

ENJEUX HUMANITAIRES N°1

Revue MSF Suisse sur les Enjeux
et Pratiques Humanitaires

FRONTIÈRES HUMANITAIRES:

MESURES DE CONTRÔLE DES INFECTIONS ET DROITS INDIVIDUELS:
UN DILEMME ÉTHIQUE POUR LE PERSONNEL MÉDICAL

HUMANITAIRE CONTRE DROITS DE L'HOMME:
DEUX AGENDAS OPPOSÉS ?

LES GUERRES DE L'APRÈS-11/9: NOUVEAUX TYPES DE CONFLIT,
NOUVELLES FRONTIÈRES POUR LES HUMANITAIRES ?

Edité par Jean-Marc Biquet

ENJEUX HUMANITAIRES N°1

Revue MSF Suisse sur les Enjeux
et Pratiques Humanitaires

FRONTIÈRES HUMANITAIRES:

**MESURES DE CONTRÔLE DES INFECTIONS ET DROITS INDIVIDUELS:
UN DILEMME ÉTHIQUE POUR LE PERSONNEL MÉDICAL**

**HUMANITAIRE ET DROITS DE L'HOMME:
DEUX AGENDAS OPPOSÉS?**

**LES GUERRES DE L'APRÈS-11/9: NOUVEAUX TYPES DE CONFLIT,
NOUVELLES FRONTIÈRES POUR LES HUMANITAIRES?**

Credits:

Graphisme: Daniel Jaquet

Traductions: Nathalie Haggart

Contenu

- 7 **Mesures de contrôle des infections et droits individuels:
un dilemme éthique pour le personnel médical**
- 9 Philippe Calain, Andrei Slavuckij
*Les restrictions au nom de la santé publique face aux droits individuels des patients:
L'application des règlements de santé publique fait-elle partie des attributions de MSF?*
- 13 Jerome Amir Singh
*L'action humanitaire et le contrôle des infections:
considérations juridiques, éthiques, sociales et de droits humains*
- 25 Vital Mondonge Makuma
*Contrôle de l'infection au cours de l'épidémie de FHV à virus Ebola dans la province
du Kasai Occidental, en République démocratique du Congo et dilemme éthique.*
- 27 Alain Epelboin, Pierre Formenty, Julienne Anoko and Yokouid Allarangar
*Humanisations et consentements éclairés des personnes et des populations lors des
réponses aux épidémies de FHV en Afrique centrale (2003-2008)*
- 41 **Humanitaire et droits de l'homme: deux agendas opposés?**
- 42 David Rieff
Fausse compatibilité: Action humanitaire et droits de l'homme
- 47 Rony Brauman
Le danger d'un discours conciliateur
- 52 James Darcy
Humanitarisme et droits de l'Homme
- 57 **Les guerres de l'après-11/9: Nouveaux types de conflit,
Nouvelles frontières pour les humanitaires?**
- 58 Alain Déletroz
Une communauté internationale désarmée
- 61 Bruno Jochum
*«Guerre contre la terreur»: conséquences sur les
populations civiles et positionnement des humanitaires*
- 65 Peter J. Hoffman
L'impact de la guerre contre le terrorisme sur l'action humanitaire
- 74 Jérôme Larché
L'Humanitaire en étau Entre guérillas et Guerre contre le Terrorisme

Enjeux humanitaires N°1 est un recueil d'articles écrits par les participants à la journée de conférences-débats sur le thème des «FRONTIÈRES HUMAINITAIRES», tenue à Genève, le 13 décembre 2007. Ces articles sont classés par thème pour refléter le programme original des conférences. MSF Suisse a également édité un DVD de la journée, qui contient les différentes présentations des participants et la partie débat des sessions, en plus de la version électronique des articles publiés dans Enjeux humanitaires ainsi que leur traduction en français. Le DVD peut être commandé sur notre site web : www.msf.ch.

Jean-Marc Biquet, chargé de recherche à MSF Suisse, au sein de l'Unité de réflexion sur les enjeux et les pratiques humanitaires (UREPH), et organisateur général de ces conférences, était chargé de sélectionner les thèmes et les orateurs. Il est également l'éditeur de ce recueil.

MSF Suisse tient à exprimer sa reconnaissance aux orateurs qui ont participé à cette journée et qui ont permis à l'UREPH de publier ce second numéro de la série «Enjeux humanitaires».

Nous souhaitons également remercier tous ceux qui ont assisté à cette conférence et en ont fait un succès, ainsi que ceux qui ont contribué à organiser cet événement.

Enfin et surtout, nous tenons à exprimer notre gratitude à ceux qui nous soutiennent et qui nous permettent de porter secours aux personnes en détresse, aux quatre coins du monde.

Pour plus d'informations sur l'UREPH et cette publication, contactez Jean-Marc Biquet, chargé de recherche, à l'adresse suivante : jean-marc.biquet@geneva.msf.org

MESURES DE CONTRÔLE DES INFECTIONS ET DROITS INDIVIDUELS: UN DILEMME ÉTHIQUE POUR LE PERSONNEL MÉDICAL

Dans le domaine de la santé publique, de nombreuses activités font naître des tensions entre les libertés personnelles et l'autonomie individuelle, d'un côté, et l'optique de la santé publique, de l'autre. Les activités menées dans le domaine de la santé publique reposent en effet sur des considérations morales liées aux risques et aux avantages, pour la population, que les humanitaires et les autres parties prenantes vont être obligés de prendre/rechercher. Ces nobles objectifs et actions aboutissent à des violations relativement mineures des droits individuels, telles que la divulgation systématique des données recueillies sur les maladies contagieuses, ou d'autres mesures qui portent atteinte à la vie privée et enfreignent le principe de confidentialité, un sujet déjà souvent abordé par le passé.

La violation des libertés individuelles et de l'autodétermination fait en revanche l'objet de préoccupations qui deviennent de plus en plus vives, eu égard au pouvoir accordé aux responsables de la santé publique, habilités à prendre toute mesure qui s'avèrerait nécessaire pour contenir une maladie. Aujourd'hui, l'émergence continue de maladies contagieuses aux taux de mortalité élevés est une question particulièrement préoccupante; il s'agit notamment de la fièvre Ebola, des maladies potentiellement pandémiques, telles que la grippe aviaire; et des maladies contagieuses quasi indestructibles ou incurables telles que la XDR-TB. Pour traiter ces maladies, il arrive qu'il faille prendre, dans le cadre d'une stratégie globale, certaines mesures non-volontaires, telles que l'isolement ou la mise en quarantaine. Or, ces mesures viennent s'opposer aux droits humains médicaux et individuels en pénalisant injustement les personnes exposées à des problèmes de santé, dans l'intérêt des personnes qui ne le sont pas. Les organisations humanitaires ont-elles un rôle à jouer et sont-elles tenues de participer à la mise en place de ces mesures? Quelle incidence cela a-t-il sur les programmes médicaux ultérieurs?

S'il est facile de dire que ces dilemmes reposent sur des principes éthiques, l'éthique en santé publique n'est pas forcément en adéquation avec l'éthique médicale ou biomédicale qui sous-tend les pratiques médicales à notre époque.

De nos jours, il existe (sans doute) un vague consensus sur l'idée que les interventions menées au nom de la santé publique peuvent être raisonnablement justifiées, à condition qu'un certain nombre de principes soient respectés. Ces principes ne sont toutefois guère applicables lorsqu'il s'agit de trouver des solutions pratiques pour mettre en place de telles mesures; de suivre la logique de la priorisation; et de remplir le rôle des organisations humanitaires dans la prise de mesures exigeant l'observance du traitement par le patient, contre sa volonté et en imposant des limites à son autonomie.

Les acteurs médicaux humanitaires et non-gouvernementaux se situent à un point unique du spectre: ils ne sont pas supposés prendre part aux politiques coercitives des organes gouvernementaux, mais ils sont censés opérer selon des principes de santé publique ciblés sur les populations en crise, et non pas conformément aux besoins individuels. En ce qui concerne l'éthique en santé publique et la bioéthique, où sont les similitudes et les différences entre les deux? Jusqu'où aller lorsqu'on se trouve contraint d'agir contre les libertés individuelles des patients? Qu'est-ce qui peut et doit être fait pour les personnes dont les droits individuels ont été violés? Et avant tout, peut-on supposer, sans grand risque d'erreur, que nos actions axées sur la santé publique sont efficaces si elles passent par une violation des libertés individuelles?

Les restrictions au nom de la santé publique face aux droits individuels des patients: L'application des règlements de santé publique fait-elle partie des attributions de MSF?

Dr Philippe Calain¹, Dr Andrei Slavuckij²

Dans la pratique de la santé publique, les droits individuels des patients et les mesures destinées à protéger la sécurité des populations peuvent, dans certaines circonstances, entrer en conflit. Ce dilemme est typiquement illustré par un certain nombre de maladies contagieuses graves à risque de transmission élevé, telles que le SRAS, les fièvres hémorragiques virales (FHV) et la peste pulmonaire. Les règlements nationaux de santé publique sont censés fournir un cadre juridique et technique sur les mesures intrusives ou restrictives à adopter pour le contrôle des maladies contagieuses. Ces mesures peuvent aller de l'observation de santé publique à la mise en quarantaine (pour les cas suspects), et de l'isolement à la détention (pour les cas confirmés). Il n'existe pas, toutefois, de format universel pour ce type de règlements, tels qu'applicables à l'intérieur des États souverains. La nature, l'applicabilité et le champ d'application des lois nationales de santé publique (lorsqu'elles existent) varient en effet d'un pays à l'autre. Le Règlement sanitaire international³ actuel (voté par l'Assemblée mondiale de la santé en 2005 et entré en vigueur en 2007) fournit un cadre juridique sur les urgences de santé publique, mais seulement dans la mesure où celles-ci représentent une menace de propagation internationale, ou un risque pour les voyageurs ou le commerce.

L'émergence récente de la tuberculose ultra-résistante avait déjà soulevé plusieurs questions éthiques et techniques délicates sur le recours à l'isolement obligatoire

¹ Conseiller médical, Médecins Sans Frontières – Suisse

² Responsable de programme, Médecins Sans Frontières – Suisse

³ Organisation mondiale de la santé, «Cinquante-huitième résolution de l'Assemblée mondiale de la santé WHA58.3: Révision du règlement sanitaire international», 23 mai 2005, http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_4-en.pdf.

ou à la détention forcée⁴ des patients identifiés. Par la suite, en mai 2007, un voyageur, prétendument atteint de tuberculose ultra-résistante, avait été intercepté alors qu'il se rendait sans restriction de l'Europe vers les Etats-Unis. Cet événement, qui a fait l'objet d'une couverture médiatique importante, a révélé les faiblesses manifestes des processus juridiques et de santé publique relatifs à l'isolement et à la quarantaine dans les pays concernés⁵. Pourtant, en matière de droits humains et de contrôle de la tuberculose ultra-résistante, l'OMS a publié des recommandations⁶, en se référant essentiellement aux Principes de Syracuse.

Médecins Sans Frontières (MSF) est une organisation humanitaire et médicale internationale dont l'expertise spécifique et les environnements opérationnels exposent les membres de ses équipes médicales de terrain à des dilemmes possibles entre les droits des patients et les contraintes relatives à la santé publique.

Premièrement, MSF a acquis, au fil des ans, une solide expertise en matière de contrôle et de gestion des principales maladies épidémiques, et notamment du choléra, des fièvres hémorragiques virales, de la peste et de la tuberculose multi-résistante. Celles-ci font précisément partie des conditions qui exigeraient généralement l'application de mesures de santé publique restrictives.

Deuxièmement, MSF opère fréquemment dans des zones de conflit ou dans le cadre de crises complexes, où les lois de santé publique sont inexistantes, obsolètes, inapplicables ou tout simplement impossibles à faire respecter. Comme nous l'avons indiqué précédemment, ce flou juridique n'est pas compensé par l'existence de cadres internationaux qui régissent la santé publique à l'échelle nationale.

Troisièmement, MSF a souvent le statut exceptionnel d'unique prestataire de santé, dans des circonstances où les ressources locales sont insuffisantes pour offrir des soins humains, efficaces et sans risque au-delà de l'isolement obligatoire. Ce cas est typiquement illustré par les épidémies de FHV, pour lesquelles les soins individuels aux patients exigent des équipements de protection coûteux, une expertise technique et un personnel médical accru.

⁴ Jerome Amir Singh, Ross Upshur et Nesri Padayatchi, «XDR-TB in South Africa: No Time for Denial or Complacency», *PLoS Medicine* (2007); 4(1),

<http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=getdocument&doi=10.1371%2Fjournal.pmed.0040050>

⁵ Howard Markel, Lawrence O. Gostin et David P. Fidler, «Extensively drug-resistant tuberculosis: an isolation order, public health powers, and a global crisis» *JAMA* (2007); 298(1): 83-86.

⁶ Organisation mondiale de la santé, «Lignes directrices de l'OMS sur les droits humains et le traitement involontaire de la tuberculose ultra-résistante», 24 janvier 2007, http://www.who.int/tb/xdr/traitement_involontaire/en/index.html.

Quatrièmement, les volontaires MSF sont souvent (en raison des circonstances autant que par choix institutionnel) en mesure de constater et témoigner sur le respect, l'ignorance ou les violations des droits humains. L'application illégitime de mesures coercitives dans le domaine de la santé publique ne fait pas exception à la règle, en ce qu'elle nous permet d'exercer le privilège qui nous est offert de témoigner et de plaider en faveur des victimes. Il en est de même si nous constatons le détournement manifeste de mesures de santé publique pour les besoins de la recherche, quand ces derniers sont en conflit avec l'intérêt des patients et les priorités optimales en matière de soins de santé. MSF elle-même n'a ni la légitimité, ni le mandat d'imposer des règlements administratifs. Toutefois, même imposées par les autorités en vertu du règlement de santé publique, les restrictions de circulation risquent de perturber les modes de vie habituels des populations et de compromettre le maintien des moyens de subsistance dans les régions touchées, lorsque l'accès aux soins ou le soutien communautaire est limité. Dès lors, des restrictions inutiles peuvent avoir de lourdes conséquences sur les conditions socio-économiques précaires des populations auxquelles MSF offre généralement une aide temporaire.

Enfin, dans certaines circonstances assez uniques rencontrées par MSF, les mesures de santé publique ajoutent des restrictions supplémentaires dans un environnement déjà contraint. Il en est ainsi des services d'isolement sanitaires publics pour patients avec différents profils de résistance aux antibiotiques, dans les établissements de détention. Au Kirghizstan, par exemple, la co-habitation de patients atteints de différentes souches de tuberculose multi-résistante suppose qu'il faille segmenter les groupes de patients sur de longues périodes de temps, pour éviter la contamination croisée au sein des centres de traitement. «Dans l'idéal», pour préserver l'efficacité du traitement de deuxième intention (souvent de dernier recours) et prévenir la transmission de souches de tuberculose incurables, accompagnée d'un risque de propagation accru parmi les prisonniers et de «débordement» au sein de la société civile, il faudrait séparer les patients atteints de différentes souches de résistances à l'aide d'une barrière en fil barbelé, et donc imposer aux détenus des conditions de détention plus difficiles encore (et probablement pendant plus longtemps) que celles prévues par la loi pénale. Néanmoins, dans le respect de l'individu et en tenant compte des torts qui peuvent être causés à la société, MSF a arbitrairement choisi de plaider en faveur de mesures de santé publique plus douces, telles que la séparation des patients à l'aide d'un grillage traditionnel et avant tout une forte éducation sanitaire pour l'adhérence ainsi qu'un suivi individualisé dans les cas où le patient serait libéré avant la fin du traitement.

En conclusion, dans ses domaines d'intervention, lorsqu'il mène des opérations de contrôle des épidémies et pour prévenir la propagation des maladies infectieuses au sein et hors des communautés, MSF participe activement à la mise en application des règlements de santé publique. Malgré tout, MSF devrait constamment remettre en question l'opportunité des mesures de santé publique appliquées et ne pas hésiter à consacrer, ni à solliciter, des ressources supplémentaires, si nécessaire, pour alléger les restrictions imposées aux individus. MSF doit continuer à dénoncer les mauvaises pratiques, le cas échéant, que ce soit des acteurs nationaux et internationaux concernés en matière de contrôle des épidémies

L'action humanitaire et le contrôle des infections: considérations juridiques, éthiques, sociales et de droits humains

*Jerome Amir Singh*¹

Introduction

Les responsables de la santé publique sont généralement chargés de contenir les épidémies mortelles de maladies infectieuses. Dans certains contextes, néanmoins, les infrastructures de santé publique et le cadre juridique relatifs au contrôle des épidémies peuvent être inconnus, peu efficaces, voire inexistants. Dans ces contextes, l'émergence et la propagation rapide de maladies mortelles, contagieuses par voie aérienne telles que la tuberculose multirésistante ou la fièvre Ebola, ou même la grippe pandémique, soulèvent des questions de fond sur la manière dont les organisations humanitaires qui opèrent dans ces conditions devraient gérer ces crises. Ne pas pouvoir distinguer précisément les différentes mesures de confinement risque également de paralyser les opérations de secours. Bien que l'OMS ait publié un ensemble de directives à l'attention des organisations humanitaires sur la préparation et la gestion de la grippe pandémique², susceptibles d'être appliquées, dans une certaine mesure, à d'autres maladies aérogènes mortelles, il est étonnant de constater que ces directives n'offrent aucune guidance sur les implications juridiques, éthiques, sociales et de droits humains du contrôle des infections. Le présent document vise à y remédier en clarifiant la nature des différentes mesures de santé publique pour le contrôle des infections par confinement et en donnant un aperçu des implications de ces différentes stratégies dans les domaines éthique, social et des droits humains. En

¹ Jerome A. Singh est directeur du service Éthique et droit de la santé au Centre du programme de recherche sur le sida en Afrique du Sud (CAPRISA), à Durban, en Afrique du Sud; Professeur praticien à l'École des sciences de la santé publique et au Centre commun de bioéthique de l'université de Toronto, au Canada; et chargé de recherche honoraire au Howard College School of Law de l'université du KwaZulu-Natal, à Durban, en Afrique du Sud.

² Programme de l'Organisation mondiale de la santé sur le contrôle des maladies dans le cadre des crises humanitaires; Groupe Maladies transmissibles. Préparation à la grippe pandémique et stratégie d'atténuation chez les populations réfugiées et déplacées. Directives de l'OMS pour les organisations humanitaires. Avril 2006. À consulter sur: http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/avian2006-04-9a.pdf. Consultées le 5 février 2008.

conclusion, des conseils seront prodigués aux organisations humanitaires confrontées à des épidémies de maladies aérogènes dans des contextes où la légalité des stratégies de contrôle des infections par confinement est inconnue ou inexistante.

1. Les stratégies de santé publique pour le contrôle des épidémies par confinement et la loi

Les responsables de santé publique ont recours à diverses stratégies pour contenir les épidémies de maladies aérogènes. «L'éloignement social» est la stratégie d'intervention non-pharmaceutique la plus efficace: elle consiste en une «augmentation de l'espace physique entre les individus ou les populations infectés dans le but de retarder la propagation de la maladie».³ Les stratégies d'éloignement social sont l'épine dorsale de la loi de santé publique dans de nombreux pays, et permettent aux autorités d'agir de manière décisive pour faire face aux menaces sanitaires qui pèsent sur l'ensemble de la population, même si, ce faisant, elles enfreignent les droits de la personne. Les formes d'éloignement social les plus courantes sont l'isolement, la détention, la quarantaine et l'incarcération.⁴ Si ces stratégies ont en commun l'isolement de personnes ou la restriction de leur droit de circulation, et sont couramment employées sans distinction, elles présentent des différences subtiles. Il importe donc d'en définir globalement les natures respectives.

1.1. L'isolement

On entend par isolement la séparation des personnes atteintes d'une maladie infectieuse particulière et des personnes saines, ainsi que la restriction des déplacements des malades, pour empêcher qu'ils ne propagent ladite maladie.⁵ L'isolement permet la délivrance ciblée de soins de santé spécialisés aux personnes malades, et protège les personnes saines contre la maladie.⁶ Les personnes infec-

³ Programme de l'Organisation mondiale de la santé sur le contrôle des maladies dans le cadre des crises humanitaires; Groupe Maladies transmissibles. Préparation à la grippe pandémique et stratégie d'atténuation chez les populations réfugiées et déplacées. Directives de l'OMS pour les organisations humanitaires. Avril 2006. À consulter sur: http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/avian2006-04-9a.pdf. Consultées le 5 février 2008.

⁴ Center for Disease Control (Etats-Unis). Fiche d'informations sur l'isolement et la quarantaine. Septembre 2004. À consulter sur: http://www.cdc.gov/ncidod/dq/sars_facts/isolationquarantine.pdf. Consultée le 6 février 2008.

⁵ Center for Disease Control (Etats-Unis). Fiche d'informations sur l'isolement et la quarantaine. Septembre 2004. À consulter sur: http://www.cdc.gov/ncidod/dq/sars_facts/isolationquarantine.pdf. Consultée le 6 février 2008.

