



Humanitaire
Enjeux, pratiques, débats
21 | Avril 2009
Fictions humanitaires

Santé et actions humanitaires

Florence Arnoux



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/humanitaire/111>

ISBN : 978-2-918362-39-5

ISSN : 2105-2522

Éditeur

Médecins du Monde

Édition imprimée

Date de publication : 15 avril 2009

ISSN : 1624-4184

Référence électronique

Florence Arnoux, « Santé et actions humanitaires », *Humanitaire* [En ligne], 21 | Avril 2009, mis en ligne le 25 octobre 2009, consulté le 24 octobre 2022. URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/111>

Ce document a été généré automatiquement le 24 octobre 2022.

Tous droits réservés

Santé et actions humanitaires

Florence Arnoux

- 1 Éclairer sur les mutations contemporaines de la santé, c'est l'objet que poursuivent les *Rencontres de la Santé* organisées par l'Institut d'Études Politiques d'Aix-en-Provence¹. Chaque année, et ce, depuis cinq ans, elles regroupent et confrontent les regards de médecins, soignants, professionnels du management hospitalier, responsables sanitaires, universitaires, chercheurs en sciences humaines et sociales, membres d'organisations internationales et d'ONG. Fin 2008², ces regards pluridisciplinaires se sont posés sur le couple Santé et Humanitaire, couple soudé depuis qu'ils se sont rencontrés au milieu du XIX^e siècle.

Un vieux couple

- 2 Évidemment, il est entendu et accepté de part et d'autre une fidélité souple, puisque coexistent d'autres « concubines » tout aussi légitimes : le développement, l'éducation, la nutrition, l'éducation. La définition maximaliste de la santé donnée par l'OMS – « État de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » – semble donner à la santé la qualité de « favorite ». Car au-delà du fait que cette définition enjoindrait presque à l'expérimentation de paradis artificiels, elle englobe dans la notion de santé à la fois l'éducation, l'hygiène, la nutrition et le développement.
- 3 Néanmoins, en rester à une si large définition ferait courir le risque de confondre santé et bonheur ! Parfois même, on ne sait plus très bien qui est le *pater familias* : est-ce l'action sanitaire qui s'intègre dans le champ humanitaire ou l'humanitaire qui prend corps dans le champ de la santé ? Débat idéologique ? Non, car les deux champs s'interpénètrent, sont traversés par diverses logiques, stratégies et rapports de forces plus ou moins synergiques qui obligent à repenser les concepts d'assistance et de responsabilité. Tant et si bien que l'on n'en discerne plus toujours les frontières. D'abord, parce qu'en tant que pivot majeur de l'action humanitaire, l'action sanitaire se place à de multiples niveaux d'intervention intra et transnationale. La palette est large :

éducation à l'hygiène, information sur les pratiques préventives, aide à la formation de professionnels de santé adaptée aux situations locales, aide à la recherche sur des affections spécifiques, transfert de technologie, mais aussi techniques de management, de gestion hospitalière, pouvant aller jusqu'à la construction de dispensaires et d'hôpitaux, envoi immédiat de moyens humains et matériels, y compris de médicaments de première nécessité. Ensuite, parce qu'avec la mondialisation de nouveaux déséquilibres, de nouveaux problèmes sont apparus, en particulier dans la répartition des richesses disponibles, mais aussi et surtout en matière de santé. En effet, l'accroissement des échanges fait peser de nouveaux risques pandémiques difficilement contrôlables à l'échelle planétaire, et les inégalités sanitaires sont de plus en plus criantes. L'épidémie du sida, fléau global majeur des années 1980, est aujourd'hui régulée dans les pays riches, mais reste une des premières causes de mortalité en Afrique. La sophistication technologique des hôpitaux français, suisses, américains, allemands est ignorée en Afrique, peu généralisée en Amérique latine, et globalement rare sur la surface du globe. Des maladies disparues au Nord continuent à sévir au Sud faute de moyens pour dispenser des vaccins, faute de bénéficier des conditions d'hygiène minimale permettant de les faire disparaître. La préoccupation de la santé au Nord signifie le bien-être, l'éradication de la souffrance, bref un mode de vie allant des habitudes alimentaires jusqu'à un certain « droit à la santé », du moins à la protection de la santé et à l'accès universel aux soins. Dans les pays les plus pauvres, au contraire, même les classes moyennes ne bénéficient pas des soins considérés en Europe comme consubstantiels de la démocratie sociale.

