

Attaques sur la mission médicale : aperçus d'une réalité polymorphe, le cas de Médecins Sans Frontières*

**Dr Caroline Abu-Sada, Dr Françoise Duroch,
Prof. Bertrand Taithe**

Dr Caroline Abu-Sada est titulaire d'un doctorat en science politique et dirige l'Unité de Recherche sur les Enjeux et Pratiques Humanitaires (UREPH) au sein de Médecins Sans Frontières (MSF) Suisse.

Dr Françoise Duroch, titulaire d'un master en Histoire, Droit et Droits de l'Homme et d'un doctorat en Sciences de l'Éducation, occupe actuellement le poste de chef du projet *Medical Care Under Fire* au sein du Bureau International de Médecins Sans Frontières.

Dr Bertrand Taithe, professeur d'histoire, enseigne à l'Université de Manchester. Il est aussi le fondateur et co-directeur du *Humanitarian and Conflict Response Institute* et membre du conseil scientifique du Centre de Réflexion sur l'Action et les Savoirs Humanitaires (CRASH).

Résumé

Cet article se propose de faire une analyse préliminaire des questions liées aux types de violence à l'encontre des missions médicales humanitaires. Partant du constat que la violence peut engendrer un certain désarroi pour une organisation médicale comme Médecins Sans Frontières, dont le passé reste cependant riche d'enseignements et de réponses multiples et sporadiques à ces événements, cet article propose une analyse plus fine des termes et des situations de violence afin de contribuer à l'élaboration d'une campagne de recherche et, dans un deuxième temps, de sensibilisation à ces phénomènes complexes.

* Les auteurs tiennent à remercier le Dr Maude Montani pour toute l'aide qu'elle a pu apporter, Michaël Neuman pour ses références et commentaires, Fabrice Weissman pour ses suggestions, Eleanor Davey et John Borton pour une partie des références dans le cadre de la collaboration académique entre le *Humanitarian Policy Group* (HPG) et le *Humanitarian and Conflict Response Institute* (HCRI) et Jérôme Oberreit pour sa relecture attentive.

Mots clés : violence, soins de santé, criminalité, guerre, médecine.



« Si nous sommes tués, les ONG se retireront et il n'y aura plus personne pour payer le racket de protection ou les salaires. Ils nous veulent effrayés et vivants. Donc tu devrais être effrayé et heureux parce que cela veut dire que tu peux travailler »¹.

Cet article se propose de questionner les sources et les limites de l'analyse des phénomènes de violence à l'encontre des Organisations médicales humanitaires. Souvent présentée de façon anecdotique, comme dans cette citation tirée d'un exemple historique datant de 1992, la violence à l'encontre des patients, médecins et personnels soignants de Médecins Sans Frontières (MSF)² n'a pas toujours été au cœur d'une réflexion cohérente au sein de l'Organisation. La question des attaques envers la mission médicale n'est sans doute pas nouvelle, mais suscite, depuis l'initiative du Comité international de la Croix-Rouge (CICR) intitulée les « Soins de Santé en Danger »³, l'intérêt d'une communauté de praticiens et de travailleurs humanitaires. Cette réflexion reste cependant à construire et à étayer par une analyse de la complexité de ces phénomènes.

MSF a été confrontée dès son origine, en 1971, à différentes formes de violences à l'encontre de ses patients, personnels, structures et véhicules sanitaires ainsi qu'envers les systèmes de santé nationaux en général. Cependant, ces formes de violence, souvent hétérogènes, n'ont jamais été abordées en tant qu'objet de réflexion et d'analyse globale par l'institution. Il s'agissait alors d'actions sporadiques et réactives, souvent portées par l'urgence opérationnelle et le temps médiatique.

L'objet de cet article est donc de présenter dans un premier temps l'importance que revêt cette thématique pour MSF en présentant le cadre dans lequel cette problématique des violences à l'encontre de l'action médicale s'inscrit. Il s'agira donc de questionner les choix sémantiques faits autour de ces violences, d'aborder la question de la pertinence, de considérer l'intentionnalité comme paramètre dans le questionnement autour de ces attaques et enfin de voir dans quelle mesure ces violences et leur gestion par l'organisation remettent en cause les principes humanitaires.

Dans un second temps, nous présenterons une tentative de typologie des types d'attaques sur la mission médicale auxquelles MSF est confrontée sur ses terrains d'intervention. Il s'agira également de présenter trois dimensions ambiguës du rapport qu'entretient MSF à la violence et à l'insécurité, dimensions pouvant être des objets de recherches potentiels : la banalisation de la violence, l'intériorisation de la violence et, plus insidieuse, la tolérance à la violence. Cet article reprend ces trois

1 Extrait d'un dialogue entre une volontaire MSF, « Joni », et James Orbinski en Somalie vers 1992. Cité dans James Orbinski, *Le cauchemar humanitaire*, Music& Entertainment Books, Marne-la-Vallée, 2010, p. 99.

2 Médecins Sans Frontières pourra être nommé « l'organisation », « le mouvement » ou « MSF » tout au long de cet article.

3 CICR, *Les Soins de Santé en Danger : Exposé d'une urgence*, CICR, Genève, 2011.

points en tentant d'en souligner leur complexité. Il s'agira, tout en souhaitant rester à distance de l'anecdotique, de chercher à rendre compte concrètement des termes de cette violence afin de lui donner une « visibilité »⁴ qui permettrait peut-être d'en saisir les ressorts et la dynamique intrinsèque.

Parler d'une banalisation des phénomènes de violence peut revenir à reconnaître son caractère presque implicite dans la conduite de l'action médicale humanitaire. Malgré des pratiques de « risk assessment »⁵ (l'analyse de risques) et de gestion du personnel assez abouties, une organisation comme MSF ne possède cependant pas les données transversales et les méta-analyses qui devraient soutenir une perception globale des phénomènes de violence au sein du mouvement⁶ ou dans les contextes dans lesquels MSF intervient. Cependant, ces données existent et sont souvent traitées dans le cadre opérationnel et celui des ressources humaines, mais avec des variabilités susceptibles de générer des incertitudes quant aux origines et à la nature de la violence. Si la violence ne peut jamais être totalement abolie et si l'insécurité autant que les risques sont des concepts à tendance inflationniste, les humanitaires ont peut-être eu un penchant à considérer ces derniers comme un élément constitutif de leur mode de fonctionnement⁷.

Ainsi, et dans le pire des cas, pourrait s'instaurer une véritable tolérance des équipes à des situations pourtant inacceptables. L'action humanitaire s'inscrivant toujours dans des rapports de force, une ambivalence voire des ambiguïtés peuvent apparaître. Sans aucun doute, d'un point de vue historique, cette tolérance semble décroître mais reste cependant profondément ancrée dans la culture de l'Organisation. Plus récemment, un débat s'est engagé au sein du mouvement MSF sur la violence à l'encontre des activités médicales. En l'absence de données et de définitions fiables, une crispation de l'institution sur des questions sécuritaires pourrait aussi être révélatrice de ce que des sociologues britanniques nomment une « moral panic », soit une crise morale de l'organisation portée par un sentiment d'angoisse général face aux actes de violence. Ce sentiment n'est en général pas lié à la démonstration rationnelle d'un accroissement de l'insécurité⁸. L'organisation semble donc exposée à deux courants contradictoires : des équipes qui acceptent, voire tolèrent, des incidents violents au quotidien, et une dynamique institutionnelle qui semble de moins en

4 Entretien avec Jérôme Oberreit, Secrétaire Général de MSF International, 16 mai 2013.

5 Principalement utilisées en psychiatrie et criminologie, les techniques du « risk assessment » ont échappé à leur usage initial. Kevin S. Douglas, David N. Cox and Christopher D. Webster, « Violence risk assessment: Science and practice », dans *Legal and Criminological Psychology*, Vol. 4, 1999, pp. 149-184.

6 Le mouvement MSF est constitué de 5 sections opérationnelles et de 23 associations.

7 Voir notamment les mémoires de John Norris, *The Disaster Gypsies: Humanitarian Workers in the World's Deadliest Conflicts*, Praeger Security International, Westport, CT, 2007, pp. 7-8.

8 Le concept a son origine dans les travaux de Jock Young et Stanley Cohen. Il fait souvent référence à l'impact des médias et d'autres formes d'opinions dans l'élaboration de nouvelles perceptions sociales du danger en réponse aux inquiétudes à l'égard du changement social. Le concept est maintenant partie intégrante de l'élaboration d'approches au risque et à l'appréciation du risque. Stanley Cohen, *Folk Devils and Moral Panics*, Blackwell, Oxford, 1972 ; Kenneth Thompson, *Moral Panics*, Routledge, London, 1998. Pour une utilisation plus contemporaine, voir : Sheldon Ungar, « Moral Panic Versus the Risk Society: The Implications of the Changing Sites of Social Anxiety », dans *The British Journal of Sociology*, Vol. 52, No. 2, 2001, pp. 271-291.

moins disposée à accepter la prise de risques⁹. Il faut cependant noter la présence actuelle de problématiques sécuritaires dans les milieux médicaux et ce, dans des contextes très différents, ce qui pourrait soulever la possibilité d'une perception nouvelle de problèmes pourtant anciens¹⁰. Dans les deux cas de figure, saisir cette violence comme objet de recherche s'avérerait justifié¹¹.

