le ministère de la Santé. L'Association a pour objectif d'introduire les combinaisons à base d'artémisinine « à un bas prix ». Notons que le responsable MSF commence là à aborder, dans la controverse, la dimension économique du problème, mais sans expliciter les solutions proposées pour obtenir un bas prix, ni comparer les coûts des différents traitements.

– Enfin, la nécessité médicale (le terme d'éthique n'est pas utilisé) : si l'on ne peut introduire l'artésunate partout au Burundi, au moins faut-il l'essayer là où c'est possible. Tous les patients ne seront pas accessibles, mais au moins certains auront reçu un bon traitement.

Ainsi, les « choix de traitement », publiés par l’OMS le 14 décembre 2000, ne mettent pas un terme à la controverse : le 22 décembre 2000, lors d’une réunion, à Paris, du conseil d’administration MSF, l’épidémie au Burundi, revient à l’ordre du jour. Le responsable en charge du département médical et logistique constate que la polémique (« essentiellement via le mail et le site de débat du réseau roll-back malaria de l’OMS ») « a eu pour premier effet de modifier les recommandations de l’OMS qui parle maintenant des traitements que nous préconisons (utilisant l’artésunate) mais sans les recommander en première ligne ».

MSF poursuit donc ses interventions critiques sur le traitement de première ligne, notamment dans une lettre publiée par *The Lancet* en mars 2001 [Gastellu Etchegorry, Matthys, Galinski, White, Nosten, 2001]. Cette lettre est signée par deux responsables médicaux MSF ainsi que par trois médecins-chercheurs, spécialistes de la malaria. Les rédacteurs caractérisent comme une « obligation éthique » le recours aux combinaisons incluant des dérivés de l’artémisinine, car ce sont les thérapies les plus efficaces. Ils ajoutent que cette obligation éthique s’applique non seulement aux médecins mais aux ONG et agences internationales, en conséquence les rédacteurs demandent que l’OMS et les bailleurs de fonds recommandent que soient « immédiatement » mises en œuvre ces thérapies.

C’est en avril 2001 que l’OMS adopte un nouveau protocole recommandant, dans les pays qui enregistrent une résistance aux monothérapies couramment utilisées, le passage aux combinaisons thérapeutiques et de préférence aux ACT, en première et en deuxième ligne [OMS, 2001]. Il s’agit alors de recommandations générales et il dépend des États qu’elles soient enregistrées dans les protocoles nationaux. Cette décision interviendra au Burundi en juillet 2002, la mise en œuvre débutant des mois plus tard, en 2003.

Conflit avec le ministère burundais de la Santé (2001-2002) : l’obligation éthique

Tandis que les combinaisons thérapeutiques à base de dérivés d’artémésinine ne sont pas encore recommandées pour les cas de paludisme simple par le ministère de la Santé, dès 2001, la section française de MSF

commence à les utiliser pour ses patients. Les autorités sanitaires burundaises sont informées localement et tolèrent ces pratiques jusqu'en octobre 2001, jusqu'au moment où MSF France décide de dénoncer publiquement le protocole de prise en charge du paludisme simple ; face à la faiblesse de son efficacité thérapeutique, l'Association met en valeur les résultats qu'elle a obtenus par l'utilisation de combinaisons à base d'artémésinine dans l'un de ses programmes, à Kayanza. A quoi le ministère de la Santé réplique en exigeant le retrait de ces médicaments des centres de santé où intervient MSF, puis peu après, le 8 novembre, en décidant de suspendre, pour deux mois, le programme conduit dans la province de Kayanza. À la mi-décembre, les autorités burundaises mettent fin aux activités du chef de mission de MSF (section française), autrement dit l'expulsent.

Le directeur général de MSF (Paris) a alors écrit aux autorités burundaises et à l'OMS pour justifier l'introduction localisée du nouveau traitement. La lettre du 9 novembre 2001 qu'il adresse aux responsables du réseau Roll Back Malaria rassemble ses arguments et, tout d'abord, l'exigence d'efficacité thérapeutique. Or, le Burundi continue à maintenir en première ligne un protocole (sulfadoxine-pyriméthamine en monothérapie) dont les praticiens MSF constatent qu'il n'est plus efficace. C'est pourquoi MSF a estimé qu'il était inacceptable de continuer à le respecter et a pris le parti d'utiliser « immédiatement » une combinaison à base d'artémisinine, sans attendre les résultats des évaluations envisagées par le ministère de la Santé et l'OMS. C'est pourquoi « les volontaires étaient envoyés sur le terrain avec un approvisionnement en artésunate et amodiaquine ». Cette lettre place au premier plan de l'argumentation l'exigence éthique en rappelant qu'administrer un traitement efficace est une obligation pour le médecin, en affirmant que MSF se tient à cette obligation au Burundi, comme partout dans le monde. Nous ne chercherons pas ici à déterminer si ce niveau de rigueur est, en 2001, partout praticable et pratiqué par l'Association, mais nous constatons que, dans la province de Kayanza, argument et pratique concordent. Ce qui, du point de vue burundais, apparaît comme une mise en cause de la souveraineté nationale. On comprend donc que la controverse passe alors un seuil et se transforme en crise, tant chacun se réclame d'un principe fondamental et donne de l'éclat au désaccord. Il faudra qu'ait lieu, en février 2002, une rencontre entre le président burundais d'une part, le président du mouvement

international MSF et celui de la section française d'autre part, pour dégager une sortie de crise. Au terme de l'entretien, le Président burundais demande à MSF de continuer à travailler au Burundi.

En mars 2002, plusieurs responsables MSF rencontrent la directrice générale de l'OMS. Celle-ci s'engage à soutenir le passage aux traitements à base de dérivés d'artémisinine mais rappelle que l'OMS est une organisation décentralisée dont la branche régionale Afrique n'a pas la même volonté. En outre, elle souligne qu'aux USA le recours aux ACT se heurte à de fortes oppositions.

La transformation des discordes en crise eut des incidences à l'intérieur du mouvement MSF. Dès novembre 2001, la section française interroge les trois autres sections intervenant au Burundi et qui, elles, ne sont pas suspendues : « Pourquoi sommes-nous la seule section dans le pétrin... comment traitez-vous les cas de malaria simple ? ». La controverse interne est intensifiée et généralisée par une lettre du 16 janvier 2002 que le responsable en charge à Paris du Burundi adresse, en français et en anglais, « à toutes les sections de MSF, aux présidents, aux directeurs généraux, aux directeurs opérationnels, à tous les directeurs et responsables opérationnels ». Cette lettre ne s'arrête pas à l'affirmation d'une stratégie pour le Burundi, elle propose une montée en généralité et vise à entraîner l'ensemble du mouvement dans cette démarche. Il s'agit d'aborder « la question du traitement du paludisme en général en Afrique » et d'engager une campagne publique afin d'obtenir l'adoption de réponses thérapeutiques efficaces pour « toutes les populations » des pays concernés par les problèmes de résistance à la chloroquine et à la sulfadoxine-pyriméthamine (Fansidar®) : cette position, selon le rédacteur de la lettre, devrait être publiquement assumée par toutes les sections MSF ; il ajoute qu'elles semblent toutes la partager mais sans « aller au bout de leur engagement ».

Cette lettre, titrée « Sommes-nous seuls ? » (« Are we alone ? »), enflamme le milieu MSF, provoquant une confrontation centrée principalement sur la question suivante : quelle est la meilleure stratégie pour obtenir un changement de protocole au Burundi ? En outre, est mis en cause le fait d'adresser ce message à la totalité des responsables du mouvement : cette manière de faire est dénoncée comme un contournement

des instances de décision régulières, visant à faire approuver la stratégie de la section française. Certains contradicteurs soulignent que la position parisienne concorde avec des orientations générales déjà adoptées par l'ensemble du mouvement, l'accord sur la nécessité de changer de protocole est acquis, la section française n'est pas engagée seule dans ce combat : ce qui isole cette section, au Burundi, c'est la stratégie de confrontation qu'elle a adoptée, seule. C'est là à la fois un rappel à l'ordre et un rappel au réel, que certains complètent en dénonçant l'autoglorification : MSF-F donne l'impression qu'elle est l'unique section engagée dans la bataille du protocole. Ces critiques sont généralement associées à l'affirmation qu'il existe une stratégie plus efficace que l'attitude de confrontation : il s'agit de pratiquer une « diplomatie silencieuse », de travailler à convaincre en intervenant auprès de toutes les instances et de toutes les personnes qui peuvent contribuer à faire changer le protocole.

Il faudra une avancée sérieuse, l'engagement burundais à changer de protocole, pour que le traitement des désaccords entre sections MSF rejoigne son cours normal, à l'intérieur des régulations instituées.

Les contraintes économiques

Les premières interventions publiques MSF en faveur du changement de protocole n'évoquent qu'exceptionnellement le coût des ACT : rien, à ce sujet, dans le communiqué de presse du 12 décembre 2000 ; une simple allusion dans l'article que publie *The Lancet* en mars 2001 : « We appreciate the considerable operational and economic obstacles involved in changing national malaria policies, but there is an ethical obligation... » [Gastellu Etchegorry, Matthys, Galinski, White, Nosten, 2001].

Cependant MSF n'a pas négligé la difficulté constituée par le coût des ACT : cette question, d'abord laissée en retrait du débat public, est néanmoins évoquée dans les discussions internes, ainsi que dans les échanges avec l'OMS et avec le Burundi. Le directeur médical et logistique de la section française déclare au conseil d'administration parisien, en décembre 2000 : « on espère pouvoir abaisser le coût du traitement à 1 \$ » – il n'explique pas comment réaliser cet espoir. En octobre 2001, dans une lettre aux députés burundais, le directeur général de la section française reconnaît que le coût « représente une difficulté majeure » et il ajoute que MSF s'est engagé « afin que des solutions soient trouvées », comme elle l'a

fait pour le traitement des malades du Sida. De fait, à partir de début 2002, lorsqu'est scientifiquement reconnue la nécessité de changer de protocole en Afrique, en particulier dans les pays de haute résistance à la sulfadoxine-pyriméthamine et à la chloroquine [Guthmann *et al.*, 2008], l'action publique du mouvement MSF met l'accent sur la réponse aux obstacles financiers. Cette orientation devient manifeste lors d'une réunion annuelle du Réseau est-africain pour le traitement contre la malaria (East African Network for Anti-Malaria Treatment, EANMAT) : à cette occasion, MSF publie le 13 février 2002, à Nairobi, un rapport intitulé « Changing national malaria treatment protocols in Africa : What is the cost and who will pay ? ». Ce rapport présente une analyse visant à évaluer le coût du changement de protocole dans cinq pays africains (dont le Burundi) ; son auteur déclare qu'un tel changement est trop coûteux pour les pays concernés par l'enquête : sa mise en œuvre nécessite une assistance financière internationale. Dès lors est enclenchée une longue controverse, impliquant ONG, bailleurs de fonds (USAID en particulier), institutions internationales, sur la recherche des bonnes solutions permettant de garantir une baisse du coût des ACT et d'en assurer l'approvisionnement.

En septembre 2008, le directeur du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, déclare qu'un mécanisme économique a été élaboré qui devrait permettre à partir de 2009 de vendre en pharmacie, dans les pays endémiques, un médicament à base d'artémisinine au même prix que la chloroquine. Ce mécanisme suppose que le Fonds mondial dispose à cet effet, chaque année, d'une somme estimée entre 150 et 300 millions de dollars¹⁰.

Du traitement de la malnutrition aiguë sévère¹¹ à sa prévention

Entre avril et juin 2005, MSF publie à Paris trois communiqués de presse sur la gravité de « la crise nutritionnelle au Niger » et sur le dispositif mis en place par l'Association pour y répondre – aucun des trois communiqués n'emploie le terme de famine.

Le 26 avril, MSF signale qu'un nombre « anormalement élevé » d'enfants atteints de malnutrition aiguë sévère sont pris en charge dans ses centres d'hospitalisation et de consultation. Elle demande que « des

distributions générales de nourriture » soient d'urgence organisées – sans indiquer par qui elles devraient l'être (« les autres acteurs de l'aide » sont évoqués sans plus de précision).

Un second communiqué, sorti le 9 juin, souligne, en prenant appui sur une enquête nutritionnelle menée par MSF-Epicentre fin avril 2005, que, par rapport à 2004, deux fois plus d'enfants de moins de cinq ans souffrant de malnutrition sévère sont pris en charge dans les programmes MSF. À la différence du communiqué précédent, celui du 9 juin énonce clairement une exigence de politique générale : des « mesures exceptionnelles doivent être prises en urgence », Médecins Sans Frontières appelle donc à des distributions de nourriture qui permettent « aux populations les plus vulnérables un accès gratuit et direct à la nourriture ». MSF introduit alors des éléments polémiques dans sa communication publique : elle critique l'insuffisance des opérations initiées par le gouvernement nigérien, des « ventes de céréales à prix modéré » ; elle appelle à « la mobilisation des bailleurs de fonds et des organisations internationales, telles que le PAM et l'UNICEF », mobilisation qui seule permettrait de mettre en œuvre l'exigence de distribution gratuite. Cet appel accuse : déclarer qu'il faut mobiliser ces institutions, c'est dire qu'elles ont été jusqu'alors défailtantes.