⁶ Center for Disease Control (Etats-Unis). Fiche d'informations sur l'isolement et la quarantaine. Septembre 2004. À consulter sur: http://www.cdc.gov/ncidod/dq/sars_facts/isolationquarantine.pdf. Consultée le 6 février 2008.

tées peuvent être isolées et traitées dans des centres de santé désignés ou même à domicile, et peuvent être placées en isolement solitaire ou en isolement groupé. L'isolement est une procédure standard, utilisée de nos jours dans les hôpitaux pour les patients atteints de tuberculose (TB) ou de certaines autres maladies infectieuses. L'isolement peut prendre différentes formes.

1.1.1. L'isolement volontaire

L'isolement volontaire survient lorsque, après avoir été dûment conseillée (si nécessaire), une personne infectée choisit de s'isoler volontairement des autres, qui ne sont pas infectés, pour empêcher que l'infection ne se propage chez ces derniers. L'isolement volontaire peut prendre la forme d'un isolement solitaire (dans le cadre duquel la personne infectée n'a aucun contact physique non protégé avec autrui) ou d'un isolement groupé (dans le cadre duquel la personne infectée cohabite, partage des installations, et se mêle à d'autres personnes atteintes de la même infection).

1.1.2. La détention forcée

La détention forcée ou «détention thérapeutique» s'applique aux individus infectés qui refusent de s'isoler volontairement pour prévenir la propagation de leur infection chez d'autres. Dans ce type de cas, l'individu récalcitrant peut être isolé de force dans un lieu désigné. La détention forcée ne doit jamais être le premier choix des autorités. Les individus extrêmement contagieux devraient au contraire être informés des risques qu'ils font courir à d'autres et être encouragés à choisir l'isolement volontaire. On ne devrait envisager l'hospitalisation / l'isolement forcé qu'en dernier recours, si l'individu contagieux refuse l'isolement volontaire et fait courir un risque à d'autres.

La détention forcée peut elle aussi revêtir deux formes différentes: la détention forcée solitaire (dans le cadre de laquelle l'individu infecté est isolé de force du reste de la population),⁷ et la détention forcée groupée (dans le cadre de laquelle les patients contagieux récalcitrants partagent des installations et sont en contact avec d'autres patients, atteints de la même maladie).

⁷ Democracy Now. Is Sickness a Crime? Arizona Man With TB Locked Up Indefinitely in Solitary Confinement. 6 avril 2007. A consulter sur: http://www.democracynow.org/2007/4/6/is_sickness_a_crime_arizona_man. Consulté le 5 février 2008.

Si l'isolement solitaire d'un patient infecté est sans doute la stratégie la plus efficace pour assurer que l'infection de celui-ci ou celle-ci ne soit pas contractée par d'autres, les infrastructures dont on dispose, les contraintes en matière de ressources humaines, et la nature de la maladie infectieuse en question risquent d'entraver le recours à cette approche dans certains contextes. Tel est le cas dans de nombreux pays en voie de développement, où les patients atteints de la même maladie infectieuse (telle que la tuberculose multi-résistante [MDR-TB] ou la tuberculose ultra-résistante [XDR-TB]) sont généralement placés dans le même service, en raison de contraintes de ressources, mais sont collectivement isolés des patients non-infectés. La détention forcée des patients dans ce type de cas est généralement gérée par les responsables des hôpitaux. Néanmoins, parce que les patients adultes jouissant de toutes leurs facultés mentales ont généralement le droit de sortir de l'hôpital sur demande, les directions des hôpitaux font généralement appel aux tribunaux pour obtenir une ordonnance de détention, afin de dissuader les patients de se soustraire au traitement ou de les obliger à le reprendre, et s'en remettent aux forces de sécurité publique pour faire respecter cette ordonnance. De telles mesures dépendent toutefois de plusieurs facteurs: (1) l'existence de lois de santé publique pertinentes prévoyant la détention forcée des patients infectieux dans l'intérêt de la santé publique; (2) les ressources financières dont disposent les directions des hôpitaux pour pouvoir s'assurer les services de juristes professionnels et obtenir ainsi une ordonnance de détention auprès des tribunaux; (3) l'existence de tribunaux fonctionnels et compétents pour délivrer ladite ordonnance; et (4) la présence de services de sécurité (tels que les forces de police) pour faire appliquer l'ordonnance de la cour.

Il importe de noter que l'ordonnance de détention de la cour ne se traduit pas forcément par l'emprisonnement du patient réfractaire. Comme c'est le cas en Afrique du Sud pour les patients réfractaires atteints de tuberculose ultrarésistante, les patients concernés sont au contraire détenus en service hospitalier avec d'autres patients de ce type, où ils sont suivis et soignés (bien que l'efficacité du traitement qu'ils reçoivent soit parfois discutable).⁸ Comme il a été souligné précédemment, la détention forcée ne doit être envisagée qu'en dernier recours et le patient doit au préalable avoir été dûment conseillé par les responsables hospitaliers; il doit notamment avoir été informé sur la maladie en question, et doit avoir bénéficié du soutien social nécessaire (il se peut notamment que le

⁸ Le Roux M. Dilemma as SA faces drug-resistant epidemic. 27 janvier 2008. À consulter sur: http://www.mg.co.za/articlePage.aspx?articleid=330723&area=/breaking_news/breaking_news__national/. Consulté le 5 février 2008.

patient soit le principal responsable et/ou le principal soutien financier de son foyer). En traitant l'ensemble de ces facteurs cumulés, on peut inciter les patients à se soumettre volontairement aux ordres des autorités sanitaires.

1.2. L'incarcération

Il est parfois arrivé que les autorités de santé publique qualifient la détention forcée de patients contagieux récalcitrants «d'incarcération».⁹ ¹⁰ Toutefois, du point de vue de la loi et pour le profane, l'incarcération désigne conventionnellement l'emprisonnement des individus qui ont été jugés et condamnés pour un crime, ou de ceux qui n'ont pas respecté une ordonnance de la cour. Dans ce type de cas, les personnes incarcérées sont généralement condamnées à être placées dans un établissement correctionnel (par exemple, dans une prison) pour une période déterminée. Selon certaines études précédemment publiées, «l'incarcération» à court terme – en réaction à la non-observance d'un traitement anti-tuberculeux – suivie d'un traitement directement supervisé (DOT) sans hospitalisation, est une stratégie relativement efficace pour la prise en charge les patients difficiles (par exemple, ceux qui ont déjà été sans-abri (SDF) ou qui ont des antécédents d'alcoolisme). Toutefois, ces études semblent porter sur l'isolement forcé des patients en contexte clinique, et non en établissement carcéral. Selon les définitions présentées dans le présent document, de telles stratégies d'isolement seraient plus justement qualifiées de «détentions forcées» que «d'incarcérations».¹¹

Malheureusement, l'usage erroné de la terminologie de l'isolement pour le contrôle des infections peut susciter des préoccupations chez les activistes des droits humains, qui craignent à juste titre que la criminalisation des infections ne stigmatise les malades et ne les incite à ne pas se manifester.¹² Cependant, même si des circonstances extrêmes justifiaient l'incarcération dans des établissements correctionnels, par les autorités, des patients qui interrompent leur traitement ou refusent de s'y soumettre (par exemple, si un dangereux détenu risquait

⁹ Burman WJ, Cohn DL, Rietmeijer CA, Judson FN, Sbarbaro JA, Reves RR. Short-term incarceration for the management of noncompliance with tuberculosis treatment. *Chest*. 1997 Jul;112(1):5-6.

¹⁰ Democracy Now. Is Sickness a Crime? Arizona Man With TB Locked Up Indefinitely in Solitary Confinement. 6 avril 2007. À consulter sur: http://www.democracynow.org/2007/4/6/is_sickness_a_crime_arizona_man. Consulté le 5 février 2008.

¹¹ Burman WJ, Cohn DL, Rietmeijer CA, Judson FN, Sbarbaro JA, Reves RR. Short-term incarceration for the management of noncompliance with tuberculosis treatment. *Chest*. 1997 Jul;112(1):5-6.

¹² Colb SF. Resistant Tuberculosis and the Return of Quarantine: Justifications and Accompanying Risks. 25 juin 2007. À consulter sur: <http://writ.news.findlaw.com/colb/20070625.html>. Consulté le 5 février 2007.

fort de faire du mal à d'autres ou de s'échapper du milieu hospitalier dans lequel il a été placé et devait donc être placé en milieu carcéral), ces patients devraient être placés en isolement solitaire, pour ne pas exposer leurs codétenus au risque d'être infectés. Même ces individus devraient se voir offrir des soins de santé appropriés, les autorités publiques ayant l'obligation morale (dans certains cas, ils sont même juridiquement tenus de le faire, suivant la loi nationale) d'assurer à chaque prisonnier des soins de santé de base, l'hébergement ainsi que l'alimentation. Ces principes sont présentés dans l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus¹³, édicté par les Nations Unies, bien que cette réglementation n'ait pas force de loi pour les pays. Du point de vue de la santé publique, toutefois, l'emprisonnement des patients contagieux réfractaires qui ne respectent pas les ordonnances de détention (notamment, ceux qui quittent le service hospitalier, bien qu'ayant reçu l'ordre des autorités de ne pas le faire) constitue une stratégie de contrôle des infections peu judicieuse. En effet, les centres carcéraux (ex : prisons) sont généralement surpeuplés et de telles conditions sont susceptibles, dans ce contexte, de favoriser la propagation d'une infection.

1.3. La quarantaine

On entend par quarantaine l'isolement et la restriction des déplacements d'une personne, avant que celle-ci ne tombe malade, lorsqu'elle a été exposée à un agent infectieux, et est donc susceptible de devenir contagieuse.¹⁴ La mise en quarantaine se pratique depuis le quatorzième siècle¹⁵ et, parce qu'elle existe de longue date, la plupart des pays ont adopté des lois la concernant. L'Afrique du Sud, qui présente un taux d'incidence élevé de la tuberculose et de la tuberculose résistante aux médicaments, a notamment promulgué des lois sur la quarantaine, qu'elle définit comme «la restriction de la libre circulation des personnes saines [...] qui ont été exposées à une maladie transmissible, en vue de prévenir la propagation de cette maladie».¹⁶

¹³ Assemblée générale des Nations Unies (1977). Résolution 663C (XXIV): Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus. À consulter sur: http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/h_comp34.htm. Consultées le 6 février 2008.

¹⁴ Center for Disease Control and Prevention (Etats-Unis). Fiche d'informations sur l'isolement et la quarantaine. Septembre 2004. À consulter: http://www.cdc.gov/ncidod/dq/sars_facts/isolationquarantine.pdf. Consultée le 6 février 2008.

¹⁵ Center for Disease Control and Prevention (Etats-Unis). Histoire de la quarantaine. Non datée. À consulter sur: <http://www.cdc.gov/NCIDOD/DQ/history.htm>

¹⁶ Avis R.2438 du gouvernement de la République d'Afrique du Sud, 30 octobre 1987. À consulter sur: http://web.capetown.gov.za/eDocuments/Regulations_-_Relating_To_Communicable_Diseases_and_the_Notification_of_Notifiable_Medical_Conditions_-_R_2438_of_1987_411200712442_245.pdf. Consulté le 6 février 2008.

2. Implications éthiques, sociales et de droits humains des stratégies de santé publique pour le contrôle des maladies par confinement

Si les stratégies de confinement susmentionnées sont sans doute efficaces et ont été intégrées aux cadres juridiques nationaux de santé publique, elles soulèvent néanmoins de nombreuses questions éthiques, sociales et de droits humains.

2.1. L'isolement et l'éthique

Depuis le début des années 1970, les principes de l'éthique biomédicale sont présentés comme les critères essentiels des bonnes pratiques cliniques et des bonnes recherches médicales. Selon ces principes, les praticiens de la santé sont tenus de faire respecter, entre autres, le droit du patient à l'autonomie (qui implique notamment que les patients jouissant de toutes leurs facultés mentales ont le droit de faire des choix sur leur propre santé) et son droit de non-malfaisance (qui signifie que les patients ont le droit de ne pas être soumis à des préjudices). Les autorités violent toutefois ces deux principes en plaçant les patients infectés réfractaires en isolement forcé dans des établissements désignés pour prévenir la propagation de leur maladie à d'autres individus. Or, ce choix est indéfendable: même si cette mesure de contrôle est légale, elle est contraire à l'éthique, selon le modèle des principes éthiques biomédicaux. C'est pourquoi cette dernière décennie a été marquée par l'émergence de diverses propositions de nouveaux principes éthiques dans le domaine de la santé publique.^{17 18 19 20} Ce qui suit est une tentative de synthèse des différents principes proposés:

1. Quels sont les objectifs de l'intervention proposée en matière de santé publique? (principe de prévention et de nécessité des préjudices)
2. Dans quelle mesure l'intervention est-elle connue pour être efficace pour permettre d'atteindre les objectifs énoncés? (principe d'efficacité)
3. Quelles sont les contraintes, connues ou potentielles, de cette intervention? (principe de la détermination des contraintes)
4. Les contraintes peuvent-elles être réduites? Y a-t-il des méthodes alternatives? (principe de transgression/restriction/coercition moindre)
5. L'intervention est-elle équitablement mise en place? (principe de proportionnalité)

¹⁷ Kass, N. An ethics framework for public health. *American Journal of Public Health*, 2001; 91(11):1776–82.

¹⁸ Uphsurs, R. Principles for the justification of public health intervention. *Canadian Journal of Public Health* 2002; 93:101–3.

¹⁹ Childress, JF, Faden, RR, Gaare, RD, Goshin, LO, Kahn, J, Bonnie, RJ, Kass, NE, Mastroianni, AC, Moreno, JD & Nieburg, P. Public Health Ethics: Mapping the Terrain. *Journal of Law, Medicine and Ethics* 2002; 30:170–8.

²⁰ Gostin, LO. Public health ethics: traditions, profession, and values. *Acta Bioethica*, 2003; 9(2):177–88.

6. Les avantages et les contraintes de ce projet peuvent-ils être justement équilibrés? (principe de justification et de transparence publiques)
7. Réciprocité (les individus concernés par les initiatives de santé publique doivent être suffisamment soutenus ou équitablement indemnisés)

Les principes ci-dessus offrent des lignes directrices pour permettre l'évaluation et, le cas échéant, la justification éthique des stratégies de santé publique proposées pour le contrôle des maladies infectieuses par confinement. Malgré tout, les stratégies de contrôle des infections par confinement soulèvent également des questions en matière de droits humains.

2.1. L'isolement et les droits humains

Les droits humains désignent un ensemble de principes et de normes internationalement acceptés par les gouvernements et contenus dans divers traités, conventions, déclarations, résolutions, directives et recommandations, adoptés aux plans régional et international.²¹ Les conventions modernes sur les droits humains trouvent leur origine dans la Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948.²² Bien que cette déclaration n'ait pas force de loi pour les pays, elle exerce une autorité morale considérable. A première vue, les stratégies de contrôle des infections par confinement semblent être susceptibles d'enfreindre plusieurs droits énoncés dans cette déclaration, notamment à l'article 3 (Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne), à l'article 5 (Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants), à l'article 9 (Nul ne peut être arbitrairement arrêté, détenu ou exilé), à l'article 12 (Nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires dans sa vie privée, sa famille, son domicile...) et à l'article 25 (Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour [...] les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de [...] maladie). Néanmoins, la doctrine des droits humains reconnaît également les limites de nombreux droits en cas d'urgence de santé publique, à condition que les mesures employées soient légitimes, non-arbitraires, annoncées publiquement et nécessaires.²³ A cet égard, la section 25 des Principes de Syracuse sur les

²¹ OMS. A human rights approach to TB. Stop TB Guidelines for Social Mobilization 2001.

²² Assemblée générale des Nations Unies (1948). Résolution 217 A (III): Déclaration universelle des droits de l'homme. New York: Nations Unies. À consulter sur: <http://www.un.org/Overview/rights.html>. Consultée le 6 février 2008.

²³ Singh JA, Upshur R, Padayatchi N. XDR-TB in South Africa: No time for denial or complacency. *PLoS Med* 2007; 4(1): e50. doi:10.1371/journal.pmed.0040050. À consulter sur: http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/4/1/pdf/10.1371_journal.pmed.0040050-S.pdf. Consulté le 6 février 2008.

dispositions limitatives et les dérogations au Pacte international relatif aux droits civils et politiques stipulent que: «la santé publique peut être invoquée pour justifier la restriction de certains droits, afin de permettre à un Etat de prendre des mesures pour faire face à une menace grave pour la santé de sa population ou des membres individuels de celle-ci. Ces mesures doivent être spécifiquement destinées à prévenir la maladie ou les préjudices physiques, ou à apporter des soins aux malades et aux blessés».²⁴ Ce qui importe particulièrement, du point de vue des droits de l'homme, est de savoir si la stratégie de confinement en question représente le moyen le moins restrictif d'assurer un contrôle efficace des infections, et de déterminer le degré de conviction quant à la gravité de la menace.²⁵ Les restrictions imposées par les autorités doivent également être limitées dans le temps et soumises à révision.

Si la restriction des droits de la personne pour des raisons de santé publique est approuvée par les conventions relatives aux droits de l'homme, les travailleurs de la santé devraient tout de même être conscients des implications sociales de ces mesures.

2.2. L'isolement et les facteurs sociaux

Dans le cadre du contrôle des infections, comme il a été noté précédemment, les autorités de santé publique se focalisent généralement sur les aspects relatifs à la santé publique, et s'en remettent aux autorités judiciaires et chargées de faire appliquer la loi pour obtenir de l'aide dans ce domaine. Or, il arrive fréquemment que des facteurs sociaux incitent certains individus à refuser de se conformer aux mesures d'isolement, et répondre de manière pertinente à leurs préoccupations est souvent essentiel pour un contrôle efficace des infections.

Dans le cas de la tuberculose résistante aux médicaments, notamment, les autorités sanitaires peuvent considérer l'isolement de l'individu infecté comme la stratégie de confinement la plus efficace. Or, cet individu peut être le principal ou l'unique soutien de sa famille et l'isoler dans un établissement de santé pour

²⁴ Nations Unies, Conseil économique et social, Sous-commission des Nations Unies sur la prévention de la discrimination et la protection des minorités (1984) Principes de Syracuse sur les dispositions limitatives et dérogations au Pacte international relatif aux droits civils et politiques, Annexe. À consulter sur: <http://hei.unige.ch/~clapham/hrdoc/docs/siracusa.html>. Consultés le 6 février 2008.

²⁵ Singh JA, Upshur R, Padayatchi N. XDR-TB in South Africa: No time for denial or complacency. *PLoS Med* 2007; 4(1): e50. doi:10.1371/journal.pmed.0040050. À consulter sur: http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/4/1/pdf/10.1371_journal.pmed.0040050-S.pdf. Consulté le 6 février 2008.

une période allant jusqu'à 24 mois (dans le cas de la MDR-TB) ou indéfiniment (dans le cas de la XDR-TB) aura pour effet de priver sa famille de ses moyens de subsistance pendant cette période. Des facteurs semblables s'appliqueraient aux chefs de familles monoparentales infectés ayant d'autres personnes à charge: si ceux-ci étaient placés en isolement prolongé ou indéfini dans un centre de santé, les personnes à leur charge pourraient se trouver livrées à elles-mêmes pendant cette période. Ces facteurs expliquent pourquoi des dizaines de patients atteints de tuberculose résistante aux médicaments se sont enfuis des centres de santé sud-africains²⁶ et pourquoi des ordonnances de détention ont dû être obtenues auprès des tribunaux pour qu'ils y retournent (et ces ordonnances ne se sont pas toujours avérées efficaces). L'expérience sud-africaine a montré qu'en ayant seulement l'autorisation légale d'isoler de force un individu pour des raisons de santé publique, et en exerçant cette autorité sans prendre en compte les facteurs sociaux susceptibles de donner lieu à des défauts d'isolement, on adopte une politique lacunaire. Au contraire, les responsables de la santé publique doivent impérativement envisager les services de soutien social qu'ils peuvent offrir pour faciliter l'observance du traitement par le patient. Cette approche fait écho au principe éthique de «réciprocité» en matière de santé publique, précédemment cité, selon lequel les membres de la population qui se sacrifient au profit des autres (par exemple, en s'isolant pour une période allant jusqu'à deux ans voire plus longue encore, et en renonçant à leurs revenus pendant cette période) devraient être dûment indemnisés. Dans ce type de situations, l'indemnisation pourrait provenir à la fois de l'intérieur et de l'extérieur du milieu hospitalier. Les autorités hospitalières pourraient, par exemple, commencer par traiter les facteurs internes, en faisant notamment en sorte que les conditions de l'isolement soient aussi confortables et souples que possible, et en offrant des services de suivi psychosocial aux personnes isolées: il n'est en effet pas impossible que bon nombre d'entre elles soient déprimées de devoir rester peut-être indéfiniment dans des centres d'isolement. En Afrique du Sud, les autorités d'un hôpital où des patients atteints de XDR-TB sont traités ont aménagé à ces patients un espace de divertissement, qu'ils ont équipé d'un matériel de gymnastique de base, d'une table de billard, d'une cible de jeu de fléchettes, d'une télévision et de matériel de lecture.²⁷ Toutefois, cette indemnisation ou réci-

²⁶ Singh JA, Upshur R, Padayatchi N. XDR-TB in South Africa: No time for denial or complacency. *PLoS Med* 2007; 4(1): e50. doi:10.1371/journal.pmed.0040050. À consulter sur: http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/4/1/pdf/10.1371_journal.pmed.0040050-S.pdf. Consulté le 6 février 2008.