Implications historiques et théoriques

La problématique des violences envers les organisations médicales humanitaires se pose souvent sous la forme d'un questionnement autour de la notion de neutralité médicale. Si elle n'est pas synonyme d'une approche raisonnée de la violence, la neutralité médicale est revendiquée par certaines organisations depuis les origines du mouvement humanitaire moderne¹². Sans remonter aux nombreuses attaques dont étaient déjà victimes les médecins et patients dès le lendemain de la première Convention de Genève lors de la guerre de 1870¹³, le sujet de la neutralité médicale dans les situations de guerre dites « nouvelles » était apparu suffisamment important dans les années 1950¹⁴ et 1960 pour que des conférences soient consacrées à ce sujet et que des articles soient publiés dans la *Revue Internationale de la Croix Rouge*¹⁵. Cette problématique n'est donc pas récente. L'utilisation partisane de ressources médicales¹⁶, le vol ou l'appropriation exclusive de services de santé, la violence

- 9 Sur ce point, voir Michel Tondellier, « L'action organisée face à la prise de risque : l'héroïsme au travail et son institutionnalisation », Actes du colloque « Acteur, risque et prise de risque » organisé les 25-26 novembre 2004 au Centre lillois d'études sociologiques et économiques, UMR 8019 Centre national de la recherche scientifique.
- 10 La presse chinoise par exemple se fait l'écho de 17 000 incidents en 2011 : *Wall Street Journal*, 22 octobre 2012 ; voir Therese Hesketh, Dan Wu, Linan Mao et Nan Ma, « Violence against Doctors in China », in *BMJ* 2012;345/e.5730. La violence en milieu hospitalier est aussi au cœur de questionnement en France et au Royaume-Uni. Voir Ministère du Travail, de l'emploi et de la santé, *Bilan national des remontées des signalements d'actes de violence en milieu hospitalier*, 2011.
- 11 Une série d'entretiens semi directifs a été menée afin d'étayer cet article. Quatre personnes de MSF ont ainsi participé à des interviews visant à relater les problématiques liées aux incidents qu'ils avaient connus sur les terrains d'interventions de l'organisation. Les corpus ont été enregistrés et retranscrits in extenso. Les questions et l'intégralité des réponses sont disponibles sur demande.
- 12 Frank T. Carlton, « Humanitarianism, Past and Present », dans *International Journal of Ethics*, Vol. 17, No. 1, 1906, pp. 48-55 ; John F. Hutchinson, « Rethinking the Origins of the Red Cross », dans *Bulletin of the History of Medicine*, Vol. 63, No. 4, 1989, pp. 557-78 ; Bertrand Taithe, « The Red Cross Flag in the Franco-Prussian War: Civililians, Humanitarians and War in the 'Modern' Age », dans Roger Cooter, Steve Sturdy, Mark Harrison (eds), *War, Medicine and Modernity*, Sutton Publishing, Stroud, 1998, pp. 22-47 ; John Hutchinson, *Champions of Charity: War and the Rise of the Red Cross*, Westview Press, Oxford, 1996.
- 13 Charles Duncker, *Les violations de la convention de Genève par les Français en 1870-1871*, Berlin, 1871 ; J. M. Félix Christot, *Le Massacre de l'ambulance de Saône et Loire le 21 janvier 1871 ; rapport lu au comité médical de secours aux blessés le 7 juillet 1871*, Vingtrinier, Lyon, 1871 ; Charles Aimé Dauban, *La Guerre comme la font les prussiens*, Plon, Paris, 1871 ; Bertrand Taithe, *Defeated Flesh: Welfare, Warfare and the Making of Modern France*, Manchester University Press, Manchester, 1999, pp. 169-73.
- 14 John H. Herz, « Idealist Internationalism and the Security Dilemma », dans *World Politics*, Vol. 2, No. 2, 1950, pp. 157-180.
- 15 Jean des Cilleuls, Raymond de la Pradelle, « La Neutralité de la médecine et la guerre subversive », dans *Revue Internationale de la Croix Rouge*, Vol.42, No. 496, 1960, pp. 188-95.
- 16 Laurence Brown, « The Great Betrayal? European Socialists and Humanitarian Relief during the Spanish Civil War », dans *Labour History Review*, Vol. 67, No. 1, 2002, pp. 83-99.

contre les personnels médicaux ayant pour objectif de priver l'adversaire de la possibilité de soins sont malheureusement des pratiques de guerre dont on retrouve des exemples tout au long du vingtième siècle. Plus récemment, l'actualité syrienne rappelle avec force comment les systèmes de santé peuvent faire l'objet d'attaques ciblées¹⁷. L'exercice médical peut ainsi être perverti à des fins de logiques politiques et martiales. L'accès ou le non-accès aux soins permet de priver des populations entières de secours vitaux¹⁸. Ainsi, ces attaques permettent aux parties au conflit d'affirmer leur pouvoir de manière effective et symbolique¹⁹.

La violence guerrière doit cependant être analysée dans son contexte. S'il n'y a pas d'âge d'or de l'humanitaire face aux conflits, il convient cependant de noter que cette violence à l'encontre des services médicaux ne s'est déployée que dans des contextes marqués par la volonté d'éradiquer toute présence étrangère et, depuis les années 1870, les attaques contre les établissements et les personnels de santé ont toujours déclenché des controverses internationales²⁰.

Cependant, et au-delà du contexte précis de ces attaques, ces dernières sont polymorphes. Il s'avère donc nécessaire de faire la distinction entre plusieurs éléments et de reconnaître la porosité de possibles catégories analytiques²¹. On peut néanmoins souligner quelques points transversaux qui distinguent, peut-être artificiellement, des liens de causalités qui souvent se chevauchent :

- Le caractère brutal des rapports sociaux dans lesquels s'inscrivent généralement les attaques sur la mission médicale²² ;
- L'insécurité chronique des patients et personnels liée au fait que l'hôpital, et plus généralement les structures de soins, sont perçus avant tout comme des objets

17 Médecins Sans Frontières, *Syria: All Parties To The Conflict Must Respect Medical Facilities*, 26 janvier 2013, disponible sur : <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=6582&cat=press-release> (dernière consultation le 13 juin 2013) ; Olivier Falhun, « En Syrie, l'humanitaire confronté à ses limites », CRASH, 12 mars 2012, disponible sous : <http://www.msf-crash.org/sur-le-vif/2012/03/12/4902/en-syrie-lhumanitaire-confronte-a-ses-limites/> (dernière consultation le 13 juin 2013).

18 « A deeply worrisome pattern is emerging, where people and their scarce resources are deliberately targeted by all the armed groups involved in inter-communal violence. Hospitals, health clinics, and water sources are all targets, suggesting a tactic of depriving people of life's basic essentials, precisely when they need them most ». Médecins Sans Frontières, « Even Running Away Is Not Enough: Attacks in Jonglei, South Sudan, Perpetuate Extreme Violence », 24 janvier 2012, disponible sur : <http://www.doctorswithoutborders.org/news-stories/press-release/even-running-away-not-enough-attacks-jonglei-south-sudan-perpetuate> (dernière consultation le 06.02.2015).

19 « La biopolitique désigne la prise de contrôle par le pouvoir des processus affectant la vie, depuis la naissance jusqu'à la mort (maladie, vieillesse, handicap, effet du milieu, etc.) et qui, pour être absolument aléatoires à l'échelle individuelle, ont, comme phénomène collectif, des effets économiques et politiques déterminants. » Marie Cuillerai et Marc Abélès, « Mondialisation : du géo-culturel au biopolitique », dans *Anthropologie et Sociétés*, Vol. 26, No. 1, 2002, p. 22.

20 En ce sens, le droit international régissant l'usage de la force armée (*jus ad bellum*) et le droit humanitaire régissant l'usage de la force (*jus in bello*) s'accordent. Voir Martti Koskeniemi, *The Gentle Civilizer of Nations: The Rise and Fall of International Law, 1870-1960*, Cambridge University Press, Cambridge, 2002 ; Samuel Moyn, *The Last Utopia: Human Rights in History*, Harvard University Press, Belknap, 2010 ; David. G. Chandler, « The Road to Military Humanitarianism: How the Human Rights NGOs Shaped a New Humanitarian Agenda », dans *Human Rights Quarterly*, Vol. 23, No. 3, 2001, pp. 678-700.

21 Un argument dans ce sens a été avancé par Larissa Fast, « Characteristics, context and risk: NGO insecurity in conflict zones », dans *Disasters*, Vol. 31, No. 2, 2007, pp. 130-154.

22 Le concept de brutalisation est une référence au travail de George Mosse, *De la Grande Guerre au totalitarisme, la brutalisation des sociétés européennes*, Hachette, Paris, 1999.

de prédation possible avec des objectifs qui peuvent s'avérer essentiellement crapuleux ;

- La mise en exergue stratégique ou tactique des structures médicales dans le cadre plus vaste d'une guerre urbaine, psychologique ou insurrectionnelle ;
- La perception des soins comme étant des atouts ou biens particuliers (de l'ennemi) plutôt que comme des biens communs.

Si les attaques contre les structures médicales peuvent être le signe d'un durcissement des hostilités (car elles visent des espaces classiquement dévolus à la préservation des intérêts vitaux et communs à l'ensemble des populations), elles s'inscrivent généralement dans un contexte marqué par d'autres types de violations du droit international humanitaire comme les attaques contre les civils, les opérations contre-insurrectionnelles qui rendent souvent illusoire la distinction entre civils et combattants (principe essentiel du droit international)²³ ou les actes de torture à l'encontre des populations civiles par les forces gouvernementales - phénomènes malheureusement rencontrés dans un certain nombre de contextes²⁴.

L'enchaînement de ces événements est également une source de questionnement. En particulier, l'analyse des moments de paroxysme de violence – ces moments durant lesquels ces actes contre les missions médicales s'avèrent plus fréquents ou revêtent un caractère utilitaire pour ceux qui les commettent – reste un sujet à analyser.

