

4 décembre 2021

Quoi de spécial, quoi de neuf dans la médecine humanitaire ?

Rony BRAUMAN

Ancien président de Médecins Sans Frontières

Nota. Pour retrouver les autres conférences de ce colloque : dans la page d'accueil (<https://www.ac-sciences-lettres-montpellier.fr/>) cliquer sur "Rechercher un document" et dans la fenêtre qui s'affiche, entrez le mot-clé : COLL2021

MOTS-CLES

COLL2021, Médecine humanitaire, Médecins Sans Frontières, MSF, médecine de guerre, médecine de catastrophes naturelles, OMS, guerres humanitaires.

RESUME

La médecine humanitaire se caractérise par les situations de détresse dans lesquelles elle est exercée, par la nature désintéressée des organismes qui la mettent en œuvre, enfin par les positions publiques, accusatoires ou mobilisatrices, qu'elle prend dans certaines occasions. MSF, qui célèbre son cinquantième anniversaire en cette fin d'année 2021, fut la première organisation exclusivement vouée à cette tâche. La médecine humanitaire se rattache cependant à plusieurs sources historiques du XIX^e siècle : la médecine des réformateurs sociaux, la médecine du champ de bataille et la médecine coloniale. Si l'on suit le fil conducteur de MSF depuis sa fondation, on constate qu'elle a gagné sa légitimité à la faveur des conflits de guerre froide se multipliant dès la fin des années 1970, déployant des équipes dans des zones de guerre et dans des camps de réfugiés. Elle a, depuis cette époque, considérablement accru ses moyens, et élargi son champ d'action et ses positionnements publics.

KEYWORDS

COLL2021, Humanitarian medicine, Doctors Without Borders, MSF, War medicine, Natural disaster medicine, WHO, Humanitarian wars.

ABSTRACT

Humanitarian medicine is characterized by the situations of distress in which it is practiced, by the disinterested nature of the organizations that implement it, and finally by the public, accusatory or mobilizing positions that it takes on certain occasions. MSF, which celebrates its fiftieth anniversary at the end of 2021, was the first organization exclusively dedicated to this task. However, humanitarian medicine is linked to several historical sources of the 19th century: the medicine of social reformers, battlefield medicine and colonial medicine. If we follow the common thread of MSF since its foundation, we see that it gained its legitimacy thanks to the cold war conflicts that multiplied from the end of the 1970s, deploying teams in war zones and in refugee camps. Since then, it has considerably increased its means, and widened its field of action and its public positions.

Regrettant de ne pas être physiquement présent, je vais donc parler de médecine humanitaire. Pas seulement de ce qui la caractérise au présent et pas du tout de l'avenir, car c'est un exercice auquel je me refuse de me livrer, l'avenir ne m'ayant jamais fait de confidences. Au-delà de la plaisanterie, le privilège douteux de l'âge me permet de constater que la plupart des prévisions qui ont été faites dans ce domaine ne se sont pas réalisées et que la plupart de ce qui s'est réalisé n'avait pas été prévu. Je m'abstiendrai donc de mettre le pied sur ce terrain.

Il se trouve par ailleurs que Médecins Sans Frontières va célébrer dans quinze jours ses cinquante ans d'existence, un jubilé en quelque sorte. C'est donc un bon moment pour se retourner afin de savoir qui on est et ce qu'on a fait, sans réduire pour autant la médecine humanitaire à l'action d'une ONG, fût-elle symbolique de cette pratique.

Aujourd'hui, par exemple, se déroule le Téléthon, une modalité de médecine humanitaire que l'on n'a peut-être pas l'habitude de classer ainsi, mais qui me semble tout de même relever de cette catégorie aux contours flous, de cette catégorie qui prend place à côté d'un navire-hôpital, d'un bloc chirurgical dans une région tropicale isolée ou de la médecine de guerre, bref, de diverses situations sur lesquelles je dirai quelques mots un peu plus tard.