²⁷ Le Roux M. Dilemma as SA faces drug-resistant epidemic. 27 janvier 2008. À consulter sur: http://www.mg.co.za/articlePage.aspx?articleid=330723&area=/breaking_news/breaking_news__national/. Consulté le 5 février 2008.

procité, quelle qu'elle soit, peut s'avérer difficile à assurer dans la plupart des régions pauvres en ressources.

L'application des mesures d'isolement pour le contrôle des infections incombe généralement aux représentants de l'Etat. Néanmoins, dans certains contextes, des organisations humanitaires viennent compléter les services de santé publique ou sont même le seul prestataire de ces services. Dans de tels contextes, ces organismes se trouvent confrontés à des questions éthiques et juridiques épineuses lorsqu'ils se heurtent à des patients infectés récalcitrants.

3. Les organisations humanitaires et l'isolement

Si l'intervention de la communauté internationale dans les «Etats déstructurés» pour cause d'épidémie de maladie infectieuse a été présumée et justifiée par la loi,²⁸ relativement peu de pays dans lesquels opèrent les organisations humanitaires correspondent à la définition «d'Etat déstructuré». Malgré tout, les organisations humanitaires confrontées à des maladies infectieuses, ou les gérant, devraient se familiariser avec les lois sanitaires nationales du pays dans lequel elles opèrent. Quoi qu'il en soit, l'absence de lois nationales pertinentes sur l'isolement ne devrait pas empêcher les organisations humanitaires d'agir dans l'intérêt sanitaire des populations. Dans ce type de situations, les organisations humanitaires devraient tenter de déterminer si le pays dans lequel elles sont basées a signé ou ratifié un accord international pertinent, comme les principes de Syracuse. Si le pays en question a ratifié cet accord, les travailleurs de la santé peuvent alors fonder leur stratégie d'isolement sur celui-ci. Même si le pays n'a pas ratifié les principes de Syracuse, le personnel humanitaire peut sans doute justifier, d'un point de vue éthique, l'isolement temporaire des individus infectieux récalcitrants qui font courir un risque à autrui pour des raisons utilitaires, au moins jusqu'à ce que les autorités concernées puissent être avisées de la présence du malade en question et puissent prendre en charge la gestion de ce type de patients. Cela peut s'avérer difficile dans les contextes où il n'existe pas d'autorité gouvernementale (en Somalie, par exemple) ou dans ceux où l'autorité du gouvernement est contestée (comme c'est le cas dans les territoires aux mains des rebelles). En outre, les organisations humanitaires qui adoptent cette position ne

²⁸ El-Gendi L. Epidemics in Failed States: The Legality of Quarantine and International Intervention. Automne 2007. À consulter sur: <http://www.kentlaw.edu/perritt/courses/seminar/lubna-el-gendi-final-Epidemics%20in%20Failed%20States.htm>. Consulté le 6 février 2008.

devraient le faire qu'en dernier recours et en étant conscientes que de telles mesures pourraient laisser penser que l'organisation assume désormais un rôle dans le maintien de l'ordre, ce qui pourrait alors avoir des répercussions sur sa réputation et saper ses interventions à venir dans ce même contexte. Il est recommandé que les organisations humanitaires prennent contact, proactivement, avec les autorités, le cas échéant, et les membres des communautés locales sur ces questions avant qu'une épidémie se déclare, ou le plus tôt possible, afin de s'assurer la coopération et la compréhension de ces parties. Dans ce type de situations, le personnel humanitaire devrait, de plus, justifier de manière proactive les différentes interventions possibles du point de vue de l'éthique en matière de santé publique, et être conscient des implications sociales d'une politique d'isolement.

Les organisations humanitaires sont également les mieux placées pour être la voix des groupes de population marginalisés, tels que les personnes infectées. Dès lors, si les autorités ont déjà mis en place des mesures de contrôle des infections ou envisagent d'en élaborer pour faire face à une épidémie de maladie infectieuse, les organisations humanitaires ont la responsabilité morale d'évaluer de manière critique les mesures proposées à l'aune des cadres éthiques relatifs aux droits humains et à la santé publique, et/ou de faire pression en faveur d'une politique ou d'une loi dans ce domaine, si celle-ci n'existe pas encore. Si une proposition d'intervention ou de politique d'isolement remplit ces critères, et en outre, si elle prévoit de satisfaire aux besoins sociaux de ceux qu'elle risque de concerner, les organisations humanitaires devraient apporter leur soutien à cette politique.

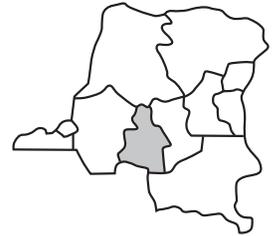
Conclusion

Les organisations humanitaires peuvent jouer un rôle de taille en matière de contrôle des infections dans les contextes où elles sont actives. Pour ce faire, toutefois, elles doivent connaître les différentes stratégies d'isolement et leurs implications respectives dans les domaines juridique, éthique, social et des droits humains. Ces connaissances faciliteront sans nul doute les opérations de secours, leur permettront de sauver des vies et d'agir dans l'intérêt de la santé publique.

Contrôle de l'infection au cours de l'épidémie de FHV à virus Ebola dans la province du Kasai Occidental, en République démocratique du Congo et dilemme éthique.

Dr Vital Mondonge Makuma¹

La Province du Kasai Occidental a une population de 6 365 555 habitants sur près de 60 000 000 d'habitants que compte la République Démocratique du Congo. Elle a au total 43 zones de santé.



D'avril à mi-octobre 2007, l'épidémie de FHV à virus Ebola a sévit dans les zones de santé de Mweka, Bulape et Luebo. La zone de santé de Mweka dans laquelle se trouve le village Kampungu, l'épicentre de l'épidémie, est situé à 240 km de la ville de Kananga avec laquelle elle est reliée par un chemin de fer et une route en terre battue.

Au cours de cette épidémie 264 cas et 187 décès ont été enregistrés, soit une létalité de 70%. La gestion de cette épidémie a rencontré les problèmes majeurs suivants:

Insuffisance de l'application des mesures d'hygiène et de contrôle de l'infection dans les structures de santé. L'eau courante, l'électricité, le matériel de protection étaient presque inexistantes au début de l'épidémie. Le personnel de santé n'observait pas le lavage des mains et n'organisait pas systématiquement l'élimination de déchets.

Les experts du Ministère de la santé et des partenaires ont dû renforcer ces mesures d'hygiène et de sanitation et prendre d'autres mesures complémentaires pour assurer le contrôle de l'épidémie. Ces mesures supplémentaires concernaient notamment la sensibilisation de la population, le suivi de personnes-contacts et l'isolement des malades.

¹ Ministère de la Santé/R.D. Congo Direction de la lutte contre la Maladie Directeur

Toutes ces mesures étaient indispensables pour le contrôle de l'épidémie et salutaires pour les communautés où l'épidémie est survenue. Cependant la plupart de ces mesures, notamment l'isolement des malades et la limitation de mouvements des personnes en contact avec les malades pour assurer leur suivi, avaient un caractère contraignant.

Au cours de cette épidémie, plusieurs situations conflictuelles entre le personnel de santé et les malades, y compris les membres des familles ont été relevés. Ces derniers n'ont pas souvent accepté la décision de l'isolement ou de restriction de mouvement des personnes ayant été en contact avec les malades.

Il a fallu plusieurs explications et des efforts de persuasions de la part du personnel de santé pour obtenir l'adhésion des personnes concernées par la décision. Quelques fois, le personnel a été obligé de se soumettre à la volonté des malades et par conséquent de les isoler à domicile.

Que nous recommande l'éthique médicale dans cette situation? Toujours respecter le consentement du malade avant de poser des actes pourtant salutaires pour la communauté? Ce dilemme pourrait être considéré comme tranché par les lois existantes ou faut-il penser à des lois spécifiques qui couvrent la pratique médicale dans ces genres de situation?

Humanisations et consentements éclairés des personnes et des populations lors des réponses aux épidémies de FHV en Afrique centrale (2003-2008)¹

*Alain Epelboin*², *Pierre Formenty*³, *Julienne Anoko*⁴ and *Yokouid Allarangar*⁵

Introduction

Que ce soit du point de vue des populations concernées, du grand public ou des professionnels de santé, les épidémies de fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg sont particulièrement dramatiques et «spectaculaires», donc médiatisées, du fait :

- d'une mortalité extraordinaire (30 à 90 % des malades selon les types de virus) ;
- d'une contagiosité extrême par contact direct avec des fluides corporels contaminés, animaux ou humains, risques de fait mal estimés (fantasmatiquement elle est systématiquement évaluée à 100%, en fait le pourcentage de personnes contact qui développent la maladie varie en fonction du type d'exposition
 - contact avec des fluides corporels d'animaux contaminés: 30 à 100% des contacts s'infectent
 - contact avec des fluides corporels humains contaminés lors d'injection souillées: jusqu'à 75% des contacts peuvent développer la maladie
 - contact avec des fluides corporels humains contaminés lors de funérailles: 5 à 15%
 - contact avec des fluides corporels humains contaminés lors des soins à domicile: 1 à 10% des contacts s'infectent)
- d'une clinique terrible, marquée par de multiples signes hémorragiques, l'intensité des fièvres et des douleurs, la rapidité de l'évolution mortelle;
- de la mort de médecins, sage femmes, infirmier(e)s, voire guérisseurs, qui paralyse les structures sanitaires et bloque les bonnes volontés.

¹ FHV = fièvre hémorragique virale

² Médecin anthropologue, CNRS-MNHN Paris, consultant CDS/EPR OMS Genève

³ Epidémiologiste, Department of Epidemic and Pandemic Alert and Response (CDS/EPR), World Health Organization, Genève, Switzerland

⁴ Anthropologue, consultante OMS

⁵ Epidemic Preparedness and Response Officer, CSR Programme, DDC, WHO/AFRO Brazzaville

Il n'y a ni vaccin, ni traitement spécifique contre ces virus, mais essentiellement des mesures sanitaires drastiques, portant atteinte aux libertés individuelles et collectives :

- identification nominale des malades (cas «suspects» et cas probables) et de leurs sujets contacts;
- enquêtes épidémiologiques de type criminologique, mettant à jour des secrets de famille, des inconscients et des non-dits individuels et collectifs;
- interdictions relatives à la chasse et à la consommation de gibier, aliment de référence, bouleversant matériellement et symboliquement l'alimentation ordinaire et les économies locales;
- isolement imposé des malades dans des espaces contrôlés, considérés comme des mouiroirs et/ou des lieux de contamination;
- contrôle quotidien de la température et de l'état de santé des contacts, qui sont immédiatement isolés s'ils tombent malades et sont considérés comme des cas «suspects» par les cliniciens;
- contrôle et/ou interdiction des rassemblements et des déplacements;
- bouleversement des rituels funéraires, rendant impossible le travail de deuil;
- prises de sang ou prélèvements de tissus imposés à des fins de diagnostic virologique, assimilés à des actions sorcellaires; ...

L'épidémie, enjeu de savoirs et de pouvoirs

Mission humanitaire a dit la préposée aux visas de l'ambassade de Paris (et donc prioritaire a-t-elle pensé), à l'annonce du but du voyage, participer à la lutte contre la fièvre à virus hémorragique.

Humanitaire, certes, mais de quel point de vue ?

Celui des populations autochtones en contact avec les foyers épizootiques, de fait observatoires-sentinelles des fièvres hémorragiques virales et autres maladies issues des profondeurs d'écosystèmes forestiers africains ?

Celui de l'humanité menacée, concrètement et/ou fantasmatiquement, par une diffusion catastrophique de virus qu'elle ne sait pas soigner et qui envisage divers scénarios épidémiques à l'échelle urbaine et donc mondiale, accidentels, spontanés ou provoqués ?

Assurer la protection et la couverture sanitaire de celles-là, c'est aussi protéger celles-ci. Or, la qualité et les moyens des structures médico-sociales publiques de ces régions oubliées du bout du monde où frappe ce type d'épidémies animales et humaines sont souvent «médiocres», voire totalement absentes.

La prise en charge de la santé (et donc du malheur) de ces populations est aussi assurée par des structures médicales privées (laïques, confessionnelles, à but caritatif et/ou lucratif, ...) et des «médecines» locales (tradipraticiens, chefs de cultes, religieux, néo-guérisseurs, autorités traditionnelles, médecines populaires). De très nombreux, divers et souvent antagonistes, techniques divinatoires, phytopharmacopées, incantations et prières, amulettes et rituels sont accessibles et sont l'objet d'une très grande crédibilité. Ils permettent de donner du sens au malheur épidémique, si ce n'est à l'échelle de l'individu ou de la société, au moins à celui de l'ordre métaphysique du monde: et, d'une façon ou d'une autre, ils sont toujours opératoires, pour le meilleur ou pour le pire, à un niveau donné, psychologique, économique, politique, voire épidémiologique.

En effet, les explications statistiques et génétiques ne répondent pas à la question fondamentale de l'individu et de la société: pourquoi à cette «heure», pourquoi moi et pas l'autre? Quel rapport entre les différents événements qui m'affectent, moi, les miens et mes ennemis?

Même avec traitements et vaccins et à fortiori sans, le modèle biomédical n'est qu'un modèle explicatif parmi d'autres, laissant le champ ouvert à tout usage psychologique, social, économique et politique du malheur, conscient et inconscient, dit et non-dit.

Lors des épidémies de FHV à virus Ebola ou Marburg suivies «anthropologiquement» depuis 2003, de nombreux modèles explicatifs des épidémies coexistent, mais avec à chaque fois des spécificités tenant, non pas au type d'explication surnaturelle invoquée, mais à l'usage social qu'ils servent: règlements de compte intraligagers, entre jeunes et vieux, avec la belle famille, entre quartiers et/ou villages, entre ethnies, entre religions, entre autochtones et étrangers, entre les locaux et les autorités nationales, entre «Occidentaux» et Africains, entre partis politiques (et économiques), ...

La gestion du malheur, biologique ou non, est toujours un enjeu de savoir et de pouvoir entre les tenants d'un monde basé sur l'existence de virus, microbes et autres molécules et les tenants de mondes basés sur des pouvoirs mystiques hérités ou acquis, des êtres surnaturels, des «sorciers-meurtriers», des interventions divines...: une confrontation des «sciences des scientifiques» et des «sciences autochtones», sur un fond de mondialisation, secoué par les affrontements d'intérêts antagonistes.

Croire ou ne pas croire au virus

Aussi, l'existence du virus, ou son origine animale, est-elle volontiers niée, par des «négationnistes» ou des créationnistes ou des ressortissants d'idéologies panafricaines ou des contestataires de l'ordre mondial ou des xénophobes, aussi bien instruits qu'ignorants.

Ils ne veulent voir dans l'adhésion au modèle biomédical de réponse aux épidémies qu'une inféodation aux seuls intérêts égoïstes des pays industrialisés, qui ont écrasé ou écrasent (ou folklorisent) les cultures locales, méprisent les sciences et «croyances» autochtones, imposent un ordre idéologique athée, voire diabolique. Tout en sachant tirer profit de ce qui est rentable, par exemple, les principes pharmacologiquement actifs de certaines plantes, ou des essais, à l'échelle de population, de vaccins ou médicaments.

Les acteurs des réponses aux épidémies (personnels locaux et nationaux, experts internationaux, volontaires d'ONG,...), qui interviennent au nom de la santé publique mondiale et de ces sciences, ne sont plus alors pour ces mêmes personnes des professionnels consciencieux ou des «humanitaires» respectables, mais des mercenaires, des agents d'une police sanitaire nationale et/ou internationale, chargés de faire régner un ordre politique honni: de surcroît, volontiers accusés de profiter des épidémies pour s'enrichir personnellement. Ce dernier point n'est d'ailleurs pas toujours faux, et au-delà de véritables détournements, les financements nationaux et internationaux, considérables à la source, fondent comme neige au soleil, et paraissent bien maigres, lorsqu'ils ne sont pas évaporés, quand ils arrivent à destination: c'est-à-dire au niveau des familles endeuillées ou des personnels subalternes des équipes de réponse aux épidémies.

Aussi, le doute règne: tant sur l'existence du virus, que sur les intentions réelles des «humanitaires», confondus avec les étrangers qui ne viennent ici que pour les campagnes électorales, les prospections forestières et minières, pour le commerce, la guerre ou le prosélytisme religieux.

Et les consignes de sécurité qu'impose le risque virologique obligent ces «humanitaires» à maintenir une distance physique, qui rend difficile les contacts personnels: les gestes «spontanés» habituels, serremments de main, attouchements de l'interlocuteur, partages de boissons et de nourritures, transports dans un même véhicule sont interdits. Il est alors extrêmement difficile de communiquer son empathie.

Comment gagner la confiance de la population? Comment obtenir le consentement éclairé des individus, alors que les mesures proposées sont terriblement

coercitives et portent atteintes aux libertés individuelles et collectives.

Comment gérer la croyance, l'adhésion simultanée au modèle épidémiologique et aux autres modèles d'interprétation de la maladie et du malheur épidémique ? Comment faire adopter les comportements qui permettent de stopper la propagation du virus, indépendamment des controverses quant à son existence ?

Approches coercitives et compréhensives

Historiquement, la lutte contre les épidémies de maladies sans vaccin ni traitement efficaces, que ce soit au nom de miasmes, de sorts, de malédictions ou de virus, n'est qu'une succession d'atteintes aux libertés et de mesures totalitaires. Elles sont appliquées au nom d'intérêts supérieurs, souvent confondus avec la santé publique, elles sacrifient des individus et des collectivités. Avec toujours en des temps donnés, confusion entre le savoir et le pouvoir, protection des uns et exposition des autres, stigmatisation et recherche de boucs-émissaires: sorcier(e), métèque, malade, souvent les catégories sociales subalternes ou marginales de la société.

Il faut attendre la deuxième moitié du XX^{ème} siècle, la critique du triomphalisme scientifique, la perte de l'espoir de «la santé pour tous en l'an 2000» et tout particulièrement l'épidémie de VIH, pour que l'on prenne conscience des limites du coercitif en santé publique et que l'on mette l'accent sur une lutte compréhensive.

La réponse aux épidémies de FHV à virus Ebola ou Marburg doit être coercitive: c'est-à-dire, basée sur l'application de mesures hygiénistes coercitives, cassant les chaînes de transmission, mais après qu'elles aient été l'objet d'une analyse critique pluridisciplinaire.

La réponse aux épidémies de FHV à virus Ebola ou Marburg doit être compréhensive:

- à l'écoute historique, culturelle, linguistique et psychologique des populations concernées;
- pragmatique et didactique en permanence, que ce soit avec les leaders d'opinion ou les enfants, tenant compte des spécificités des terroirs, s'appuyant sur les usages, savoir-faire, coutumes, croyances et religions autochtones et nationales;
- associant les intéressés à toutes les phases des opérations les concernant;
- luttant efficacement et en connaissance de cause contre les mêmes «spécificités des terroirs», lorsqu'elles favorisent l'épidémie.

Dans un cadre où l'urgence écrase la personne, où les mesures imposées risquent

d'ajouter la ruine à la mort, un souci doit animer en permanence le prescripteur, quant à la validité et la faisabilité de ses propositions, et donc de leur observance : seraient-elles acceptables s'il était à la place de son interlocuteur, ou si les êtres qui lui sont chers étaient menacés. Un anthropologue ou un psychologue clinicien dirait : travailler la distance sociale et l'ethnocentrisme, aussi bien celles des soignants que celles des soignés.

Il faut arriver à faire comprendre que les libertés individuelles et collectives, violées par les réponses aux épidémies de FHV à virus Ebola ou Marburg, ne sont pas l'effet d'un exercice d'un pouvoir médical impérialiste, mais de savoirs réfléchis, revalidés en permanence par des révisions critiques et techniques, adaptées à la situation.

Le consentement éclairé d'individus et de sociétés lors de telles épidémies ne peut se résumer à l'obtention d'une signature manuscrite au bas d'un parchemin, soit-disant compréhensible, éthique et «juridiquement correct». En fait, un acte bureaucratique, suscitant la méfiance, et dont on ne se soucie qu'aux seuls temps des prélèvements biologiques : dans des sociétés où de surcroît l'écrit, de même que les prélèvements de fluides et de tissus humains, ante ou post mortem, sont facilement accusés de servir des pratiques maléfiques!