L'histoire d'une rencontre

- 4 Pour bien comprendre les liens entre santé et humanitaire, il est important d'effectuer un retour historique³, et d'observer les évolutions terminologiques⁴. Autant d'éléments qui conditionnent aujourd'hui le sens donné à « l'action humanitaire », plus usitée aujourd'hui que l'expression « aide humanitaire ». Longtemps tenue tant qu'elle était portée par les « vieilles dames » que sont le CICR (né en 1863) ou l'Unicef (1946), la dimension médicale de l'acte humanitaire prend toute sa force durant les années 1970 et 1980, au travers de l'assistance médicale d'urgence aux populations civiles victimes de conflits armés ou de catastrophes naturelles, incarnée par les ONG humanitaires (Médecins Sans Frontières, Médecins du Monde, etc.). Les années 1990, traversées de conflits destructeurs (Bosnie, Rwanda), verront même la psychiatrie humanitaire s'ajouter aux registres d'intervention des agences humanitaires. Mais, les frontières restent floues, confuses entre le social, le médico-social, le sanitaire et l'humanitaire de l'urgence. Elles sont d'autant plus confuses lorsqu'on dispose du même terme pour dire « soigner » et « prendre soin », contrairement aux Anglo-saxons qui distinguent le soin-traitement (*cure*) et le soin-attention (*care*). Avec la complicité des médias, l'opinion publique assimile l'action humanitaire à l'urgence médicale. Or, lorsque l'on sauve quelqu'un d'un incendie, on ne l'abandonne pas une fois qu'il est sorti des flammes, on l'écoute et on l'accompagne ensuite pour lui permettre de reprendre pied dans la vie. L'urgence humanitaire est le pré-requis indispensable, qui doit cependant se poursuivre par une activité plus durable désignée par le terme générique de « développement ». L'action humanitaire doit permettre à une personne de vivre une

vie digne qui inclut le logement, l'éducation, etc. Cela n'exclut pas que, dans la myriade d'ONG ou d'acteurs, il n'y en ait pas qui soient spécialistes de l'action d'urgence.