Je voudrais d'abord revenir sur l'historique de Médecins Sans Frontières, car il nous dit quelque chose, au-delà de ce qu'est Médecins Sans Frontières en tant qu'ONG, de ce qui a été et de ce qu'est devenue la médecine humanitaire, puisqu'on peut considérer que MSF est, dans l'histoire de la médecine humanitaire, la première organisation exclusivement vouée à l'exercice de celle-ci. Naturellement, avec la Croix-Rouge, existaient déjà des formes de médecine humanitaire, mais la Croix-Rouge est une organisation généraliste, tandis que MSF, créée fin 1971, était une organisation exclusivement médicale, comme l'indique son titre et comme le vérifie son histoire ultérieure. Comme toute bonne idée, elle a pour elle (semble-t-il en tout cas), l'apparence de l'évidence mais cela n'a pas été le cas dans son histoire.

La naissance de Médecins Sans Frontières

MSF est né, en effet, du désir d'un certain nombre de médecins. Le plus connu est bien entendu Bernard Kouchner, dont le principal complice dans cette affaire est Max Récamier, moins connu, mais qui a joué également un très grand rôle. MSF est né de cette volonté de se doter d'un appareil permettant de soutenir des équipes médicales travaillant dans des situations critiques, ce qui était leur cas. Ils étaient au Nigéria, plus exactement dans la province sécessionniste du Biafra pendant la guerre d'indépendance ou guerre de contre-insurrection de la fin des années 1960, dans ce pays. Leur travail leur a montré que, sans l'appui d'une organisation vouée au soutien des équipes médicales sur le terrain, celui-ci était extrêmement difficile car dilué, prenant place à côté de bien d'autres activités, qui ont leur mérite et leur utilité également, mais qui relèvent d'autres logiques, d'autres rythmes, d'autres temporalités. Donc, avoir à sa disposition une organisation spécifiquement vouée au travail médical, dans des circonstances de crise ou d'isolement, voilà ce qu'était l'ambition des fondateurs, voilà ce qu'était la bonne idée qui s'est imposée aujourd'hui comme une évidence, mais qui, dans les années suivantes, n'a pas du tout été considérée comme telle.

En effet, dans les années 1970, la médecine dans le tiers-monde – en particulier en Afrique mais pas seulement – était encore considérée comme une activité d'ordre colonial. Elle renvoyait essentiellement aux médecins militaires ou aux missions religieuses qui accompagnaient souvent la colonisation. À cette époque caractérisée par

l'emprise de la notion de développement, tout devait relever de celui-ci. Par exemple, les diverses pathologies, que l'on pouvait rencontrer dans le tiers-monde, devaient être contenues, jugulées, voire éliminées par les avantages du développement économique et social dont on attendait qu'il efface à peu près 90 ou 95 % des maladies existantes. Le médecin pouvait donc être au mieux un auxiliaire d'un projet de développement, mais certainement pas un acteur – par médecin je veux dire équipe médicale naturellement. Si bien que MSF et les fondateurs (dont je ne suis pas, ayant rejoint MSF en 1978) se demandaient à intervalles réguliers s'il n'était pas temps de mettre la clé sous la porte, si le rêve, que certains d'entre eux avaient eu au Biafra n'avait pas été simplement une comète, quelque chose de fugitif. Et cela d'autant plus que l'appel annuel adressé aux médecins, censés financer l'association, ne recueillait pas la faveur des confrères.

Ce qui a donné à Médecins Sans Frontières son socle de légitimité, c'est en fait une situation politique nouvelle, dans le contexte de la guerre froide (le grand cadre géopolitique de l'époque), à savoir une série de guerres « chaudes » et de déplacements de populations qui se produisaient dans différents endroits du monde, à une époque où en Europe c'était essentiellement la notion de détente, de liens diplomatiques renouvelés et apaisés entre l'Est et l'Ouest que l'on voyait apparaître. Je pense notamment à l'Asie du Sud-Est, avec la victoire des régimes anti-impérialistes et procommunistes d'Indochine ; également à Afrique australe avec l'Angola et le Mozambique qui étaient le siège de conflits armés dans le contexte de leur indépendance nouvellement conquise ; à la Corne de l'Afrique avec les guerres d'Érythrée et de l'Ogaden ; enfin à l'Amérique centrale avec les conflits du Nicaragua et du Salvador.