Au-delà des manuels d'instruction, des guidelines (chacune des institutions intervenantes possédant "son guide" ou s'efforçant d'en élaborer un), des mesures appropriées à chaque terrain doivent être inventées à chaque fois, gérant finement les nécessités coercitives et les contraintes mésologiques : les spécificités autochtones, écologiques, économiques, politiques, culturelles, psychologiques, historiques et religieuses.

En d'autres termes, il faut «humaniser» la prise en charge des vivants et des morts, la mobilisation et la sensibilisation sociale, c'est-à-dire traiter des personnes et non pas seulement des corps ou des cohortes contaminées.

Ce n'est qu'à ce prix que l'on peut commencer à prétendre parler d'obtention du consentement éclairé, tant à l'échelle des individus que celui des populations, même s'il ne l'est qu'à la lueur d'une bougie de la forêt.

Recommandations «compréhensives»

Pour concrétiser ces propositions d'humanisation, nous exposons ici quelques recommandations concrètes, issues du terrain et de réflexions collectives pluridisciplinaires des intervenants des réponses aux épidémies (Brazzaville 2004, Paris

2004, Versoix 2005, Winnipeg 2006, Libreville 2008). Elles allient des recommandations relevant d'un bon sens élémentaire, d'une médecine pourvoyante pourrait-on dire, et d'autres plus sophistiquées, relevant d'une anthropologie appliquée. Elles ne sont évidemment pas exhaustives et doivent être articulées avec les recommandations des manuels d'instruction en vigueur. De même que ces guidelines, elles ne doivent pas être appliquées dogmatiquement, mais être confrontées aux spécificités du terrain, aux nouvelles découvertes scientifiques, revalidées, complétées, révisées, renouvelées en permanence.

Recommandations relatives aux déplacements des équipes d'intervention

- circuler à vitesse réduite dans des véhicules aux fenêtres ouvertes;
- sourire et saluer facilement: ne pas extérioriser sa frayeur;
- utiliser les modes autochtones de salutation à distance, geste de la main et/ou inclinaison de la tête ou du buste, ici le ou les pouces levés, là les mains jointes, ailleurs les claquements de doigt, ...;
- prendre le temps systématiquement à tout un chacun d'expliquer son action, de susciter des questions et réflexions;
- tenter le plus souvent possible d'établir un dialogue direct avec les personnes exprimant leur hostilité;
- éviter la circulation en voiture de personnels anonymes, habillés en tenues de protection individuelle, effrayant inutilement la population et déclenchant des réactions de peur et de violence.

Recommandations relatives aux interventions et suivis à domicile de malades

- privilégier l'habillage et le déshabillage des tenues de protection individuelle sur les lieux de l'action;
- profiter des actions sur le terrain pour sensibiliser les témoins, avec remise de documents illustrés et si possible, distribution généreuse de gants;
- expliquer systématiquement à l'avance le déroulement de l'action entreprise aux intéressés;
- proposer à un membre de la famille de suivre l'action en lui fournissant une tenue de protection personnelle;
- obtenir le consentement des familles pour les prélèvements biologique (sang, salive, urine ou autres organes si autopsie);
- utiliser les prélèvements de salive, ou d'urine lorsque les prélèvements de sang font problème;
- veiller à toujours disposer d'un «surveillant» des personnels en tenue de protec-

tion personnelle, à la périphérie de la zone contaminée, en tenue civile, muni de gants et d'un pulvérisateur à main, aidant à l'habillage, signalant et réparant les fautes d'hygiène commises, et faisant l'intermédiaire entre l'équipe en tenue et les assistants (famille, voisins);

- veiller à ne pas multiplier les interlocuteurs des familles;
- veiller en permanence à proscrire les accumulations de couches de protection en nombre excessif, surprotections symboliques, occultant des prises de risque sanitaire réelles;
- prévoir des racloirs pour nettoyer les bottes et ne pas se contenter d'ablutions superficielles des semelles;
- admettre la prise en charge à domicile des suspects et/ou des malades en cas de refus d'hospitalisation avec remise de matériels de protection individuelle et de médicaments, comme un pis aller pour gagner la confiance du patient et/ou de sa famille;
- veiller lors des désinfections à tenir compte des usages locaux de l'habitat, par exemple l'essuyage de la morve sur des montants verticaux, les points d'appui des mains sales,...
- conseiller systématiquement aux sujets contacts l'évitement de la participation à des rassemblements (école, manifestation sportive, etc...), lorsque celles-ci ne sont pas interdites;
- fournir aux ayant droit les résultats du laboratoire sous forme d'un document imprimé et signé;

Recommandations relatives au centre d'isolement

- supprimer les barrières étanches au regard et mettre en place une signalétique rigoureuse et claire, différenciant les zones réservées à la circulation des personnels et celles potentiellement contaminées;
- assurer un éclairage permanent la nuit dans les espaces des malades;
- informer très régulièrement les familles de l'état de leur malade et des traitements entrepris;
- organiser les visites sécurisées de parents auprès de leurs malades;
- autoriser, sous contrôle médical, la fourniture d'aliments préparés à domicile;
- inclure des saveurs et aliments appréciées localement dans les nourritures et boissons fournies au malade;
- envisager au cas par cas d'autoriser l'accès sécurisé de prêtres ou de tradipraticiens aux malades hospitalisés à la demande expresse de ces derniers, mais en proscrivant injections intra-rectales, scarifications et prescriptions de produits émétiques et purgatifs;

Lors de la prise en charge des patients atteints de FHV, l'équipe médicale doit respecter la charte des soins aux patients, à savoir :

- la qualité des soins doit être une priorité pour le personnel soignant,
- une aide psychologique doit être apportée par le personnel de l'hôpital aux patients et à leurs familles,
- les informations données aux patients et à leurs familles doivent être honnêtes,
- les consentements éclairés doivent être la règle de toutes interventions,
- les consentements écrits dans la langue nationale doivent être la règle des recherches spécifiques
- les croyances et les religions des patients doivent être respectées,
- l'intimité des patients doit être assurée,
- l'équipe médicale doit donner aux patients la possibilité d'exprimer leurs observations sur la façon dont leurs cas sont gérés.

Recommandations relatives aux rites mortuaires

- présenter systématiquement les «condoléances» aux familles des défunts;
- informer à l'avance la famille du déroulement des phases de l'opération;
- ne pas empêcher les formes autochtones de l'expression de l'affliction, par exemple les pleurs et lamentations, aussi bruyants et impressionnants qu'ils soient;
- organiser l'habillage et le déshabillage des tenues de protection individuelles de l'équipe sur le lieu de l'action;
- organiser la présence en tenue de protection individuelle d'un membre de la famille, lors de la mise en sac (opaque) et en cercueil;
- manipuler les cadavres avec douceur et sans heurts, avec un respect affiché;
- proscrire si possible les enterrements sans cercueil et prévoir de pouvoir les fournir ou de les payer;
- proposer systématiquement aux familles de déposer dans le sac mortuaire ou le cercueil les effets personnels du défunt, «nécessaires à ses besoins dans l'au-delà»;
- au domicile du défunt, brûler seulement les objets contaminés, irrécupérables et sans valeur du point de vue de la famille proche: le faire en une place retirée de la concession indiquée par la famille;
- conduire une désinfection adaptée des objets contaminés que la famille veut conserver, même s'ils paraissent dérisoires aux yeux des intervenants;
- veiller à ne pas morceler les actions et à faire effectuer par une seule équipe, dans un même temps, les opérations de prélèvement, de mise en sac mortuaire et en cercueil et de désinfection des espaces de la maison (chambre, toilettes) susceptibles d'avoir été contaminés;

- organiser le portage du cercueil désinfecté et l'enterrement par des membres de la famille équipés de gants, sous contrôle des équipes sanitaires en tenue ordinaire;
- conduite des cercueils au cimetière en convois circulant à vitesse très réduite, avec les feux de détresse allumés et autres signes de deuil autochtones (faisceaux de palmier);
- veiller à la présence systématique de membres des familles lors de l'enterrement ;
- mettre à la disposition de la famille un véhicule avec plateau pour le transport du cercueil et des accompagnant au cimetière;
- veiller à la place de la tête du cadavre, tant dans le cercueil, le véhicule de transport, que dans la tombe: en particulier, en l'absence de cercueil, organiser une descente accompagnée du sac mortuaire dans la tombe, sans chute et avec une disposition convenable du cadavre;
- prévoir systématiquement des plaques d'identification des tombes;
- proposer systématiquement aux assistants des ablutions des mains et des pieds à l'aide d'un pulvérisateur d'eau de Javel convenablement diluée, au terme des différentes phases des funérailles (levée de corps, enterrement)
- si certaines familles expriment le désir de garder une photo du défunt ou de la cérémonie, pour témoigner auprès des absents du bon déroulement des funérailles, proposer de la réaliser avec un appareil photo numérique et la restituer rapidement;
- fournir un certificat de décès signé par une autorité locale.

Recommandations relatives à la sensibilisation et à la mobilisation sociale

- réunir sur des supports CD/DVD copiables (lisibles sur ordinateur et/ou lecteur DVD de salon) les articles scientifiques et de vulgarisation pertinents, les guidelines, les documents (tracts, photos, dessins, affiches, vidéo, audio) utilisés lors des précédentes épidémies;
- mettre cette «collection» à la disposition des acteurs des réponses aux épidémies, afin d'assurer leur formation ou recyclage et de leur permettre de choisir les matériaux utilisables pour leurs propres actions de mobilisation et sensibilisation sociale;
- enrichir cette collection dès le début d'une épidémie avec de nouveaux médias propres à la situation considérée;
- bien identifier les groupes cibles et les acteurs sociaux (les leaders d'opinion), sans négliger les femmes, les groupes marginaux ou illicites (colporteurs de médicaments, braconniers, orpailleurs, étrangers en situation irrégulière,...);
- anticiper les risques de recherche de boucs émissaires, la stigmatisation des survivants, des contacts et des familles des défunts;

- plutôt qu'une interdiction totale de la viande de chasse, irréaliste, focaliser les messages sur la dangerosité de toucher et consommer des animaux trouvés morts ou malades: insister sur la nécessité d'une traçabilité des viandes, de la forêt au village;
- sensibiliser spécifiquement les chasseurs à la dangerosité des animaux trouvés morts, qui ne sont pas «un cadeau divin», et à l'évitement des animaux malades et/ou au comportement inhabituel;
- ne pas brouiller les messages spécifiques aux FHV (contacts avec des fluides corporels) en les noyant dans des messages généraux de santé publique (hygiène du milieu, lutte antivectorielle);
- insister sur l'absence de contamination aérienne et sur la nécessité de l'évitement des contacts avec les fluides corporels, surtout en cas de fièvre;
- fournir systématiquement des gants aux familles des malades, aux personnes contacts et aux professionnels biomédicaux et traditionnels exposés;
- en l'absence de gants et d'eau chlorée, conseiller l'usage de détergents, savons et pochettes plastiques;
- informer des risques d'accidents domestiques relatifs à la présence d'eau chlorée à domicile;
- sensibiliser les professionnels et la population sur les risques de contamination liés à l'emploi de matériels injectables usagés et de poires à injections rectales collectives;
- produire et diffuser largement les messages sanitaires sous forme de chansons réalisés dans les langues locales par des musiciens locaux appréciés, en plus d'un large emploi des médias habituels (prospectus, affiches, réunions, causeries radiophoniques, spots télévisés...)
- diffuser auprès des personnels et du public des vidéos à caractère ethnographique montrant concrètement différentes actions des équipes d'intervention (prise en charge des malades, funérailles, témoignages, ...)

Recommandations relatives à la sensibilisation des leaders d'opinions

- les sensibiliser et les mobiliser individuellement et collectivement en leur fournissant des documents didactiques (papier, audio, vidéo) et si possible, des gants et de l'eau de Javel
- contrer les ambivalences souvent xénophobes visant à mettre en cause des «étrangers» dans l'introduction et la propagation de l'épidémie
- gérer «habilement» ou au contraire combattre les négationnistes et les créationnistes quant à l'existence du virus et les promoteurs de «thérapeutiques miraculeuses» des religions et des sciences autochtones.

Bibliographie écrite

Moulin A.M. Éthique médicale et cultures du monde./ Medical ethics and cultures of the World. Bull Soc Pathol Exot, 2008, 101, 3, 227-231

Desclaux A. L'éthique médicale appliquée aux sciences humaines et sociales: pertinence, limites, enjeux et ajustements nécessaires Bull Soc Pathol Exot 2008 T101-2 pp 77-84

Chippaux J.P. Quelle éthique pour les essais de prévention?_Defining an ethics for preventive trials._ Bull Soc Pathol Exot 2008 T101-2 pp 85-89

Formenty P, Leroy E, Epelboin A, Libama F. & col Detection of Ebola Virus in Oral Fluid Specimens during Outbreaks of Ebola Virus Hemorrhagic Fever in the Republic of Congo. Clin Infect Dis. 2006 Jun 1;42:1521-1526 16652308
<http://lib.bioinfo.pl/pmid:16652308>

Hewlett BS, Epelboin A, Hewlett BL & Formenty P - Medical anthropology and Ebola in Congo: cultural models and humanistic care. Bull Soc Pathol Exot, 2005, 98, 237-244.
<http://64.233.183.104/search?q=cache:d0UEbGPK5DMJ:www.pathexo.fr/pdf/Articles-bull/2005/2005n3/T98-3-2761-2-7p.pdf+epelboin&hl=fr&ct=clnk&cd=38&gl=fr>

Boumandouki P, Formenty P, Epelboin A, Campbell P, Allarangar Y, et al. - Prise en charge des malades et des défunts lors de l'épidémie de fièvre hémorragique due au virus Ebola d'octobre à décembre 2003 Bull Soc Pathol Exot, 2005, 98, 218-223.
<http://64.233.183.104/search?q=cache:lRmNk1-xJ4J:www.pathexo.fr/pdf/Articles-bull/2005/2005n3/T98-3-2770-6p.pdf+epelboin&hl=fr&ct=clnk&cd=13&gl=fr>

Formenty P, Epelboin A, Allarangar Y, Libama F, Boumandouki P, et al. - Séminaire de formation des formateurs et d'analyse des épidémies de fièvre hémorragique due au virus Ebola en Afrique centrale de 2001 à 2003. (Brazzaville, République du Congo, 6-8 avril 2004). Bull Soc Pathol Exot, 2005, 98, 244-254.
<http://64.233.183.104/search?q=cache:qR90n7xX7icJ:www.pathexo.fr/pdf/Articles-bull/2005/2005n3/T98-3-seminaire-11p.pdf+epelboin&hl=fr&ct=clnk&cd=22&gl=fr>

Formenty P., Libama F., Epelboin A, Allarangar Y., Leroy E., Moudzeo H., Tarangonia P., Molamou A., Lenzi M., Ait-Ikhlef, Hewlett B., Roth C., Grein T., L'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola en République du Congo, 2003: une nouvelle stratégie. Méd. trop. 2003 – 63-3 pp 291-295

Epelboin A, Formenty P, Bahuchet S., Du virus au sorcier: approche anthropologique de l'épidémie de fièvre hémorragique à virus Ebola sévissant dans le district de Kellé (Congo) 6 / = The social impact of ebola: the case of Kellé district, Congo Canopée n°24 Juillet 2003 pp 5-
<http://www.ecofac.org/Canopee/N24/Sommaire.htm>
http://www.open-earth.org/document/readNature_main.php?natureId=228

Balinska M. A. La Pologne: du choléra au typhus, 1831-1950. Bull Soc Pathol exot 1999 T92-5 pp 349-354

Formenty P, Hatz C, Le Guenno B, Stoll A, Rogenmoser P, et al. (1999) Human infection due to Ebola virus, subtype côte d'ivoire: clinical and biologic presentation. J Infect Dis 179: S48-S53

Georges AJ, Leroy EM, Renaut AA, Tevi Benissan C, Nabias RJ, et al. (1999) Ebola hemorrhagic fever outbreaks in Gabon, 1994-1997: Epidemiologic and Health control issues. J Infect Dis 179: S65-S75

Khan AS, Tshioko FK, Heymann DL, Le Guenno B, Nabeth P, et al. (1999) The reemergence of Ebola hemorrhagic fever, Democratic Republic of the Congo, 1995. J Infect Dis 179: S76-S86.

Bibliographie vidéo

Brunnquell F., Epelboin A. & Formenty P Ebola, c'est pas une maladie pour rire / Ebola: no laughing matter, (Congo), 2007, 51 mn 28, Prod. CAPA

<http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/0640CGebolarirre1vf.rm>

http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/0640_CGebolarireangl.rm

Epelboin A., Anoko J N, Formenty P, Marx A., Lestage D., Marburg en Angola 2005 Production 2005, SMM/CNRS/MNHN & OMS

- O trio contra Marburg 18 mn

http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/new_Trio_Marburg_00.rm

- Mise en bière d'un bébé 25 mn

http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/Miseenbiere_00.rm

- Funérailles de crise, le tailleur et les siens 37 mn

http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/Le_Tailleur_et_les_siens_00.rm

Epelboin A., Marx A., Durand J.L., Ebola au Congo 2003 Production 2004, SMM/CNRS/MNHN & OMS

- Virus, sorciers & politique février 2003, Kéllé, 35 mn,

http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/sm/20040211_00_ebola_au_congo_fevrier_2003.rm

- Virus paroles et vidéo, juin 2003, Kéllé, Mbomo, 30 mn

http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/20040614_00_ebola_au_congo_juin_2003.rm

- Virus, braconnier et fétiche, déc 2003, Mbomo, 40 mn

http://video.rap.prd.fr/video/mnhn/smm/20040617_00_ebola_au_congo_decembre_2003.rm

Bibliographie sites internet

Agence de la santé publique du Canada / Public health agency of Canada

<http://www.phac-aspc.gc.ca>

Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, U.S.A.

<http://www.cdc.gov/>

Institut de recherche pour le développement, Paris

<http://www.ird.fr/>

Institut Pasteur, France

<http://www.pasteur.fr/ip/index.jsp>

Médecins sans frontières

<http://www.msf.org/>

Société de pathologie exotique, Paris France

<http://www.pathexo.fr/>

Vidéotheque «santé, maladie, malheur» SMM CNRS MNHN, Paris, France

<http://www.rap.prd.fr/ressources/vod.php?videotheque=mnhn/smm>

World Health Organisation / Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse

<http://www.who.int/en/>

HUMANITAIRE ET DROITS DE L'HOMME : DEUX AGENDAS OPPOSÉS ?

Lorsque les Talibans ont mis en œuvre leur terrible politique de ségrégation envers les femmes afghanes, les privant de soins de santé, d'éducation et d'autres services, les défenseurs des droits de l'homme ont prêché l'embargo contre leur régime. Ils sont même allés jusqu'à recommander le retrait de toute aide aux populations civiles susceptible d'être perçue comme un soutien au régime afghan.

Certains humanitaires ont refusé ce qui était considéré comme une double punition : la première étant le régime, la deuxième, le déni de solidarité par le biais de l'aide. Après plusieurs années de conflit au Darfour, les humanitaires ont tissé un vaste réseau d'aide aux centaines de milliers de personnes déplacées dans la région. Les défenseurs des droits de l'homme, soutenus par les gouvernements occidentaux, ont quant à eux lancé une campagne pour sauver le Darfour, prônant une interdiction de vol et une possible intervention militaire pour faire cesser les massacres. Selon les humanitaires, cela ajouterait au contraire à la souffrance des populations civiles, car une interdiction de vol exclurait les vols humanitaires et priverait les populations d'aide; en outre, une intervention militaire serait, dit-on, impossible. Si certaines organisations humanitaires proclament que leurs modes d'opération sont dans une égale mesure axés sur l'aide et sur la sensibilisation en faveur des victimes des catastrophes, ces organismes-là ne brouillent-ils pas les pistes? Ne créent-ils pas eux-mêmes la confusion?

S'agit-il d'une question sémantique ou de l'expression d'une véritable confusion au sein de l'union sacrée qu'est la bonne volonté pour un monde meilleur? Les motivations des humanitaires et celles des défenseurs des droits de l'homme, qui s'intéressent tous deux au bien des «victimes», semblent opposées, du moins dans certains cas. Comment peut-on communiquer ces différences au public, aux médias, et surtout, aux acteurs locaux?

Fausse compatibilité: Action humanitaire et droits de l'homme

*David Rieff*¹

Pour envisager sérieusement la relation entre les travailleurs humanitaires et les activistes des droits de l'homme (le recoupement entre les deux mouvements, ainsi que leurs éventuelles incompatibilités, au moins partielles), il est essentiel de revenir à des bases sociologiques démodées. Au lieu de parler d'idéaux, aussi admirables qu'ils puissent être, ou de se fonder essentiellement sur la bonne foi morale des deux traditions, il est préférable de commencer par parler de classes, le sujet auquel presque personne ne semble vouloir penser, en ces temps bizarres de sauvagerie mondiale, de sclérose idéologique et de politiquement correct.