L'autonomie des acteurs

- 5 La confusion ne s'arrête pas là. L'action humanitaire est souvent réduite à sa dimension internationale. Or il n'y a pas de raison de faire le distinguo entre un humanitaire qui serait international et un caritatif qui serait national. Ainsi la « famille » Croix-Rouge, qui intervient aussi bien au coin de la rue qu'à l'autre bout du monde, fonctionne-t-elle selon une répartition des modes d'intervention parfaitement hiérarchisée – médicale ici, assainissement de l'eau là – et bilatérale sur la base d'une invitation par la société consort, avec convention de partenariat. Cette originalité de fonctionnement lui permet d'échapper à la critique d'ingérence qui est souvent faite aux ONG. Taxées de néocolonialisme, elles arriveraient dans un pays pour prescrire ce qu'il faut faire, ce qui est « bien », ce qui est « mal ». Or, les ONG œuvrent le plus souvent en complémentarité, voire en coopération, avec les autres structures du type Croix-Rouge. Car la mondialisation, c'est aussi l'intensification de l'activité caritative transnationale ou du moins de la coopération humanitaire transfrontalière. Une bonne gouvernance internationale, sous l'égide des Nations unies, permet en théorie de garantir la sécurité sanitaire. Mais il y a toujours des événements pour relancer le débat sur l'ingérence – comme l'attitude de la junte birmane lors du cyclone Nargis, en mai 2008 : y aurait-il un devoir d'assistance absolu ? La communauté internationale doit-elle mettre en œuvre des actions de substitution ? Médecins sans Frontières n'emploie jamais le terme d'ingérence mais adopte et diffuse ceux de « *programme de santé* » et d'« *assistance* ». Car la question de l'assistance dépasse celle de l'ingérence ou de la non-ingérence, de rapport avec l'État, pour s'attacher à l'autonomie et à l'organisation des acteurs.
- 6 L'organisation des acteurs est étroitement liée à leur mode managérial, à la manière dont les ONG gèrent des ressources limitées pour promouvoir leurs projets de santé, ressources qu'elles sont obligées d'attirer pour promouvoir leur engagement au service des populations. Aujourd'hui, c'est bien la légitimité des grandes ONG humanitaires qui explique leur « prospérité » avérée⁵. Cette coopération suppose bien sûr une détermination politique, de la part des pays susceptibles d'aider et de ceux susceptibles de recevoir. Or, dans les documents cadres prioritaires (DCP), les États africains, pourtant demandeurs d'une nouvelle offre sanitaire, placent rarement la santé parmi leurs trois priorités : une campagne de vaccination ne se voit pas, contrairement à des kilomètres de goudron ou à des hectares de plantations agricoles. Il y a aujourd'hui encore une réticence à envisager la coopération sanitaire comme les autres formes de coopération - militaire ou scientifique -, en particulier sous l'angle du « *hard power* » et du « *soft power* », les deux formes d'action essentielles des États pour maintenir ou augmenter leur influence internationale. Ainsi, la coopération sanitaire française demeure tournée vers les pays de l'Afrique francophone qui absorbe plus de 80 % des crédits de l'aide publique sanitaire. Derrière cette réticence, se cache le postulat que les nobles idéaux humanistes ne peuvent se réduire à la *real politik*. Or, toute action humanitaire poursuit *a minima* un intérêt politique ou idéologique ; elle n'est en tout cas jamais neutre, oscillant entre la solidarité et l'influence⁶. Sans aller jusqu'à dire que l'ingérence humanitaire est une nouvelle forme d'interventionnisme colonial, cette

orientation non neutre est bien consciemment perçue au sommet de l'État, mais refoulée le plus souvent par les acteurs impliqués localement.

Les conditions de la réussite ?

- 7 L'expérience montre que de nombreux projets peuvent être conduits avec efficacité à l'image de la campagne Enfants-Sida de l'Unicef⁷ engagée depuis 2005 avec une série d'autres partenaires. Bien que non compétente pour prendre en charge directement les problèmes de santé des enfants, l'Unicef intervient souvent en amont dans la prévention de ces problèmes (distribution de compléments nutritionnels, campagne de vaccination, etc.). De même, le travail partenarial que mène l'ONG Santé Sud avec un grand laboratoire pharmaceutique pour améliorer l'accès aux médicaments dans les pays en voie de développement⁸, en particulier en zone rurale, se conjugue avec l'installation d'un réseau de professionnels formés dans les zones rurales pour traiter les maladies chroniques, en particulier l'épilepsie. Les maladies chroniques sont en effet encore exclues des grands programmes verticaux, qui correspondent aux objectifs du millénaire alors qu'il s'agit de maladies émergentes, des maladies de civilisation. Sur les huit objectifs du développement pour le millénaire (ODM), six intéressent la santé, directement ou indirectement, la positionnant ainsi comme prêt requis absolu du développement. C'est dans cette même logique que l'agence française du développement, qui a vu élargir son champ d'action à la santé en 1998, finance des programmes dédiés notamment à la santé mentale.