On voit donc cinq foyers de tensions et de conflits qui se constituent au tournant des années 1970 et 1980, et dont la conséquence immédiate, au-delà de la création de zones de guerres, est une série de mouvements de population, pour l'essentiel d'ailleurs des mouvements transfrontaliers qui débouchent sur la création de camps de réfugiés. Le nombre de réfugiés est multiplié par quatre en l'espace de quelques années seulement, passant en gros de 3 à 12 millions entre la fin des années 1970 et le début des années 1980. Et ce sont ces camps de réfugiés et ces zones de guerre qui vont être (du fait qu'ils échappent aux enjeux ordinaires du développement), le terrain d'action privilégié pour la médecine humanitaire. Dans un camp de réfugiés en effet, on doit apporter l'essentiel de ce qui est nécessaire, de l'eau, du bois, des médicaments, des compétences et c'est également vrai, dans une moindre mesure et avec des difficultés différentes, dans les zones de guerre.

C'est comme cela que s'est affirmée la médecine humanitaire dans son autonomie contemporaine, par contraste avec la médecine humanitaire antérieure qui était, comme je le disais, largement le fait des missionnaires et des militaires. S'il y a une sorte de rupture sociologique des acteurs de la médecine humanitaire à la fin des années 1970 et dans les années 1980, qui ne sont plus du tout ceux qu'on pouvait voir auparavant, il y a une certaine continuité dans les outils et les pratiques de la médecine humanitaire contemporaine – j'en dirai quelques mots dans un instant – avec celles de ses prédécesseurs : continuité technique, continuité organisationnelle, entre les médecins militaires et, par exemple, les médecins de MSF.

À ce stade, il me paraît utile de faire un bref détour historique, afin de considérer les sources de la médecine humanitaire au XIX^e siècle car elles éclairent, en leur donnant une profondeur temporelle, les caractéristiques contemporaines de celle-ci.

Les sources historiques de la médecine humanitaire au XIX^e siècle

On y trouve trois pratiques distinctes. Il y a « la médecine du champ de bataille » telle que le principal fondateur de la Croix-Rouge (créée en 1863), Henry Dunant, l'avait conçue : les soldats blessés ou malades bénéficient de lieux de soins inviolables, et cette immunité s'étend aux soignants, hôpitaux et personnel médical étant dûment identifiés par un symbole (une croix rouge) reconnu par tous les belligérants. Les soldats hors d'état de combattre doivent, selon une conception héritée des Lumières, être soustraits à la logique de l'affrontement violent. Assistance et protection aux non-combattants s'étendront, au fil des conventions humanitaires du XX^e siècle (Genève et La Haye, notamment), aux prisonniers, naufragés, et populations civiles occupées. Je décris ici - faut-il le préciser ? - un développement juridique, et non une réalité matérielle.

La médecine sociale, celle des réformateurs sociaux, toujours au XIX^e siècle, est la deuxième source. Par « réformateurs sociaux », j'entends les sociaux-chrétiens, les philanthropes, les mouvements mutualistes, le mouvement ouvrier, un ensemble composite, non homogène. Son rôle est sans doute plus rhétorique que pratique, mais les enjeux sanitaires occupent alors une place importante et nouvelle dans la détermination de ce qui est socialement acceptable ou intolérable. Les épidémies de choléra, notamment, ont été des moments de mise en cause des représentations des maladies comme punition. Morbidité et mortalité ont alors été mises en relations avec des conditions de vie et de travail misérables. C'est donc un mouvement philanthropique au sens large qui, je crois, peut être considéré comme une autre source de la médecine humanitaire contemporaine.

La troisième source est la médecine coloniale, le versant « humanitaire » de l'impérialisme, comme on se plaisait à la décrire. La finalité explicite des grandes campagnes sanitaires (contre la trypanosomiase en particulier) était l'entretien d'une force de travail indigène nécessaire à la mise en valeur des terres conquises et occupées. Mais leurs bienfaits réels ou imaginaires étaient portés au crédit de la mission civilisatrice de la France pour son œuvre humanitaire. Reste que les ONG médicales françaises ont repris à leur compte certaines modalités d'action de l'époque coloniale militaire et religieuse en s'inscrivant dans des programmes de lutte contre les grandes endémies, comme en établissant des dispensaires et hôpitaux de brousse.

Donc, médecine philanthropique (philanthropie socialiste ou socialisante), médecine du champ de bataille et médecine coloniale, voilà les principales sources auxquelles s'abreuvent les médecins de Médecins Sans Frontières, de Médecins du Monde et d'autres organisations humanitaires. Reste à examiner comment se définit, ou comment l'on peut circonscrire, la médecine humanitaire contemporaine.