Choix sémantiques

Plusieurs études ont montré l'importance de la terminologie employée par les organisations humanitaires dans leurs réponses à des situations difficiles²⁵. Au-delà des débats plus généraux sur les principes, les questionnements autour des termes mêmes du débat prennent une dimension autonome. Ainsi, MSF fait par exemple très souvent appel à la notion de « sanctuaire médical », sans cependant relever la dimension métaphysique que cette notion peut revêtir. Le terme sanctuaire est aussi susceptible de porter à confusion en tant qu'il donne à penser que les services médicaux appartiennent à un espace extra-territorial, c'est-à-dire hors de la souveraineté nationale, souveraineté qui est souvent l'objet de conflits. En devenant une référence de refuge, voire d'asile, à l'abri d'une hypothétique ingérence nationale ou internationale, un sanctuaire peut apparaître comme un élément allogène et en contradiction avec la notion de bien commun pourtant nécessaire à sa sauvegarde²⁶. Le fait que l'existence d'un « sanctuaire médical » relève du mythe, mais peut-être

23 Gilles Andréani, Pierre Hassner (eds), *Justifier la guerre ? De l'humanitaire au contre-terrorisme*, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, Paris, 2005.

24 Médecins Sans Frontières, « Libya: Detainees Tortured and Denied Medical Care, MSF Suspends Work in Detention Centers in Misrata », 26 janvier 2012, disponible sur : <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=5744> (dernière consultation le 13 juin 2013).

25 Au sujet de la terminologie employée par les agences humanitaires, voir Caroline Abu Sa'Da, *Dans l'œil des autres : Perception de l'action humanitaire et de MSF*, Éditions Antipodes, Lausanne, 2011, pp. 43-50.

26 Sarah Kenyon Lischer, *Dangerous Sanctuaries: Refugee Camps, Civil War, and the Dilemmas of Humanitarian Aid*, Cornell University Press, Ithaca, 2005.

un mythe porteur et nécessaire, n'est pas souvent l'objet de débats internes au sein de MSF et il est peut-être illusoire d'imaginer qu'un tel concept puisse avoir un sens, et plus encore, une effectivité a priori.²⁷ On pourrait citer d'autres exemples, mais il suffit de noter ici l'importance critique de la terminologie dans toutes les approches et réponses aux phénomènes de violence.

Pertinence du paramètre de l'intentionnalité

S'il est souvent difficile d'analyser les causes des attaques sur l'action médicale, les conséquences s'avèrent être essentiellement l'altération de la prestation de soins ou de l'accès des patients aux services de santé. L'insécurité que génère une violence imprévisible induit des effets secondaires. Une personne expérimentée de MSF et des situations humanitaires en général, Fiona Terry, souligne :

« La violence contre les services sanitaires a le plus souvent pour conséquence leur suppression ou leur inaccessibilité dans les moments où ils seraient le plus nécessaires. La violence entraîne la fermeture des structures sanitaires et la fuite de leur personnel, ce qui prive les patients de l'accès aux soins. Le réapprovisionnement des centres médicaux en médicaments, en matériel et en équipement est un problème majeur dans des contextes d'insécurité comme l'est la Somalie aujourd'hui. Les habitants des régions du sud et du centre se trouvent privés de soins parce que les camions d'approvisionnement ne peuvent pas passer²⁸ ». [Trad. CICR]

Ainsi, vouloir distinguer entre violence criminelle et violence tactique, dans le cadre d'une bataille ou plus ponctuellement d'un combat de rue, ou enfin dans la perspective d'un combat stratégique qui souhaite faire du déni de soins un objectif de guerre, n'est sans doute pas vraiment pertinent du point de vue de ceux qui en sont les premières victimes. Dans bien des cas, les distinctions n'apparaissent que rétrospectivement, et dans une logique d'analyse historique ou juridique.

En effet, la question de la privation intentionnelle de soins peut être éclaircie par le biais d'une analyse de nature politique qui est souvent menée après coup. Omettre de procéder à une telle analyse amène parfois à remettre la question des responsabilités à plus tard et à se focaliser sur les conséquences médicales. Analyser une situation sous l'angle du déni de soins revient à ignorer les différentes formes de violence pour ne retenir que leurs conséquences. Cette perspective peut être nécessaire lors de négociations locales, mais elle pourrait sembler désaffilier ces pratiques des responsabilités politiques auxquelles elles sont attachées et amalgamer des événements très divers. Dans la perspective inverse, une perception qui favorise

27 En effet, le terme sanctuaire implique une capacité sociale à extraire des individus d'une situation de danger et à produire une situation en violation des règles communes ; dans le contexte nord-américain, le concept de sanctuaire renvoie à des campagnes locales et exceptionnelles menées par des religieux, utilisant un « pouvoir pastoral » en faveur de quelques réfugiés. Ce concept de sanctuaire ne remettant pas en cause le sort de la majorité des autres réfugiés. Il ne s'agit donc pas d'une valeur universellement acquise mais bien d'un rapport de force localement négocié. Randy Lippert, « Sanctuary Practices, Rationalities, and Sovereignties » dans *Alternatives: Global, Local, Political*, Vol. 29, No. 5, 2004, pp. 535-555.

28 Entretien avec Fiona Terry, Genève, 14 mai 2013.

l'analyse de l'intentionnalité pourrait s'avérer faussée par une perception biaisée ou peu informée de situations très complexes. Dans les deux cas, une organisation non-gouvernementale (ONG) médicale est peu apte à dégager une analyse étayée de la situation d'insécurité dans laquelle elle tente de fonctionner, souvent à cause d'une visibilité parcellaire sur les liens de causalité et les motivations qui sous-tendent ces phénomènes.

Remise en cause des principes

C'est en partie pour transcender ces limites analytiques que l'évocation des concepts fondamentaux de l'humanitaire peut apparaître comme une issue possible. De fait, la question des attaques sur la mission médicale est une atteinte aux principes de l'action humanitaire tels qu'ils sont définis par le droit international humanitaire²⁹. Si la neutralité de MSF est questionnée par l'existence même des choix opérationnels et médicaux qui sont opérés par MSF et qui relèvent d'une décision politique de la part de l'organisation, ce principe est au cœur du questionnement relatif aux attaques à l'encontre des activités médicales³⁰. L'interprétation de la neutralité comme condition des négociations ou comme principe fondamental est souvent placée dans une perspective historique. À ce propos, Fiona Terry mentionne :

« Lorsque le fondateur du mouvement Croix-Rouge, Henry Dunant, a proposé que les travailleurs médicaux et les volontaires acceptent d'être neutres en temps de guerre, c'est avec l'objectif assez clair de leur éviter de se faire attaquer. Le personnel médical et leurs assistants ne devaient pas participer aux combats et devaient être clairement identifiés en tant que tels par un signe distinctif. Mais comme toutes les bonnes idées, la neutralité des acteurs humanitaires en temps de guerre a soulevé de nombreux dilemmes pratiques et philosophiques³¹ ».

D'autre part, la neutralité et l'impartialité, comme le souligne Hugo Slim, sont les principaux points de tensions en Droit et en pratique³². L'article 23 de la quatrième Convention de Genève énonce clairement que l'aide peut être suspendue s'il existe des preuves que, grâce à elle, « un clair avantage militaire peut être apporté

29 Certaines prises de paroles publiques de MSF relatives aux incidents de sécurité mentionnent explicitement l'attaque aux principes fondamentaux de l'aide humanitaire médicale. « The attack on our team in Kismayo has been an attack on the very idea of humanitarianism and our ability to alleviate the suffering in Somalia », disponible sur : <http://www.msf.org/article/attack-our-team-kismayo-has-been-attack-very-idea-humanitarianism-and-our-ability-alleviate> (dernière consultation le 13 juin 2013).

30 Pour deux exemples historiques à des moments charnières : Max Huber, « Croix-Rouge et neutralité », dans *Revue internationale de la Croix-Rouge*, Vol. 18, No. 209, 1936, pp. 353-363 ; Carola Weil, « The Protection-Neutrality Dilemma in Humanitarian Emergencies: Why the Need for Military Intervention? », dans *International Migration Review*, Vol. 35, No. 1, 2001, pp. 79-116.

31 Entretien avec Fiona Terry, Genève, 14 mai 2013 ; Jean Pictet, *The Fundamental Principles of the Red Cross*, Henry Dunant Institute, Geneva, 1979.

32 Hugo Slim, Miriam Bradley, « Principled Humanitarian Action and Ethical Tensions in Multi-Mandate Organizations in Armed Conflict, Observations from a Rapid Literature review », World Vision, mars 2013, p. 13.

aux efforts militaires ou économiques de l'ennemi³³ ». Dans cette perspective juridique, l'aide n'a donc pas vocation à aider ou développer les capacités des parties au conflit. L'assistance médicale peut rencontrer des difficultés à s'imposer comme totalement impartiale si elle n'est pas perçue comme un bien commun mais comme bien particulier ou atout d'une des parties au conflit.

Si la neutralité est un concept historique, l'histoire de sa pratique est traversée de tensions et de tentations. Les acteurs humanitaires ont en effet souvent été actifs en faveur de l'une ou l'autre partie au conflit. De la guerre du Viet Nam aux conflits en Afghanistan contre l'envahisseur soviétique³⁴, les engagements humanitaires de la guerre froide ne suivaient pas toujours les principes de neutralité et d'impartialité, mais d'autres logiques, plus partisans, souvent centrées sur l'identification des victimes de régimes oppressifs, ce qui les a amenés à concentrer leurs efforts sur une cause ou un groupe en particulier. Dans l'histoire opérationnelle de MSF, ces choix démontrent bien une ambivalence vis-à-vis des principes dans la pratique³⁵.

Certaines dynamiques de guerre que l'on pourrait qualifier de totalisantes, dans le sens de l'envahissement progressif de l'ensemble des lieux privés et publics aux fins de l'intérêt politique et militaire du conflit, semblent quelquefois un impensé pour une organisation comme MSF. Il s'agit cependant d'analyser ici ces phénomènes en contraste avec les guerres dites « totales » du passé dans lesquelles la nature de la neutralité médicale et la protection des structures médicales ont été relativement établies, bien que l'historiographie récente révèle bien des manquements aux règles communément acceptées³⁶. En revanche, les guerres civiles du passé donnent de bons exemples de violence vis-à-vis des blessés et médecins.