Le 28 juin, troisième communiqué. Comparée aux précédentes, cette prise de position souligne plus fortement l'urgence d'agir : « il y a des milliers de morts évitables cet été ». L'Association continue à dénoncer « les réticences des bailleurs de fonds et du gouvernement concernant les distributions gratuites de nourriture », car elles « bloquent la mise en place de secours adaptés ». Cependant le communiqué a une tournure pratique singulière par rapport aux précédents. En effet, lorsque le président de MSF déclare qu'« il y a des milliers de morts évitables », il présente ce pronostic comme le point de vue d'un praticien : « Il existe aujourd'hui des produits nutritionnels, faciles d'emploi pour les enfants, qui permettent de sauver des vies en quelques semaines de traitement ». Aucune des deux interventions antérieures n'évoquait cet argument thérapeutique, immédiatement accessible même à ceux qui ignorent tout du traitement de la malnutrition et des débats sur les distributions gratuites.

Les controverses liées au traitement de la malnutrition infanto-juvénile dans le cas du Niger ont été multiples, elles ne sont pas toutes éteintes [Olivier de Sardan, 2008]. En 2005, la controverse prolifère, sort du registre

médical, devient une crise politique. Nous ne rendrons pas compte de toutes ces péripéties, de la diversité des prises de position et des antagonismes. L'ouvrage collectif dirigé par Xavier Crombé et Jean-Hervé Jézéquel [2007] livre un tableau des différents registres polémiques et engagements publics qui caractérisent cette crise : controverses politiques, économiques, sociologiques, épidémiologiques, médicales, pour ne citer que les polémiques les plus visibles.

Notre restitution porte sur les deux aspects controversés de l'action MSF : d'une part, les distributions gratuites de nourriture, d'autre part, l'introduction de nouveaux produits nutritionnels associée à la transformation des stratégies thérapeutiques.

L'innovation thérapeutique ne date pas de 2005

Fin juillet 2001, au Niger, dans le département de Maradi, MSF ouvre un programme nutritionnel, comportant deux centres de traitement de la malnutrition aiguë sévère. Simultanément, une nouvelle approche est proposée : après un temps d'hospitalisation limité dans un centre nutritionnel classique, le traitement sera poursuivi au domicile, associé à un suivi médical hebdomadaire. Selon une évaluation effectuée par MSF, la phase externe de traitement a été alors rendue possible par l'utilisation de « nourritures spécialisées prêtes à l'emploi » [Priem, 2002]. Ce rapport précise que « l'équipe MSF était quelque peu réticente à la mise en place de la phase externe, par peur des rechutes » [Priem, 2002, p. 11 et p. 20-21]. « Les inquiétudes des équipes reposaient sur le risque de ne pas pouvoir suivre les complications pour des enfants malnutris aux défenses immunitaires moindres, compte tenu des difficultés pour les mères d'arriver à temps à la consultation MSF »¹². En dépit de ces craintes, la nouvelle stratégie fut progressivement mise en œuvre : en novembre 2001, à Dakoro (région de Maradi), 80 % des enfants d'abord hospitalisés ont par la suite été transférés en phase externe, c'est-à-dire en récupération nutritionnelle à domicile. L'évaluation relève une faiblesse du programme, le nombre élevé d'abandons du traitement, mais estime néanmoins que la réhabilitation nutritionnelle à domicile a été « satisfaisante » ; ce jugement prend appui sur la construction d'indicateurs, qui sont le gain de poids moyen quotidien, la durée de séjour dans le programme, le pourcentage de réhospitalisation

(les retours de la phase externe à l'hospitalisation), les « modes de sortie » de chaque phase du programme (guérison, décès, abandon).

Dès 2000, Steve Collins, médecin travaillant alors pour l'ONG irlandaise Concern, avait utilisé les aliments prêts à l'emploi et démontré l'efficacité de la prise en charge au domicile [Collins, 2002]. A cette époque, Médecins Sans Frontières n'était pas en faveur d'une telle stratégie : peu ou pas médicale, elle paraissait trop risquée pour des enfants sévèrement dénutris.

À partir de juillet 2003, sous l'impulsion de certains cadres convaincus par les travaux de Steve Collins, MSF décide de débiter directement le traitement au domicile, sauf pour les cas compliqués exigeant une hospitalisation [Tectonidis, 2004]. Cette décision a été confrontée à des inquiétudes d'ordre médical : dans les équipes de terrain, beaucoup redoutaient que la réhabilitation au domicile ne soit moins durable que celle obtenue dans les centres de nutrition thérapeutiques. On craignait que les mères ne réservent pas le plumpy'nut® [Priem, 2002, p. 20, 22] à l'enfant sévèrement malnutri et le partagent entre enfants. À quoi les défenseurs du programme rétorquent par « les données du terrain » concernant « l'utilisation massive du volet externe » [Tectonidis, 2005 b] : faible taux de recours à l'hospitalisation pour les enfants traités à domicile, baisse du taux de réadmission dans le programme (autrement dit baisse des rechutes), pas de diminution du gain de poids moyen pour l'ensemble du programme. Cette controverse sur le développement de la stratégie ambulatoire est caractérisée, en ce qui concerne ses défenseurs, par la mise en avant d'arguments et de données issus de l'observation clinique, tandis que ses détracteurs prennent appui d'une part sur les faiblesses du programme constatées au cours des deux premières années d'intervention (juillet 2001-juillet 2003) mais aussi sur des interrogations culturelles ou sociologiques concernant les comportements des mères : comment s'assurer qu'elles respectent les modalités du traitement à domicile ?

MSF, à l'épreuve de la crise (2005)

En février 2005, MSF repère, par rapport à février 2004, une hausse des admissions dans ses programmes nutritionnels. Ce phénomène est confirmé les mois suivants. La hausse continue des admissions motive la publication des trois communiqués de presse évoqués ci-dessus. Cependant les responsables MSF assurant la conduite des opérations au Niger hésitent,

dans un premier temps, à identifier la situation comme une crise, exigeant, en urgence, des réponses spécifiques : la forte hausse des admissions n'est-elle pas d'abord le signe d'une reconnaissance de l'efficacité des programmes ambulatoires par les mères face à une pauvreté chronique provoquant de manière récurrente une augmentation des cas de malnutrition sévère ? Est-ce à MSF de prendre en charge la réponse à ce phénomène endémique lié à la pauvreté ? Ces doutes et ces interrogations sont contestés par certains responsables.

Tandis que la qualification des signaux d'alarme et les différences d'appréciation sur les limites de la responsabilité humanitaire continuent à provoquer des discordes internes, de nouveaux indices et nouvelles appréciations sont retenus pour justifier publiquement le diagnostic de gravité : ce sont notamment les résultats d'enquêtes nutritionnelles conduites à l'initiative de plusieurs institutions et de MSF¹³. En outre, et ce constat est le facteur le plus déterminant à l'intérieur de MSF, les demandes de prise en charge médicale et les admissions d'enfants malnutris ne cessent d'augmenter (ces faits sont connus et reconnus par tous alors que perdurent les désaccords sur l'extension de la réponse humanitaire). D'avril à juin 2005, les trois premiers communiqués de presse, pour accréditer la gravité de la crise et l'urgence d'agir, prennent appui sur ces deux types d'indices, ceux produits par les enquêtes épidémiologiques, ceux produits par l'observation médicale et le recueil de données dans les centres de récupération nutritionnelle MSF.

La principale exigence formulée par MSF, le 9 juin 2005, porte sur « des distributions gratuites de nourriture auprès des populations les plus touchées par la malnutrition ». D'où l'appel à « une mobilisation des bailleurs de fonds et des organisations internationales, telles que le PAM et l'UNICEF ». L'une des justifications données à ce message tient en un constat critique : le plan d'action adopté par le gouvernement nigérien, axé principalement sur la vente de céréales à prix modérés, n'améliore pas la situation des zones rurales les plus affectées – la capacité à diriger les secours vers les zones aux taux de malnutrition les plus élevés a été acquise progressivement par MSF, de mars à juillet, au fur et à mesure que le recoupement des recueils de données, des enquêtes nutritionnelles, des analyses socio-économiques ont permis de mettre en relation observations médicales, mesures de la malnutrition et déterminants socio-économiques

[Jézéquel, 2005], et donc de cibler en priorité les zones les plus sévèrement affectées par la malnutrition infanto-juvénile aiguë.

Dans les communiqués successifs de MSF (9 et 28 juin, 22 août), c'est l'afflux des enfants dans les centres de soin et de dépistage qui est systématiquement mis en avant comme preuve que les mesures prises par les pouvoirs publics ne répondent pas de manière efficace à l'urgence médicale. MSF produit donc des énoncés descriptifs qui visent à attester la gravité de « l'épidémie de malnutrition aiguë » ; elle lie à ces énoncés son diagnostic médical et là elle touche une corde sensible : ce sont des enfants qui vont mourir, on peut les sauver. Cependant, elle n'est pas seule à faire ce constat. Ainsi, fin juillet 2005, le Programme alimentaire mondial, en rupture avec la stratégie officielle, commence des distributions gratuites de nourriture. Pourtant, à nouveau, la controverse publique rebondit, déclenchée par un communiqué de presse que MSF publie le 22 août, à la veille de la visite du secrétaire général des Nations unies au Niger. Ce communiqué met en cause l'insuffisance des distributions en quantité ainsi qu'un ciblage géographique mal ajusté, enfin elle reproche aux agences de ne pas fournir des « aliments spécialisés » pour les enfants en bas âge : or « ces derniers meurent de faim », ce sont « les principales victimes de la malnutrition ». On voit que le lien entre sauvetage des enfants et recours à des aliments spécialisés est publiquement assumé de manière régulière et insistante, surtout à partir de la fin juin (on se trouve alors dans la période de soudure, l'aggravation de la crise est donc prévisible par tous). Cette insistance sur les distributions ciblées gratuites et des solutions adaptées aux enfants en bas âge (« de six à cinquante-neuf mois ») fait valoir l'expérience médicale comme une contre-épreuve face à la stratégie adoptée par le gouvernement nigérien et nombre d'acteurs institutionnels dont le rôle est décisif. La rationalité libérale de cette stratégie n'est pas explicitement mise en cause, ce sont ses effets, où plutôt la faiblesse de ses effets, auxquels MSF confronte sa contre-expertise, son expérience. Dans cet esprit, l'Association demande également que les soins pour les enfants deviennent gratuits pendant durée de la crise nutritionnelle.

Quelles sont les observations et les doctrines auxquelles se heurte la stratégie privilégiée par MSF et d'autres acteurs humanitaires (en particulier Action contre la faim) ? Elles sont de plusieurs ordres. Il y a d'une part une

contestation que l'on peut dire analytique, d'autre part une contestation polémique au moment des pics de controverse.

Les arguments propres à la contestation analytique ont été formulés notamment par l'Agence d'aide américaine [USAID, 2005]. Tout d'abord l'Agence reconnaît l'existence d'« une crise de sécurité alimentaire grave » localisée dans certaines zones du Niger : elle est le résultat « prévisible et inévitable » d'une situation de pauvreté chronique. Puis les rédacteurs du document, après avoir contesté l'ampleur des chiffres de personnes à risque avancés par « certains comptes-rendus de presse », affirment néanmoins que 2,4 à 3,6 millions de personnes sont très vulnérables à l'insécurité alimentaire : « un pourcentage périra effectivement d'un manque d'aliments, de la mauvaise qualité de l'eau, ou d'autres problèmes qui ne sont pas liés à l'alimentation ». Ce jugement fataliste ne vise pas explicitement MSF, il revient cependant à mettre en cause la politique de l'Association sur les secours alimentaires : celle-ci ne tiendrait pas compte du caractère multifactoriel de la mortalité infanto-juvénile et, de ce fait, par le type de secours qu'elle préconise, elle répond certes localement à l'urgence mais n'atteint pas les facteurs aggravant la malnutrition : les auteurs du document jugent nécessaire le recueil de données sur ces autres facteurs et la conduite de nouvelles évaluations sur le contexte nutritionnel dans les départements les plus touchés – ceux précisément où MSF intervient (et beaucoup d'autres ONG à partir de juillet 2005). De fait, cette analyse ne conclut pas sur un désaccord avec les pratiques engagées par MSF, puisqu'elle préconise une assistance immédiate qui comporte en particulier distributions gratuites de denrées alimentaires et fourniture accentuée de « compléments alimentaires pour les enfants âgés de moins de cinq ans ». Mais les causes ne sont et ne seront pas ainsi maîtrisées, d'où une forte dose de scepticisme sur la portée des solutions médicales préconisées par MSF.