Nous pourrions commencer par une question: de quelles matrices sociales proviennent une majorité des travailleurs de l'urgence et la plupart des personnes intéressées par les droits de l'homme? En termes strictement de recrutement, on dira que les associations de défense des droits de l'homme et les organismes de secours ont le plus intérêt à chercher leur personnel, et, surtout, peut-être, leurs donateurs particuliers, au sein d'une couche sociale plutôt étroite. En effet, il existe un nombre disproportionné de personnes éduquées; de personnes qui se situent à gauche du centre politique; de personnes qui portent un regard critique sur la suffisance de leur propre société; et de jeunes, c'est-à-dire de personnes dont l'absence d'obligations familiales leur permet de se rendre sur le terrain plus facilement, d'y rester plus longtemps et de gagner moins que ce qu'ils seront sans doute en mesure de faire plus tard dans leur vie.

Ces origines communes, aux sens culturel, générationnel, économique et politique du terme, sont d'une importance cruciale si l'on veut tenter de définir les distinctions entre le projet humanitaire et le projet de défense des droits de l'homme, si l'on souhaite déterminer dans quelle mesure ils se recourent, et dans

¹ Journaliste

quelle mesure ils sont les deux facettes d'un seul et même projet. Après tout, aucun de deux mouvements n'existe dans un vide historique, c'est pourquoi les mouvements plus généralement ancrés dans la culture influent inévitablement sur la manière dont les humanitaires et les défenseurs des droits de l'homme interprètent leur rôle. Prenons un exemple: en Italie, où la tradition pacifiste prévaut au sein de la gauche, les travailleurs humanitaires ont tendance à penser qu'ils devraient s'aligner sur les diverses campagnes contre la guerre, lancées après le 11 septembre, tandis qu'en France, où le pacifisme est un point de vue minoritaire, les travailleurs humanitaires sont en quelque sorte moins enclins à prendre de tels engagements.

Cela dit, de manière plus générale, les travailleurs humanitaires et les militants des droits de l'homme sont des idéalistes. Les membres des deux mouvements veulent «faire quelque chose», que ce soit réparer des injustices ou soulager des souffrances. Ils ont au moins cela en commun. Mais je suggérerais qu'en fait, dans ce qu'ils «font» véritablement, il convient de leur reconnaître une distinction fondamentale. À ce sujet, je m'intéresse moins aux questions des rivalités entre une organisation telle que MSF et un organisme de type Human Rights Watch (bien que les intérêts personnels des institutions soient un aspect sous-estimé des deux histoires humanitaires), qu'à la question de savoir si les secours humanitaires et les campagnes en faveur des droits de l'homme pourront jamais être complètement réconciliés. Un Bernard Kouchner ou Irene Kahn d'Amnesty International insisterait sans doute à dire qu'il n'y a pas de problème, de la même façon que les deux courants principaux au sein du CICR et de la section française de MSF envisageraient la question avec beaucoup plus de scepticisme.

Bien sûr, il y a un problème, et la question ne devrait pas être de savoir si ce problème existe, mais bien s'il peut, ou surtout, peut-être, s'il devrait être surmonté. Mais pour répondre à cette question, il faut déterminer l'origine de chaque mouvement.

Fondamentalement, le projet de défense des droits de l'homme repose sur un point de vue progressiste occidental assez typique. L'idée maîtresse qui le sous-tend est la suivante: lentement, mais sûrement, à grand-peine, revers après revers, défaites après défaites, l'humanité se fraye collectivement un chemin vers un monde où des normes juridiques et politiques différentes, plus humaines prévaudront. Une manière de décrire cela est de proclamer que le dernier demi-siècle a été marqué par ce que l'auteur et politicien canadien Michael Ignatieff a baptisé «révolution des Droits». Pour être juste, il existe de nombreuses preuves de l'évolution des normes, mais pas, bien entendu, de l'évolution des faits sur le terrain.

C'est ce qu'a illustré le dernier débat sur la doctrine de la «Responsabilité de protéger», lancé pour tenter de déterminer si celle-ci engageait ou non les Etats à intervenir en Birmanie, afin de pallier l'inertie d'un régime dictatorial qui ne réagissait pas comme il se devait face aux conséquences du cyclone Nargis. Le débat n'a mené nulle part, en ce sens qu'aucune intervention n'a été menée. Toutefois, le simple fait que ce débat ait eu lieu (un débat qui aurait été impensable il y a encore une décennie à peine) est la preuve, pour les activistes des droits de l'homme, du changement qui est en train de s'opérer.

Mais si, tant d'un point de vue historique qu'opérationnel, le projet de défense des droits de l'homme est utopique, puisqu'il postule qu'à la fin, les grands fléaux de l'histoire de l'humanité (la guerre et la cruauté humaine) pourront d'une manière ou d'une autre être éliminés dans un avenir proche, l'action humanitaire, elle, n'est pas utopique, tout du moins pas dans une même mesure, loin s'en faut. Cela ne signifie pas, à une époque où les droits de l'homme sont l'idéologie officielle des progressistes occidentaux (et, dans une bonne mesure, des gouvernements occidentaux, qu'ils soient sincères ou non à ce sujet), que les travailleurs humanitaires sont exempts de pensées utopiques. Et la carrière de M. Kouchner démontre combien ce courant de pensées est important au sein du mouvement. Malgré tout, le premier devoir d'un humanitaire est de soulager les souffrances des populations, et non d'opérer une transformation sociale, quoi que M. Kouchner, les auteurs de «La Responsabilité de protéger», et bien d'autres puissent prétendre.

Cela peut être illustré par une analogie médicale. Fondamentalement, deux points de vue distincts peuvent être adoptés concernant les accomplissements possibles de la médecine: un premier modèle stipule qu'il est réaliste de tenter, à très long terme, de guérir la plupart sinon toutes les maladies; selon le deuxième, c'est le modèle de la santé publique qui domine, le modèle du triage. Il découle du principe selon lequel, la plupart du temps, les médecins ne peuvent que soulager les souffrances de leurs patients dans la mesure de leurs capacités. La guérison reste une possibilité dans certains cas, à certains moments, mais elle devient moins prioritaire si l'on se fonde sur les normes de la santé publique, et du triage, plutôt que sur celles d'une médecine héroïque, technologiquement sophistiquée. Bien entendu, il y a des recoupements. Mais en fin de compte, les deux points de vue sont incompatibles en termes de déontologie.

Cela ne signifie pas qu'il y ait, ou du moins qu'il doive y avoir, une hostilité entre les deux d'un point de vue opérationnel. Mais encore une fois, du point de vue de la déontologie, l'un est utopique, tandis que l'autre ne l'est pas. On peut en

dire autant de l'humanitaire et de l'activisme en faveur des droits de l'homme. Pour les humanitaires, l'objectif fondamental est la palliation, pas la transformation sociale. Pour faire leur travail, ils doivent consentir à des compromis avec les auteurs de violations des droits humains, qu'il s'agisse de gouvernements ou de guérillas (la seule alternative réaliste serait de disposer d'une armée qui leur soit propre, ou bien, plus probablement, de celle d'une puissance tierce bien disposée qui leur permette de travailler sans l'accord des autorités locales; nous avons vu où cela a mené en Somalie, où cela aurait sans doute mené en Birmanie et où c'est en train de mener en Afghanistan). Leur incapacité à transformer les sociétés dans lesquelles ils opèrent n'est en aucun cas une défaite pour les humanitaires. Certes, Bernard Kouchner peut interpréter l'action humanitaire comme un levier d'Archimède qui permet d'instaurer la démocratie et la justice sociale. Mais l'action humanitaire peut être entièrement cohérente sans ce genre de convictions, comme l'a démontré le travail du CICR et de MSF France. Le Comité international de la Croix-Rouge est d'ailleurs le meilleur exemple d'humanitarisme anti-utopique. Le CICR est en fait explicitement anti-utopique. Par exemple, les défenseurs des droits de l'homme évoquent l'impunité, l'autorisation ou non d'intervenir lorsque de graves violations du droit humanitaire, des crimes de guerre ou des génocides sont commis. Le CICR, lui, commence par dire, en réalité, «nous travaillons en situation de guerre, et ce que l'on pense ou ce que l'on espère, en tant qu'individus, au sujet de la fin d'une guerre n'a rien à voir avec l'analyse que l'on fait du monde dans lequel on vit, et encore moins avec la capacité des individus à changer ces réalités».

En comparaison, les militants des droits de l'homme sont des absolutistes sinon rien. Ils ne peuvent pas compromettre leurs principes, fondamentalement fondés sur le droit, ni ne peuvent qualifier un crime de guerre d'excusable, par exemple, s'il a été commis par un mouvement dont la cause est juste, et d'inexcusable s'il a été perpétré par un gouvernement oppressif. En d'autres termes, les droits de l'homme sont un jeu à somme nulle, tandis que l'action humanitaire n'en est pas un. Ce que cela signifie, dans son sens le plus immédiat, c'est que sur le terrain, quoi qu'il se passe au siège, les travailleurs de l'urgence et les responsables des droits de l'homme ont des priorités bien distinctes. Pourront-elle jamais être réconciliées avec succès? Cela reste, tout du moins à mon avis, une question qui reste sans réponse.

Cela dit, quels que soient les conflits entre les principes des humanitaires et ceux des travailleurs des droits de l'homme, il était probablement inévitable que les frontières soient brouillées entre les deux mouvements; que, par exemple, Oxfam, autrefois le plus grand organisme de secours au monde dans le domaine

de l'eau et de l'assainissement, semble aujourd'hui bien plus préoccupé par le renforcement de ses capacités de lobbying plutôt que par celui de ses capacités opérationnelles. Le mouvement en faveur des droits de l'homme est à bien des égards le mouvement le plus influent du libéralisme occidental de ces derniers temps. Il est loin de reposer simplement sur des lois manifestes et irréfutables, comme certains de ses défenseurs les plus naïfs aiment à le revendiquer. Au contraire, les droits de l'homme (il serait plus juste d'appeler cela le «droits del'hommisme») sont une idéologie comme toute autre et doivent être jugés en fonction des critères qui s'appliquent à toute autre idéologie, qu'il s'agisse du communisme, du capitalisme de libre-échange, etc.

Mais aussi essentiel soit-il de conserver un esprit critique, il est également important de se souvenir que les droits de l'homme sont une idéologie aux pouvoirs colossaux et que, au moins en Occident, ils ont une influence immense. S'imaginer que le monde humanitaire s'y soustrait serait absurde. Savoir si l'humanitarisme pourra rester viable d'un point de vue opérationnel s'il succombe complètement à l'idée que son projet et celui du mouvement des droits de l'homme sont plus semblables que distincts est, bien entendu, une tout autre question.

Le danger d'un discours conciliateur

*Rony Brauman*¹

Le débat sur la place des Droits de l'Homme dans l'aide humanitaire est récurrent à MSF comme ailleurs. Est-ce que nous sommes guidés par cet idéal? Y a-t-il tensions? Contradictions? Complémentarité?

Je traiterai le sujet en m'interrogeant sur le contenu de l'un et de l'autre des termes employés, avant de discuter de la relation entre les deux, car ni l'humanitaire ni les Droits de l'Homme ne sont des entités bien circonscrites.

Si l'on prend Amnesty International, par exemple, on est frappé par l'évolution de la philosophie de l'organisation qui s'est déplacée, historiquement, de la défense des prisonniers d'opinion et de la focalisation exclusive sur cet objectif-là à la défense des droits économiques sociaux et culturels (les «Desc», dans le jargon). Il y a là une transformation radicale. Je fais ce simple constat dans le but de montrer que l'on peut mettre dans une même enveloppe «Droits de l'Homme» des choses qui sont fondamentalement différentes.

Décider par exemple que la torture est un traitement inamissible, intolérable, c'est une proposition qui peut être facilement comprise et admise dans le monde entier. Cela ne demande pas nécessairement un budget. Il «suffit» de limiter de façon stricte les prérogatives des pouvoirs: pouvoirs politiques, gouvernementaux mais aussi les autres pouvoirs car il n'y a pas que les gouvernements qui torturent. Il y a aussi les milices, groupes rebelles et autres groupements détenteurs de la force.

Ce que je veux dire, c'est que l'abolition de la torture ne demande pas un budget, une administration, une référence culturelle particulière mais simplement la décision de limiter un pouvoir.

¹ Directeur de Recherche. CRASH - Centre de recherche sur l'action et les savoirs humanitaires

Lorsque l'on en vient au droit à la santé ou à l'égalité de genres, on aborde instantanément des questions économiques, psychologiques, sociales différentes.

Aujourd'hui, lorsque l'on parle de Droits de l'Homme, on désigne d'une même formule ces différentes catégories, car elles ont été peu à peu rassemblées comme des droits de générations successives qui se cumulent. Ils forment un ensemble que les ONG présupposent cohérent, ce qui est loin d'être le cas. Souvenons-nous par ailleurs que la Déclaration, dite universelle des Droits de l'Homme a été signée en 1948 par un tout petit quart des Nations d'aujourd'hui, et qu'en plus, à l'époque elle fut le résultat d'un compromis, rendu possible par le souvenir encore brûlant de la guerre qui venait de se terminer, entre une conception libérale et une conception socialiste des Droits de l'Homme.

C'est pourquoi on peut opposer la plupart des articles les uns aux autres et qu'en pratique, on s'y réfère de manière nécessairement orientée. Cette déclaration permet finalement à chacun de faire son marché idéologique en y introduisant sa propre hiérarchie et en ne retenant que les articles politiquement intéressants. Cet éclectisme l'affaiblit en même temps qu'elle lui permet d'exister. C'est son mérite mais ce compromis ne peut être pris comme une construction cohérente. Lorsque des humanitaires s'y adossent, ils prennent appui sur un terrain pour le moins instable puisqu'ils peuvent tirer à partir de la même référence des conduites opposées

Souvenons-nous des problèmes durant le régime taliban, en Afghanistan. Les attitudes des ONG étaient partagées entre protestations contre le sort fait aux femmes en référence à l'égalité des sexes d'un côté, et de l'autre une politique d'accommodement destinée à fournir des soins aux femmes, qui pouvait tout aussi bien s'appuyer sur le droit à la santé. Les talibans n'interdisaient pas de faire des centres de santé et hôpitaux pour soigner les femmes, et MSF pour sa part considérait que les conditions d'un travail correct étaient présentes et que la situation désastreuse du pays justifiait d'y travailler. Au-delà de toute référence au droit, et selon une conception limitative de l'humanitaire, les besoins et le contexte nous semblaient des références suffisantes. L'alternative était de se transformer en missionnaires: «voilà ce qu'il faut faire, enlever le voile, envoyer les filles à l'école, avoir des hôpitaux mixtes...»

Je ne suis pas anti-féministe, mais je suis anti-missionnaire et je pense que les humanitaires ne doivent pas être des professeurs de morale. Quelle morale professerions-nous? Et au nom de quoi? Je précise que, à l'instar d'Amnesty International, la conception de l'humanitaire défendue par MSF, a, elle aussi, considérablement évolué. La conception d'aujourd'hui en est à un point où elle s'oppose en beaucoup d'aspects à celle du passé, même si le noyau reste le même.

Par exemple la conception de l'ingérence humanitaire défendue par Bernard Kouchner, un des principaux fondateurs de MSF, a prévalu longtemps après le départ de celui-ci. Le concept d'ingérence humanitaire procède d'une vision dans laquelle l'humanitaire et les Droits de l'Homme sont pris comme un ensemble indissociable.

C'est au nom de cette conception là que l'humanitaire, comme les Droits de l'Homme, peut devenir un vecteur de guerre.

N'oublions pas que ce que l'on appelle aujourd'hui, en Français, «interventions humanitaires», signifie les actions des agences humanitaires, alors qu'en Anglais, «Humanitarian Intervention», veut dire intervention militaire. Avec l'ingérence humanitaire, on rassemble les deux dans une sorte de séquence où finalement les humanitaires peuvent n'être que l'avant-garde, armée uniquement de seringues et de sacs de riz, précédant l'arrivée des troupes.

C'est ce scénario somalien où l'un et l'autre se sont succédé dans une impeccable continuité. On connaît la suite...

Les interventions d'humanité qui sont les ancêtres des interventions humanitaires, lorsqu'on les considère comme ça, elles ont quelque chose de rayonnant, d'attirant. L'humanité, c'est ce qu'il y a de plus beau en l'homme, c'est ce qui nous permet de vivre les uns à côté des autres nous empêche de nous entretuer. C'est cela que l'on se fait comme idée de l'humanité. A ceci près que l'autre nom des «interventions d'humanité», un nom plus réaliste, plus concret, c'est la diplomatie de la canonnière «Gunship Diplomacy». On oublie trop souvent que cette diplomatie consistait à envoyer des troupes pour, soit prendre le contrôle d'un territoire où des étrangers occidentaux étaient menacés, soit sauver les barbares de leur propre barbarie: Sauver les Algériens de l'esclavage par exemple, l'un des motifs explicites en 1830 de la conquête de l'Algérie par la France. Le discours colonial sur le Congo ou l'ensemble des discours coloniaux de l'époque («Le fardeau de l'Homme blanc»), étaient empreints de notions morales, civilisatrices qui prenaient les Droits de l'Homme, ou ce qui en tenait lieu, comme le moteur de leur entreprise.

Fonder l'action humanitaire sur les droits de l'homme, c'est défendre la «Rights based approach» par opposition au «Needs based Approach», pour le dire dans le jargon ONG: les déterminants de l'action à entreprendre par les humanitaires seraient les droits dont les victimes peuvent légitimement se réclamer: droit à la nourriture, au logement, à l'alimentation, à la santé etc.

Les défenseurs de l' «ingérence humanitaire» s'abreuvent à cette source-là. C'est pour cela que l'on peut distinguer au moins deux grandes écoles: l'une qui voit l'argument des Droits de l'Homme comme principal moteur de son action, et une autre qui se maintient à distance de cette démarche. Cela n'empêche pas de constater qu'humanitaires et défenseurs des Droits de l'Homme partagent les mêmes aspirations et idéaux. Il ne s'agit pas d'opposer artificiellement des choses ou des gens qui ne le sont pas, mais de maintenir une certaine distance entre ces approches et ces démarches.

Il est intéressant de noter qu'au Darfour, les tenants de l'ingérence/défenseurs des droits de l'homme réclament une intervention armée internationale pour protéger les civils et les humanitaires, tandis que les autres s'opposent au contraire à une telle intervention. Droit à la vie, droit à l'assistance, droit à l'insurrection, droit à toutes sortes de choses positives, tous ces droits s'entrechoquent. Là encore chacun puise dans le genre qu'il préfère pour justifier des choix préalables.

Plus généralement, ma question est: les humanitaires sont-ils des porteurs de valeurs? Sommes-nous chargés de disséminer des valeurs fondamentales, c'est-à-dire celles qui nous animent (car chacun considère que les valeurs fondamentales sont celles qu'il a à l'esprit)? Si la réponse est oui, alors il faut être cohérent avec cela et dire que l'attaque de l'Irak a certes été menée de façon plutôt indélicate, distraite et incompétente, mais que sur le fond elle avait toute sa raison d'être. Ce n'est pas mon avis parce que je pense depuis longtemps que nous ne sommes pas les chevaliers des valeurs universelles. J'ajoute que j'y ai cru un certain temps mais que c'est une maladie dont j'ai guéri - ce qui prouve que nous ne sommes pas condamnés à la chronicité.

Conclusion

Entre Humanitaires et défenseurs des DDH, il ne faut surtout pas chercher à concilier les démarches qui ont leurs logiques propres et différentes. Après tout on n'a jamais vu une équipe de MSF commencer à tirer des coups de fusils sur une équipe de Amnesty International. Il n'y a pas donc pas lieu de déclarer des cessez-le-feu et de chercher des conciliations. Il y a un débat public, il y a des formes d'actions, laissons-les exister comme elles sont. On peut chercher à s'influencer ou à simplement mieux se comprendre, mais ne cherchons surtout pas à concilier ce qui ne peut pas l'être. Ce serait une démarche vouée à l'échec qui irait à l'encontre du respect de la réalité.

Au contraire, il faut même valoriser un certain désordre de points de vue, de prise de position et d'action. Dans un discours conciliateur, tout tourne autour de l'idée de mettre en ordre les différentes formes d'action les unes par rapport aux autres, les unes avec les autres dans un ordre supérieur qui est celui du bien absolu, de la marche vers le progrès. Cette mise en ordre est probablement un autre nom de la mise au pas et ce serait, pour l'humanitaire, la fin de toute action sérieuse.