Dans l'histoire française, le régime insurrectionnel de la commune de Paris en avril 1871 n'était pas légalement compétent pour signer la Convention de Genève et ne pouvait donc y adhérer qu'implicitement :

« La Société internationale des secours aux blessés ayant protesté auprès du gouvernement de Versailles contre les atroces violations de la convention de Genève, dont les troupes monarchiques se rendent journellement coupables, Thiers a fait cette réponse affreuse :

'La Commune n'ayant pas adhéré à la convention de Genève, le gouvernement de Versailles n'a pas à l'observer.'

La Commune a fait mieux jusqu'ici que d'adhérer à la convention de Genève.

33 Idem. Voir aussi Barbara Ann Rieffer-Flanagan, « Is Neutral Humanitarianism Dead? Red Cross Neutrality Walking the Tightrope of Neutral Humanitarianism », dans *Human Rights Quarterly*, Vol. 31, No. 4, 2009, pp. 888-915.

34 Scott Flipse, « The Latest Casualty of War: Catholic Relief Services, Humanitarianism and the War in Vietnam, 1967-1968 », dans *Peace and Change*, Vol. 27, No. 2, 2002, pp. 245-70 ; Christopher Kauffman, « Politics, Programs and Protests: Catholic Relief Services in Vietnam, 1954-1975 », dans *Catholic Historical Review*, Vol. 91, No. 2, 2005, pp. 223-50.

35 Fabrice Weissman (ed.), *In the Shadow of Just Wars: Violence, Politics and Humanitarian Action*, Hurst & Co, Paris & New York, 2004 ; Claire Magone, Michaël Neuman, Fabrice Weissmann (eds), *Agir à tout Prix ? Négociations humanitaires : l'expérience de Médecins Sans Frontières*, La Découverte, Paris, 2011.

36 Annette Becker, *Oubliés de la grande guerre : humanitaire et culture de guerre, 1914-1918. Populations occupées, déportés civils, prisonniers de guerre*, Editions Noësis, Paris, 1998.

Elle a scrupuleusement respecté toutes les lois de l'humanité, en présence des actes les plus sauvages, des plus sanglants défis à la civilisation et au droit moderne, de nos blessés achevés sur le camp de bataille, de nos hôpitaux bombardés, de nos ambulances criblées de balles, de nos médecins et de nos infirmières même égorgées dans l'exercice de leur ministère³⁷. »

En date du 16 mai, la Commune le reconnaît officiellement, mais dans une interprétation assez étroite :

« La convention de Genève n'a pour but et pour effet que de garantir la neutralité des édifices et du personnel des ambulances militaires. À la reconnaissance de cette neutralité se borne l'adhésion de la Commune³⁸. »

Dans la pratique, les services de la Société des secours ont été harcelés par la Commune et, à partir du 15 avril 1871, leurs dirigeants ont été contraints de fuir³⁹. La première victime de la prise de Paris par le gouvernement de Versailles a été un certain Dr Pasquier, assassiné par les communards alors qu'il portait un brassard de la Croix-Rouge, mais la violence contre la Commune n'a pas épargné les installations médicales. Au lendemain de la Commune, des blessés identifiés par des médecins comme étant des communards ont été exécutés par les forces armées⁴⁰. Que ce soit durant la Commune de Paris, la guerre civile espagnole ou les conflits indochinois, toutes les guerres civiles sont malheureusement riches en anecdotes d'atrocités commises à l'encontre des services médicaux. Il convient cependant de regarder avec prudence ces distinctions entre guerres « conventionnelles » (ou internationales) et guerres « civiles », parce qu'en pratique les services médicaux n'ont pas été davantage épargnés pendant les guerres « conventionnelles ». Les conflits dits « conventionnels » ont, depuis la guerre d'Espagne de Napoléon I, une part de guerre contre-insurrectionnelle qui ressemble à s'y méprendre à ce que l'on nomme communément guerre civile⁴¹. Les conflits d'indépendances nationales, telle la guerre d'Algérie⁴², ont eu pour objet principal le soutien des populations et ont amené à l'utilisation politique des médecins et des soins de santé, au point de susciter trois congrès sur la neutralité de la médecine entre 1959 et 1968⁴³.

37 Journal Officiel de la Commune de Paris, 12 mai 1871.

38 Journal Officiel de la Commune de Paris, 15 mai 1871 (la déclaration de Paschal Grousset est postdatée).

39 Eugène Delessert, Épisodes pendant la Commune, Charles Noblat, Paris, 1872, pp. 60-64 ; B. Taithe, voir note 13 ci-dessus, p. 146 ; Bertrand Taithe, *Citizenship and Wars, France in Turmoil, 1870-1871*, Routledge, 2001, p. 137.

40 Par exemple, le massacre de l'hôpital de la rue d'Allemagne, les patients du Dr Dolbeau à l'hôpital Beaujon et l'exécution des Dr. Faneau et Moilin sont tous bien documentés : *idem*, p. 148.

41 Helen Yanacopoulos, Joseph Hanlon (eds), *Civil War, Civil Peace*, Open University, Oxford, James Currey, 2006.

42 Axelle Brodriez, « Le Secours populaire français dans la guerre d'Algérie: Mobilisation communiste et tournant identitaire d'une organisation de masse », dans *Vingtième siècle. Revue d'histoire*, No. 90, 2006, pp. 47-59 ; Raphaëlle Branche, « Entre droit humanitaire et intérêts politiques : les missions algériennes du CICR », dans *Revue historique*, 301, 1 (609), 1999, pp. 101-125 ; Maurice Faivre, *La Croix-Rouge pendant la guerre d'Algérie : un éclairage nouveau sur les victimes et les internés*, Lavauzelle, Panazol, 2007.

43 « Troisième congrès de la neutralité de la médecine », dans *Revue Internationale de la Croix Rouge*, Vol. 50, No. 594, 1968, pp. 294-5.

Depuis la fin de la guerre froide, la multiplication de conflits locaux a amené à une perception de guerres dites « nouvelles », selon les travaux de Mary Kaldor⁴⁴. Dans ces conflits dits « asymétriques »⁴⁵ et situés dans des pays considérés à revenu intermédiaire⁴⁶, les conflits semblent générer des formes particulièrement fortes de violences envers les systèmes de santé, ceux-ci pouvant passer au laminoir des dynamiques de guerre. Le médecin et l'hôpital peuvent ainsi être quelquefois perçus comme une dyade à abattre en tant qu'ils représentent la possible préservation des ressources humaines de l'ennemi : ainsi, un médecin⁴⁷ travaillant en Syrie pour MSF rapporte qu'on lui aurait conseillé de se présenter comme journaliste plutôt que comme professionnel de santé. Dans certaines guerres « civiles »⁴⁸, la suspicion envers les services de santé et les insurgés peut être rattachée à une longue tradition qui va à l'encontre d'une perception qui qualifierait ce phénomène comme nouveau. Les armes cachées dans les hôpitaux, les tirs provenant des établissements de soins ont quelquefois justifié le massacre de personnels médicaux et parfois de leurs patients⁴⁹. Dans tous ces cas historiques, le « sanctuaire » médical semble ainsi bien entaché de partialité et de solidarités de classes ou politiques.

Dans une certaine mesure, les structures hospitalières, comme tous les autres services d'un État souverain, restent associées au régime politique précédent. L'aide aux insurgés que semble démontrer les soins donnés de façon impartiale devient, en miroir, la justification de violence contre les personnels médicaux. Dans une situation de guerre totale, soit idéologique soit de classe, il ne reste que peu de place pour les idéaux politiques relatifs au bien commun⁵⁰. En cela, le phénomène n'est malheureusement pas récent et la Convention de Genève de 1864 pour l'amélioration du sort des militaires blessés dans les armées en campagne ne se posait que peu la question d'une politisation complète des actes du quotidien tels que les soins

44 Mary Kaldor, *New and Old War*, Polity, Oxford, 1998-2006.

45 Pour une analyse de la notion de guerre asymétrique, voir Robin Geiß, « Asymmetric conflict structures », in *International Review of the Red Cross*, Vol. 88, No. 864, 2006, p. 759 : « Neither the term 'asymmetric warfare' nor the sometimes synonymously employed terms 'fourth-generation warfare' or 'non-linear war' have thus far been concordantly defined (...) Analysis shows, however, that there is a noticeable tendency in contemporary conflicts towards an increasing inequality between belligerents in terms of weaponry. »

46 Groupes de revenu : les économies sont divisées d'après le Revenu Net Brut (RNB) par habitant pour l'année 2011, calculé en utilisant la méthode World Bank Atlas. Les groupes sont : faible revenu, \$1,025 ou moins ; revenu intermédiaire – tranche inférieure, \$1,026 - \$4,035 ; revenu intermédiaire – tranche supérieure, \$4,036 - \$12,475 ; et revenu élevé, \$12,476 ou plus, disponible sur : <http://data.worldbank.org/about/country-classifications> (dernière consultation le 13 juin 2013). Mark R. Duffield, *Global governance and the new wars: the merging of development and security*, Zed Books, London, 2001 ; Edward Newman, « The "New Wars" Debate: A Historical Perspective is Needed », dans *Security Dialogue*, Vol. 35, No. 2, 2004, pp. 173-189.

47 Communication privée, Médecin MSF, mars 2013.

48 Christopher Cramer, *Civil War is Not a Stupid Thing: Accounting for Violence in Developing Countries*, Hurst, 2006, p. 33.

49 Laurence Brown, « 'Pour Aider Nos Frères d'Espagne': Humanitarian Aid, French Women, and Popular Mobilization during the Front Populaire », dans *French Politics, Culture and Society*, Vol. 25, No. 1, 2007, pp. 30-48.