Pour présenter une confrontation polémique suscitée par les interventions MSF, nous retenons les réactions à deux reportages de la BBC (13 et 15 septembre 2005) reprenant les critiques formulées par MSF, mettant en cause le Programme alimentaire mondial, l'accusant de ne pas livrer les secours à ceux qui en ont le plus besoin¹⁴.

Le directeur exécutif du PAM adresse, le 15 septembre, une lettre au président de MSF-F, où il proteste contre le dénigrement de son

organisation qui contraste avec la coopération existant sur le terrain entre celle-ci et les sections MSF. Selon lui, les discussions privées doivent être privilégiées et non la confrontation publique, car celle-ci est contreproductive (autrement dit, ce n'est pas en dénonçant ses partenaires dans la presse que l'on fait des progrès mais en parlant avec eux : avec son communiqué, MSF n'a pas pour but d'améliorer le sort des enfants mais de se faire de la publicité en critiquant les agences des Nations unies). Pour conclure, le directeur du PAM exprime le souhait qu'un forum de discussion soit établi avec MSF, permettant de traiter les problèmes opérationnels et d'aboutir à « une compréhension partagée » du travail avec les médias. Selon lui, le point de rupture entre PAM et MSF n'est donc pas atteint. En réponse, le président de la section française fait valoir que la polémique publique a eu un meilleur résultat que les réunions avec les organismes d'aide : elle a pu convaincre ceux-ci et les autorités nigériennes qu'il fallait distribuer la nourriture en priorité dans les zones les plus affectées en termes de malnutrition aiguë, ce qui n'était pas le cas jusqu'à la mi-juillet.

De fait, les objectifs d'aide annoncés par le PAM dans son communiqué de presse du 15 septembre 2005 concordent avec les urgences définies par MSF.

Les stratégies nutritionnelles et les « aliments thérapeutiques prêts à l'emploi »

Aliments prêts à l'emploi et prévention

Pendant l'année 2005, les différentes sections MSF ont traité au Niger 60 000 enfants atteints de malnutrition aiguë sévère en adoptant la méthode initiée par Steve Collins, dès 2000. L'innovation, de la part de MSF, ne portait pas sur la méthode mais son application à une telle échelle et avec une telle proportion de guérison (plus de 80 %) était alors sans précédent : c'est la première fois qu'était démontrée la possibilité qu'un nombre aussi élevé d'enfants accèdent à un traitement de la malnutrition aiguë sévère. Au cours de l'été 2005, le ministère de la Santé intégrait la même stratégie thérapeutique dans le protocole national de traitement de la malnutrition aiguë sévère.

En 2006, les responsables MSF s'occupant du Niger à Paris décident de ne plus limiter l'intervention aux cas de malnutrition aiguë sévère, la distribution d'aliment thérapeutique débutera dès le stade de la malnutrition aiguë modérée. Ce type de prise en charge des enfants est mis en œuvre, au cours de 2006, dans les deux districts du département de Maradi les plus touchés. En fin d'année 2006, les responsables de ce programme font valoir l'efficacité médicale de l'opération et en constatent le coût très élevé, dû au prix du plumpy'nut mais surtout aux dépenses nécessitées par les opérations visant à trier les enfants pour identifier ceux qui présentent des signes de malnutrition aiguë. En conséquence, décision est prise de simplifier la prise en charge par la suppression du triage entre enfants atteints de malnutrition aiguë ou non : pendant la période de soudure (mai à octobre), dans un district, tous les enfants de la classe d'âge la plus en danger (enfants âgés de 6 mois à 3 ans) bénéficieront, à domicile, d'un apport nutritionnel quotidien, celui d'un nouveau produit prêt à l'emploi, le plumpy'doz¹⁵ – les cas de malnutrition sévère seront traités de manière spécifique dans un programme thérapeutique (soit 22 000 cas en 2007).

Évaluant cette stratégie, les responsables du programme observent que, par rapport aux admissions enregistrées pendant la même période durant les années 2002-2005, celles dénombrées en 2007 chutent à partir du mois de juin et se maintiennent à un niveau bas jusqu'en octobre ; d'autre part, ils relèvent que la stratégie de distribution générale adoptée en 2007 est associée à une même réduction des admissions de cas de malnutrition aiguë sévère que celle liée à la méthode de triage appliquée en 2006. Ces données justifieraient donc l'intervention précoce, c'est-à-dire la distribution de plumpy'doz à tous les enfants de six mois à trois ans au cours des six mois où la crise nutritionnelle est récurrente. En outre, l'analyse des dépenses engagées, en 2007, pour la distribution d'un aliment complémentaire à la classe d'âge des 6-9 mois dans l'ensemble du district de Guidam Roumji montre que 77 % du budget avait été consacré à l'achat des aliments pour les enfants, tandis qu'en 2006 la distribution alors réservée aux cas de malnutrition aiguë avait nécessité une intense activité de triage, et seules 35 % des dépenses avaient été allouées à l'achat des aliments. Pour autant, MSF ne recommande pas les distributions précoces d'aliments complets prêts à l'emploi à toute une classe d'âge et plusieurs mois par an dans toutes les situations de malnutrition chronique ; elle les préconise dans les

contextes caractérisés par une haute incidence de la malnutrition aiguë et de la mortalité associée.

Nous venons de résumer les opérations conduites au Niger en nous tenant au récit fait par les initiateurs MSF du programme. Ce récit doit être compliqué par le rappel des controverses liées à l'élargissement de l'utilisation des aliments prêts à l'emploi.

Lorsqu'en 2007 l'équipe responsable des programmes au Niger propose une stratégie d'intervention précoce avec comme principal argument l'objectif de simplifier la prise en charge, les objections sont vives à l'intérieur de l'Association. Certains contestent en effet qu'une telle extension du programme relève des responsabilités de l'Association, car, de leur point de vue, la solution d'un problème chronique dépend des politiques de développement et non pas d'une organisation urgentiste, les interventions MSF devraient donc se limiter aux épidémies de malnutrition aiguë sévère pour lesquelles l'efficacité de la méthode ambulatoire est vérifiée et non pas étendre ce traitement aux cas de malnutrition modérée, voire à l'ensemble des enfants des pays pauvres. Des critiques comparables proviennent de l'extérieur de l'Association. Il est reproché à MSF de ne pas être légitime lorsqu'elle affirme qu'il y a une voie médicale pour aborder le problème de la sous-nutrition. Les méthodes de l'action médicale urgentiste appliquées aux cas sévères ne sont pas généralisables durablement : pour réduire la sous-nutrition il faut se préoccuper d'autres facteurs (économiques, agricoles, sociologiques...) et contraintes que ceux pris en compte par l'Association. À quoi MSF rétorque que, dans des zones à forte incidence de la sous-nutrition, la mortalité des jeunes enfants est catastrophique alors qu'il existe aujourd'hui une possibilité de réduire médicalement cette mortalité. Les résultats obtenus au Niger attestent que l'on peut réduire l'incidence de la malnutrition aiguë sévère et compliquée en pratiquant, dans les zones à haut risque, une distribution préventive d'aliments prêts à l'emploi à tous les enfants âgés de 6 à 36 mois. Pourquoi attendre que les enfants qui se présentent dans les centres de consultation atteignent un stade sévère avant de leur proposer un traitement ?

Un article publié par *Science* [Enserink, 2008, p. 36] suggère, à tort pour certains [Bradol, 2008], que MSF préconise une stratégie universelle de prévention par la distribution de pâtes de lait fortifiées à tous les enfants dénutris en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, soit à des millions

d'enfants – à l'échelle mondiale, en 2005, le nombre d'enfants atteints de malnutrition aiguë sévère est estimé à 19,3 millions et les cas de retards de croissance à 178 millions [Black, 2008, p. 245]. En fait, à l'intérieur de MSF, il est généralement admis que priorité doit être donnée aux populations où la malnutrition entraîne une mortalité élevée et aux régions les plus touchées. Il reste cependant que, hors des situations de flambée épidémique, tous ne s'accordent pas sur la définition des seuils d'intervention que ce soit au niveau d'une population ou au niveau individuel. Et comme dans nombre de controverses internes à MSF, on relie les désaccords sur une question pratique à une discussion identitaire, régulièrement reprise, sur les limites de la responsabilité humanitaire et médicale.

Le coût des aliments prêts à l'emploi

Dès 2002, le coût des aliments thérapeutiques est considéré comme un problème par MSF. Afin de réduire les dépenses, les responsables envisagent d'appuyer, au Niger, le développement d'une production de ces aliments. Mais cette question du coût ne passe au premier plan qu'après 2006, lorsque MSF préconise une utilisation plus large des pâtes de lait de type plumpy'nut®, jusqu'alors uniquement réservées aux cas les plus sévères de malnutrition aiguë.

Il y a alors peu d'opposition scientifique à l'utilisation d'aliments prêts à l'emploi à base de lait en traitement de la malnutrition aiguë modérée ou en aliments de compléments, de façon préventive, dans des régions où la malnutrition est un problème de santé grave entraînant une forte mortalité chez les jeunes enfants. Par contre, en raison du coût, ces stratégies ne sont pas considérées comme réalistes et il est recommandé de réserver ces aliments aux cas sévères. Il est également souligné que cette stratégie nutritionnelle, en raison de son coût et du recours nécessaire à des bailleurs de fonds, à une aide internationale, créera une nouvelle forme de dépendance économique (PNUD, IRIN, 6 septembre 2006).

MSF reconnaît publiquement que le facteur économique est un problème. Il est certain que l'extension de l'usage des nouveaux aliments thérapeutiques ne pourra être développée sans régulation des coûts de production et financements en hausse des programmes nutritionnels¹⁶. Néanmoins MSF maintient que, même dans l'immédiat, l'on ne peut se restreindre à la prise en charge des enfants sévèrement dénutris quand

l'intervention porte sur des régions à forte incidence de la malnutrition. Dans des pays, comme le Niger, recommander une telle restriction a pour conséquence des files d'attente d'enfants faméliques et la création de grands centres nutritionnels, inévitablement médiatisés à un moment ou un autre. Piètre image du pays ! Il est compréhensible que cette façon de faire soit peu acceptable par les Etats.

Le travail des controverses

L'étude des controverses et des polémiques permet de retrouver le cheminement conflictuel du travail d'innovation. A cet égard les cas du paludisme et de la sous-nutrition n'ont rien d'exceptionnel et, de fait, les responsables MSF sont habitués à la conduite des controverses. Celles-ci constituent une forme normale d'intervention indissociable de l'action médicale, chaque fois qu'il s'agit de transformer des pratiques alternatives en traitements reconnus. Nous avons voulu décrire comment MSF travaille sa participation aux controverses et pour quels résultats.

Dans le cas des ACT, les options adoptées par MSF sont, après la période de désaccords, devenues des recommandations internationalement reconnues. En ce qui concerne le traitement de la malnutrition aiguë sévère, la paternité en revient à plusieurs institutions (Institut de Recherche pour le Développement, OMS, Universités, entreprise Nutriset) et ONG (Action Contre la Faim, Concern), tandis qu'MSF en a démontré la faisabilité et l'efficacité à grande échelle¹⁷. Après la crise de l'année 2005, plusieurs mesures ont été adoptées par les autorités du Niger, les bailleurs de fonds et les organismes d'aide internationaux : le traitement des cas de malnutrition aiguë sévère incluant la prise en charge à domicile et la nouvelle génération d'aliments, le traitement de la malnutrition aiguë modérée avec les farines habituelles, la gratuité des soins pour les enfants et les femmes enceintes – de fait, en dehors des centres soutenus par des organismes étrangers, la gratuité des soins n'est pas une réalité faute de financements. Enfin, le nombre d'enfants recevant, au Niger, un traitement contre la malnutrition est passé de quelques dizaines de milliers en 2005 à plus de 300 000 en 2006. Par contre, la démarche préventive de plus en plus démedicalisée, visant à atténuer l'incidence de la malnutrition aiguë sévère par la distribution précoce d'aliments complets, continue de susciter critiques ou

interrogations : face à celles-ci, faire valoir des résultats locaux ne suffit pas à créer un effet d'entraînement, ni à mettre fin aux désaccords et aux demandes de preuves épidémiologiques. C'est pourquoi MSF engage actuellement le travail de controverse sur la discussion critique des schémas économiques et politiques justifiant la restriction des programmes nutritionnels.

Bibliographie

BLACK R., ALLEN L., BHUTTA Z. *et al.*, 2008, « Maternal and child undernutrition : global and regional exposures and health consequences », *The Lancet*, 371 (9608), p. 243-260.

BRADOL J.-H., 2007, « Niger 2005 : l'année du biscuit », in CROMBÉ X. et JÉZÉQUEL J.-H. (dir.), *Niger 2005. Une catastrophe si naturelle*, Paris, Karthala, MSF, p. 273-294.

– 2008, « Responses to a seasonal high incidence of severe acute malnutrition, operational lessons and policy changes », Symposium « Starved for Attention. The Neglected Crisis of Childhood Malnutrition », 11-12 septembre, Columbia University, New York.