Nouveaux enjeux

- 8 Cette coopération, lorsqu'elle intervient en faveur de la santé, nécessite une réflexion sur l'Autre, sur ses besoins, sur l'insertion de l'aide dans la culture et le tissu social local, sur les représentations multiples de la santé. La médecine occidentale humanitaire doit intégrer les habitudes, les pudeurs, les croyances, remettre en question ses postulats scientifiques quand elle observe, par exemple dans les années 1980, au sein d'un camp de réfugiés au Cambodge, que le principe actif d'un produit donné en gélule ne fonctionne pas aussi bien que les décoctions de plantes comprenant le même principe actif mais administrées avec des rituels magiques par le centre de pharmacopée local. De même qu'elle doit s'interroger lorsqu'un tiers des patients hospitalisés pour troubles dits « psychosomatiques » (ulcères, maux de ventre) guérissent dans les jours qui suivent l'annonce par le régime pro-vietnamien, installé après la chute des Khmers rouges, de l'autorisation d'organiser de nouveau la fête des morts⁹. Toutes les expériences prouvent que la communication autour du problème de santé, notamment en direction des populations mises au banc, souffrant de chocs traumatologiques, de troubles psychiatriques est au moins aussi importante que de panser les plaies, de vacciner. Comme au Rwanda où s'est organisé un soutien psychothérapeutique aux rescapés du génocide tutsi¹⁰. Comme ici, où se sont mis en place, par exemple dans l'agglomération d'Aix-Marseille, des dispositifs expérimentaux de travail de rue en vue de réduire les risques pour les usagers de drogues ou de réinsérer les « gens de la rue » souffrant de troubles psychiatriques. Inspiré du modèle anglo-saxon, ce travail de « médiation de santé communautaire » repose sur une équipe médico-soignante itinérante (issue d'un partenariat entre l'Assistance publique des Hôpitaux de

Marseille et Médecins du Monde) composée de travailleurs « pairs », anciens usagers mettant à profit leur compétence acquise du fait de leur propre expérience de la maladie et de la guérison¹¹.

- 9 Pour cerner les enjeux complexes qui entourent la santé humanitaire, il faut donc l'approcher de manière multisectorielle, multidisciplinaire. Aujourd'hui, les enjeux vont bien au-delà de la lutte contre la malnutrition, contre le VIH/sida ou pour l'accès aux médicaments essentiels. De nouveaux risques émergent tels le réchauffement climatique et le développement de nouveaux migrants, de « réfugiés climatiques ». Dans ce monde globalisé où les mouvements transnationaux se font désormais très vite, qui peut dire si l'on saura gérer une vraie catastrophe nucléaire, une vraie catastrophe chimique ou bactériologique ou une contamination à grande échelle ? Si personne aujourd'hui ne s'aventurera à l'affirmer, chacun doit néanmoins garder à l'esprit les multiples exemples, sur les trente dernières années, de coopérations réussies à l'image du GIP Esther, de complémentarité concertée¹² avec les partenaires institutionnels (État, MAE, AFD, Croix-Rouge...), avec les ONG, groupements d'intérêts publics, offre de soins confessionnelle¹³, administrations sanitaires locales, qui démontrent la capacité de tous ces acteurs à regrouper avec efficacité des compétences et des ressources importantes quand sont en présence des enjeux vitaux, de civilisation¹⁴.