50 Cette politisation se retrouve de façon assez marquée durant la seconde guerre mondiale : Paul Benkimoun, A. Bergogne et C. Coumau, « Les médecins et Vichy : Résistants, collaborateurs... », dans *Impact médecin hebdo*, No. 380, 1997, pp. 6-19.

de santé. Dans certains conflits contemporains, les populations craignent la mise en place d'une structure médicale en tant qu'elle risque d'attirer la possibilité d'un bombardement aérien⁵¹. Le bombardement des structures médicales portant le signe des Organisations internationales ou de la Croix Rouge est aussi un phénomène ancien puisque, dès le siège de Paris en janvier 1871, les autorités françaises dénoncent le phénomène tout en parquant des prisonniers ennemis dans des structures hospitalières afin de mieux protéger ces dernières⁵². De telles pratiques ont été constatées en 1877–1878 ainsi que dans plusieurs conflits ultérieurs⁵³.

En effet, un hôpital de guerre est une structure abritant une concentration de combattants remarquablement statique, une proie tentante dans une optique de victoire qui implique la destruction de l'ennemi. Il s'agit dès lors d'une cible privilégiée dans une logique de guerre totale. Ainsi, la vulnérabilité d'un blessé peut ne plus évoquer l'urgence du soin, mais l'opportunité de l'assassinat ; les principes d'humanité sont dès lors absolument niés ou évoqués aux seules fins de leur instrumentalisation dans la dynamique de guerre.

Dans d'autres cas, il s'agira pour les belligérants d'instrumentaliser les services médicaux afin d'asseoir leur emprise sur une communauté donnée⁵⁴. De plus, la possession de structures de soins est un sujet lié au principe de souveraineté⁵⁵ et l'affirmation d'un pouvoir autant qu'une source de légitimité politique. Sa perte ou sa destruction devient ainsi un enjeu essentiel dans des conflits qui perdurent et qui impliquent des alliances locales et internationales. Ce rôle essentiel de protecteur et de fournisseur de soins crée et ancre un pouvoir en place. Cette économie politique de la santé a historiquement été instrumentalisée par les humanitaires eux-mêmes afin d'accéder aux patients. Les négociations avec divers chefs de guerre en Afghanistan, par exemple, en sont une bonne démonstration historique⁵⁶.

Dès lors, que faire pour contrer ou simplement limiter ces dynamiques, si ce n'est invoquer le principe d'universalité visant à faire admettre qu'un lieu de soins bénéficie à tous et que leur préservation relève de l'intérêt mutuel bien compris ? Quelle est la différence entre soins en période de guerre et soins en contexte de paix ? Le rôle du médecin dans la guerre étant double – celui de soigner les victimes et celui d'accompagner quelquefois les forces combattantes – il est indiscutable qu'il peut manquer de clarté⁵⁷. L'aide humanitaire a même quelquefois été historiquement analysée comme pouvant soutenir l'effort de guerre : les pacifistes Quakers de la

51 Communication privée, responsable des urgences, MSF, mars 2013.

52 Charles Laurent, « Histoire de deux prisonniers allemands à Paris », dans *Annales Politiques et Littéraires*, 1911, pp. 304-306, pp. 338-339, pp. 358-359, p. 378 et pp. 404-406.

53 *Report and Record of the Operations of the Stafford House Committee for the Relief of Sick and Wounded Turkish Soldiers: Russo Turkish War, 1877-1878*, pp. 119-120.

54 Xavier Crombé, « Afghanistan retour négocié ? », dans Claire Magone, Michaël Neuman, Fabrice Weissmann (eds), *Agir à tout Prix ? Négociations humanitaires : l'expérience de Médecins Sans Frontières*, La Découverte, Paris, 2011, pp. 65-91.

55 Antony Anghie, *Imperialism, Sovereignty and the making of International Law*, Cambridge University Press, Cambridge, 2005.

56 Archives MSF France, Afghanistan Gaazni, 1986-1989 ; Voir aussi les archives MSF France, Thaïlande 1989 sur le contexte de violence latente au Site II des camps Cambodgiens.

57 John T. Greenwood, F. Clifton Berry Jr., *Medics at War: Military Medicine from Colonial Times to the 21st Century*, Naval Institute Press, Annapolis, MD, 2005.

première heure voyaient en elle une façon d'internationaliser des conflits, voire de mobiliser femmes et enfants⁵⁸. De fait, il est indéniable que l'aide humanitaire en temps de guerre permet de mobiliser un environnement international et contribue ainsi à la narration des causes de conflits⁵⁹. Les rapports des ONG et les témoignages des victimes ne sont-ils pas souvent invoqués par la presse et par les États parties au conflit, comme pouvant servir quelquefois des fins politiques⁶⁰ ? En effet, contrôler les soins pourrait aussi être un moyen de contrôler le récit de guerre⁶¹ : le Biafra en est un exemple significatif⁶². Il s'agit donc d'une ressource et d'un capital symbolique dont l'utilisation pour construire des discours de propagande politique reste immense⁶³.

Pour conclure cette première partie, il faut noter que le questionnement autour des attaques sur la mission médicale de MSF s'est finalement souvent résumé à une interrogation de la part des équipes sur la pertinence, l'intérêt pour les populations et la valeur ajoutée médicale et opérationnelle de MSF à rester dans le contexte dans lequel les attaques ont eu lieu. Dans cette logique, la continuité des opérations prime sur les contingences liées aux phénomènes violents. L'invocation des concepts de neutralité a rarement empêché les attaques sur la mission médicale ; l'action médicale a souvent été instrumentalisée à des fins politiques. Aborder ce sujet nécessite à la fois d'être prudent dans le choix des termes employés, mais aussi de remettre en contexte les événements étudiés.

Essai de typologie des attaques sur la mission médicale et des attitudes face à ces attaques

Il convient de noter que, dans l'histoire de l'organisation, ces violences ont été récurrentes, paroxystiques ou chroniques, souvent hybrides, et ont impliqué plusieurs types de conséquences pour l'accès et la prestation de soins médicaux :

- Une atteinte générale à l'accès et à la prestation de soins, soit parce que les infrastructures sont devenues inopérantes, soit par absence de personnels de

58 Bertrand Taithe, « The Red Cross Flag in the Franco-Prussian War: Civilians, Humanitarianism and War in the 'Modern' Age », dans Roger Cooter, Steve Sturdy, Mark Harrison (eds), *War, Medicine and Modernity*, Sutton Publishing, Stroud, 1998, pp. 22-47.

59 Heather Jones, « International or Transnational? Humanitarian Action During the First World War », dans *European Review of History*, Vol. 16, No. 5, 2009, pp. 697-713.

60 Luc Boltanski, *La souffrance à distance : morale humanitaire, médias et politique*, Métailié, Paris, 1993 ; Rony Brauman, *Dangerous Liaisons: Bearing Witness and Political Propaganda. Biafra and Cambodia - the Founding Myths of Médecins Sans Frontières*, Centre de réflexion sur l'action et les savoirs humanitaires, Paris, 2006.

61 Jonathan Benthall, *Disasters, Relief and the Media*, Tauris, London, 1993.

62 Henryka Schabowska, *Africa Reports on the Nigerian Crisis: News, Attitudes and Background Information. A Study of Press Performance, Government Attitude to Biafra and Ethnopolitical Integration*, Scandinavian Institute of African Studies, Uppsala, 1978; Donald Rothchild, « Unofficial Mediation and the Nigeria-Biafra war », *Nationalism and Ethnic Politics*, 3, No. 3, 1997, pp. 37-65 ; Enda Staunton, « The Case of Biafra: Ireland and the Nigerian Civil War », dans *Irish Historical Studies*, Vol. 31, No. 124, 1999, pp. 513-534 ; Daniel Bach, « Le Général de Gaulle et la guerre civile au Nigeria », dans *Canadian Journal of African Studies / Revue Canadienne des Etudes Africaines*, Vol. 14, No. 2, 1980, pp. 259-272 ; John J. Stremlau, *The International Politics of the Nigerian Civil War*, Princeton University Press, Princeton, NJ, 1977.

63 Jonathan Benthall, *Disasters, Relief and the Media*, Tauris, London, 1993.

santé compétents, ces derniers ayant fait par exemple l'objet d'attaques directes ou indirectes.

- La désertification de certaines zones de santé, voire de certains pans de la médecine, liée aux violences directes et indirectes sur le personnel de santé et les patients.
- L'impossibilité d'assurer les soins de santé primaires, notamment le Programme Élargi de Vaccination, notamment en cas d'obstruction lors de l'octroi des soins, de pillages des stocks médicaux ou d'impossibilité pour le personnel médical de se déplacer à cause de l'insécurité.
- Un rétrécissement de l'espace de travail des organisations humanitaires, la survenue d'incidents entraînant dans certains cas graves une diminution dans l'octroi de l'aide et dans la couverture géographique de celle-ci.
- Le triage des soins selon des critères non médicaux (par exemple selon le genre, l'âge ou l'ethnicité des patients)⁶⁴.
- La sélection⁶⁵ de certains personnels sur des critères de genre, de religion ou de culture contraires aux principes qui régissent les pratiques de travail appliquées par MSF et aux principes énoncés dans sa charte.

Un ensemble de problématiques apparaissent comme corollaires de ces conséquences. Elles génèrent la survenue de tensions, fonctionnelles, éthiques voire identitaires, non seulement au sein de MSF, mais de manière générale au sein des organisations internationales, notamment en cas d'événements très lourds⁶⁶ et susceptibles de questionner les responsabilités singulières et institutionnelles.