COLLINS S., 2002, « Outpatient care for severely malnourished children in emergency relief programmes : a retrospective cohort study », *The Lancet*, 360 ((9348), p. 1824-1830.

CROMBÉ X., JÉZÉQUEL J.-H. (éd.), 2007, *Niger 2005. Une catastrophe si naturelle*, Paris, Karthala, MSF.

ENSERINK M., 2008, « The peanut Butter Debate », *Science*, 322, p. 36-38.

GASTELLU ETCHEGORRY M., MATTHYS F., GALINSKI M., WHITE N. J., NOSTEN F., 2001, « Malaria epidemic in Burundi », *The Lancet*, 357 (9261), p. 1046-1047.

GUTHMANN J.-P., BONNET M., AHOUA L., DANTOINE F., BALKAN S., 2007, « Death Rates from Malaria Epidemics, Burundi and Ethiopia », *Emerging Infectious Diseases*, 13 (1), p. 140-143.

GUTHMANN J.-P., CHECCHI F., VAN DEN BROEK I., BALKAN S., VAN HERP M. *et al.*, 2008, « Assessing Antimalarial Efficacy in a Time of Change to

Artemisinin-Based Combination Therapies : The Role of Médecins Sans Frontières », *PloS Medicine*, 5 (8), p. 1191-1199.

JÉZÉQUEL J.-H., 2005, « Ici, l'enfant n'a pas de valeur ». *Sécurité alimentaire, malnutrition et développement au Niger*, Paris, MSF.

KASSANKOGNO Y., ALLAN R., DELACOLLETTE C., 2000, *Management of malaria in epidemic affected areas of Burundi*, Genève, World Health Organization.

LEMIEUX C., 2007, « A quoi sert l'analyse des controverses ? », *Mil neuf cent, revue d'histoire intellectuelle*, 25, p. 191-212.

MORRIS S., COGILL B., UAUY R., 2008, « Effective international action against undernutrition : why has it proven so difficult and what can be done to accelerate progress ? », *The Lancet*, 371 (9612), p. 608-621.

NOSTEN F., VAN VUGT M., LUXEMBURGER C. *et al.*, 2000, « Effects of artesunate-mefloquine combination on incidence of *Plasmodium falciparum* malaria and mefloquine resistance in western Thailand : a prospective study », *The Lancet*, 356 (9226), p. 297-302.

OLIVIER DE SARDAN, J.-P., 2008, « Introduction thématique. La crise alimentaire de 2004-2005 au Niger en contexte », *Afrique contemporaine*, 225, p. 17-37.

OMS, 2001, *Les combinaisons thérapeutiques antipaludiques. Rapport d'une consultation technique de l'OMS*, Genève, OMS.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, PROGRAMME ALIMENTAIRE MONDIAL, COMITÉ PERMANENT DE LA NUTRITION DU SYSTÈME DES NATIONS UNIES, FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE, 2007, *Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère*, Genève, Rome, New York, OMS, CPN, PAM, UNICEF.

PACKARD R. M., 2007, *The Making of a Tropical Disease. A Short History of Malaria*, Baltimore, The John Hopkins University Press.

PRIEM V., 2002, *Évaluation de l'intervention médico-nutritionnelle de Médecins Sans Frontières sur le département de Maradi. Missions Dakoro et Maradi. Août 2001-janvier 2002. Niger*, Paris, MSF.

PROGRAMME ALIMENTAIRE MONDIAL & HELLEN KELLER INTERNATIONAL, 2005, *Évaluation de base de l'état nutritionnel des enfants de 6 à 59 mois*

dans les régions rurales de Maradi et de Zinder. Rapport de deux enquêtes, Niamey, PAM-HKI.

PROGRAMME ALIMENTAIRE MONDIAL, 2006, *Rapport annuel 2005*, Rome, PAM.

TECTONIDIS M., 2004, *MSF au Niger. Projet nutritionnel de Maradi. Visite du 8 au 19 mars 2004*, Paris, archives MSF.

– 2005a, *Historique et analyse du programme de nutrition de Maradi*, Paris, archives MSF.

– 2005b, *Prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë*, Paris, archives MSF.

– 2006, « Crisis in Niger – Outpatient Care for Severe Acute Malnutrition », *New England Journal of Medicine*, 354, p. 224-227.

USAID, 2005, *Niger : comprendre la crise actuelle en se fondant sur des preuves (28 juillet 2005)*, Washington, USAID.

[7.](#) Sur l'élaboration de ces traitements et leurs premiers usages thérapeutiques en Asie du Sud-Est, voir, dans ce livre, l'étude de S. Balkan et J.-F. Corty. Nous utiliserons le sigle ACT (Artemisinin-based Combination Therapy) pour désigner les associations de médicaments à base de dérivés d'artémisinine.

[8.](#) Cette épidémie de paludisme est particulière par différents aspects. Elle a atteint une zone inhabituelle, les hauts plateaux burundais. Elle a touché un nombre très important de personnes : Epicentre a réalisé, dans trois provinces, des enquêtes de mortalité rétrospective qui estiment à 1,5 million les cas de paludisme et à 16 000 le nombre de décès, dans ces seules provinces, pendant l'épidémie 2000-2001 [Guthmann et al 2007]. Les chiffres de 30 000 décès et 3 millions des cas paraissent réalistes pour les sept provinces touchées. Le Burundi compte une population de 7,5 millions d'habitants.

[9.](#) OMS, Burundi – Malaria epidemic. Treatment choices, 14 décembre 2000.

[10.](#) « Michel Kazatchkine : "Lorsque le monde se mobilise, les résultats sont là" », La Croix, 9 septembre 2008.

[11.](#) Pour une présentation des critères définissant la malnutrition aiguë sévère, cf. OMS, UNICEF, Normes de croissance OMS et identification de la malnutrition aiguë sévère chez l'enfant, Genève, 2009.

[12.](#) Témoignage médecin MSF.

[13.](#) Enquête nutritionnelle et de mortalité rétrospective dans les districts de Keita, Dakoro et Mayayi, avril 2005 (Epicentre) ; enquête de sécurité alimentaire dans le district de Tahoua, mai 2005 (MSF-F) ; enquête Hellen Relier International-PAM menée dans les régions de Maradi et de Zinder en janvier 2005, révélant « des taux de malnutrition alarmants dans les zones de Maradi et de Zinder » et reconnaissant que « la situation que connaissent ces deux régions du Niger, et probablement d'autres régions, est comparable à celle de populations vivant dans des zones de guerre et de crise » [PAM-HKI, 2005].

[14.](#) BBC news, Hilary Andersson, « Niger food is 'misdirected' », 13 septembre 2005 et BBC TV, 15 septembre, reportages auxquels le PAM répond (sans allusion explicite à la BBC) par un

communiqué de presse publié à Niamey, le 15 septembre : « More food to the most needy – WFP moves into next phase of Niger operation ».

[15.](#) Le plumpy'doz est un aliment dense, prêt à l'emploi, enrichi en vitamines et minéraux, à base de poudre de lait, d'huile et de sucre. Il diffère du plumpy'nut®, par le fait qu'il est un aliment complémentaire à la diète habituelle des jeunes enfants. Il contient l'ensemble des vitamines et minéraux nécessaires à leur croissance mais seulement une partie de leurs besoins en protéines et calories.

[16.](#) Selon une étude publiée par The Lancet, [Morris, 2008], les financements internationaux à destination de la malnutrition ne dépassent pas 250 à 300 millions de dollars par an entre 2000 et 2005. Pour les auteurs de cet article, si cette somme était allouée dans son intégralité aux 20 pays les plus touchés par la malnutrition, elle ne représenterait que 2 dollars par enfant dénutri.

[17.](#) En juin 2007, plusieurs organisations du système des Nations Unies, dont l'OMS, annoncent qu'elles recommandent la prise en charge au domicile et la distribution d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi comme protocole de traitement de la malnutrition aiguë sévère sans complications [Organisation mondiale de la Santé, Programme alimentaire mondial, Comité permanent de la nutrition du Système des Nations Unies, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2007].

Contributions de Médecins Sans Frontières aux transformations de la médecine trans-nationale

Nicolas Dodier

On constate depuis des périodes fort anciennes, en rapport notamment avec la lutte contre les épidémies, l'établissement épisodique de dispositifs qui visent à organiser la médecine transversalement aux États qui composent la planète (Biraben, 1976). Mais on assiste depuis le XX^e siècle à un essor important et une stabilisation de ces dispositifs. La notion de *médecine trans-nationale* traduit le caractère dorénavant durable et institué de ces dispositifs par-delà les mobilisations internationales ponctuelles qui peuvent entourer telle ou telle situation de crise (Delvecchio Good, 1995). Plusieurs facteurs ont contribué à l'émergence et aux évolutions de cette médecine trans-nationale : l'essor puis la disparition de la médecine coloniale (McLeod & Lewis, 1988 ; Van Dormael, 1997) ; l'activité des agences internationales, telles que l'OMS, et de certaines fondations privées (par exemple la Fondation Rockefeller) (Löwy, 2001) ; la formation progressive d'une *evidence-based medicine* au niveau international, appuyée sur la diffusion d'un standard de référence pour l'expérimentation et l'homologation des traitements (Dodier, 2005). L'apparition d'une médecine humanitaire promue par des organisations non gouvernementales a joué un rôle certain dans les changements récents de la médecine trans-nationale. Selon des voies contrastées. D'un côté en effet ces ONG (et MSF particulièrement) ont exercé un important travail critique destiné à faire évoluer cette médecine. De l'autre, elles se sont coulées dans des cadres préexistants pour en tirer des outils d'intervention, ou pour être entendues. Reste à articuler ces deux facettes.

A cette question, les travaux consacrés à la médecine humanitaire ont apporté jusqu'à présent des éléments relativement épars. Concernant notamment MSF, ce sont d'autres préoccupations qui ont focalisé

l'attention. De nombreux travaux ont examiné le front plus directement politique du travail mené par l'organisation, celui qui vise à définir la place de l'humanitaire dans les conflits armés. Toute une série de polémiques, auxquelles MSF a été très directement associée, ont marqué les trente dernières années, témoignant d'une très grande difficulté à stabiliser la place conférée aux ONG de l'humanitaire dans les conflits armés (Fox, 1995 ; Vallaey, 2004 ; Fassin, 2006). D'autres travaux se sont interrogés, et particulièrement dans un contexte de changement profond des formes de mobilisation collectives, sur le genre de militantisme développé par les membres de MSF (Dauvin & Siméant, 2002 ; Siméant, 2001). La part proprement médicale de MSF et la contribution de l'organisation, sous ce rapport, à d'éventuelles nouveautés restent peu interrogées¹⁸. Les ouvrages produits individuellement ou collectivement par des membres de MSF ne s'interrogent eux-mêmes que de façon ponctuelle sur le genre de médecine élaboré par l'organisation, et la place qu'elle occupe au sein de la médecine trans-nationale¹⁹.

Les contributions rassemblées dans cet ouvrage arrivent donc à point nommé. Partant d'exemples d'innovations médicales réalisées par MSF, elles permettent d'envisager d'emblée la question sous un angle dynamique. Comment et jusqu'à quel point une organisation se réclamant de la médecine humanitaire a concrétisé une volonté de changement au sein de la médecine trans-nationale ? En quoi cette organisation s'est-elle, simultanément, transformée elle-même ? En croisant entre elles les contributions de cet ouvrage, et en les mettant en perspective avec d'autres travaux consacrés à MSF, je propose de suivre dans ce texte quelques lignes de cette histoire collective, afin de mieux saisir dans quelle dynamique d'ensemble se situe chaque cas d'innovation ici présenté²⁰. Quatre grandes séquences organisent cette histoire, et à travers elles, quatre grands fronts d'innovations pour MSF. Pour chacune de ces séquences, j'indiquerai les appuis du changement (ce sur quoi les membres de MSF se sont basés pour identifier des défaillances de la médecine trans-nationale et entrevoir des horizons d'amélioration), et les cibles du changement (ce qu'ils se sont attachés à faire évoluer). En mettant en avant, sur une période d'environ quarante ans, l'enchaînement de ces séquences, j'aimerais montrer à la fois les contributions de MSF aux évolutions de la médecine trans-nationale, et les déplacements de l'Organisation dans sa manière d'aborder l'innovation.

Des « médecins de base » sans frontières

La création de Médecins Sans Frontières en 1971 témoigne en elle-même d'une importante volonté d'innovation dans le paysage de la médecine trans-nationale, et particulièrement, dans un premier temps, vis-à-vis des dispositifs qui, au sein de la Croix-Rouge, organisent alors une grande partie des secours internationaux en cas de conflits armés. Selon trois angles principaux.