Humanitarisme et droits de l'Homme

*James Darcy*¹

Le lien entre l'action humanitaire et les droits de l'Homme est un sujet pour lequel la théorie et la pratique peuvent aboutir à des conclusions très différentes. Il s'agit d'une question à laquelle je me suis souvent heurté au cours de ma propre vie professionnelle: j'ai commencé en tant qu'avocat commercial, me suis reconverti dans la défense des droits de l'Homme et j'ai ensuite rejoint Oxfam en tant que coordinateur de leurs opérations humanitaires dans diverses régions du monde (l'Afrique centrale, les Balkans, l'Amérique centrale, le Moyen-Orient, l'Asie du Sud et de l'Est). Au fil du temps, j'ai été le témoin de tensions et de contradictions dans l'application des lois et des normes en situations de conflit armé ou de troubles politiques. Le problème ne réside pas uniquement dans l'application de ces règles dans de tels contextes, mais également dans le fait que ces règles elles-mêmes semblent renvoyer à des priorités conflictuelles et parfois (apparemment) à des lignes de conduite irréconciliables.

Il me semble que deux types de questions se posent principalement. L'une concerne le recoupement des intentions et des objectifs: les humanitaires et les défenseurs des droits de l'Homme se préoccupent-ils des mêmes choses, essayent-ils d'atteindre les mêmes buts? La seconde concerne la compatibilité et les tensions entre les approches adoptées par chaque groupe. Même s'il y a un recoupement significatif des sujets de préoccupation, nous savons d'expérience que leurs différentes manières d'être traités peuvent entrer en conflit, voire s'avérer incompatibles.

Concernant la première question, je pense qu'il y a un recoupement croissant des sujets de préoccupation. Ce recoupement est plus évident aujourd'hui, les associations internationales de défense des droits de l'Homme étant désormais bien

¹ Directeur, Groupe de recherche en politiques humanitaires, ODI

plus engagées qu'elles ne l'étaient auparavant dans les situations de conflit armé et de violations massives des droits humains. D'un point de vue rhétorique au moins, un grand nombre des déclarations de Human Rights Watch (par exemple sur le Darfour) auraient pu être prononcées par le CICR. Bien entendu, ces déclarations sont plus normatives et plus axées sur les questions liées à la justice et sur la nécessité impérative de traduire en justice les auteurs de violations. Cela n'a jamais été un terrain confortable pour les humanitaires, qui, parce qu'ils ont besoin de maintenir l'accès et d'ouvrir les canaux de communication, ont tendance à adopter une approche moins antagonique. Il s'agit là d'une des zones de friction entre les deux camps. Il ne s'agit pas uniquement d'un choc des approches, je pense: la justice à proprement parler n'a jamais été une préoccupation humanitaire essentielle.

Grâce à mon expérience juridique, j'ai pu participer aux premiers moments du projet Sphère, et plus précisément à la rédaction de la Charte humanitaire. Il s'agissait là (en gros) d'une tentative d'établir un droit à l'aide humanitaire, puis d'en définir les critères minimums, pour lui donner une valeur dans la pratique. En quelque sorte, les normes de Sphère sont l'aboutissement de cette idée, fondé sur l'expérience collective des organisations en matière de prestation d'aide et sur les nombreuses normes, les nombreux protocoles et autres qui existaient déjà. Il me semble qu'il s'agissait là d'une entreprise importante et qui en valait la peine, notamment parce qu'elle était axée sur le lien entre l'individu (et la communauté) et l'Etat en tant que premier responsable.

L'idée d'une approche humanitaire «fondée sur les droits» était particulièrement attrayante pour les organisations investies de mandats multiples, dans les années 1990. Elle semblait offrir la possibilité de définir une théorie globale pour leurs opérations humanitaires et leurs travaux de développement, et dans une certaine mesure, elle a rempli cette tâche (et la remplit toujours). Il semblait en effet y avoir un lien étroit entre le concept de non-discrimination issu des droits de l'Homme et la notion humanitaire d'impartialité; et les idées d'humanité partagée et d'égalité de valeur de toute vie humaine les sous-tendaient tous deux. Dans l'ensemble, les deux codes «vont» bien l'un avec l'autre. Sur les questions de fond, les droits civils et politiques englobent une bonne partie de ce qui relevait du domaine de la «protection» humanitaire; et avec le droit à la vie, les droits économiques et sociaux peuvent être considérés comme le fondement (ou au moins les preuves à l'appui) du droit à l'aide humanitaire.

En revanche, là où je suis plus sceptique sur cette approche axée sur les droits, c'est lorsqu'il s'agit d'une convergence entre les questions humanitaires et toutes

les autres questions liées aux droits de l'Homme, et de l'hypothèse que celles-ci sont (en langage des droits humains) «indivisibles et interdépendantes». Si elles l'étaient réellement, nous n'aurions plus qu'à cesser toute activité humanitaire. Bien que les droits de l'Homme puissent être évoqués en situation de crise, il est plus approprié de parler d'une responsabilité d'agir face à la souffrance humaine. (Quiconque lira les Conventions de Genève se rendra compte que l'humanitarisme est un code plus axé sur les devoirs que sur les droits). L'intérêt de l'impératif humanitaire est qu'il confère une priorité morale à ces devoirs, de sorte que celui-ci outrepassse toute autre considération. Selon la philosophie morale de Kant, il s'agit d'un impératif catégorique.

Le problème avec les approches axées sur les droits humains, je pense, c'est que l'idée de «protéger les droits» suppose qu'il faille aller bien plus loin que la capacité et que les attributions des organisations humanitaires, compte tenu, en particulier, des contextes dans lesquels celles-ci opèrent. Les droits de l'Homme sont un modèle qui permet de conclure un «bon» arrangement politique entre l'Etat et ceux qui y vivent. Lorsque ce contrat politique est gravement atteint ou rompu (comme il l'est presque par définition dans bon nombre des contextes qui nous occupent), en s'axant sur ce qui devrait se passer, on entre inévitablement en conflit avec ce qui se passe. L'humanitarisme est essentiellement une réponse à un statu quo embrouillé, plutôt qu'un programme de réforme. Remettre de l'ordre dans la relation entre l'Etat et le peuple constitue un programme d'action politique, qui a des implications en matière de développement. En revanche, faire fonctionner la relation aujourd'hui dans l'intérêt de la population civile (ou pour lui épargner des préjudices) fait partie des objectifs humanitaires. Comme tout travailleur de terrain le sait, créer l'espace politique (à l'échelle locale, nationale) nécessaire pour permettre aux populations d'être en sécurité et de recevoir une aide fait partie du travail; c'est ce que nous qualifions généralement de création d'un «espace humanitaire». Ici, les acteurs politiques peuvent être étatiques ou non, un point de divergence par rapport à la théorie des droits de l'Homme.

Bien qu'en théorie, les programmes d'action humanitaires et de droits humains se recoupent dans une bonne mesure, les tensions qui existent entre les deux dans la pratique sont plus graves, je pense. Je me souviens notamment que, lorsque je travaillais pour Oxfam en Indonésie (à Aceh, avant le tsunami), deux de nos employés (humanitaires) locaux avaient été arrêtés par des policiers en patrouille et violemment passés à tabac pour s'être associés à une association de défense des droits de l'Homme considérée comme alliée avec le Mouvement de libération d'Aceh. L'activisme en faveur des droits humains est, presque par définition, un sujet politiquement sensible dans de tels contextes. L'humanitarisme, en théorie,

n'en est pas un : il est politiquement neutre. Mais nous savons, bien entendu, que (par association ou autre) il est souvent perçu comme tout sauf neutre. Les organisations investies de mandats multiples ont sans doute brouillé les pistes à ce sujet: elles souhaitent en effet être perçues comme des acteurs humanitaires neutres, tout en plaidant en faveur des droits humains et de la justice. Remarquez, MSF s'exprime également sur ces questions, comme l'exigent ses origines et son identité. Peut-être sommes-nous donc tous coupables d'avoir estompé ces distinctions.

Que faut-il conclure de tout cela? Qu'il est essentiel de trouver un mode opératoire viable entre les associations de défense des droits humains et les organisations humanitaires, qui partagent toutes (au moins) la même préoccupation pour la protection des populations civiles. Qu'il peut y avoir une intervention complémentaire, mais que nous ne devrions pas prétendre partager les mêmes objectifs. Que nous devrions être conscients des risques de conflit entre nos différentes approches et tenter de les réduire; Et c'est là que les associations de défense des droits de l'Homme doivent prendre très au sérieux le risque de compromettre l'accès et la sécurité du personnel. Je pense que l'idée d'un droit à l'aide humanitaire (cousin germain du droit d'ingérence) est un point de convergence entre les objectifs des associations de défense des droits humains et les intérêts humanitaires, et nous devrions tous être prêts à le revendiquer.

LES GUERRES DE L'APRÈS-11/9: NOUVEAUX TYPES DE CONFLIT, NOUVELLES FRONTIÈRES POUR LES HUMANITAIRES ?

Nul ne peut nier l'impact du 11 septembre sur les relations internationales. Que ce soit à travers le regard des journalistes, des analystes ou des politiciens, la Guerre mondiale contre le terrorisme (GWOT pour Global War On Terror) et ses conséquences sont devenues le prisme à travers lequel il faut expliquer et interpréter le monde d'aujourd'hui.

Même chez les humanitaires, l'impact ou impact supposé, du 11 septembre alimente les débats, les écrits et les perceptions sur la juste compréhension des conflits, des rôles et des motivations des acteurs internationaux. Mais au-delà des conflits et des tensions, l'émergence de ce qui a été baptisé, non sans controverse, la nouvelle guerre des civilisations a-t-elle eu des conséquences dans le domaine de l'aide humanitaire?

La GWOT explique-t-elle le changement global observé dans le discours et les préoccupations de certaines organisations, qui, auparavant, faisaient respecter des valeurs universelles et agissaient conformément à ces valeurs, et qui sont maintenant devenues profondément occidentales dans leurs valeurs, leur mode d'action et leur identité? De terribles crises touchent plusieurs millions de personnes dans des régions où les acteurs humanitaires ne peuvent pas opérer, notamment dans de vastes régions d'Afghanistan et d'Éthiopie, et dans les zones de regroupement de déplacés en Irak et en Somalie. La nature des conflits qui font rage dans certaines régions du monde impose-t-elle l'absence de toute aide externe aux victimes de violence et de déplacement forcé? Devrait-elle impulser un changement, sinon une révolution, dans la manière dont les humanitaires planifient leurs réponses aux besoins et dont ils interagissent avec leur environnement? La GWOT incite-t-elle à une refonte totale des pratiques humanitaires ou impose-t-elle simplement de nouveaux critères d'interprétation des relations internationales, jusqu'à l'émergence du prochain ensemble de critères?

Une communauté internationale désarmée

*Alain Déléroz*¹

Le grand changement que l'on observe aujourd'hui dans le domaine de l'humanitaire s'est-il opéré après le 11 septembre 2001 comme le suggère la question du débat auquel nous convie MSF cette année, ou plutôt durant les guerres qui ont ébranlé l'Europe dans les années 1990?

Durant les guerres des Balkans, l'humanitaire s'est vu plongé, à grande échelle, dans une confusion souvent difficile à percevoir pour les populations concernées entre une action militaire qui se voulait humanitaire et celle des acteurs humanitaires à proprement parler. Pour les victimes de la guerre et les populations concernées, il est difficile d'établir une séparation nette entre d'une part les militaires mandatés par les Nations unies, l'Union africaine, l'Union européenne ou autres, dont le mandat de protection des populations repose directement sur l'usage de la force, et d'autre part, l'action strictement humanitaire menée par des organisations comme Médecins sans frontières (MSF), Médecin du monde (Mdm) ou le Comité international de la Croix rouge (CICR). Cette confusion semble s'être bien ancrée dans le paysage humanitaire.

Ce qui a changé depuis le 11 septembre 2001, ce qui est resté des ruines du World Trade Center de New York, c'est le sentiment nouveau d'une vulnérabilité, non seulement des États-Unis mais aussi de l'Occident, face à la détermination d'individus prêts à se suicider pour semer la mort. La toute-puissante Amérique, que l'on désignait de plus en plus comme une «hyperpuissance», fut soudain attaquée sur son propre territoire avec des moyens relativement aisés à mettre en place, au cœur de ce qui fait sa force économique, Wall Street, et plus précisément au cœur de sa force symbolique, les tours jumelles qui figuraient parmi les plus hautes du monde à l'époque.

La réaction du gouvernement américain face à cette attaque s'est posée dans une

¹ Vice Président (Europe), International Crisis Group

certaine mesure en rupture dans l'histoire des États-Unis d'Amérique. Ce gouvernement est extrêmement idéologisé, a une vision messianique de son rôle dans l'histoire. Son président se représente facilement le monde en noir et blanc, et, l'ancien secrétaire à la défense semblait imbu de sa propre puissance militaire. La réaction de ce gouvernement à l'attaque du 11 septembre nous a plongés dans le monde que nous connaissons aujourd'hui parce qu'elle a fondamentalement brouillé la compréhension de l'humanitaire: aux États-Unis, mais aussi en Europe, tout le langage, l'ensemble du discours relatif à la défense de l'humain, que ce soit donc le discours humanitaire, le discours sur les droits de l'Homme ou, pire encore, sur la démocratisation et la liberté, a perdu toute crédibilité.

Georges Bush ne semble pas avoir compris encore que lorsque les mots «liberté» ou «démocratie» sortent de sa bouche, ils sont entendus dans les trois quarts du monde à peu près de la même manière que lorsque les Bosniaques entendaient le mot «paix» dans la bouche de Monsieur Milosevic.

La semaine dernière, un de mes collègues rentrait d'une réunion privée avec des Bouddhistes en Asie (il est Bouddhiste lui-même). Il était frappé de constater à quel point les participants à cette réunion, qui essaient habituellement de partager des idéaux pacifistes, rejetaient l'ensemble du discours occidental relatif aux droits de l'Homme parce qu'ils décelaient derrière ce discours ce qu'ils croient en être la véritable motivation: provoquer des changements de régime.

Or cette notion de changement de régime est vue à peu près partout dans le monde comme le véritable objectif de l'Occident. Pire encore, de nombreux dirigeants utilisent l'épouvantail d'un agenda caché occidental de manière extrêmement cynique pour justifier le massacre de leur propre population, comme le montre très clairement l'exemple du régime de Khartoum depuis des années.

Que faire dans un tel contexte? Nous nous dirigeons vers un monde dans lequel les conflits seront de plus en plus dilués. Les revendications des acteurs des conflits se font de plus en plus particulières et locales, ce qui rend les négociations peu aisées. Dans le même temps, l'accès aisé aux armes de guerre les plus sophistiquées fait du moindre chef de guerre un interlocuteur dont le programme politique se résume souvent à sa maîtrise de quelques landcruisers surmontées d'armes redoutables. La Somalie, le Darfour, la Corne de l'Afrique sont des exemples qui sautent aux yeux. J'entendais par exemple aujourd'hui l'un des négociateurs qui a été membre des délégations à Abuja, à Machakos, à Arusha dire en public «Je ne sais plus par où commencer les négociations avec les désormais 18 groupes armés du Darfour!» Pour négocier, il faut avoir un agenda et des revendications. La seule place au soleil de petits chefs armés est un espace sur lequel pas grand-chose ne peut se bâtir.

Un deuxième grand défi va probablement résider dans ce que j'appellerais une «désoccidentalisation» de nos organisations internationales, que ce soit les organisations humanitaires, les organisations de prévention des conflits, ou encore – et l'on touche ici à une question centrale et extrêmement complexe – le Conseil de sécurité des Nations unies. Cet organe a une mission très claire, veiller à la paix dans le monde, qu'il est absolument incapable de mener à bien parce que les gouvernements de cinq pays, les seuls à avoir un statut de membre permanent, disposent d'un droit de veto qu'ils utilisent à tort et à travers pour décider des affaires du monde entier. Les discussions qui se sont déroulées lors de l'Assemblée générale de 2005 pour réformer ne serait-ce que l'usage de ce droit de veto dans des cas où les populations sont en danger n'ont pas abouti. Les discussions plus fondamentales encore qui auraient dû aboutir à une réforme du Conseil de sécurité de manière à ce que quelques pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine acquièrent un siège permanent au sein de cette instance mondiale n'ont pas abouti non plus.

Nous nous trouvons donc dans une situation où les résolutions prises par le Conseil de sécurité ont de moins en moins d'effets parce que les gouvernements auxquels elles s'adressent peuvent facilement trouver, à l'intérieur de ce Conseil, un allié qui l'appuiera, pour une raison généralement économique ou simplement politique ou géostratégique, quel que soit le nombre de massacres qu'il est en train de perpétrer sur son territoire. Aussi le défi de l'avenir sera-t-il probablement de former une sorte d'alliance mondiale entre tous ceux pour qui l'Humain compte. Dans la plupart des pays en guerre, il existe des gens qui réfléchissent, qui s'engagent, qui risquent leur vie pour améliorer la situation et qui sont des alliés immédiats. Il faut savoir, dans nos organisations, trouver des places visibles, des places de direction pour ces gens-là. Il faut que ce soient eux qui, de plus en plus, prennent la parole et prennent des décisions dans leurs aires géographiques et dans leurs domaines d'expertise.

Mais cela ne suffira pas. Je crois que nous n'avons pas de solutions toutes faites pour relever ces défis. La situation des conflits dans le monde semble devenir de plus en plus insaisissable. Les conflits sont de moins en moins les classiques guerres interétatiques; ils mettent en jeu un nombre croissant d'acteurs qui, grâce à un accès de plus en plus aisé à des armes toujours plus destructrices, partent en guerre pour finalement obtenir un poste ministériel dans un gouvernement donné. Ajoutez à cela le problème de l'accès aux ressources et nous retombons dans le piège des guerres de contrôle territorial. Face à ce genre de conflits, la communauté internationale est actuellement plutôt désarmée. Le reconnaître devrait lui permettre de se doter des institutions qui lui font défaut. Un conseil de sécurité qui représenterait mieux le poids de différents pays et régions du monde est une nécessité immédiate.

«Guerre contre la terreur»: conséquences sur les populations civiles et positionnement des humanitaires

Bruno Jochum¹

Près de 6 ans après son déclenchement suite aux attentats du World Trade Center en septembre 2001, la «Guerre contre la Terreur» (GWOT en Anglais pour «Global War Against Terror») est le moteur principal de nombreux conflits traditionnellement représentés de manière séparée: l'Irak, l'Afghanistan et les zones tribales du Pakistan, la Somalie depuis début 2006, mais aussi dans une moindre mesure les Philippines ou le Yémen.² Si chacun de ces conflits possède des caractéristiques locales et régionales propres, ils ont en commun d'avoir été déclenchés ou d'être entrés dans une nouvelle phase au nom de la lutte armée de l'administration américaine contre la mouvance Al Qaeda.

Avec la multiplication des fronts ouverts au sein de cette guerre internationale et face à sa pérennisation, il est devenu indispensable de dresser un bilan global des conséquences pour les populations civiles et pour le travail humanitaire en général. La crédibilité des grandes organisations humanitaires et leur perception comme acteur impartial repose notamment sur leur capacité à assumer pleinement cette responsabilité critique.

our nous, la GWOT est actuellement l'évènement politique et militaire générant le plus de mouvements de population, de blessés et de morts. Rien qu'en additionnant le nombre de déplacés et réfugiés d'Iraq, de Somalie et d'Afghanistan, on atteint plus de 5 millions de personnes, soit presque le double du Darfour. Le nombre de victimes directes de violence atteint plusieurs centaines de milliers de morts et probablement 3 à 4 fois plus de blessés. L'absence d'un décompte global rend d'autant plus nécessaire la réalisation et la publication d'un travail de docu-

¹ Directeur des Opérations MSF-Suisse

² L'utilisation de la lutte contre le terrorisme a aussi été une justification de certains autres conflits aujourd'hui apaisés: la lutte contre la LRA dans le nord de l'Ouganda et la guerre en Tchécénie par exemple. La GWOT devient alors une raison suffisante pour laisser les belligérants du camp des justes commettre toutes les exactions possibles contre les «terroristes» et les personnes qui les supportent

mentation de la guerre et de ses effets.

Cette réalité, peu objectivée et relayée auprès de l'opinion, nous oblige à questionner froidement pourquoi certaines crises politiques et les tragédies humaines qui en découlent font l'objet d'une mobilisation et d'autres non. Pourquoi en effet le conflit du Darfour fixe-t-il l'attention médiatique en 2007, alors que la violence y a considérablement baissé et qu'au même moment la capitale somalienne se vide de la moitié de sa population en raison des combats meurtriers menés au nom de la lutte contre le terrorisme?

Pour tenter d'y répondre, il faut aller au-delà de la classique dichotomie entre «bonnes» et «mauvaises» victimes. Bien entendu, elle est pleinement à l'œuvre quand il s'agit de relater les développements de la GWOT: les sociétés d'où proviennent les victimes sont souvent perçues comme le terreau de mouvements «terroristes». A ce titre, elles portent une responsabilité dans le sort qui leur est réservé et le fait de montrer les conséquences humaines de la guerre peut nuire à la poursuite des objectifs politiques et militaires de celle-ci. L'exemple type est la Somalie: peu importe que le conflit se soit internationalisé en 2006 avec le choix par l'administration américaine de l'option militaire contre les islamistes; peu importe que ce choix, relayé par l'armée éthiopienne, ait entraîné des violences sans équivalent depuis 15ans et des centaines de milliers de personnes sur les routes; pour l'opinion dominante, ce sont les Somaliens qui se battent entre eux, comme toujours.