Menaces, pressions, violences : des formes visibles et invisibles

En termes d'analyse de la sécurité, les formes les plus aiguës de violence sont aussi les plus visibles, en particulier l'assassinat de personnel de santé et de patients⁶⁷, quelquefois à l'intérieur même des structures de santé ou des ambulances. Ces événements peuvent engendrer un certain nombre d'effets quelquefois difficilement appréhendables. Ainsi, la fuite de personnel médical qualifié des services publics vers le secteur privé – phénomène notamment relevé en Amérique centrale où les violences de la part des réseaux de criminalité organisée⁶⁸ envers les professionnels

64 Archives MSF France, Afghanistan 1996, 1997 et 1998 notamment sur les conflits avec les Talibans sur l'accès aux soins pour les femmes.

65 Pierre Micheletti parle d'affectabilité dans « Les humanitaires français à l'épreuve de la Syrie », dans *Le Monde*, 28 février 2012, disponible sur : http://www.lemonde.fr/idees/article/2012/02/28/les-humanitaires-francais-a-l-epreuve-de-la-syrie_1649002_3232.html (dernière consultation le 13 juin 2013).

66 Par exemple, voir : Médecins Sans Frontières, « Afghanistan - L'humanitaire "assassiné" », 5 juillet 2004, disponible sur : <http://www.msf.fr/actualite/articles/afghanistan-humanitaire-assassine> (dernière consultation le 13 juin 2013).

67 Un patient exécuté dans une ambulance de la croix rouge hondurienne : « Acribillan a un hombre dentro de ambulancia en Honduras » dans *La Prensa*, 20 mars 2013, disponible sur : <http://www.laprensa.hn/csp/mediapool/sites/LaPrensa/Sucesos/Policiales/story.csp?cid=365888&sid=951&fid=98> (dernière consultation le 29 août 2013).

68 Centre de santé fermé à Tegucigalpa en raison de menaces constantes et d'extorsion par les Maras : « Mareros le sacan carrera a personal de centro de salud », dans *La Tribuna*, 8 décembre 2012, disponible sur : <http://www.latribuna.hn/2012/12/08/mareros-le-sacan-carrera-a-personal-de-centro-de-salud/> (dernière consultation le 13 juin 2013).

de santé sont bien renseignées⁶⁹ – implique non seulement l'appauvrissement des dites structures, mais également une complexification dans l'octroi des soins. En effet, des collègues médecins travaillant dans l'État de Mexico rapportent qu'ils doivent éviter certains territoires aux mains des cartels afin de pouvoir exercer⁷⁰. Dans des situations de guerre larvée, les pratiques de violence tactiques peuvent associer cynisme et terreur. Ainsi, un cadre de MSF opérant en Irak énonce le désarroi des équipes face à des attaques particulièrement violentes et ciblant directement les véhicules sanitaires et les hôpitaux :

« Un modus operandi est utilisé de manière récurrente en Irak, et consiste en des attaques multiples : une première explosion – parfois relativement faible – fait quelques victimes et entraîne un regroupement de personnel de secours, de forces de sécurité et de curieux sur les lieux de l'explosion ; une seconde explosion est alors déclenchée – souvent de plus forte intensité –, et d'autant plus meurtrière que de nombreuses personnes sont sur place pour porter secours aux victimes de la première. Parfois, celle-ci est suivie d'une troisième qui cible l'hôpital où sont transportés les blessés. Ce type de scénario s'est concrétisé trois fois en 2011 à Kirkuk, interrompant de facto la chaîne des secours, et plus largement le fonctionnement de l'hôpital de référence, entraînant l'évacuation des équipes ou leur bunkérisation et donc la suspension des soins dans les services où opère MSF. Cette menace diffuse mais constante s'est concrétisée le 21 décembre 2011, quand la voiture transportant les victimes d'une première attaque, ciblée celle-ci, était elle-même piégée et a explosé dans l'enceinte du Jumhuri Hospital, blessant un médecin irakien »⁷¹.

Plusieurs responsables de MSF expliquent que, face à ces situations de violence extrême, les scénarii opérationnels (en opposition avec les prises de paroles publiques) pour y répondre sont, finalement, assez limités. Dans des circonstances comparables sinon similaires, MSF a soit procédé à une réduction temporaire ou définitive des équipes expatriées, régionales ou nationales ; soit au gel des activités ; ou a enfin choisi une suspension temporelle ou définitive des programmes médicaux quels qu'ils soient. Dans bien des cas, la sortie définitive du pays est une possibilité dont on ne prend la mesure que lorsque le risque est évalué à l'aune de l'impact médical que peut avoir MSF. Cependant, le retrait temporaire ou permanent ne semble être une menace pertinente que dans le cadre d'une économie politique de la santé dans laquelle l'autorité souveraine a les moyens de faire cesser la violence et a le besoin d'une présence continue de l'aide médicale.

Or, ces deux conditions sont assez aléatoires et les tergiversations du régime Taliban dans les années 1990 montrent bien que les politiques de la santé sont souvent sujets de débats internes qui sont repris en écho à MSF⁷². Des situations militaires

69 À Ciudad Juarez et dans l'État de Tamaulipas, notamment : « Médicos huyen por violencia », dans *El Universal*, 5 octobre 2010, disponible sur : <http://www.eluniversal.com.mx/primer/35648.html> (dernière consultation le 13 juin 2013).

70 Communication privée, conseiller de MSF, Mexico, 2013.

71 Entretien avec François Delfosse, Chef de mission MSF, Genève, 12 avril 2012.

72 Archives MSF France Afghanistan 1996, 1997, 1998.

et politiques complexes génèrent parfois des logiques contradictoires vis-à-vis de la valeur intrinsèque d'une aide médicale autonome. Enfin, une crise des « vocations »⁷³ semble également se profiler⁷⁴. Le métier de médecin catalysant dans certains contextes des risques significatifs, les professionnels de santé préfèrent quelquefois émigrer afin d'exercer dans des conditions plus sereines. Dans bien des domaines, l'analyse des faits de violence tend à en démontrer l'extraordinaire complexité, tant dans ses ressorts que dans ses conséquences, et de nombreuses difficultés apparaissent quand il s'agit de les prévenir et de les analyser, spécialement quand l'insécurité quotidienne brouille toute idée de normalité pour les équipes.

Nature des activités et violences spécifiques

La nature des activités médicales mises en œuvre peut également catalyser des tensions, voire des violences spécifiques. L'activité chirurgicale⁷⁵ notamment, en ce qu'elle concentre au sein d'un même espace les différents types de belligérants et que cet exercice médical peut être perçu comme préservant ostensiblement les forces militaires de l'ennemi ou de la communauté adverse. Ainsi, en 2003 en République Démocratique du Congo, dans la ville de Bunia située en Ituri, les combats entre deux communautés ont amené MSF à assurer des services d'ambulance pour transporter les blessés d'une ethnie qui n'avaient plus accès aux structures médicales tenues par l'autre ethnie :

« On a négocié des deux côtés, d'ailleurs, aussi bien du côté Hema que Lendu afin d'assurer une prise en charge des blessés et des malades. A un moment, MSF a été soupçonnée de ne plus être impartiale, par les deux côtés, et un expatrié s'est fait kidnappé pendant plusieurs jours. Cela a amené l'organisation à ne quasiment plus sortir de la ville de Bunia pendant près de deux ans. On ne répondait plus aux épidémies dans le district par exemple⁷⁶ ».

En amont de l'intervention médicale, le tri dans les unités d'urgences hospitalières catalyse également un nombre important de tensions : « Les prises en charge simultanées d'un grand nombre de victimes – malades ou blessés – ont comme dénominateur commun le tri médical. Lorsque les secours sont initialement débordés par l'ampleur d'un événement, il faut dans un premier temps catégoriser les victimes

73 Communication privée, Personnel enseignant, Université de Mexico, Faculté de Médecine, Mexico, 26 avril 2011.

74 Il n'y a pas de médecins dans les 74 municipalités du pays, où vivent environ 500 000 personnes. Il y a un nombre élevé de plaintes contre the Secrétariat de la Santé pour le manque de traitements disponibles, « No hay médicos en 74 municipios del país », dans *La Prensa*, 2 avril 2011, disponible sur : <http://archivo.laprensa.hn/content/view/full/488396> (dernière consultation le 13 juin 2013).

75 Médecins Sans Frontières exprime sa vive inquiétude pour la sécurité de son centre chirurgical d'Aden, suite à l'irruption dans l'hôpital d'un groupe d'hommes en armes dans la nuit du 18 au 19 juin. Ces hommes ont tenté d'emmener un patient qui était soigné dans la salle d'urgence. Médecins Sans Frontières, « Yémen : MSF appelle au respect de la neutralité des hôpitaux », 21 juin 2012, disponible sur : <http://www.msf.fr/actualite/articles/yemen-msf-appelle-au-respect-neutralite-hopitaux> (dernière consultation le 13 juin 2013).

76 Entretien avec Laurent Ligozat, Directeur adjoint des Opérations, MSF Suisse, Genève, 13 mai 2013.

pour les traiter par ordre de priorité médicale. Le tri fait entrer le singulier dans le collectif et surgir l'individu de la foule. Il permet ainsi de sortir de la politique pour entrer dans l'éthique⁷⁷ ». Le tri médical, en ce qu'il fait jouer symboliquement et effectivement la concurrence des victimes, devient alors un enjeu social et politique et la source d'un certain nombre d'incidents recensés sur le terrain. Dans bien des cas, les patients, familles et associés des patients tentent de reléguer au second plan les impératifs médicaux au profit du bénéfice immédiat d'un individu particulier ou d'un groupe. Cette interférence directe dans la prestation des soins reflète le fait que la présence médicale antérieure à l'intervention humanitaire n'est pas toujours perçue comme neutre ou impartiale ou simplement peut être orientée en fonction d'un intérêt personnel.