Il s'agit tout d'abord de déplacer les règles qui organisent et canalisent les possibilités de prise de parole pour les secouristes. L'épisode déterminant est bien connu, il a fait l'objet de nombreux récits et d'une foule de commentaires, certains d'entre eux le constituant en véritable mythe fondateur du groupe. Il est néanmoins nécessaire d'y revenir ici pour saisir quelles bases il établit pour les innovations futures. Au commencement donc, des médecins envoyés en mission par la Croix-Rouge sur les lieux de la guerre du Biafra (1967) afin de secourir les populations. L'ampleur des souffrances endurées par les populations est telle que ces médecins jugent insupportable le principe de neutralité par le silence sur les responsabilités concernant ces souffrances, principe qui régit normalement les relations de la Croix-Rouge avec les différentes parties prenantes. Ils parlent en public, pour la télévision et pour la presse écrite. Cette effraction a pour originalité de croiser deux figures du témoin. Elle s'appuie d'une part sur la figure du « spectateur moral », telle qu'elle s'est construite depuis le XVIII^e siècle, et qui enjoint celui qui est touché par le spectacle de souffrances d'en alerter l'opinion publique. Cette figure se trouve très largement renouvelée, dans les années 1960, par les nouvelles possibilités (et les formats) de témoignage à distance que portent avec eux les nouveaux médias, et en particulier la télévision (Boltanski, 1993). Le témoignage dans les médias s'appuie également sur la figure du médecin, homme à la fois doté d'un savoir spécialisé, qui est supposé assurer l'objectivité des constats, et d'une éthique professionnelle, qui lui commande de défendre la santé et la vie de ses patients, notamment face aux autorités. L'originalité de ces médecins, futurs fondateurs de MSF, se situe au carrefour de ces deux figures, celle du médecin et celle du spectateur moral. Ils ont équipé le spectateur moral ordinaire des outils et de la légitimité du médecin. Et ils ont réinterprété la défense professionnelle de leurs patients comme devoir de s'adresser à

l'opinion publique pour témoigner, en tant que spectateur moral, de leur sort²¹.

Il s'agit ensuite de concevoir des secours humanitaires sur une base médicale. A la fin des années 1960, les organisations humanitaires non gouvernementales ne sont pas médicales : la médecine est une de leurs activités au service de l'objectif principal, l'action humanitaire. Elles recourent donc ponctuellement à des médecins, en nombre limité comparé aux autres volontaires. MSF se conçoit au contraire comme une organisation pilotée par des médecins et destinée à secourir les populations sur un plan avant tout médical. Si MSF a pour vocation, dès le départ, d'intervenir en situation de crise, les médecins qu'elle recrute ne sont pas des spécialistes de l'urgence. Ce sont des médecins qui ont pour particularité d'aller soigner au-delà des frontières des personnes que des situations de crises plongent dans un besoin urgent d'intervention.

Il s'agit enfin, avec Médecins Sans Frontières, de réévaluer le contour et la portée des souverainetés nationales en situation de crise humanitaire, en particulier vis-à-vis de la prudence avec laquelle les agences internationales existantes traitent ordinairement de ces questions. Pas seulement une légitimité à témoigner. Mais également une légitimité à se déplacer, et à soigner les populations sans se sentir obligé par des accords nationaux. MSF cherche à établir la légitimité inconditionnelle pour des médecins à aller chercher leurs patients là où les besoins s'avèrent urgents (Fox, 1995). Dans les faits, des négociations sont certes engagées avec les États concernés. Mais MSF s'estime, au nom de cette réévaluation des souverainetés, en droit de chercher publiquement à pousser la porte de ces États, bien plus que ne pouvait le faire la Croix-Rouge, et dorénavant, bruyamment, si cela paraît nécessaire. Dans certains cas, le recours à des missions clandestines n'est pas exclu²².

Réaction à l'amateurisme : kits et centre de calcul épidémiologique

Dans cette première séquence l'innovation ne réside donc pas tant dans des produits, des équipements ou des règles, que dans la promotion d'un profil d'homme qui a intériorisé un savoir et une éthique : des médecins de base déterminés à intervenir au-delà des frontières dès qu'une situation de

crise se présente, et prêts s'il le faut à dénoncer, dans les médias, ce qui se passe. Cela dit, dans un premier temps l'organisation « vivote ». Les témoignages sur cette période mettent en évidence, sur les lieux des désastres, un problème criant de moyens. Des médecins se reconnaissent dépassés par l'ampleur des catastrophes auxquelles ils ont à faire face. Les images d'archive, montrant l'interview sur place d'une jeune médecin envoyée en mission par MSF pour secourir les populations frappées par l'ouragan Fifi au Honduras, en 1974, et reprises dans le film de Patrick Benquet et Anne Vallaëys (*L'aventure MSF*, 2006), sont à cet égard extrêmement éloquentes. Le succès des campagnes publicitaires des années 1970-1980 marque un tournant. Les moyens arrivent : des moyens en hommes, des moyens en matériels. Les questions auxquelles se trouvent confrontés ces « médecins de base » se déplacent. Non plus la rareté des ressources, mais leur nature : définir et construire les compétences nécessaires, identifier et organiser la chaîne des secours. MSF est confrontée au problème de son amateurisme.

La critique de l'amateurisme prend plusieurs formes. Tout d'abord il s'agit d'une prise de conscience, par des médecins envoyés en mission, de leur propre amateurisme. Certes, les médecins envoyés en mission n'hésitent pas dans leurs témoignages, et ce sera une constante chez MSF comme chez tous ceux qui se conçoivent comme des praticiens, de mettre en évidence leur sens du terrain et leur capacité d'innovation par bricolage. Mais leurs récits versent également dans une auto-critique souvent sévère sur le peu de choses qu'ils savent vraiment faire, face aux problèmes rencontrés. Ensuite, les médecins de MSF sont confrontés à des critiques adressées de l'extérieur (Baron, p. 41²³), ou de la part de ceux qui, tout juste arrivés, découvrent les pratiques concrètes de MSF. L'épisode paradigmatique, à cet égard, est le regard porté par Jacques Pinel, pharmacien, lorsqu'il prend sa mission dans les camps de réfugiés du Cambodge (Redfield, 2008b, p. 158). Enfin, des tensions montent dans l'organisation autour du professionnalisme de ses interventions. Elles se cristallisent en 1979 autour de l'opération « Ile de Lumière » (Vallaëys, 2004). Un premier camp rassemble d'un côté les partisans d'un investissement important dans une nécessaire professionnalisation de MSF. Pour ce camp, la sortie de l'amateurisme doit être la priorité principale de l'organisation. Un deuxième camp rassemble, autour de Bernard Kouchner, ceux qui, attachés avant tout à construire des témoignages publics forts,

s'accommodent d'une certaine souplesse dans l'organisation des missions, voire tiennent à la garder. Les premiers accusent les seconds d'être insuffisamment organisés, irréalistes, et de ne pas prendre suffisamment au sérieux les impératifs d'une efficacité sanitaire dans chacune des missions. Ils leur reprochent de se satisfaire d'actions symboliques, voire de tirer profit, personnellement, des avantages associés à la médiatisation de leur action. Les deuxièmes accusent les premiers de vouloir enserrer un groupe de militants dans les chaînes d'une organisation bureaucratique, ou d'une professionnalisation sans âme. Ils se targuent d'être des romantiques, dans le bon sens du terme, c'est-à-dire des hommes prêts à défendre des causes, et prendre, dès qu'il le faut, le risque de la parole publique. On sait que le premier camp l'emportera, en 1979, lors d'un vote qui mettra Bernard Kouchner en minorité.

Le dépassement de l'amateurisme se concrétise tout d'abord par des innovations locales, dans chaque site. Ainsi Jacques Pinel, pharmacien, et donc connaisseur, plus que ne peuvent l'être les médecins, de tout ce qui concerne le transport, le conditionnement, le stockage, la présentation et la mise à disposition des médicaments, commence, dans les camps de réfugiés du Cambodge, à organiser les lieux et le matériel²⁴. Mais MSF cherche à capitaliser ces innovations qui commencent par la définition et l'expérimentation de nouveaux protocoles de soins, puis à en faire de véritables « investissements de formes » (Thévenot, 1986). Ce travail est développé et autonomisé dans le cadre du premier « satellite » : MSF-Logistique (Vidal et Pinel). MSF y développe d'une façon originale l'un des outils de base des secours spécialisés : le kit.

Un kit est un ensemble d'objets associés les uns aux autres (et à des modes d'emploi), préparés et conditionnés de telle sorte que, se transportant aisément, ils peuvent permettre de faire face à un type donné de situation dans des lieux variables et souvent imprévus. Le principe du kit est bien antérieur à l'existence de MSF. L'armée en dote déjà depuis longtemps ses soldats. La Croix-Rouge en a déjà retenu le principe pour préparer et doter les secours, notamment à travers le célèbre MMM (Materia Medica Minimalis), élaboré en 1944, après une large enquête destinée à évaluer les besoins vitaux des populations secourues dans des villes bombardées d'Europe (Redfield, 2008b). Un kit destiné aux situations de crise doit pouvoir être stocké facilement dans un entrepôt central pour être acheminé

ensuite rapidement sur un site d'intervention. Les innovations de MSF dans ce domaine portent sur deux aspects. D'un côté, MSF met au point, pour sortir de son propre amateurisme, toute une série de nouveaux kits ajustés à des situations spécifiques, rencontrées par ses intervenants, qui n'avaient jamais été « kitées » auparavant. L'innovation réside ici dans la liste abondante des kits en question. Certains d'entre eux seront d'ailleurs repris et validés par d'autres organisations (Croix-Rouge, OMS). Mais l'innovation réside également ailleurs : dans la manière dont les kits MSF travaillent d'une façon particulière les relations entre standardisation et usages. Tout kit doit obéir, d'une manière générale, à des exigences fortes de standardisation. Ils sont destinés à être produits en série, selon des procédures fortement codifiées. Mais les concepteurs n'envisagent pas de la même manière l'usage des kits, et leur trajectoire. Deux cas peuvent être distingués. Le kit « classique » a pour caractéristique d'être fixe et d'imposer ses standards de façon intangible à ses usagers. Les accommodements sont tout juste tolérés²⁵. Le kit est rigide, et doit rester identique à lui-même. Comme le montre P. Redfield (2008b), MSF a élaboré des kits beaucoup plus « souples ». Le kit « souple » se doit, au contraire du kit classique, d'être ouvert aux usages. Les accommodements auxquels sont soumis les standards sont, jusqu'à un certain point, encouragés. Ces déplacements doivent même être notés, mémorisés, travaillés, de telle sorte que des nouvelles versions, voire même de nouveaux kits les mettent à leur tour en forme. Ces derniers sont « ajustables » (au vu du sens de la réalité mobilisé en propre par l'utilisateur), et « évolutifs » (certains accommodements peuvent être amenés à modifier en retour certains aspects du kit)²⁶.

La sortie de l'amateurisme porte sur un autre plan : être en mesure de produire une objectivité de type statistique. Dans un premier temps, MSF s'est appuyée, pour défendre l'objectivité de ses témoignages, sur des atouts simples : les compétences cliniques de chaque médecin « de base » et le sens commun du spectateur moral. Cette politique a rencontré rapidement des limites, notamment lorsque, dans le cadre de polémiques parfois brutales, il aurait fallu pouvoir pousser l'administration de la preuve plus loin, face à des interlocuteurs fortement équipés (l'OMS, des administrations sanitaires locales, des pouvoirs politiques). D'où la nécessité d'investir dans des compétences et des appareils statistiques, tels que les a conçus et enseignés par exemple le Center for Disease Control and

Prevention d'Atlanta autour de l'épidémiologie d'intervention. MFS s'inscrit ainsi dans le mouvement de ces ONG qui, constituées de professionnels, se sont donné les moyens d'une expertise (et notamment d'une expertise épidémiologique) indépendante pour pouvoir peser sur des dossiers de santé publique face à leurs interlocuteurs, et notamment face à des institutions consacrées²⁷. On retrouve alors, dans la politique des statistiques engagée par MSF, deux manières d'aborder l'innovation déjà observées à propos des kits. Tout d'abord, comme pour les kits, le centre de calcul épidémiologique de MSF a pour spécificité d'être autonomisé en interne, moyen à la fois de favoriser une spécialisation dans les domaines concernés (et donc de renforcer la sortie de l'amateurisme), tout en consolidant l'indépendance. C'est ainsi que le centre de calcul, Epicentre, est créé. D'une part, on retrouve, comme pour les kits, la recherche d'un équilibre entre l'apport de la codification et la pertinence des jugements portés sur la réalité par les praticiens de terrain. La codification permet, notamment en contexte d'urgence, d'apporter rapidement des lignes directrices. Mais une certaine confiance dans les jugements locaux des médecins (parfois contre les autorités nationales ou internationales) semble également défendue par l'Organisation. Celle-ci cherche du coup fréquemment un équilibre entre les impératifs de codification et une attention ouverte aux observations qui émanent des cliniciens, hors des formats standards. L'ensemble renvoie à ce que C. Vidal et J. Pinel repèrent comme une « culture du risque » (Vidal et Pinel, p. 35)²⁸.