Une autre caractéristique des conflits en question est la volonté de limiter ou d'empêcher, pour des raisons sécuritaires ou géopolitiques, les mouvements des populations qui fuient: les frontières jordaniennes, syriennes, et kenyanes sont fermées, obligeant les familles affectées à rester principalement dans la société d'origine à proximité des zones les plus dangereuses. La Convention de Genève sur les réfugiés n'est quasiment pas appliquée, contribuant à fermer le couvercle sur la situation et obligeant toute assistance à s'organiser à l'intérieur même du conflit.

Or, force est de constater que l'assistance humanitaire classique n'a quasiment pas accès aux populations dans la plupart de ces contextes. A la frontière entre l'Afghanistan et le Pakistan où des opérations militaires de l'OTAN ont cours, il n'y a pratiquement aucune assistance aux populations concernées. Et en Somalie, l'internationalisation du conflit enclenché en 2006 laisse craindre une «irakisation» alors même que la situation humanitaire est la pire depuis le début des années 90.

Ces dernières années, la captation de l'action humanitaire privée par les missions politiques des Nations Unies a considérablement affaibli, dans le monde, la reconnaissance des humanitaires comme étant des acteurs autonomes, neutres et impartiaux. Le développement des missions intégrées des Nations Unies est une tentative d'avoir une action politique globale plus efficace de réponse aux crises, mais souffre de deux écueils fondamentaux: primo, ces missions émanent d'un Conseil de Sécurité qui ne représente plus les rapports de force réels dans le monde; deusio, elles conceptualisent l'humanitaire comme un instrument au service d'une mission politique, la paix. Par retour de bâton, tout opposant au processus politique peut donc vouloir s'en prendre aux humanitaires. Cette tendance est aggravée par la confusion organisée entre défenseurs des droits de l'homme et acteurs de l'assistance humanitaire. L'amalgame, dans le discours et la pratique, entre les premiers, visant une transformation sociale, et les seconds, n'ayant d'autre raison d'être que l'allègement des souffrances des populations civiles, renforce la suspicion au sein des sociétés n'acceptant pas un discours intrusif venu de l'extérieur.

Sur ces fondements et poussant la logique encore plus loin, la «polarisation idéologique» propre à la GWOT a quasiment liquidé tout espace intermédiaire: d'un côté, Colin Powell a publiquement caractérisé les organisations humanitaires de «multiplicateurs de force» dans la «lutte contre la terreur»; d'un autre, les plus radicaux des mouvements djihadistes associent les humanitaires à un agenda politique et militaire global et à ce titre pouvant faire l'objet d'attaques ciblées légitimes. Le principe de neutralité est d'emblée nié de toute part. Tous les acteurs en présence, dont les humanitaires, sont dès lors jugés avant tout en fonction de leur société d'origine et non pas nécessairement sur l'action qu'ils tentent de mettre en œuvre. Le Droit International Humanitaire offrait traditionnellement, en zone de conflit, un cadre de travail utile pour les organisations humanitaires. Sa remise en cause dans le cadre de la GWOT, par les Etats Unis notamment, vient fragiliser encore plus les bases d'une action de secours impartiale aux plus vulnérables.

Au final, le propre de l'action humanitaire dans ces contextes est l'absence de capacités d'évaluation indépendante des besoins/de la situation doublée d'une présence minimale de témoins internationaux (à opposer aux 15.000 travailleurs humanitaires présents au Darfur). Tout concorde donc à passer les conséquences humaines de la GWOT au second plan par rapport à d'autres situations de crise: image de la «mauvaise» victime, fermeture des frontières, insécurité et accès restreint.

Vouloir «forcer» l'accès humanitaire en recourant à des mesures de protection et de sécurité toujours plus élaborées et visibles est une grave illusion : cela revient à s'ancrer encore plus dans un «camp», à limiter le rôle des ONGs à l'organisation technique de services d'assistance et à s'identifier à un sous-traitant. Ainsi en Irak, quelques rares «ONGs» font ce choix en utilisant des escortes armées d'entreprises de sécurité privées. S'enfermer derrière des écrans de protection – a fortiori fourni par des opérateurs privés - ne fera que distancier encore plus les humanitaires des populations locales et renforcer le cercle vicieux de deux mondes inconciliables.

A MSF, nous pensons que l'ouverture, le maintien et l'élargissement d'un espace humanitaire réel repose sur le respect de principes fondamentaux, sur une réflexion sur notre mode de fonctionnement, autant que sur la qualité et la pertinence de l'action d'aide. Cela passe notamment par la transparence sur notre identité et une distanciation ferme par rapport au système de l'aide, de plus en plus subordonné à des finalités politiques supérieures comme la GWOT, la paix ou la démocratie. Cela suppose un travail inlassable favorisant l'établissement de liens avec tous les acteurs et la recherche d'une acceptation du travail de proximité de l'organisation par les sociétés concernées et les belligérants. Ce sera forcément dans une meilleure analyse des contextes locaux et une plus grande finesse d'action que nous pourrons (re)créer une relation de confiance rendant l'action humanitaire possible. Une telle démarche exige enfin de s'attaquer directement à l'asymétrie de traitement de l'information relative aux conséquences humanitaires de la guerre en question.

L'impact de la guerre contre le terrorisme sur l'action humanitaire

*Peter J. Hoffman*¹

Les attentats terroristes du 11 septembre 2001 ont déclenché à une nouvelle vague de conflits armés à travers le monde qui a affecté l'action humanitaire. Peu après le 11 septembre, les Etats-Unis ont entamé une «guerre contre le terrorisme» pour éradiquer les cellules islamiques extrémistes anti-américaines. En octobre 2001, ils sont entrés en guerre en Afghanistan pour renverser le régime Taliban qui avait accueilli Al-Qaïda, le groupe terroriste responsable des attentats du 11 septembre. Depuis lors, les forces armées occidentales sont restées en Afghanistan pour continuer à lutter contre les terroristes et soutenir le gouvernement post-Taliban de Hamid Karzai. Le nombre de soldats occidentaux en Afghanistan est estimé à 54'000 (26'000 des Etats-Unis, le reste de pays membres de l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord (OTAN), principalement du Royaume-Uni, des Pays-Bas, du Canada et d'Australie). En mars 2003, les Etats-Unis ont envahi l'Iraq, prétendument dans le cadre de la guerre contre le terrorisme, afin d'empêcher Saddam Hussein d'utiliser ses armes de destruction massive ou de céder cette technologie et ces armes à des terroristes. Bien que le régime de Saddam Hussein ait été rapidement vaincu et démantelé, d'autres sources de violence ont émergé et une guerre, entre autres civile, persiste. Fin décembre 2007, plus de 170'000 soldats occidentaux (dont 160'000 des Etats-Unis) étaient en Iraq. La guerre en Afghanistan et en Iraq, les opérations militaires en Asie du Sud-ouest, au Moyen-Orient, dans la Péninsule Arabique, en Afrique du Nord et de l'Est semblent dresser l'Occident contre l'Islam et ne font que renforcer le débat autour de la thèse du «choc des civilisations». En développant des programmes d'aide dans ces zones de conflit, les organisations humanitaires se trouvent mêlées à ce débat. Une recrudescence du nombre de victimes musulmanes de cette guerre contre le terrorisme amène l'ac-

¹ Chercheur au Ralph Bunche Institute for International Studies, à l'Université de la ville de New York, et Chargé de cours adjoint en Sciences Politiques au Hunter College.

tion humanitaire à être de plus en plus confrontée aux rigueurs de cet environnement de travail. Comment apporter du soutien aux personnes dans le besoin? Comment apporter de l'aide sans être pris pour un agent des forces armées? Comment limiter le risque de violence à l'encontre du personnel humanitaire? Comment porter secours sans offenser les belligérants, les victimes et la population locale? Tels sont les défis du personnel humanitaire.

Cet essai examine les effets de la guerre contre le terrorisme sur l'action humanitaire. La première partie analyse le phénomène et voit les facteurs politiques, plutôt que culturels, comme principal obstacle pour les organisations. La seconde partie traite du thème des menaces et s'appuie sur le microcosme des dispositions de sécurité pour argumenter en faveur d'une mise en place par les organisations d'unités d'«intelligence humanitaire».

I. Politique et érosion de l'espace humanitaire

La guerre façonne inévitablement l'action humanitaire. Les différends politiques, les intérêts économiques et les menaces pour la sécurité posées par les conflits armés influencent l'étendue des besoins humanitaires, les limites du droit international humanitaire (DIH), et la dynamique de l'espace humanitaire. La guerre contre le terrorisme n'est pas une exception. Suite aux événements du 11 septembre, la thèse du «choc des civilisations» de Huntington a remporté un vif succès pour son apparente prescience.² Toutefois, son argument démesurément simpliste selon lequel des caractéristiques culturelles immuables sont inévitablement source de conflit, exagère l'influence de ces facteurs.

La guerre contre le terrorisme est essentiellement une lutte politico-militaire entre les Etats-Unis et certains états et groupes anti-américains, qui englobe plusieurs guerres menées pour le contrôle de gouvernements et de ressources. Certaines sont civiles, aux dimensions religieuses, tribales et ethniques, d'autres sont des mouvements indépendantistes et d'insurrection et d'autres encore sont des guerres entre Etats. En Afghanistan, alors que le gouvernement central lutte contre l'opposition militarisée et que les forces de l'OTAN font la chasse à Al-Qaïda et aux groupes Talibans, sévit aussi un conflit entre les différents chefs militaires, pour certains impliqués dans des trafics de drogue. Les querelles intestines de l'Afghanistan ont souvent aussi une composante ethnique, notamment la rivalité continue entre les groupes Pashtoun, Tadjik, Hazara, Ouzbek et Turkmènes. En Irak, il y a une, d'une

² Samuel P. Huntington, *Le choc des civilisations* (New York: Simon & Schuster, 1996).

part, une longue insurrection contre les forces américaines et britanniques, menée notamment par des membres du régime déchu de Saddam Hussein. Il y a d'autre part une guerre entre les milices Shiïtes (majoritairement arabes, mais aussi d'origine perse) et les groupes Sunnites (dont certains collaborent avec les États-Unis pour éliminer les terroristes d'Al-Qaïda, eux-mêmes Sunnites). Il y a aussi les forces Kurdes au Nord, qui ont longtemps combattu le gouvernement à Bagdad, ainsi que quelques groupes minoritaires tels que les Yazidis. Bien qu'il y ait de grandes différences entre la situation en Afghanistan et celle en Irak, que celles-ci diffèrent de la situation dans d'autres zones de conflits (Somalie par exemple), en termes de politique, économie et traditions locales, au regard de la thèse du « choc de civilisations », ces guerres ont toutes un élément en commun : elles peuvent être vues comme une lutte culturelle entre l'occident et l'Islam. Toutefois, se focaliser exclusivement sur cette tension culturelle mène à une interprétation erronée des problèmes et nuit à leur résolution.

Il se peut que la culture affecte les perspectives d'un conflit mais c'est la politique qui est avant tout déterminante en termes d'action humanitaire. L'expulsion par le président Karzai de représentants des Nations Unies et de l'Union Européenne le 26 décembre 2007 pour avoir dialogué avec les forces antigouvernementales illustre parfaitement ce point. Elle démontre la présence d'une compétition entre rivaux politiques en Afghanistan pour occuper le poste de gardien de l'entraide internationale. Il ne s'agit pas de dire que la culture n'a aucune influence sur les conditions de travail humanitaire, mais que les différends et les impasses politiques sont souvent plus déterminants.

Les effets de la guerre contre le terrorisme sur l'environnement humanitaire en général sont illustrés par un détournement de la guerre conventionnelle. En effet les forces militaires étatiques aussi bien que les acteurs armés non-gouvernementaux ont agi sans respecter le DIH. Al-Qaïda et d'autres groupes terroristes sont devenus tristement célèbres pour avoir attaqué des civils et du personnel humanitaire. Certaines milices locales qui participent à la guerre contre le terrorisme ont violé les droits de l'homme. Mais plus troublant encore, certains militaires occidentaux ont violé le droit de la guerre. Le fait que les États-Unis fassent fi des Conventions de Genève, notamment en continuant leurs interrogatoires-torture dans la Baie de Guantanamo et dans d'autres sites de détention fantômes au-delà des limites du droit international, suggère l'existence d'une fracture profonde dans le consensus politique existant autour des questions humanitaires.

En termes d'action humanitaire, la neutralité et l'indépendance ont souffert des effets de la guerre contre le terrorisme. En effet, certains acteurs extrémistes milita-

risés comme Al-Qaïda n'autorisent pas la présence des organisations humanitaires; d'autres comme les Etats-Unis tentent de contrôler leurs efforts. L'espace humanitaire a été créé sur la base d'un compromis politique entre neutralité, indépendance et consentement, et bien qu'il permette l'action, celle-ci a été tronquée (interdiction de prendre parti ou d'évoquer ce dont on a été témoin). Au cours de la Seconde Guerre Mondiale par exemple, le Comité International de la Croix Rouge (CICR) a porté secours aux prisonniers de guerre captifs de l'Allemagne nazie, mais uniquement dans les limites des contraintes politiques.

Dans le cadre de guerres civiles, ce compromis est soumis à des pressions destructrices encore plus importantes du fait que la souveraineté d'Etat est contestée. Les organisations ne savent donc pas toujours qui est responsable ou avec qui négocier. De plus en plus de conflits armés remettent en question le compromis primordial de l'action humanitaire et invoquent la politique. Par conséquent, quelles que soient les préférences ou les principes des humanitaires, la politique représente un risque du métier. Elle a été définie comme l'art du possible et tout comme les éléments politiques d'autres conflits armés ont forgé l'action humanitaire dans le passé, la guerre contre le terrorisme influence ce qui est possible aujourd'hui.

Lors de précédentes crises humanitaires, la politique était contenue au travers d'un consensus politique général et le consentement bien précis des belligérants. Ce n'est pas le cas avec la guerre contre le terrorisme. Vrai ou fausse, la déclaration de Colin Powell, selon laquelle les ONG étaient des «multiplicateurs de forces», parties intégrantes de l'«équipe de combat» des Etats-Unis, a anéanti toute prétention à l'indépendance et à la neutralité.³ La guerre contre le terrorisme mène une politique d'exclusion (du type «avec ou contre nous») qui brise le soutien politique apporté à l'action humanitaire.

Les menaces pour la sécurité sont probablement la meilleure illustration de la division politique induite par la guerre contre le terrorisme. Il faut toutefois noter que cette lutte ne semble pas différer considérablement des autres conflits armés en termes de fréquence des attaques contre le personnel humanitaire. Une étude de Stoddard, Haver et Harmer révèle que le nombre moyen d'humanitaires victimes d'attaque, 5 à 6 pour 10'000 humanitaire par an, est semblable aux chiffres relevés dans le passé.⁴ L'augmentation réelle du nombre de victimes serait principalement

³ Colin Powell, "Remarks to the National Foreign Policy Conference for Leaders of Non-governmental Organizations," (Département d'Etat américain, Washington, D.C., 26 octobre 2001).

⁴ Abby Stoddard, Adele Harmer et Katherine Haver, *Providing Aid in Insecure Environments: Trends in Policy and Operations* (Londres: Overseas Development Institute, 2006).

liée au fait qu'il y a beaucoup plus de personnel humanitaire sur le terrain qu'auparavant. L'étude montre que la fréquence des incidents n'a pas augmenté significativement, mais il faut toutefois noter que la plupart de ces attaques semblent véhiculer un message politique de rejet de l'humanitarisme. La tentative des Etats-Unis d'étiqueter les organisations humanitaires comme étant sous leur contrôle a pour conséquence directe de faire du personnel humanitaire une cible politique. Les organisations humanitaires ont déjà été confrontées à ce problème dans le passé: dans les années 90, la poursuite par l'UNITAF de Mohammed Aidid en Somalie a mis les organisations humanitaires de l'ONU en danger, tout comme les opérations de la FORPRONU en Bosnie ont valu au personnel du HCR d'être menacé. Dans l'ensemble, le niveau de danger n'est pas beaucoup plus élevé que ce que l'on peut anticiper dans ce métier inévitablement dangereux mais les probabilités d'une attaque politiquement motivée sont plus grandes. La mise en danger de la neutralité est tangible mais loin d'être nouvelle.

Le financement de l'action humanitaire semble aussi être affecté par des facteurs politiques liés à la guerre contre le terrorisme. Les Etats-Unis sont devenus les principaux «belligérants-donateurs», étant à la fois une des principales parties à ce conflit armé et une de plus grandes sources de financement pour l'action humanitaire. Toutefois, bien qu'ils aient augmenté leur contribution financière, la déclaration de Colin Powell précitée illustre qu'ils ont aussi essayé de diriger l'action humanitaire. En tentant de s'emparer des atouts moraux et économiques du système international humanitaire, les Etats-Unis ont souvent nuit à la légitimité politique des organismes et de ce fait alimenté le débat sur le rôle et la portée de l'action humanitaire.

La guerre contre le terrorisme met souvent en avant le conflit culturel, mais la rivalité politique est le moteur de la guerre et alimente les défis humanitaires. La lutte pour déterminer qui gouvernera ou qui tirera profit de gouverner, dicte les contours de l'assistance plus qu'elle ne traduit le désir d'anéantir une autre culture. En bref, la guerre contre le terrorisme a transformé le discours sur la guerre et l'action humanitaire en un discours sur la survie de la culture plutôt que sur l'effondrement de l'espace humanitaire. Depuis la Seconde Guerre Mondiale, bien qu'on ait assisté à des écarts tragiques des normes humanitaires, les cas de rejet systématique, manipulation ou détournements ont été relativement rares. Dans la guerre contre le terrorisme toutefois, ces détournements sont devenues monnaie courante.

L'action humanitaire a évolué autant que la politique de ce qui est possible change. La guerre contre le terrorisme remet en question l'indépendance et la neutralité des

organisations et engendre des menaces pour la sécurité.⁵ Toutefois, comme l'indique l'histoire du système international humanitaire, cette lutte a accéléré, et non initié, une érosion plus grande, à long terme, de la politique établie pour une action humanitaire neutre, indépendante et basée sur le consentement. Bien que cette situation puisse changer, aujourd'hui, la guerre contre le terrorisme entraîne davantage de divisions politiques qu'elle ne protège l'espace humanitaire. Si ce diagnostic est alarmant, il n'en est pas pour autant synonyme d'échec. Le fait que le problème réside dans la politique et non dans la culture (plus lente au changement) est encourageant.

La deuxième partie traite des implications liées à la sécurité dans un cadre de l'action humanitaire où la politique est controversée, et aborde le besoin de mettre en place des unités de renseignement.

II. Sécurité et système de renseignement humanitaire

La politique de la guerre contre le terrorisme entraîne des divisions et contribue à rendre l'environnement de travail dangereux. Le besoin d'information spécifiquement destinée à aider les organisations à évaluer les conditions sur le terrain et les options possibles se fait de plus en plus ressentir. Bien que le nombre d'attaques à l'encontre du personnel humanitaire soit comparable à celui relevé lors de conflits armés précédents, des attaques de grande portée tels que l'attentat contre le quartier général de l'ONU à Bagdad, en août 2003, et les meurtres de membres du personnel de Médecins Sans Frontières (MSF) en Afghanistan, en juin 2005, ont renouvelé l'attention sur les questions de sécurité. Un système de renseignements humanitaire qui rassemble, analyse et divulgue les données méthodiquement est nécessaire pour que les organisations puissent décider de rester ou non dans de telles zones de conflit et si oui, dans quelles conditions.⁶

Les organisations humanitaires mettent tout en œuvre pour consacrer le plus de fonds possibles à leurs opérations de secours et limitent intentionnellement les autres dépenses. Investir dans un service de renseignements humanitaire semble être la dernière des priorités pour la plupart d'entre-elles. A titre d'exemple, à la fin des années 90, le Haut Commissariat aux Réfugiés avait un budget d'environ 1 milliard mais n'a alloué qu'un statisticien à mi-temps pour la compilation des chiffres sur les flux de réfugiés.

⁵ Kenneth Anderson, "Humanitarian Inviolability in Crisis: The Meaning of Impartiality and Neutrality for U.N. and NGO Agencies Following the 2003-2004 Afghanistan and Iraq Conflicts," *Harvard Human Rights Journal* 17 (2004), 41-74.

⁶ Peter J. Hoffman et Thomas G. Weiss, "Humanitarianism and Practitioners: Social Science Matters," in Michael Barnett et Thomas G. Weiss, éd., *Humanitarianism in Question: Politics, Power, Ethics* (Ithaca: Cornell University Press, 2008).