Les campagnes de vaccination ont également été récemment l'objet d'attaques répétées, non seulement sur les acteurs de santé, mais également de la part des populations qui refusent⁷⁸ un acte qui pourrait symboliser des formes d'impérialisme sanitaire⁷⁹.

Face à ces oppositions souvent violentes à l'action médicale, une analyse de contexte s'avère nécessaire ainsi qu'une réflexion sur l'étayage historique, politique et social qui les sous-tend. Toute population a sa propre perception de l'acte médical et ses propres coutumes qui lui sont attachées, en fonction de son interaction avec des systèmes de santé ou des professionnels qui peuvent être perçus à la solde d'un pouvoir dominant, ou simplement guidés par une logique mercantiliste voire crapuleuse. L'acte médical est ainsi rarement neutre et l'hôpital n'est pas une structure insulaire guidée par des principes métaphysiques.

Le type d'activités menées, l'histoire du corps médical dans un pays donné et la réalité des politiques de triage qui opèrent *de facto* une hiérarchisation des victimes sont de nature à amplifier les tensions sociales et politiques existantes dans les pays d'intervention. Favoriser des traitements de type vertical, dans lesquels les ressources sont utilisées exclusivement au service d'une campagne sanitaire concentrée implicitement ou explicitement sur une seule maladie, comme la polio ou la tuberculose, au dépend de logiques plus « horizontales », ou privilégier l'éradication d'une maladie quand d'autres restent sans traitement, semble souvent être perçu par

77 Pierre Valette, *Du tri à l'Autre : Éthique et médecine d'urgence*, Thèse présentée et soutenue à l'Université Paris-Est Marne-la-Vallée, 1^{er} décembre 2011, p. 181.

78 « While security concerns persist in Nigeria – amplified by the August bombing of UN headquarters in Abuja – a quarter of the children not vaccinated in the July 2011 immunization campaign were due to refusals – with greater than 80% of refusals in the northern States of Kano, Sokoto and Jigawa. » Heidi J. Larson, Pauline Paterson, « Eradicating polio: persisting challenges beyond endemic countries », dans *Expert Review of Vaccines*, 2011, pp. 1635–1636.

79 Le corps et les populations résistent aux pratiques biomédicales systématiques, ils y résistent de façon organique dans ce sens que la maladie permet une définition du soi et du non-soi, du soi et de l'autre, du pathologique et du normal. Mais corps et populations résistent aussi selon les contextes sociaux et politiques particuliers. Julie Laplante, Julie Bruneau, « Aperçu d'une anthropologie du vaccin : regards sur l'éthique d'une pratique humanitaire », dans *História, Ciências, Saúde -Manguinhos*. Vol. 10, Suppl. 2, 2003, pp. 519-536, disponible sur : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000500005&lng=en&nrm=iso. ISSN 0104-5970, (dernière consultation le 13 juin 2013).

les populations comme la politique préférée de logiques sanitaires autoritaires⁸⁰. Ces campagnes contre les grandes endémies rappellent d'autres campagnes antérieures, dont certaines ont pu sembler parfois expérimentales, même si elles étaient justifiées par un discours éthique⁸¹. De cette époque pionnière, on peut retrouver des tensions et des incompréhensions qui demeurent d'actualité aujourd'hui. Ces tensions se retrouvent aujourd'hui quand des campagnes spécifiques font l'impasse sur les besoins réels ou perçus des populations⁸². Trouver des leviers de pouvoir effectifs, de nature à infléchir ces tensions afin d'organiser un espace sécurisé d'intervention médicale, relève souvent d'une ingénierie opérationnelle ciblée qui intègre l'ensemble de ces dimensions. Aussi, un travail conséquent doit être initié afin de recenser les pratiques ayant permis la mise en œuvre des secours médicaux de manière efficace.

De la violence tolérée à la violence intériorisée ?

Entre la tolérance et l'intériorisation des phénomènes de violence, il n'existe peut-être pas de frontière très nette. Ces deux mécanismes font souvent écho à des sentiments d'insécurité personnelle, mais peuvent se fonder et se légitimer par une analyse étayée de la micro-politique locale⁸³. Les interventions humanitaires évoluent dans des contextes difficiles et les équipes médicales n'ont pas vocation à résoudre les problématiques socio-politiques qui s'y déroulent⁸⁴. Dans la pratique, les équipes éprouvent souvent certaines difficultés à établir les tendances globales liées à des attaques, surtout si la question de l'intentionnalité qui les sous-tend reste extrêmement complexe à cerner et à apprécier. Il en résulte une sorte de permissivité vis-à-vis des vexations ou des pressions quotidiennes quelquefois vécues sur les terrains d'intervention. Seules les attaques les plus brutales contre les missions médicales de MSF font l'objet d'un rapport ou de dénonciations : atteintes aux structures de santé afin d'identifier les opposants au régime en place⁸⁵, vols de dossiers médicaux

80 Maryinez Lyons, *The Colonial Disease: A History of Sleeping Sickness in Northern Zaire, 1900-1940*, Cambridge University Press, Cambridge, 1992 ; Poonam Bala (ed.), *Biomedicine as a contested site: some revelations in imperial contexts*, Lexington Books, Lanham, MD, 2009 ; Lea Berrang-Ford, Martin Odiit, Faustine Maiso, David Waltner-Toews, John McDermott. « Sleeping sickness in Uganda: revisiting current and historical distributions », dans *African Health Sciences*, Vol. 6, No. 4, 2006, pp. 223-31.

81 Benjamin N. Azikiwe, « Ethics of Colonial Imperialism », dans *The Journal of Negro History*, Vol. 16, No. 3, 1931, pp. 287-308.

82 David Arnold (ed.), *Imperial Medicine and Indigenous Societies*, Manchester University Press, Manchester, 1988 ; Laëtitia Atlani-Duaault, Jean-Pierre Dozon, « Colonisation, développement, aide humanitaire. Pour une anthropologie de l'aide internationale », dans *Ethnologie française*, Vol. 41, No. 3, 2011, pp. 393-404.

83 Un domaine dans lequel les équipes MSF ont souvent faits preuve d'une grande sensibilité informant parfois les prises de positions internationales. Archives MSF France, *Comité Solidarité étranger* (Afghanistan, 1985-7).

84 Sur la difficulté des équipes à analyser les phénomènes de violences voir : Françoise Duroch, « Le viol, arme de guerre : l'humanitaire en désarroi », dans *Les Temps Modernes*, No. 627, 2004, pp. 138-147.

85 Médecins Sans Frontières, « MSF Calls For End to Bahrain Military Crackdown on Patients », 7 avril 2011, disponible sur : <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=5170&cat=press-release> (dernière consultation le 13 juin 2013).

confidentiels⁸⁶, assassinats et enlèvements de patients et personnels⁸⁷. À chaque fois présentées dans leur singularité, ces problématiques ont pu être localement des éléments décisifs dans la gestion des ressources et des relations avec les acteurs politiques locaux.

On peut par exemple noter des formes d'intériorisation⁸⁸ de certains types de violences⁸⁹ vécues de manière répétées de la part des équipes MSF et des patients, contraints de faire parfois l'expérience quotidienne du harcèlement, des menaces et du chantage. Ainsi, un nombre significatif d'incidents ne sont rapportés que de manière parcellaire⁹⁰. Dans cette banalisation de la violence apparaîtrait le risque d'une culture tacite, voire permissive de l'organisation qui se nourrirait de l'individualisation des réponses et dépendrait, dans la pratique, des capacités de négociation de ses membres. Intérioriser les actes de violence, pour les acteurs et militants humanitaires, serait faire de ces phénomènes un non-dit, une normalité quotidienne usante et potentiellement traumatique. En conséquence, une organisation pourrait se trouver incapable de mesurer les véritables dangers. Ces phénomènes d'intériorisation peuvent être perçus comme des blancs-seings justifiant leur répétition. De plus, l'acceptation tacite par les équipes MSF de « règles » à observer – pour le recrutement du personnel, pour la conduite de projets, pour les choix opérationnels eux-mêmes – sans cesse changées par certains acteurs du conflit peut devenir à la longue une forme de soumission. La définition de « lignes rouges » à ne pas franchir pour éviter de passer du compromis à la compromission a été évoquée ailleurs⁹¹ mais reste d'actualité pour l'organisation.

86 « MSF is gravely concerned for the safety of our staff and patients following a serious incident occurring in an MSF medical facility in Dinsor (Bay region, Somalia) on December 27. After taking control of Dinsor, representatives of military forces entered the MSF medical facility, pressured the Somali medical staff employed by MSF, and confiscated all inpatient confidential medical files », in Médecins Sans Frontières, « After a Week of Intense Fighting in Somalia, MSF Extremely Concerned about the Security of Medical Staff and Safety of Patients », 28 décembre 2006, disponible sur : <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=1916&cat=press-release> (dernière consultation le 13 juin 2013).

87 Par exemple en Somalie lors l'assassinat de deux collègues de MSF en décembre 2011 à Mogadiscio.

88 Le Bilan national des remontées des signalements d'actes de violence en milieu hospitalier fait un constat similaire et constate qu'une politique incitant au signalement peut engendrer une augmentation des signalements alors que la tolérance au fait de violence reste très dépendante des personnes qui en sont victimes « Les établissements ne déclarent pas tous de la même façon les événements subis car une part d'analyse subjective du fait demeure, et le seuil de tolérance à l'agression est très différent d'un personnel à un autre, d'une structure à une autre, d'un établissement à un autre. » Ministère du Travail, de l'emploi et de la santé, Bilan national des remontées des signalements d'actes de violence en milieu hospitalier, 2011, p. 6.