Des recherches biomédicales ancrées dans l'humanitaire

Les premiers grands investissements de MSF dans des recherches biomédicales (au sens de la mise en place de protocoles d'expérimentation relatifs à des traitements ou de diagnostics) suivent de près la mise en place de son centre de calcul épidémiologique. Ces recherches s'étagent ensuite sur toute la période ultérieure, jusqu'à aujourd'hui²⁹. Ils sont donc rendus possibles par la séquence précédente, tout en conduisant MSF vers de nouveaux fronts de polémiques et d'alliances. Les ressorts de l'innovation thérapeutique et diagnostique sur cette période sont de trois ordres. Tout d'abord, si MSF innove, c'est par son souci de simplifier des traitements, en puisant dans un réservoir de produits déjà concrétisés. Il ne s'agit pas pour autant de « récupérer de l'ancien » car l'ampleur du déplacement opéré en

simplifiant est parfois énorme. Mais il s'agit tout de même de s'appuyer, bien souvent, sur des molécules disponibles laissées en jachère, parce qu'elles n'intéressent pas l'industrie pharmaceutique, en tout cas sur le marché en question, jugé peu rentable³⁰. Cette disponibilité des produits permet à MSF de s'engager dans la recherche sans être pour autant un découvreur ou un promoteur de nouvelles molécules. Ce souci d'innover par simplification-déplacement de traitements déjà partiellement concrétisés correspond à un ancrage éthico-politique. Au nom d'un principe d'égalité de traitement entre pauvres et riches, il s'agit de faire profiter les démunis des progrès de la science. Comme les démunis ne peuvent pas, dans bien des cas, profiter tels quels des traitements de pointe les plus coûteux, la recherche biomédicale de type humanitaire doit imaginer et tester, sur la base des progrès les plus coûteux, ce qui peut faire l'objet d'allègements, pour concevoir un traitement « réaliste de pointe ». Qui est « de pointe » (sinon il s'agit d'un traitement au rabais banal). Mais qui est également « réaliste » (sinon il s'agit d'un traitement illusoire). Entre l'irréalisme et la discrimination, la fenêtre de tir est à vrai dire assez étroite. Mais c'est dans cette fenêtre que se loge l'un des ressorts de l'innovation humanitaire.

Le deuxième ressort de l'innovation est l'exploration par MSF de traitements dits « alternatifs ». Non pas au sens où il s'agirait de traitements traditionnels. Mais au sens où l'on estime disposer, à partir d'observations cliniques, d'éléments suffisamment probants pour essayer de faire homologuer ces traitements (par les autorités nationales, ou par les agences internationales type OMS), ceux-ci n'ayant pas pu subir jusqu'à présent les épreuves instituées de l'homologation, souvent par manque d'investissements, là encore, dans des marchés peu rentables (Baron, p. 48-49, Le Pape et Defourny, p. 75). Enfin le troisième ressort de l'innovation biomédicale chez MSF est la confrontation de l'ONG à des réalités spécifiques, du fait même de ses missions. C'est le cas par exemple des camps de réfugiés. En tant qu'espaces confinés où sont rassemblées des populations en grand nombre, ils offrent des possibilités d'observation inédites (Corty, p. 80, Balkan et Corty, p. 137).

Si la période des années 1990-2000 a constitué, pour MSF, une période opportune pour le développement d'une recherche biomédicale de type humanitaire, c'est qu'elle s'est trouvée à la conjonction historique de plusieurs facteurs. Tout d'abord, facteur interne, la possibilité de mobiliser

Epicentre comme centre de calcul épidémiologique autour d'essais de traitements. Investissement nécessaire dans un contexte où l'*evidence based medicine* s'impose de plus en plus au niveau trans-national. Dans un tel contexte, MSF a pu tirer parti de son ancrage d'emblée trans-national (missions sur des sites dispersés sur la planète, parfois atteints par les mêmes pathologies) ce qui lui a permis de mettre en place des essais multicentrés, ou de se déplacer d'un site à un autre dans des études successives qui pouvaient ensuite donner lieu à des méta-analyses. Enfin, bon nombre des maladies étudiées lors de ces recherches avaient déjà fait l'objet de travaux scientifiques, dans le cadre de la médecine coloniale ou militaire. Beaucoup des innovations biomédicales des années 1990 partent de cet acquis. Soit, sur ce fonds de produits souvent laissés en jachère, pour imaginer de tester de nouveaux protocoles. Soit au contraire pour invalider leur intérêt, en objectivant notamment l'apparition de résistances, et inciter ainsi à tourner la page de traitements enfin reconnus comme désuets³¹.

Dans ce contexte, MSF a occupé une position ambivalente vis-à-vis de la médecine des preuves trans-nationale (ou *transnational evidence base medicine*, soit en abrégé TEBM). L'Organisation a pour une part travaillé à l'intérieur du cadre défini par TEBM, en s'appuyant notamment sur les capacités d'enquête et de calcul d'Epicentre. Mais des membres de l'organisation ont témoigné à plusieurs reprises, en même temps, de leur distance vis-à-vis de ce cadre. Soit en signalant le caractère purement instrumental qui consistait pour eux à « en passer » par TEBM pour convaincre des interlocuteurs selon un format imposé, et pour se donner du poids dans le concert souvent polémique des acteurs, mais en étant conscient du caractère artificiel ou opportuniste de cette posture, et en l'affichant dans certaines arènes (Balkan et Corty, p. 136, Bradol et Szumilin, p. 162). Soit en manifestant explicitement un intérêt marqué pour des traitements non homologués par TEBM : traitements soutenus par des cliniciens sans que des études standard aient pu être conduites à leur égard, et notamment par des soignants locaux (Biberson, 2000, p. 81)³².

A l'intérieur de TEBM, la place de MSF par rapport à ses interlocuteurs directs (gouvernements nationaux, agences internationales, laboratoires pharmaceutiques) s'est construite autour de trois opérateurs politiques, qui ont structuré l'espace sur une quinzaine d'années³³. Le premier opérateur politique concerne la forme d'objectivité valorisée par les acteurs. Comme

nous avons pu le constater, il oppose, autour des traitements du sida en France (Dodier et Barbot, 2000), deux philosophies des essais thérapeutiques. La philosophie stricte des essais est inflexible dans le respect des standards des essais contrôlés randomisés. Elle invoque des fortes contraintes d'administration de la preuve avant de trancher sur le bien fondé des traitements. La philosophie « souple » des essais fait valoir, à l'intérieur même des dispositifs TEBM, la pertinence des observations basées sur des compétences cliniques, ou sur une connaissance de terrain qui n'est pas susceptible de se réduire à la machinerie des évaluations contrôlées randomisées. MSF s'est située jusqu'à présent, dans sa pratique quotidienne, comme dans les polémiques, plutôt du côté d'une philosophie souple des essais. Et c'est la position plutôt adoptée par les auteurs qui ont contribué au présent ouvrage. C'est souvent, dans leurs récits, depuis cette position qu'ils en viennent à juger les autres acteurs en présence. On notera que des nuances importantes existent à l'intérieur de MSF en termes de philosophie des essais. Il est fait plusieurs fois mention, dans les contributions à ce volume à des « résistances internes » vis-à-vis d'une philosophie trop souple (pour exiger des contraintes de preuves plus drastiques) (Corty, p. 91, Baron, p. 48). Mais des récits mentionnent également, à l'opposé, des critiques sur le caractère excessivement « strict » de la position adoptée par les chercheurs (Baron, p. 47).

Face à MSF, les autres acteurs défendent généralement une philosophie plus stricte des essais. C'est le cas lorsque des laboratoires interviennent dans les confrontations (Bradol et Le Pape, p. 17). Ils sont traités du coup dans le récit « d'attentistes ». L'OMS apparaît le plus souvent comme défenseur d'une philosophie stricte des essais ce qui réactive en même temps des critiques plus traditionnelles de l'Organisation : son caractère « bureaucratique », le fait qu'elle soit « campée sur ses recommandations », ou « lente » à réagir. Le cas des autorités nationales est plus variable. On trouve plus souvent, de leur part, une position « stricte » au sein de TEBM quand elles examinent une proposition d'innovation et, par contre, un certain laxisme de fait par rapport aux normes de la TEBM pour la gestion des pratiques médicales routinières. C'est le cas, par exemple, concernant le paludisme, de la position adoptée par les autorités du Burundi dans la controverse sur les ACT (Le Pape et Defourny, p. 62). Mais, dans certains cas, cette position stricte officielle s'accompagne en même temps d'une certaine tolérance vis-à-vis de pratiques et d'aménagements qui pourraient

s'avérer intéressantes (Balkan et Corty, p. 138, sur les autorités thaïlandaises vis-à-vis des traitements du paludisme, *id.* p. 144 sur les autorités kenyennes). Cet assouplissement des Etats (et parfois le travail « à la marge » de MSF) est bien souvent nécessaire pour que MSF puisse engager des expérimentations sur des traitements dont la portée reste nécessairement incertaine.

Le deuxième opérateur politique concerne la place conférée à la logique diplomatique entre États (et donc l'étendue souhaitée des souverainetés nationales) dans l'encadrement et la promotion des recherches biomédicales transnationales. Toutes les contributions de l'ouvrage ont tendance à positionner MSF comme un acteur émancipé de la logique diplomatique, face à des acteurs (OMS, gouvernements nationaux) qui s'y sont enfoncés (voir en particulier sur le paludisme le texte de Balkan et Corty, p. 142, 145). Cette emprise de la diplomatie porte avec elle, pour MSF, toute une série de dérives : un souci moindre pour la santé des populations, des libertés prises avec l'exigence d'objectivité, une mise en place plus lente des recherches, et l'attachement à des arènes silencieuses au détriment de la parole publique (sur la nutrition au Niger, voir Le Pape et Defourny, p. 71), et sur le paludisme au Burundi, *id.* p. 63)³⁴. De la même façon, MSF adopte plusieurs fois une position distante vis-à-vis des comités d'éthiques nationaux (plus distante notamment que celle adoptée par l'OMS), dans le cadre d'une logique générale qui vise, là encore dès la création de MSF, et d'une façon qui est ici relancée, à relativiser la portée des souverainetés nationales (Bradol et Le Pape, p. 19)³⁵. Cette polarité des acteurs autour de la légitimité des arguments de type diplomatique converge clairement avec les lignes de fractures induites plus haut par la philosophie des essais. Plus de logique diplomatique étant généralement synonyme de plus de « lenteur », ce qui va de pair, en même temps, avec une philosophie d'essais plus stricte (d'Alessandro, p. 100).

Le troisième opérateur politique qui tend à opposer les différents acteurs autour des recherches trans-nationales conduites par MSF concerne la capacité supposée d'intégration de la biomédecine par les pays du Sud. MSF tend très nettement, dans les différents cas de figure, à accorder plus de confiance que les autres acteurs aux populations du Sud, dans leur capacité d'intégrer la biomédecine. Pour reprendre les termes que j'ai utilisés dans une analyse des controverses autour des essais thérapeutiques

construits dans le cadre de la lutte contre le sida dans les pays du Sud (Dodier, 2003), MSF est du côté d'un « universalisme rapide », ses interlocuteurs s'opposant à elle depuis un « universalisme modéré ». Plusieurs dimensions assez hétérogènes interviennent dans cette évaluation de la capacité des pays du Sud à « accueillir » les produits de la biomédecine : leur capacité à dépasser des contraintes opérationnelles ou économiques, la capacité d'observance des traitements par les patients ou leurs familles, les données disponibles, les possibilités d'accès aux traitements, l'existence d'un personnel spécialisé et sa capacité de formation, la quantité de stocks. A quoi l'on ajoutera le degré de « médicalisation » des problèmes. Dans l'espace ici décrit, MSF a plutôt tendance à imputer les problèmes à l'absence de produits bio-médicaux et à cibler la solution vers la livraison de tels produits, face à des acteurs qui ont tendance à « socialiser » les problèmes, et qui, en attribuent le fond à des facteurs socio-économiques, tendant de ce fait à diriger la résolution des crises du côté de l'aide au développement. Le cas typique est l'ensemble des controverses autour de la malnutrition au Niger (Le Pape et Defourny). Avec ce troisième opérateur politique, on retrouve, dans les controverses, des rhétoriques croisées qui présentent de fortes affinités avec les opérateurs précédents (à la critique de la « lenteur » au nom de la « rapidité » répond par exemple ici la critique du « simplisme » de MSF, au nom de la prise en compte de la « complexité », cf. Bradol et Le Pape, p. 24).