Caractères de la médecine humanitaire contemporaine

Je la caractérise en premier lieu par les situations dans lesquelles elle s'exerce. Une « médecine situationnelle » si l'on veut, comme on vient de le voir : médecine de la violence physique, de la détresse sociale.

Elle est – deuxième caractéristique – un service rendu sans retour attendu, c'est-à-dire offert, qui ne fait pas l'objet d'une transaction financière ou d'une autre forme de transaction. Certes, les médecins humanitaires – j'en sais quelque chose – attendent des gratifications de leur travail et même d'ailleurs une certaine forme de rémunération, mais qui reste modeste (on n'est pas censé faire fortune, voire s'enrichir dans ce genre de situation.)

Troisième caractéristique, que Médecins Sans Frontières a contribué à développer : une relative liberté de parole, qu'il s'agisse de critique ou de mobilisation.

Critique, c'est ce que MSF a fait, par exemple pour dénoncer le pillage du Cambodge, avec la Marche pour la survie du Cambodge, en 1980 ; ou dénoncer l'usage de l'aide humanitaire pour déporter des populations en Éthiopie, en 1985 ; pour tenter de desserrer l'emprise des forces génocidaires dans les camps rwandais au Zaïre en 1994 ; ou pour endiguer l'emballlement aveugle et nocif de l'aide d'urgence lors du tsunami d'Asie du Sud-Est, en 2005, sur lequel je reviendrai ; ou encore dénoncer des bombardements d'installations médicales en Syrie et au Yémen ces dernières années, pour ne citer que quelques-unes de ces positions publiques critiques.

La prise de parole publique a aussi une fonction mobilisatrice, comme ce fut le cas par exemple pour faire face à des épidémies meurtrières et ignorées (malnutrition au Niger en 2005, épidémie d'Ébola en 2014) mais aussi comme le fait le Téléthon aujourd'hui pour financer ses centres de recherche sur les maladies rares.

Donc médecine situationnelle, revendication de liberté de parole – accusatoire ou mobilisatrice – et service rendu dans un relatif désintéressement, voilà ce qui définit, selon moi, la médecine humanitaire. Cela ne la distingue pas radicalement d'autres formes de médecine, mais pointe vers ses caractéristiques propres.

Évolutions récentes

Au terme de cette parenthèse sur les sources historiques et les caractéristiques de la médecine humanitaire, j'en reviens aux évolutions contemporaines de l'humanitaire, en repartant des années 1990. Cette décennie est marquée par un essor continu de la thématique humanitaire, relancé par la fin de la guerre froide et le renouveau du multilatéralisme onusien. C'est le moment de grands déploiements de casques bleus, autant en cinq ans que dans les quarante-cinq années précédentes (Sierra Leone, Libéria, Somalie, Sud-Soudan, Bosnie, pour ne citer que les principaux) et c'est également la décennie au cours de laquelle s'inaugure ce que l'on a pris coutume d'appeler des « guerres humanitaires ». Cela commence au tout début de la décennie 1990 par la Somalie ; la décennie s'est close par une autre guerre qualifiée d'humanitaire, au Kosovo.

Pourquoi ces guerres furent-elles qualifiées d'« humanitaires » ? Parce qu'elles ont été présentées comme des guerres de sauvetage désintéressées. Épargner la vie humaine, la protéger contre ceux qui la menacent, n'attendre aucun retour de ceux-ci, cela les place dans le champ de l'humanitaire. C'est ainsi que les ont nommées les médias et les décideurs politiques, et c'est aussi sous cette bannière qu'elles ont été reçues par l'opinion dominante. Je ne m'y attarde pas – je renvoie à mes écrits et prises de position critiques¹ sur cette question de l'« ingérence humanitaire ».

À côté de l'ambiguïté de ce succès, se développent également des réalités matérielles avec une croissance accélérée des ONG et la constitution d'un savoir-faire, d'un cadre d'analyse, d'un cadre d'intervention qui se précisent, qui donnent lieu à des livres, des manuels pratiques, des guides de l'action médicale humanitaire, lui donnant une certaine consistance et permettant une certaine continuité des soins et des pratiques.