NOTES

1. Sous l'égide de son centre de recherches, le Cherpa (Croyances, Histoire, Espace, Régulation Politique et Administrative).
2. 28 novembre 2008, Cinquièmes rencontres de la santé, « Santé et Actions humanitaires », IEP d'Aix-en-Provence, organisées par Florence Arnoux, directeur d'hôpital-APHM et chercheur associé au Cherpa et Sandra Montchaud, maître de conférences et chercheur associé au Cherpa-IEP d'Aix-en-Provence.
3. Intervention sur « La dimension sanitaire de l'action humanitaire : perspectives historiques et enjeux contemporains », Philippe Ryfman, professeur, chercheur associé, département de science politique de la Sorbonne, Centre de recherches politiques de la Sorbonne (CRPS), Université Paris I.
4. Intervention sur les « Variations terminologiques sur "action humanitaire et santé" », de Marie-José Domestici Met, professeur, directrice de l'Institut d'études humanitaires internationales, Université Paul-Cézanne, Aix-en-Provence.
5. Intervention sur « Les ONG humanitaires, de l'ère de la croissance à l'âge de la maturité ou le temps du management » d'Erwan Queinnec, maître de conférences, Centre de recherche en gestion et management (CREGEM), Université Paris-Nord.
6. Intervention sur le « Rappel historique de la politique de coopération sanitaire française : de la substitution à l'accompagnement des politiques des États ; entre solidarité et influence », de Philippe Peyret, enseignant en gestion hospitalière, École des hautes études en santé publique (EHESP), Rennes.
7. Intervention sur « La campagne de l'Unicef Enfants-Sida. Pourquoi, comment, bilan 2005-2007 », de Gérard RÉMY, chargé de mission, Unicef, Marseille.

8. Intervention sur « La prise en charge des maladies chroniques et l'accès aux médicaments dans les PED : l'exemple de l'épilepsie », de Guy Farnarier, maître de conférences, praticien hospitalier, président de l'ONG Santé Sud, Marseille.
 9. Intervention sur « La santé dans l'humanitaire : réponses multisectorielles à des problèmes multifacettes », de François Grünewald, président du groupe Urgence Réhabilitation Développement (URD), Plaisians.
 10. Intervention sur « La réparation impossible : apaiser l'impact des juridictions Gacaca sur les rescapés du génocide des Tutsis au Rwanda » de Marie-Odile Godard, psychanalyste, maître de conférences, Université Jules-Verne, Amiens.
 11. Intervention sur « La psychiatrie humanitaire ici et là-bas : quand la démocratie s'invite dans les stratégies soignantes », de Vincent Girard, psychiatre à l'Assistance publique, Hôpitaux de Marseille et Médecins du Monde et Béatrice Stambul, psychiatre, chef de service à l'hôpital Montperrin, Aix-en-Provence et Médecins du Monde.
 12. Intervention sur la « Coopération hospitalière et rôle des ONG : une nécessaire complémentarité », de Jean-Paul Gassend, directeur d'Hôpital, CHERPA, Institut d'études politiques d'Aix-en-Provence.
 13. Intervention sur « Humanitaire, prosélytisme et développement : quand l'offre de soin professionnelle rencontre des projets de santé publique en Afrique subsaharienne », de Judith Hermann, doctorante, ANRS Université de Provence, Marc-Éric Gruenais, anthropologue, Marseille et Fatoumata Ouattara, anthropologue, INSERM-IRD, Marseille.
 14. Intervention sur « Santé et humanitaire : bilan et perspectives » de Yann Bubien, conseiller du ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, Paris.
-

RÉSUMÉS

Éclairer sur les mutations contemporaines de la santé, c'est l'objet que poursuivent les *Rencontres de la Santé* organisées par l'Institut d'Études Politiques d'Aix-en-Provence. Chaque année, et ce, depuis cinq ans, elles regroupent et confrontent les regards de médecins, soignants, professionnels du management hospitalier, responsables sanitaires, universitaires, chercheurs en sciences humaines et sociales, membres d'organisations internationales et d'ONG. Fin 2008, ces regards pluridisciplinaires se sont posés sur le couple Santé et Humanitaire, couple soudé depuis qu'ils se sont rencontrés au milieu du XIX^e siècle.

INDEX

Mots-clés : Action humanitaire, Coopération internationale, Médecine humanitaire, Mondialisation, Organisation Non Gouvernementale (ONG), Santé

AUTEUR

FLORENCE ARNOUX

Florence Arnoux est directrice d'hôpital-APHM et chercheuse associée au CHERPA (Croyance, Histoire, Espace, Régulation Politique et Administrative), centre de recherches de l'Institut d'études politiques d'Aix-en-Provence.