L'espace de la recherche médicale trans-nationale s'est ainsi fortement structuré, depuis la fin des années 1980, autour de quelques opérateurs politiques qui reviennent régulièrement dans les controverses, et qui contribuent à différencier les acteurs de la médecine trans-nationale selon des lignes de fractures assez bien établies. MSF a occupé une position assez constante dans cet espace et a impulsé ainsi, par la pratique de ses investissements sur différentes pathologies, un style de recherche « humanitaire » assez bien défini, à la fois ancré dans TEBM, mais travaillant celle-ci à partir d'une option éthico-politique qui, au carrefour d'une philosophie des essais, d'un rapport à la diplomatie et d'un rapport à la capacité d'intégration de la biomédecine dans les pays du Sud, singularise régulièrement l'ONG tant par rapport aux agences internationales (et en premier lieu l'OMS), que vis-à-vis des autorités locales, et dans un moindre mesure aux firmes (peu présentes de fait dans ces essais de traitements). Parallèlement au front d'innovation de la

recherche médicale qui oppose des acteurs partageant tous, néanmoins, de travailler à l'intérieur de TEBM, se développe, à partir de la fin des années 1990, un autre front d'innovation, plus radical, car il vise, quant à lui, à transformer les règles mêmes qui régissent la production et la mise à disposition des médicaments au niveau international. Nous allons tenter de préciser le rôle qu'a joué MSF dans cette dernière séquence d'innovation.

Transformer les règles de production et de circulation des médicaments au niveau international

Il est utile de revenir, un peu en arrière, sur la façon dont émerge, dans les années 1980, un schéma qui lie d'une manière nouvelle santé publique et transformations du capitalisme au niveau international. Un certain nombre d'acteurs commencent alors à se rassembler autour de l'idée que des maladies n'intéressent pas l'industrie pharmaceutique, que des personnes souffrent ou meurent de ce désintérêt, et que la lutte contre ces maladies peut passer par la construction d'un nouveau cadre économique et juridique destiné à ré-intéresser l'industrie à ces maladies. Aux États-Unis tout d'abord, puis ensuite en Europe, ces maladies sont appelées du terme générique de « maladies orphelines » et font l'objet de réglementations spécifiques (Huyard, 2009). Un peu plus tard, d'autres acteurs, partiellement inspirés par cette nouvelle cause, en viennent à requalifier comme « maladies négligées » un certain nombre de maladies tropicales qui, bien qu'elles atteignent des populations fort nombreuses, échappent elles aussi aux mailles de l'innovation pharmaceutique. L'inquiétude sur le sort de ces maladies, et des populations qui en sont atteintes, s'accroît, dans les années 1990, en raison des transformations profondes qui affectent durant cette décennie le capitalisme en général, et l'industrie pharmaceutique en particulier. On s'alarme de la montée du pouvoir des actionnaires et des risques qui s'ensuivent pour des maladies insuffisamment rentables (Trouiller, 2000). La création de l'OMC en 1994, avec la perspective d'une consolidation des droits de propriété des laboratoires pharmaceutiques sur les médicaments, et d'une reconfiguration radicale de toute l'économie des médicaments, suscite également beaucoup de commentaires et d'incertitudes chez tous ceux qui s'intéressent à la mise à disposition des traitements dans les pays pauvres³⁶. C'est à partir du début

des années 1990 que l’OMS commence à prendre des initiatives pour organiser d’une manière spécifique la lutte contre les maladies « négligées » au niveau international (Dodier 2003, chapitre 9).

Dans les années 1990, MSF est confrontée de façon éparpillée à des arrêts brutaux de production de médicaments de la part de laboratoires pharmaceutiques qui les jugent insuffisamment rentables, sans pour autant rattacher ces cas à la cause globale des maladies « négligées »³⁷. En 1996, un colloque MSF / Epicentre commence à construire les maladies négligées comme problème transversal (Vidal et Pinel, p. 28). Le travail autour de cette cause débouche en 1999 au lancement par MSF de la CAME, Campagne pour l’Accès aux Médicaments Essentiels. Les propositions d’action de la CAME portent alors sur la transformation des règles internationales qui régissent la propriété, la production et la circulation des médicaments. Elles constituent, tant dans le paysage de la médecine transnationale de l’époque, que vis-à-vis des champs antérieurs d’innovation chez MSF, une nouveauté importante. Sur trois fronts.

Tout d’abord parce que le levier pressenti du changement est inédit : la réglementation relative au commerce international. C’est de là que sont supposés venir les grands changements quant à la mise à disposition de traitements efficaces auprès des démunis. À ce nouveau levier d’action au sein de la médecine trans-nationale correspond le déplacement du front d’action de MSF vers les questions économiques et la mobilisation de nouvelles compétences. La CAME s’associe avec des pharmaciens, mais également avec des juristes ou des économistes.

Ensuite, parce que MSF en vient, au-delà du travail destiné à déplacer des leviers juridiques relatifs à la propriété intellectuelle (réglementation internationale, action sur les droits nationaux), à investir toute la chaîne de production des médicaments génériques. Étant donné la place décisive prise, dans ce nouveau contexte, par les organismes (étatiques ou privés) qui produisent les génériques, la construction d’une réglementation internationale destinée à contrôler cette production devient rapidement cruciale (Bradol et Szumilin, p. 162). Mais MSF se détermine aussi à vérifier par elle-même les conditions de production et la nature des contrôles de qualité, et à négocier les prix de vente (Bradol et Szumilin, p. 163).

Cette nouvelle séquence d'innovations s'accompagne enfin d'un déplacement important de l'Organisation vis-à-vis des producteurs de molécules. Nous avons noté que, s'agissant de la recherche médicale, MSF travaillait à l'expérimentation des traitements, en aval des producteurs de molécules. Cela impliquait que MSF tout à la fois fasse du lobbying auprès des firmes et s'en remette à elles pour la production³⁸. D'où, dès cette époque, une double relation aux firmes : à la fois un rapport critique aux pratiques de celles-ci et, en même temps, des relations de collaboration parfois étroites. Cette ambivalence tend à s'accroître fortement au cours de la dernière période. D'un côté la critique des firmes par MSF est dorénavant beaucoup plus portée en public, ou dans des arènes démultipliées d'intervention (Bradol et Le Pape, p. 20). Mais, simultanément, MSF s'engage plus qu'avant dans les stades amont de la trajectoire des molécules, à travers sa participation à des instances collaboratives qui associent des agences internationales, des industries, et des ONG, en vue de réinvestir, dès les premiers stades, le développement de molécules autour de maladies négligées. C'est ainsi que MSF est à l'origine du lancement du DNDi (Vidal et Pinel ; Redfield, 2008b, p. 135), et sert d'intermédiaire avec la firme Glaxo, dans le cadre du développement de vaccins par ICG (d'Alessandro, p. 108).

Conclusion : Quatre histoires possibles

Lorsqu'on revient sur l'ensemble de ces séquences, et sur leur enchaînement, plusieurs histoires semblent possibles. Première d'entre elles : une progression linéaire de l'innovation humanitaire depuis quarante ans, qui rapproche lentement MSF de la recherche médicale de pointe. Soit au début, un simple médecin de base. Celui-ci acquiert des compétences plus spécialisées, en innovant du côté de la logistique, avant d'explorer, dans un troisième temps la recherche véritablement biomédicale, quoiqu'en travaillant généralement sur des molécules déjà disponibles. Dans l'étape la plus récente, MSF, par sa participation à des instances collaboratives telles que DNDi ou ICG, est un quasi-promoteur de molécules ou de vaccins, en lien avec des instances internationales et des firmes. Un pas de plus, et MSF deviendrait promoteur de ses propres molécules.

Deuxième histoire : autant de séquences, autant de formes d'innovation différentes. La linéarité du récit précédent cache cette variété. On ne peut qu'être frappé, en effet, par la capacité de renouvellement des fronts sur lesquels MSF, organisation protéiforme, a su se placer pour apporter de l'inédit. A chaque séquence de l'histoire, correspond une rupture dans la dynamique d'innovation. Les cibles changent, les supports sur lesquels fonder l'innovation également, ainsi que la carte des acteurs concernés. La cible est double pour le groupe des médecins fondateurs. La médecine métropolitaine en premier lieu, avec ses dérives massives (une médecine jugée, en ses différents segments, marchande, bureaucratique, ou mandarinale) qui incitent ces médecins à essayer de construire une autre médecine ailleurs. La neutralité silencieuse de la Croix-Rouge ensuite. Quels sont alors les appuis du changement ? La médecine de base et la volonté de témoignage face aux souffrances de ce monde. Il en sort la création d'un médecin au profil inédit. Dans un deuxième temps, la médecine de base est elle-même devenue la cible. Elle est trop « amateur ». On s'appuie sur des secteurs plus spécialisés de la médecine (les pharmaciens et leur sens du conditionnement, la tradition des kits, l'épidémiologie d'intervention), pour produire de nouveaux kits, ajustés à la spécificité des situations rencontrées, et pour fonder le centre de calcul nécessaire à une épidémiologie humanitaire indépendante. Dans la troisième séquence, la cible s'est à nouveau déplacée, il s'agit cette fois-ci des traitements usuels, routiniers, « officiels », souvent homologués par l'OMS ou les autorités nationales, et employés dans des pays aux populations démunies. En investissant alors dans les méthodes de l'*evidence based medicine* trans-nationale, on s'attache à montrer les limites de ces traitements et à faire homologuer, dans des parcours semés de controverses, des traitements inédits. Enfin, dans un dernier temps, MSF s'attaque aux firmes pharmaceutiques des pays occidentaux, et à leur responsabilité dans les énormes difficultés d'accès aux traitements pour les populations démunies du Sud. Elle peut alors s'appuyer sur la recomposition importante, pendant les années 1990, de la carte des acteurs qui interviennent dans la circulation des médicaments : montée d'une industrie de génériques au Sud, apparition d'une lutte alter-mondialiste contre le nouveau droit international en matière de commerce. L'Organisation participe notamment, en livrant des batailles économiques et juridiques, à l'émergence de nouveaux textes du droit international du

commerce, au déploiement plus équipé de la chaîne des génériques (du producteur au patient), et à l'émergence de consortiums de collaboration aux géométries nouvelles pour découvrir de nouveaux produits.

Si elle met en évidence le renouvellement important des fronts d'innovation de MSF au sein de la médecine trans-nationale, cette histoire présente une limite importante : elle ne voit pas ce qui est « structurel » dans cette succession de séquences. A un certain niveau, en effet, MSF procède toujours de la même façon en matière d'innovations humanitaires. Troisième histoire donc : la répétition d'un schéma structurel de l'innovation. En chacune de ces séquences, le même motif de base se répète. Celui-ci comporte toujours deux cellules. Tout d'abord une *innovation dans un cadre existant*. A chaque étape, MSF va chercher des outils spécialisés qui, additionnés à une base existante, permettent effectivement de concrétiser des entités nouvelles. D'abord une médecine sans frontières qui supprime des organisations humanitaires peu médicalisées (Croix-Rouge). Puis une médecine humanitaire équipée d'une logistique et d'un centre de calculs épidémiologiques. Ensuite, s'appuyant à nouveau sur ces acquis, une médecine humanitaire en mesure de tester scientifiquement des traitements innovants qui s'imposent par rapport aux traitements usuels. Et enfin, la construction de toute une chaîne de production qui, via les génériques, met à disposition des plus pauvres des traitements de pointe issus des recherches dans les pays occidentaux. Mais à cette innovation *dans le cadre*, MSF ajoute toujours un pas de côté, *un changement du cadre*. L'organisation s'attache toujours en effet à problématiser un cadre établi. C'est en quelque sorte la dimension politique que MSF ajoute à chacune des séquences. Ainsi, dans la première séquence, MSF ajoute au « médecin de base » quelque chose d'autre : l'attachement à la parole publique, contre la conception de la neutralité, telle que l'institue la Croix-Rouge, comme modèle dominant pour les secours humanitaires. A la deuxième étape, MSF ajoute, dans sa manière de réaliser des kits, un attachement au point de vue des praticiens, en tant qu'ils sont engagés dans un usage des kits. MSF ne produit pas simplement des nouveaux kits, mais s'attache à concevoir des kits d'un genre nouveau. Elle se distingue d'une version techniciste de l'innovation, véhiculée par des concepteurs qui estimeraient détenir la vérité des nouveaux objets, et de leurs usages. A la troisième étape, MSF apporte, en plus de sa découverte de nouveaux traitements, un rapport légèrement critique à l'*evidence based medicine*, et

milite pour une philosophie souple des essais, qui doit tenir compte, là encore, des compétences des praticiens contre le dogme de la philosophie stricte. À la dernière étape, l'innovation dans le cadre est l'établissement de circuits bien équipés pour les génériques. Le travail pour changer le cadre est la mobilisation pour transformer le droit de la propriété intellectuelle en intégrant notamment de façon beaucoup plus étendue l'argument de l'exception sanitaire. Dans cette touche systématique qui, partant d'innovations dans le cadre, vise à faire évoluer le cadre lui-même, se manifeste une disposition politique fondamentale de MSF, dont il faudrait sans doute mieux saisir comment et pourquoi elle perdure au travers des différentes séquences de l'histoire.