Cela a commencé dans les années 1980, cela s'est considérablement développé dans les années 1990, ainsi que ce l'on peut appeler des « innovations liées aux caractéristiques de la médecine humanitaire », mais qui n'ont rien de spécifique à celle-

¹ Voir sur <https://msf-crash.org/fr>

ci : je pense en particulier à des repositionnements de médicaments, au développement de l'épidémiologie opérationnelle, à des dispositifs de réponse aux épidémies de choléra, à de nouvelles pratiques en réaction au fléau du Sida².

J'en viens aux années 2000, évidemment caractérisées par ce que nous avons tous en tête, le terrorisme, qui par définition frappe aveuglément, y compris, mais pas spécifiquement, les humanitaires. Guerres contre-terroristes et lois sécuritaires viennent à leur tour rendre difficile en certains lieux l'aide humanitaire, jusqu'à se confondre parfois avec des actes de terreur. Ainsi de l'attaque par les forces afghanes et américaines de l'hôpital MSF de Kunduz (Afghanistan), en octobre 2016, qui fit 42 morts et 37 blessés. Ainsi également du harcèlement policier et judiciaire à l'encontre des bateaux de sauvetage de migrants en Méditerranée et des associations leur venant en aide sur le territoire européen. Force est de constater que le soutien consensuel, dont bénéficiaient les humanitaires dans les années 1980-90, s'est réduit au cours des années 2000-10. Aider des demandeurs d'asile lointains était positivement connoté. Il en va autrement avec l'aide aux demandeurs d'asile en Europe.

Le cas des catastrophes naturelles

Avant de terminer, je voudrais dire quelques mots sur les catastrophes naturelles, terrain « canonique » de l'aide d'urgence, car elles nous disent aussi quelque chose de l'évolution du monde. Je ne parle pas ici des catastrophes naturelles liées au changement ou au réchauffement climatique, car pour nous, du strict point de vue de l'acteur de secours, elles n'ont aucune caractéristique propre. Ce sont des phénomènes existants, d'inondations, de sécheresses, d'incendies, de mouvements de population auxquels nous sommes habitués, mais dont l'ampleur est sans doute déjà agrandie. Je pense plus précisément à plusieurs catastrophes sismiques survenues au cours des années 2000, marquées par des réactions méritant une attention particulière : le tsunami d'Asie du Sud-Est de 2004, et les tremblements de terre du Cachemire pakistanais (2005) et de Port-au-Prince (2010).

Le tsunami survenu au lendemain de Noël 2004 a fait l'objet d'une mobilisation mondiale sans précédent. La période y fut certainement pour quelque chose, de même que les premières images : elles venaient du Sri-Lanka, lieu de tourisme mondialisé, et montraient, pour la première fois en temps réel, la catastrophe en train de se dérouler, ces vagues monstrueuses détruisant tout sur leur passage. De toutes parts, l'aide publique et privée a afflué vers ce pays, d'où venaient les images, et vers l'Indonésie, pays le plus touché. Secouristes professionnels et improvisés s'y ruèrent par milliers et, en peu de temps, quinze milliards de dollars, sous formes de dons et de promesses de dons, furent levés, le tout sous une couverture médiatique massive. Il apparut rapidement que les besoins médicaux étaient limités, et pour l'essentiel couverts par les équipes locales. Cela n'aurait pas dû être une surprise car c'est ce que l'on a observé lors de toutes les catastrophes aiguës : elles causent des morts, des destructions, et peu de blessés, lesquels sont pris en charge localement du fait que le périmètre d'une catastrophe est limité, et qu'aux alentours, les structures sont intactes. C'est dans ces circonstances que l'OMS a « inventé » une urgence sanitaire : la menace d'épidémies mortelles (l'OMS parlait d'un doublement de la mortalité du tsunami, soit plus de cent cinquante mille morts à venir). Or, si l'on met de côté des foyers de gastro-entérite, on

² J-H. Bradol et C. Vidal (dir.), *Innovations médicales en situations humanitaires, Le Travail de Médecins Sans Frontières*, Paris, L'Harmattan, 2009.

ne constate jamais d'épidémies mortelles après des catastrophes aiguës, ce que l'on explique fort bien depuis Pasteur et la mise au rancart de la notion de « génération spontanée ».