Les dispositifs de sécurité d'une organisation illustrent clairement ses priorités éthiques et ce qu'elle estime être politiquement faisable. La neutralité, ou ce que certains qualifient l'«acceptation», est la solution optimale et l'approche utilisée avant tout car l'accès s'obtient par le consentement.⁷ Si du personnel international est perçu comme plus provocateur, en comparaison avec du personnel issu des régions ravagées par la guerre, les organisations peuvent recourir à des tactiques de «localisation». Toutefois, ceci risque de reporter le risque sur le personnel local qui est peut-être même plus vulnérable encore. De ce fait, dans les contextes où un espace humanitaire basé sur la neutralité et le consentement est difficile à obtenir et lorsque les Nations Unies ou les autres forces multinationales n'offrent pas de protection, certaines organisations envisagent des tactiques plus musclées.

Dans ces situations, le besoin d'un système de renseignement humanitaire est primordial afin d'établir ce qui menace la sécurité et ce qui la garantit. Dans un premier temps, l'évaluation des menaces signale quand il conviendrait de changer d'une posture neutre ou quand y revenir lorsque la politique locale change. Les données sur la délivrance d'aide, les taux de mortalité et d'autres indicateurs-clés sont essentiels pour l'efficacité des choix tactiques. Dans un deuxième temps, si les organisations décident de travailler dans un milieu non tolérant, de la documentation sur quels sont les acteurs fiables en matière de sécurisation et de perception politique locale doit être rendue facilement disponible.

La question des entreprises de sécurité privées se pose depuis quelques temps déjà mais elle s'est imposée dans le débat humanitaire au début des années 90, avec le recours aux technicals en Somalie. En 1994, alors qu'il était chargé des opérations de maintien de la paix à l'ONU, Kofi Annan envisage de faire appel à des entreprises de sécurité pour maîtriser les miliciens dans les camps de réfugiés en République Démocratique du Congo et ravive ainsi la controverse.⁸

Le DIH s'est opposé à la plupart des acteurs armés non étatiques, en particulier ceux qui combattent pour des raisons financières.⁹ De ce fait, parmi les humani-

⁷ Koenraad Van Brabant, *Operational Security Management in Violent Environments: A Field Manual for Agencies* (Londres: Overseas Development Institute, 2000).

⁸ Kofi Annan, Lecture XXXV de la Ditchley Foundation, SG/SM/6613, 26 juin 1998. www.un.org/News/Press/docs/1998/19980626.sgs6613.html. Pour davantage sur le thème des humanitaires qui se tournent vers des entreprises privées voir Michael Bryans, Bruce D. Jones, et Janice Gross Stein, "Mean Times: Humanitarian Action in Complex Political Emergencies," *Coming To Terms* 1, no. 3 (janvier 1999); et, Tony Vaux, Chris Seiple, Greg Makano et Koenraad Van Brabant, *Humanitarian action and Private Security Companies: Opening the Debate* (Londres: International Alert, 2001).

⁹ L'article 47 du Protocole additionnel I de la Convention de Genève stipule que les mercenaires sont illégaux et ne bénéficient donc pas de nombre de ses protections. La Convention internationale contre le recrutement, l'utilisation, le financement et l'instruction des mercenaires de 1989 formule aussi son opposition.

taires, l'utilisation d'entreprises de sécurité est pour le moins controversée et bien que certaines préparent des protocoles de contrat, d'autres rejettent fermement cette pratique. Le CICR est discrètement revenu sur sa position qui soutenait l'abolition du recours aux entreprises de sécurité et, en octobre 2007, a publié un code de conduite visant à assurer le respect du DIH par ces entreprises.¹⁰ MSF refuse catégoriquement toute ouverture en la matière, voire d'engager des entreprises de sécurité. Bien que le recours à ces entreprises soit ad hoc, le débat fait rage surtout dans les situations où la politique internationale néglige fondamentalement la crise humanitaire. Par exemple, les défenseurs des entreprises de sécurité telle que l'International Peace Operation Association, ont vanté leur capacité à restaurer la sécurité au Darfour.¹¹ Toutefois, de tels dispositifs doivent être étudiés méticuleusement, de façon approfondie et indépendante, tout en considérant les perceptions locales.¹² Et quand bien même de tels dispositifs de contrôle ont été mis en place, pour avoir des procédures adaptées d'enquête et de gestion des relations, il faut avoir les connaissances sur la conduite de ces firmes de sécurité privées.

Si des organisations soupçonnent qu'une sortie de la neutralité serait justifiée - parce que les belligérants et les populations locales pourraient les cataloguer comme ayant pris parti - elles souhaitent toutefois maintenir leur indépendance. Les données sur lesquelles elles se fondent pour opérer leurs choix est primordiale. L'information influence l'action et une action humanitaire réellement indépendante ne peut être fondée que sur une recherche de renseignements humanitaires indépendante. De plus, cette dernière doit prendre en considération non seulement le type et le degré des problèmes mais aussi la nature des solutions proposées. Les organisations doivent être vigilantes lorsqu'elles évaluent les effets des dispositifs de sécurité. Permettent-ils l'accès ou empêchent-ils l'assistance humanitaire? Des codes de conduite ainsi que des règles claires et légitimes quant à l'utilisation de la force sont-ils en place? Quels moyens d'assurer la sécurité anéantissent les effets désirés de l'aide humanitaire? Dans quelles conditions s'attendre un retour de flammes? Il n'y a pas de réponses immédiates, claires et définitives à ces questions, mais lorsqu'elles se posent, il est impératif que les organisations disposent d'infrastructures qui leur permettent systématiquement d'évaluer et de proposer des options de sécurité localement adaptées. Le «renseignement humanitaire» peut aider à clarifier des questions complexes et urgentes telles que: doit-on utiliser des

¹⁰ Cf. le site internet du CICR sur la Privatisation de la guerre: <http://www.icrc.org/Web/fre/sitefre0.nsf/html/pmc-fac-230506>

¹¹ Doug Brooks, "Focusing on Sudan," et Max Boot, "Send Private Security Companies into Sudan," *Journal of International Peace Operations* 2, no. 1 (2006), 4 et 9. Cf. <http://ipoonline.org/php/>.

¹² Peter J. Hoffman et Thomas G. Weiss, *Sword & Salve: Confronting New Wars and Humanitarian Crises* (Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 2006), 152.

entreprises de sécurité, quand, lesquelles et quelles instructions leur donner?

La guerre contre le terrorisme englobe plusieurs conflits armés avec différents clivages politiques locaux et, de ce fait, il n'y a pas d'approche universelle pour mener une action humanitaire. Un certain degré de danger a toujours fait partie de ce type de travail mais lorsque les organisations se trouvent face à un espace humanitaire incertain, certaines expérimentent des dispositifs de sécurité non-traditionnels, potentiellement non souhaitables. En général, les organisations humanitaires connaissent mieux les fondements éthiques et la logistique administrative de leur travail que les nuances des environnements opérationnel (notamment obtenir le feed-back des personnes avec qui elles travaillent).

Des ressources humaines et financières devraient être consacrées au développement d'un système de renseignements humanitaire interne pour régulariser la collecte d'information, le partage des analyses et l'adaptation des tactiques. Les organisations ne maîtrisent peut-être pas tous les éléments qui influencent la perception locale de la neutralité mais elles maîtrisent leurs propres actions. Un système de renseignements humanitaire indépendant renforcerait l'indépendance des opérations et augmenterait, à terme, la crédibilité. Certes, le «renseignement humanitaire» ne pourra pas empêcher les dilemmes de sécurité mais elle peut mieux préparer les organisations à y faire face. Certains verront peut-être dans ces efforts un luxe qui détourne des ressources limitées, mais un plus grand investissement dans les données et la distribution serait extrêmement bénéfique. En définitive, le coût d'un système de renseignements humanitaire ne dépassera jamais le coût de vies humaines ou le prix politique payé pour cause de mauvais diagnostic ou d'une mauvaise gestion des menaces sur la sécurité.

L'Humanitaire en étau Entre guérillas et Guerre contre le Terrorisme

Jérôme Larché¹

Introduction

Selon certains auteurs, la période de la guerre froide a pu représenter l'âge d'or de l'Humanitaire car l'espace de manœuvre, à la fois physique et politique, était plus large à cette époque qu'aujourd'hui. Le nouvel «ordre», ou plutôt «désordre», mondial qui a émergé à la suite de la chute du Mur de Berlin, et plus encore après les attentats du 11 Septembre, va compliquer la tâche des acteurs humanitaires, la rendant plus ambiguë, plus politique, et parfois plus manipulable. La devise de Médecins du Monde —«soigner et témoigner»- traduit aussi bien la volonté d'agir au-delà du soin que le dilemme qu'il induit.

De nouveaux conflits?

L'effondrement de l'empire soviétique a entraîné une relecture des conflits, plutôt que de nouveaux conflits, car il a dévoilé l'existence de dynamiques locales déjà à l'œuvre pendant la Guerre Froide. Toutefois, même si les causes et la nature des conflits contemporains sont multiples, la tendance actuelle est à la radicalisation et à la polarisation. Ainsi, de nouveaux acteurs sont devenus plus visibles (comme les ONG islamiques), parallèlement à l'autonomisation et la fragmentation des guérillas armées. On note aussi de nouveaux brouillages provoqués par la distinction de plus en plus difficile à faire entre combattants et non-combattants, par la présence croissante des sociétés de sécurité/militaires privées, et par l'augmentation significative des actions civilo-militaires effectuées par les armées conventionnelles. Cette confusion dans les mandats et les perceptions devient particulièrement délétère quand elle se couple à la radicalisation de

¹ Jérôme Larché est médecin anesthésiste réanimateur et délégué aux Missions internationales au sein du conseil d'administration de Médecins du Monde.

certains groupes, tout cela dans un contexte de mondialisation (technologique, financière, médiatique) qui rendant les nouvelles menaces plus globalisées. L'affaire récente de l'Arche de Zoé vient confirmer la modification progressive de l'«image humanitaire», en Occident comme ailleurs.

La «Guerre globale contre le Terrorisme» (GWOT), initiée par le gouvernement américain après le 9/11, a également accentué le discours sur la division des valeurs, notamment entre le monde occidental et le monde arabo-musulman, en écho à la thèse du «Choc des civilisations» de S. Huntington, posant plus que jamais la question de la prétendue universalité des valeurs et des paradigmes prônés par les ONG humanitaires occidentales. Ce questionnement touche aussi bien la perception que nous offrons aux populations locales et aux parties au conflit, que la compréhension que nous avons de ces dernières.

La sécurité des missions est ainsi devenue une contrainte majeure pour opérer sur ces terrains et accéder aux populations vulnérables, qui nécessitent une assistance humanitaire. Nous devons développer et intensifier des stratégies d'acceptation qui doivent devenir la pierre angulaire de notre approche «sécurité», à l'opposé d'une «bunkérisation» des structures d'autres acteurs, comme les Nations-Unies. Même si approche communautaire a des limites qu'il faut reconnaître, la proximité qu'elle induit reste incontournable pour s'implanter durablement, être efficace opérationnellement, atténuer les risques existants, et respecter ainsi une certaine éthique humanitaire. De plus, elle diminue la probabilité d'actions basées sur des réflexions trop «ethnocentrées», et de fait en décalage avec les besoins réels des populations.

Sur ces terrains complexes, il apparaît aussi que les dynamiques locales l'emportent sur les logiques globales. Au Darfour, par exemple, la lecture politique des alliances (et des ruptures) entre les différentes tribus et groupes armés se fait des territoires géographiques de 20 à 30 km², dans un contexte très mouvant et volatile. Ainsi, la thèse réductrice de Huntington a principalement occulté l'importante hétérogénéité de chaque aire culturelle, et notamment l'aire islamique, en oubliant que «dans la conduite des guerres, les logiques de terroir l'emportent sur les interdépendances mondiales»². Dans ce contexte évident de sécurité dégradée, rappelons que le staff national continue d'être la première cible des attaques meurtrières et les stratégies alternatives, comme le «remote management» (management à distance), sont loin d'être idéales. C'est pourquoi il faut continuer à

² M.A. de Montclos «Guerres d'aujourd'hui. Les vérités qui dérangent» p12

renforcer notre réflexion collective sur le sujet, partager nos expériences, et tout particulièrement formaliser nos interventions (incluant le réseau en amont de l'action) sur ces terrains difficiles.

Toutefois, Les humanitaires ont parfois eux-mêmes contribué à cette confusion, quand devant des difficultés ou des dangers, ils ont acceptés l'aide de militaires ou de groupes armés pour acheminer l'aide ou pour se faire transporter eux-mêmes ou pour se protéger. Un certain nombre d'ONG et d'organisations internationales ont pourtant recours, afin d'assurer leur protection, à des sociétés de sécurité privées, locales ou internationales. Ces pratiques, qui tendent à se répandre, risquent d'alimenter un marché commercial dont l'objectif principal est la gestion des opérations de maintien de la paix³. Il est donc primordial aujourd'hui que les ONG humanitaires renforcent leur position d'impartialité et d'indépendance, ici et là bas. En effet, nos actions et notre comportement sur le terrain construisent notre identité et la perception que nous offrons. Mais cette image peut être durablement brouillée par la multiplication des acteurs mettant en place des programmes «de type humanitaire» ou opérant de façon similaire. Les actions civilo-militaires prônés par de nombreux pays occidentaux ne sont là que pour «créer un environnement favorable à la force».

Humanitaire et guerre contre le terrorisme (GWOT)

L'action humanitaire fait référence au Droit International Humanitaire (DIH), évoqué de plus en plus souvent, mais aussi de plus en plus souvent mis à mal par les Etats-Unis qui en ont une interprétation très libre, voire caduque. Les divers dérapages des soldats américains en Irak, en Afghanistan ou à la prison de Guantanamo l'illustrent parfaitement. L'opération «Iraqi Freedom» correspond ainsi à une nouvelle approche de l'action humanitaire dans le post-conflit. Cette approche unifie la sécurité, la gouvernance, la réponse humanitaire et la reconstruction sous le contrôle direct du Pentagone -le Département américain de la Défense (DoD)- dans le cadre du Bureau de Reconstruction et d'Assistance Humanitaire⁴. Dans cette perspective, l'action humanitaire est liée de façon étroite à l'agenda de sécurité des Etats-Unis. Ainsi, Colin Powell a-t'il clairement dit que les ONG américaines devaient être des «facilitateurs de la politique étrangère américaine», notamment dans le cadre de la GWOT. Cette stratégie,

³ Consulter le site internet de l'International Peace Operations Association (IPOA) –syndicat américain des sociétés de sécurité / militaires privées- <http://www.ipoaonline.org>

⁴ Dirigée par un Sous-Secrétaire d'Etat à la Défense

supposée régler les «incohérences de la communauté humanitaire», qui du rôle d'actrice et de coordinatrice de l'action humanitaire, se retrouve agent supplétif du DoD, a très vite montré ses limites et ses insuffisances, même en instaurant un commandement unique pour tous les aspects de la réponse liés au post-conflit. Aujourd'hui, tout le monde observe l'insécurité majeure en Irak et les difficultés extrêmes rencontrées par les ONG pour y travailler. Ainsi, on peut conclure que la stratégie de subordination politique directe et totale de l'action humanitaire s'est soldée par un échec, et incite donc à une approche inclusive et multilatérale, plus respectueuse du DIH.

En Tchétchénie, la guerre contre le terrorisme a servi de prétexte aux autorités russes pour ne pas qualifier la situation de conflit armé, et considérer tous les résistants tchétchènes comme des terroristes. Au niveau européen, il convient aussi de rester vigilant car le précédent projet de Constitution Européenne prévoyait de créer un corps de «volontaires humanitaires», associant ONG, militaires et politiques. Cette stratégie, intégrée dans le PESD, approuvée en 2003 par le Conseil Européen, risque en fait d'ajouter de la confusion et d'entraîner, sur les terrains d'interventions, que ces «volontaires» soient d'avantage perçus comme des agents inter-étatiques de l'Union Européenne que comme des acteurs humanitaires. La réforme des Nations-Unies visant à réaliser des missions intégrées liant les agendas politique, militaire, humanitaire, et de développement doit être considérée comme la volonté des Etats à intégrer désormais l'action humanitaire aux autres outils disponibles (diplomatie et militaire notamment) pour la gestion des crises complexes. Il paraît donc indispensable de réaffirmer la nécessité d'un cadre d'intervention des ONG, dans le respect des principes de l'action humanitaire.

La GWOT est donc souvent utilisée pour justifier l'injustifiable. Pour illustrer mon propos, je prendrai l'exemple de l'Ogaden, où MdM est présent dans le district de Kibri Dehar. Cette région est le théâtre d'un conflit chronique entre les forces gouvernementales (TPLF) et celles du Front National de Libération de l'Ogaden (ONLF), qui plaide pour une sécession de la région somali. En Avril 2007, l'exploitation pétrolière chinoise d'Obole a été attaquée par l'OLNF., se soldant par la mort de 9 travailleurs chinois et de 65 travailleurs éthiopiens. En Mai 2007, après l'explosion de grenades dans la capitale administrative Jijiga, le Premier Ministre éthiopien Meles Zenawi décide d'une opération politico-militaire d'envergure pour «contenir» les actions de l'OLNF. En juillet 2007, de nombreux témoignages confirment la stratégie du gouvernement éthiopien de renforcer son combat contre l'OLNF –qualifiée d'organisation «terroriste»-, et ceci au mépris des populations civiles. Le DIH est ainsi violé à plusieurs reprises :

incendies de villages, récoltes détruites, déplacements forcés de populations, viols, détentions arbitraires, blocus économique avec le Somalie. A cette période, le CICR est expulsé de la région, accusé d'espionnage et de désinformation, tandis qu'une liste noire d'ONG circule. D'autres ONG préfèrent se retirer de l'Ogaden. A ce jour, la circulation des humanitaires (en dehors des zones urbaines) est très surveillée et limitée, tandis que les médicaments nécessaires sont fréquemment bloqués, et que l'état nutritionnel des populations (et notamment des enfants de moins de 5 ans) reste précaire. La situation humanitaire des populations civiles en Ogaden reste donc extrêmement préoccupante, ainsi que l'instrumentalisation de la GWOT faite par le gouvernement éthiopien pour justifier ses exactions contre les habitants de cette région, et les contraintes imposées aux ONG.

Récemment, la position européenne sur l'instrumentalisation de l'action humanitaire à des fins politiques s'est précisée. En effet, le «Consensus Humanitaire Européen», récemment publié, et fruit d'une large approbation par le Conseil et les représentants des Etats membres, la Commission Européenne et le Parlement Européen, stipule avec clarté que «l'aide humanitaire de l'Union Européenne n'est pas un outil de gestion des crises»⁵

Conclusion

Depuis le 9/11, les lignes ont bougé et les humanitaires vont devoir s'adapter, faire preuve d'intelligence collective et de cohérence, pour défendre efficacement leurs principes et leur espace. Des tendances lourdes (privatisation du militaire, intégration de l'humanitaire à la gestion politique des crises complexes, poids croissant des bailleurs et des entreprises) se dessinent aujourd'hui sur les champs de l'Humanitaire de demain. Il est donc nécessaire d'identifier et de dénoncer les brouillages de perception induits par les actions civilo-militaires dans certains contextes (Afghanistan, Irak, Tchad). Mais il faut aussi que les ONG améliorent les démarches inclusives et participatives vis-à-vis des populations locales ainsi que leurs capacités d'analyses de terrains complexes. En définitive, il apparaît indispensable, face à ces nouvelles tendances, de réaffirmer dans un mouvement de plaidoyer collectif des ONG, une identité humanitaire pragmatique basée sur des modalités d'action adaptées et responsables, mais se fondant sur des principes clairs et intangibles.

⁵ Consensus Humanitaire Européen – Partie 1, chapitre 2, paragraphe 15. Journal Officiel de l'Union Européenne (30/01/2008)

Enjeux humanitaires N°1 est un recueil d'articles écrits par les participants aux conférences-débats sur les «FRONTIÈRES HUMANITAIRES», tenues à Genève, le 13 décembre 2007. Ces articles sont classés par thème pour refléter le programme original des conférences.

Sur le thème des «FRONTIÈRES HUMANITAIRES», les participants ont abordé les sujets suivants :

- Mesures de contrôle des infections et droits individuels:
un dilemme éthique pour le personnel médical
- Humanitaire contre droits de l'homme: deux agendas opposés ?
- Les guerres de l'après-11/9 : Nouveaux types de conflit,
Nouvelles frontières pour les humanitaires ?

Pour plus d'informations sur l'UREPH ou cette publication, contactez Jean-Marc Biquet, chargé de recherche, à l'adresse suivante : jean-marc.biquet@geneva.msf.org.

Enjeux humanitaires est disponible en anglais et en français sur notre site Internet www.msf.ch

Déjà paru:

Enjeux Humanitaires N°0, mars 2007

- Humanitarian Medicine: An Enemy of Public Health?
- Is Independence Still Relevant in Humanitarian Action?