J'aimerais conclure sur une quatrième histoire : l'évolution du rapport aux standards trans-nationaux. La médecine trans-nationale est confrontée à une double exigence permanente. D'un côté, elle construit des standards trans-nationaux susceptibles de s'appliquer sur toute la planète. D'un autre côté, elle s'ajuste nécessairement aux particularités locales des situations d'intervention. Les tensions, les oscillations, les compromis, les recherches d'équilibre entre d'un côté le pôle extrême d'une standardisation radicale des pratiques et, de l'autre, l'ouverture, sans cesse reconstruite face aux singularités rencontrées en cours d'intervention, sont au cœur de toutes les frictions qui traversent la médecine trans-nationale, quelle qu'en soit la forme. En prenant pied dans cette histoire, MSF n'échappe pas à la règle. Et l'on peut voir la suite de ses innovations médicales comme une série de positionnements différents sur la question des standards. Dans un premier temps, on serait tenté de dire, des *standards débordés* par la réalité. Le « médecin de base » transporte avec lui le noyau de connaissances, d'outils, mais également le noyau éthique qu'est supposé détenir tout médecin correctement formé. Mais ce noyau s'avère tellement léger face au déferlement des personnes et des choses que ce médecin a au fond toutes les peines du monde à agir sur celles-ci, particulièrement en situation de crise. Au cours des temps deux et trois, ce qui domine à MSF c'est, par le recours aux kits ou aux essais de médicaments, la recherche d'un équilibre pour opérer avec des standards qui intègrent en eux-mêmes la *critique praticienne des standards*, celle qui, prenant acte de la pertinence de jugements cliniques irréductibles à la logique des procédures standards, cherche à trouver une relation entre standards et usages qui soit ajustée. Lors de la dernière étape, l'accent est mis sur des standards forts, des

standards juridiques au niveau international, destinés à s'imposer partout sur la planète. L'ajustement du droit n'est envisagé qu'à un niveau très éloigné des pratiques du terrain : au niveau des droits nationaux, sur lesquels des batailles juridiques sont engagées, qui tiennent compte à chaque fois de spécificités nationales. MSF s'éloigne ici des préoccupations des praticiens, pour agir à des niveaux d'emblée plus décontextualisés. Dans cette histoire, un grand absent : la critique anthropologique des standards, celle qui, partant du constat de la diversité des cultures, ou des sociétés, ouvre la réflexion sur les possibilités qu'il y aurait à penser d'une façon globale les conditions d'articulation entre des standards trans-nationaux et les particularités propres à chaque société considérée. Les productions de MSF sont pourtant riches en réflexion (voire en auto-critique) sur les conditions d'intégration de la diversité culturelle dans une médecine trans-nationale³⁹. Comme l'ont montré un certain nombre d'anthropologues et de sociologues (Christakis, 1992 ; Delvecchio Good 1995), la biomédecine est toujours confrontée, y compris dans ses secteurs les plus avancés en termes de recherche biomédicale de pointe, au cœur même de l'*evidence based medicine*, à la nécessité de penser sa confrontation à d'autres manières d'aborder les personnes et leurs corps, et le monde dans lequel ceux-ci évoluent. Ce point aveugle, pour l'instant, de la réflexion engagée par MSF sur les innovations médicales sera-t-il présent dans le prochain front d'innovation où s'engagera l'organisation ?

Bibliographie

AKRICH M., 1992, « The De-Description of Technical Objects », in BIJKER W., LAW J.(eds), *Shaping Technology*, Cambridge, MA, MIT Press, p. 205-224.

AKRICH M., 1993, « Les objets techniques et leurs utilisateurs. De la conception à l'action », *Raisons pratiques*, 4, « Les objets dans l'action », p. 35-57.

BARBOT J., 2002, *Les malades en mouvement. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland.

BIBERSON P., 2000, « Le désert sanitaire », in BRAUMAN R. (éd), 2000, *Utopies sanitaires*, Paris, Editions Le Pommier, p. 79-102.

BIRABEN J.-N., 1976, *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*, Paris-La Haye, Mouton.

BOLTANSKI L., 1993, *La souffrance à distance. Morale humanitaire, médias et politique*, Paris, Métailié.

BRAUMAN R. (éd), 2000, *Utopies sanitaires*, Paris, Editions Le Pommier.

CHATEAURAYNAUD F., TORNAY D., 1999, *Les sombres précurseurs. Une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

CHIRAC P., DUMOULIN J., KADDAR M., 2000, « Mondialisation et médicaments », in BRAUMAN R., 2000, p. 207-226.

DAUVIN P., SIMEANT J., 2002, *Le travail humanitaire : les acteurs des ONG du siège au terrain*, Paris, Presses de Sciences-Po.

DELVECCHIO GOOD, M.-J., 1995, « Cultural studies of biomedicine : an agenda for research », *Social science and medicine*, 41 (4), p. 461-473.

DODIER N., 1993, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, Métailié.

DODIER N., 1995, *Les hommes et les machines. La conscience collective dans les sociétés technicisées*, Paris, Métailié.

DODIER N., BARBOT J., 2000, « Le temps des tensions épistémiques. Le développement des essais thérapeutiques dans le cadre du sida (1982-1996) », *Revue française de sociologie*, XLI (1), p. 79-118.

DODIER N., 2003, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Éditions de l'EHESS.

DODIER N., 2005, « Transnational medicine in public arenas. Aids treatments in the South », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 29 (3), p. 285-307.

FASSIN D., 2006, « L'humanitaire contre l'État, tout contre », *Vacarme*, n° 34, janvier-mars.

FOX R., 1995, « Medical humanitarianism and human rights : reflections on doctors without borders and doctors of the world », *Social Science and Medicine*, 14 (2), p. 1607-1616.

HUYARD C., 2009, « How did uncommon disorders become 'rare diseases' ? History of a boundary object », *Sociology of Health & Illness*, 31 (4), p. 463-477.

LÖWY I. 2001, *Virus, moustiques et modernité : La fièvre jaune au Brésil entre science et politique*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines.

MCLEOD R., LEWIS M. (eds), 1988, *Disease, medicine and empire : Perspectives on western medicine and the experience of european expansion*, London-New York, Routledge.

REDFIELD P., 2008a, « Doctors without Borders and the Moral Economy of Pharmaceuticals », in BULLARD A., (ed.), *Human Rights in Crisis*, Burlington, Ashgate, p. 129-144.

REDFIELD P., 2008b, « Vital Mobility and the Humanitarian Kit », in LAKOFF A., COLLIER S. (eds), *Biosecurity interventions. Global Health and Security in Question*, New York, Columbia University Press, p. 147-171.

SIMEANT J., 2001, « Entrer, rester en humanitaire. Des fondateurs de Médecins sans frontières aux membres actuels des ONG médicales françaises », *Revue française de science politique*, 51 (1), p. 47-72.

THEVENOT L., 1986, « Les investissements de forme », in THEVENOT L. (éd.), *Conventions économiques*, Paris, Presses Universitaires de France (Cahiers du Centre d'Etude de l'Emploi), p. 21-71.

TROUILLER P., 2000, « Médicaments indigents », in BRAUMAN R., 2000, p. 195-206.

VALLAEYS A., 2004, *Médecins Sans Frontières : la biographie*, Paris, Fayard.

VAN DORMAEL M., 1997, « La médecine coloniale, ou la tradition exogène de la médecine moderne dans le Tiers Monde », *Studies in Health Services Organization and Policy*, 1, 1-38.

[18.](#) A l'exception des travaux récents de Peter Redfield (2008a, 2008b).

[19.](#) Le recueil d'articles réunis par Rony Brauman (2000) constitue à ma connaissance, en termes de publication, l'entreprise la plus ambitieuse.

[20.](#) Ce texte doit donc être lu dans sa dimension exploratoire, et non comme le résultat d'une recherche aboutie.

[21.](#) L'articulation entre ces deux figures n'est pas rare en médecine. On pensera par exemple, dans les années récentes, aux petits groupes de médecins du travail fortement engagés dans un travail régulier de témoignage sur la souffrance des salariés dans les entreprises (Dodier, 1993). L'originalité de MSF

est d'avoir porté cette double figure au niveau international et d'en avoir fait la raison d'être de leur groupe.

[22.](#) Voir par exemple les missions en Afghanistan au début des années 1980, après l'invasion soviétique.

[23.](#) Les références aux études publiées dans cet ouvrage seront indiquées par le nom de l'auteur, suivi du numéro de la page.

[24.](#) Voir les interviews de Dominique Angotti et Jacques Pinel dans le film « L'aventure MSF ».

[25.](#) C'est typiquement le statut des objets techniques dans les organisations « planifiées » (Dodier, 1995).

[26.](#) MSF s'inscrit ici, à l'évidence, dans un mouvement plus vaste de transformation des modes de conception dans l'industrie (cf. Akrich, 1993), avec des implications dans la confection des kits (Akrich, 1992). Il conviendrait de faire une enquête complémentaire pour examiner comment s'est organisé au sein de MSF ce travail autour des kits.

[27.](#) Voir par exemple F. Chateauraynaud et D. Torny (1999). On pensera par exemple à la CRIIRAD concernant les risques associés au secteur nucléaire.

[28.](#) Voir également F. Chateauraynaud et D. Torny (1999) sur la manière dont des dispositifs de santé publique tentent d'intégrer en leur sein cette vigilance sur les risques émergents qui s'avère irréductible aux procédures codifiées de calcul des risques (en cherchant notamment à définir une place pour des « lanceurs d'alerte »).

[29.](#) Dans l'ouvrage, son mentionnés en termes de recherches biomédicales : méningite : 1988 jusqu'à 2005 ; paludisme ACT : 1994 en Thaïlande, jusqu'à 2004 ; vaccin méningite 1996 au Nigéria, jusqu'à 2000 ; maladie du sommeil 2000-2003 ; malnutrition Niger 2005).

[30.](#) Voir par exemple, parmi les cas traités dans ce volume : concernant le paludisme, la recherche d'un diagnostic rapide et simplifié et les expérimentations conduits autour des dérivés de l'artémisinine (Balkan, Corty, p. 148) ; ou encore la reprise des recherches sur l'éflornithine pour lutter contre la maladie du sommeil (Corty, p. 126).

[31.](#) Certains de ces médicaments « en attente » de confirmation ou d'infirmité provenaient de guerres post-coloniales, et notamment de la guerre du Vietnam. Voir sur le paludisme : Balkan et Corty, p. 136.

[32.](#) Une étude plus poussée devrait permettre de préciser comment se présente la carte « interne » de MSF vis de TEBM : y a-t-il de véritables tensions, durables, à l'intérieur de l'organisation, selon la proximité / éloignement de TEBM ? les mêmes personnes sont-elles amenées à faire varier leur positionnement selon les arènes ? Peut-on identifier un mouvement tendanciel à l'intérieur de MSF, qui irait par exemple dans le sens d'un rapprochement vis-à-vis de TEBM, comme nous avons pu le constater par exemple dans le cadre du sida en France, y compris de la part d'acteurs qui lui était initialement opposés (Barbot, 2002 ; Dodier, 2003) ?

[33.](#) Pour une mise en évidence des deux opérateurs politiques (la forme d'objectivité valorisée, le degré d'autonomie conféré aux patients) qui ont structuré pendant vingt ans l'espace des controverses autour des traitements du sida, voir Dodier et Barbot 2008.

[34.](#) Sur la nécessité de démocratiser l'éthique de la recherche médicale, voir par exemple Bradol et Le Pape, p. 18.

[35.](#) Il conviendrait d'examiner jusqu'à quel point il est possible pour une ONG d'être « a-diplomatique » dans les négociations qui visent à rendre possible des recherches biomédicales dans les pays du sud. Et inversement de mieux saisir les raisons apportées par les autorités internationales ou nationales derrière ce que MSF, et les auteurs du présent ouvrage, rassemblent parfois rapidement derrière la critique d'une diplomatie dont les dérives semblent évidentes.

[36.](#) Pour un développement sur ces questions, voir Chirac, Dumoulin et Kaddar, in Brauman (2000).

[37.](#) Aventis arrête par exemple en 1995 la production de l'éflornithine, médicament pourtant utilisé contre la maladie du sommeil (Redfield, 2008a). Malgré les résultats prometteurs, en 1996, des

premiers essais relatifs aux tests rapides du paludisme en Birmanie, la firme mère arrête la production (Balkan et Corty, p. 140).

[38.](#) Voir par exemple Corty, p. 125 et Redfield (2008b) concernant le lobbying réitéré de MSF auprès d'Aventis pour le redémarrage de la production d'éflornithine contre la maladie du sommeil.

[39.](#) C'est l'un des apports principaux de l'ouvrage dirigé par Rony Brauman (2000). Voir en particulier sur ce point les contributions de Philippe Biberson, à partir de la mission MSF en Guinée entre 1985 et 1990, et de Eric Goemaere, à partir de la mission au Tchad entre 1983 et 1987.

Version ePub réalisée par Flexedo®

www.flexedo.com