Je ne sais toujours pas vraiment ce qui a poussé l'OMS à produire de telles *fake news*, mais on a pu en voir sans tarder les conséquences : campagnes de vaccination inutiles et encombrantes, enfouissement hâtif et anonyme des cadavres, afflux d'équipes médicales et de secours inutiles qui n'ont fait qu'accroître l'inflation (des loyers et de la nourriture), encombrement des voies de communication. Une catastrophe dans la catastrophe, en somme, que MSF a exposée au grand jour, au prix de très vives controverses. Je n'entends pas du tout disqualifier l'OMS, dont le travail est important, mais je trouve inquiétant qu'une faute professionnelle de cette ampleur (les alertes aux épidémies ont été répétées) soit restée largement ignorée en dépit du savoir disponible. Non seulement la croyance l'a emporté sur la science, mais ici, la science a ratifié la croyance. J'ajoute que, si la phase d'urgence a été désastreuse, la reconstruction a été menée avec beaucoup d'efficacité grâce à l'engagement des gouvernements concernés, soutenus par l'aide publique internationale. J'ajoute encore que, lors du cyclone qui a frappé le sud de la Birmanie, en 2008, l'OMS a jugé utile de déclarer rapidement qu'il n'y avait pas de risque épidémique. Au moins cette faute a-t-elle été enregistrée, à défaut d'être publiquement reconnue.

Le contraste avec les deux autres séismes que j'ai annoncés, Cachemire (2005) et Haïti (2010), est frappant. Dans ces deux cas, phénomène nouveau, on a constaté un grand nombre de blessés et l'aide internationale, très mesurée dans le cas du Cachemire, très ample dans celui de Port-au-Prince, y a été remarquablement efficace compte tenu des conditions matérielles difficiles.

Ces afflux de blessés en grand nombre sont à mettre en rapport avec des exodes ruraux accélérés et des phénomènes périurbains de constructions en dur, mais insuffisamment stabilisés. L'effondrement de ces petites structures provoque des écrasements de membres, qui sont les principales blessures et dans les deux cas, en 2005 et en 2010, c'est par milliers qu'ont eu lieu des interventions chirurgicales de reprise. On a parlé pour Port-au-Prince de 300 000 morts et 300 000 blessés, ce qui est très exagéré. Le bilan réel probable (de même ordre de grandeur que celui du Cachemire) est d'environ 50-60 000 morts et 15 000 blessés sérieux. Je ne m'attarderai pas sur ces écarts, la question des évaluations de mortalité en situation de conflit ou de catastrophe étant un autre sujet qui demanderait une autre conférence. J'attire néanmoins votre attention sur le fait qu'aucun événement, humain ou naturel, n'avait causé jusqu'alors tant de victimes et notamment de blessés graves, en l'espace de deux minutes. Le bâti en dur précaire, conséquence d'une urbanisation rapide et de la misère sociale, en est à l'origine, ce qui nous rappelle qu'une catastrophe naturelle n'est naturelle que par son origine, mais que l'ampleur de ses conséquences doit tout à l'homme. Reste que, dans ces deux cas, les secours d'urgence, notamment médicaux, ont été remarquables, permettant d'opérer des milliers de blessés. J'ai voulu les évoquer car il s'agit d'événements sans véritable précédent, ce qui n'a jamais été vraiment souligné, alors que l'on peut y voir un progrès très important dans la mise en œuvre de secours d'urgence internationaux.

J'en ai terminé de ce tour d'horizon destiné à restituer les grandes évolutions de la médecine humanitaire. Je ne sais pas quel sera l'humanitaire de demain, car je ne sais pas ce que sera le monde de demain. Je pense qu'un certain nombre de tâches, que prennent en charge les organisations humanitaires, relèvent largement des États auxquels elles peuvent apporter leur concours. D'autres sont beaucoup mieux prises en

charge, lorsque ce sont des organisations humanitaires totalement indépendantes des États qui le font, par exemple dans les situations de conflits armés où il est préférable d'être à l'écart des enjeux politiques et stratégiques pour pouvoir gagner la confiance des belligérants et s'imposer comme un acteur de soins acceptable par tous. Ce fut le cas notamment lors de la guerre du Darfour (2004-2008) au Soudan, qui fut le théâtre du plus grand déploiement d'aide humanitaire depuis 1945, rassemblant agences de l'ONU et ONG dans un effort commun qui a permis, là aussi, de sauver un grand nombre de vies. C'est pourquoi on peut dire que la médecine humanitaire, depuis ses débuts tâtonnants et mal acceptés, s'est vue reconnaître une place légitime dans le champ de l'aide et de la solidarité internationales.