89 « Il convient enfin de rappeler que la problématique de la violence au sein des établissements de santé impose prudence et définitions préalables car la violence est protéiforme et subjective. Chaque acteur confronté à cette notion en donne une définition propre et ce constat doit impérativement être pris en compte avant toute tentative d'analyse, afin de définir un langage commun à partir duquel chacun pourra puiser les éléments de communication et d'information qu'il recherche. » Ministère du Travail, de l'emploi et de la santé, *Bilan national des remontées des signalements d'actes de violence en milieu hospitalier*, 2011, p. 4.

90 Communication privée, Cadre de terrain, MSF Yémen, mars 2013.

91 Claire Magone, Michaël Neuman, Fabrice Weissmann (eds), *Agir à tout Prix ? Négociations humanitaires : l'expérience de Médecins Sans Frontières*, La Découverte, Paris, 2011.

Criminalisation de l'acte médical ?

Enfin, la question de la criminalisation de l'acte médical est également à soulever. Ainsi, dans la bande de Gaza ou encore en Somalie, suite aux nouvelles législations mises en place dans le cadre de la guerre contre le terrorisme et adoptées par un ensemble de pays, la question de l'octroi de soins médicaux a été posée. Il s'agissait de savoir dans quelle mesure la fourniture d'une assistance médicale à des personnes ou des groupes considérés comme terroristes tombait sous la rubrique « soutien matériel au terrorisme », tel que défini par le « Patriot Act » américain, adopté après le 11 septembre 2001⁹².

« (...) dans deux procédures pénales (US v. Shah and US v. Farhane) engagées contre des médecins idéologiquement affiliés à Al-Qaïda, et non contre des organisations humanitaires, les médecins en question ont été reconnus coupables de soutien au terrorisme pour avoir apporté des soins médicaux à des membres d'un groupe proscrit. L'exception humanitaire a ici fait l'objet d'une interprétation étroite, comme incluant la fourniture de médicaments uniquement, et non de traitement relevant d'une expertise médicale. Cependant, un élément décisif dans chacune de ces deux affaires a été l'engagement avoué des accusés envers les objectifs d'Al-Qaïda et les verdicts confirment qu'une toute autre conclusion pourrait être atteinte dans le cas d'organisations humanitaires indépendantes n'agissant pas sous 'la direction ou le contrôle d'une organisation terroriste étrangère'⁹³ ». [Trad. CICR]

La manipulation de l'aide médicale à des fins politiques a également amené, dans plusieurs cas, des organisations médicales telles que MSF à se retirer complètement de certains contextes. Ainsi, MSF se retire en 1994 des camps de réfugiés rwandais afin de ne plus contribuer à l'instrumentalisation de l'aide humanitaire par les génocidaires :

« Même si l'impact des services médicaux de MSF a été marginal comparé à celui d'organisations distribuant de la nourriture, [...] notre participation au système d'aide nous a impliqués dans l'ensemble de ses conséquences. [...] Depuis notre présence dans les camps jusqu'au détournement de nos ressources, nous sommes directement complices des actes de malfeasance qui s'en sont suivis⁹⁴ ». [Trad. CICR]

Cette situation avait déjà connu un précédent en Éthiopie dans les années 80, comme le décrit Rony Brauman, alors Président de MSF France :

« La routine du travail humanitaire en venait à dissimuler la participation à des violences de masse devenues la première cause de mortalité dans le pays. Imaginons : je me lève, je vérifie mon matériel médical, je vais faire ma consulta-

92 Le titre du PATRIOT Act est « Uniting and Strengthening America by Providing Appropriate Tools Required to Intercept and Obstruct Terrorism ».

93 Sara Pantuliano, Kate Mackintosh, Samir Elhawary avec Victoria Metcalfe, « Counter-Terrorism and Humanitarian Action, Tensions, Impact and Ways forward », HPN Policy Brief n° 43, octobre 2011, pp. 4-5.

94 Fiona Terry, *Condemned to Repeat? The Paradox of Humanitarian Action*, Cornell University Press, Ithaca et Londres, 2002, p. 3.

tion au dispensaire, je participe à une réunion avec le comité de coordination de la région, je passe une commande de médicaments à mon siège, je fais une visite à l'hôpital. Cette activité quotidienne, motivée par la conviction de participer à une opération de sauvetage, peut voir son sens totalement inversé, inscrit au contraire dans une stratégie d'oppression, retournée contre les intentions qu'elle poursuivait, sans rupture de sa routine. (...) Nous nous étions peu à peu retrouvés dans un processus « eichmannien » de suspension de l'esprit critique, déléguant en quelque sorte notre responsabilité aux instances supérieures (...) en accomplissant des gestes routiniers anoblis par l'intention secourable qui les sous-tendait⁹⁵ ».

Reprenant ici la question de l'intériorisation de la violence du quotidien et l'absence de cadre critique que ce mécanisme peut générer, R. Brauman montre bien en quoi la violence intériorisée peut devenir une dimension délétère du travail humanitaire dans son ensemble, vidant de sa substance les principes même de la philanthropie. Les formes de violence de masse, comme les brimades du quotidien ou les risques extrêmes que font peser les guerres sur le personnel médical et les patients MSF représentent des enjeux intriqués, à la fois individuels et institutionnels au cœur des questions actuelles.

Conclusion : la campagne de MSF « Medical Care Under Fire »

Nous venons de voir que, quel que soit le type d'attaque sur la mission médicale, la principale conséquence reste la rupture, temporaire ou définitive, de l'accès aux soins pour toute ou une partie de la population. Dans ce contexte, doit-on considérer la création de déserts sanitaires « administratifs », où les autorités refusent délibérément de mettre des moyens en place pour certaines zones ou certaines catégories de populations comme une menace indirecte sur la mission médicale ?

Il semblerait que la question de l'intentionnalité soit finalement une des plus délicates à appréhender et à cerner et que la pertinence de ce facteur comme élément d'analyse de terrain soit questionnable, bien que son importance politique et historique demeure incontestable.

En réponse à l'ensemble de ces questions, MSF a décidé en 2013 d'initier un projet au niveau du mouvement avec comme objectifs de développer un programme de recherche documentant les conséquences médicales et humanitaires des attaques sur les patients, le personnel de santé, les structures et véhicules sanitaires. L'intention du projet est de se centrer sur l'amélioration de l'accès des patients aux soins de santé et de la sécurité des personnels dans l'exercice large de leurs fonctions. Ce projet vise également à évaluer les conséquences épidémiologiques liées à l'interruption de soins suite à une attaque. Afin de mesurer la part du risque réel et ceux liés aux dimensions liées aux phénomènes de perception, ne serait-ce que pour écarter l'idée d'une « moral

95 Rony Brauman, « La routine du travail humanitaire en venait à dissimuler la participation à des violences de masse », dans *Philosophie Magazine*, disponible sur : <http://www.philomag.com/les-idees/dossiers/rony-brauman-la-routine-du-travail-humanitaire-en-venait-a-dissimuler-la> (dernière consultation le 13 juin 2013).

panic », le projet prévoit de développer la collecte de données actuelles et historiques selon des définitions et des méthodologies partagées. Comme le suggère un cadre MSF, ce projet pourrait également permettre d'avoir une meilleure compréhension des phénomènes de violences jusqu'alors occultées, notamment celles que subissent les équipes nationales⁹⁶.

La préoccupation actuelle de l'organisation est à la fois l'absence de données narratives et statistiques concernant les attaques sur la mission médicale, ce qui semble souligner une carence actuelle ainsi qu'un véritable enjeu pour l'institution de produire une analyse cohérente des risques qu'elle encourt. Certains souhaitent que ces problématiques de violence soient analysées de manière plus systématique par MSF afin de dégager une tendance globale et une meilleure compréhension de la nature du problème. Concrètement, il peut s'agir de l'utilisation d'une base de données commune aux différentes sections de MSF – encore dans une phase expérimentale – doublée d'une réflexion sur les enjeux et les risques que peut représenter l'utilisation d'outils statistiques, chronophages pour les équipes et dont la pertinence est souvent questionnée.

Cependant, et au-delà de la mise en place de moyens communs et partagés qui permettraient d'optimiser les données transversales du mouvement MSF et de potentiellement créer une compréhension commune de ces problèmes, un enjeu essentiel reste de mener une réflexion critique vis-à-vis des phénomènes liés à l'insécurité⁹⁷ dans le cadre des actions humanitaires.

Partant du postulat que les incidents de sécurité résultent de la conjonction d'un ensemble d'éléments autorisant ou non la survenue de ceux-ci, la responsabilité des organisations humanitaires, tant dans l'élaboration des politiques opérationnelles, la qualité de l'aide octroyée, le choix et le recrutement des personnels, ne saurait être d'emblée disqualifiée dans une logique de recherches. Il ne saurait donc s'agir de se complaire dans une posture victimaire ou simplement dénonciatrice quand l'aide humanitaire médicale reste partie prenante des conflits dans lesquelles elle s'engage – encore faut-il qu'elle le fasse de façon la plus lucide possible. Une analyse des faisceaux de causalité qui autorisent la survenue de ces incidents de sécurité, et notamment une appréciation plus fine des responsabilités individuelles, de groupes, et de l'aléatoire/l'arbitraire doit être menée. Ces analyses devraient permettre à l'organisation d'établir des messages forts, pouvant être portés devant les décideurs : le coût humain des opérations notamment, le « *knock on effect* » (effet immédiat, moyen et long terme sur les systèmes de santé) et les conséquences pour les patients. Mettre en place une méthodologie de recueil de données commune aux différentes sections du mouvement MSF, ainsi qu'analyser de manière actuelle et rétrospective ces violences permettra de suivre ces phénomènes dans le temps, ce qui semble difficile aujourd'hui.

96 Entretien avec Laurent Ligozat, Directeur adjoint des Opérations, MSF Suisse, Genève, 13 mai 2013.

97 Elsa Rambaud, « L'organisation sociale de la critique à Médecins sans frontières », dans *Revue française de science politique*, Vol. 59, No. 4, 2009, pp. 723-756.