

MÉDECINS SANS FRONTIÈRES EN CENTRAFRIQUE (1997-2014) : ENTRE URGENCE MÉDICALE ET COMPLEXITÉ DU TERRAIN

Me-Christine NZADIMANA

*Assistante au département d'Histoire et Archéologie,
Université Omar Bongo
nzadimana@gmail.com*

Résumé

La présente étude se propose d'analyser la manière dont Médecins Sans Frontières (MSF) a adapté son mandat et ses pratiques, entre 1997 et 2014, face à un contexte particulièrement complexe en République centrafricaine, marqué par une crise sanitaire persistante, un effondrement de l'État et une fragmentation politique profonde. Pour ce faire, elle est fondée sur l'analyse de sources primaires (rapports de MSF, documents centrafricains et diverses autres organisations internationales) et d'une bibliographie spécialisée. L'implantation de MSF, dès 1997, répond à l'effondrement d'un système de santé durablement délabré. Au fil des années, l'organisation se substitue aux services publics, notamment dans les zones rurales et de conflit. Dans plusieurs préfectures, elle devient la principale, voire l'unique, acteur médical, assurant la gestion hospitalière, la vaccination, le traitement des maladies endémiques et le soutien aux populations déplacées. Ce basculement engendre des tensions éthiques et opérationnelles : difficultés d'accès à certains territoires, accusations de partialité et pression croissante pour pérenniser les dispositifs mis en place. Ces contraintes remettent en question les fondements mêmes de l'action humanitaire, conçue comme temporaire, impartiale et indépendante. Ainsi, la Centrafrique, MSF n'est plus seulement un acteur de l'urgence. Il est devenu un maillon structurant d'un système de santé parallèle, transitoire par nature, mais prolongé dans le temps.

Mots-clés : *Centrafrique – Médecins Sans Frontières – État défaillant – urgence humanitaire – gouvernance parallèle.*

Médecins sans frontières in the Central African Republic (1997–2014): between medical emergencies and the complexity of the terrain

Abstract

This study aims to analyze how Médecins Sans Frontières (MSF) adapted its mandate and practices between 1997 and 2014 in response to a particularly complex situation in the Central African Republic, marked by a persistent health crisis, the collapse of the state, and profound political fragmentation. To this end, it is based on an analysis of primary sources (MSF reports, Central African documents, and various other international organizations) and a specialized bibliography. MSF's establishment in 1997 was a response to the collapse of a

long-neglected health system. Over the years, the organization has replaced public services, particularly in rural and conflict areas. In several prefectures, it became the main, if not the only, medical actor, providing hospital management, vaccination, treatment of endemic diseases, and support to displaced populations. This shift gave rise to ethical and operational tensions: difficulties in accessing certain territories, accusations of bias, and growing pressure to perpetuate the systems put in place. These constraints call into question the very foundations of humanitarian action, which is designed to be temporary, impartial, and independent. Thus, in the Central African Republic, MSF is no longer just an emergency responder. It has become a key link in a parallel health system that is transitional in nature but prolonged over time.

Keywords : *Central African Republic – Doctors Without Borders – Failed state – Humanitarian emergency – Parallel governance.*

Introduction

Depuis la fin du XX^e siècle, la République centrafricaine (RCA) s'est progressivement enfoncée dans une instabilité multidimensionnelle, mêlant effondrement de l'État, insécurité chronique et crises humanitaires récurrentes. Située au cœur du continent africain, mais souvent reléguée aux marges de l'agenda international, la Centrafrique incarne l'un des exemples les plus frappants d'un État en déliquescence, incapable d'assurer les fonctions régaliennes les plus essentielles (M.C. Nzadimana, 2016, p. 60), au premier rang desquelles figure l'accès aux soins de santé. Dans un pays où les structures médicales publiques sont en grande partie dysfonctionnelles, voire inexistantes dans certaines régions, la population se trouve livrée à elle-même, sans protection ni prise en charge appropriée face aux maladies endémiques, aux épidémies et aux conséquences sanitaires des conflits armés. Dans ce contexte de déliquescence de l'État et de crise sanitaire structurelle, les organisations humanitaires internationales à vocation médicale jouent un rôle central dans l'accès aux soins et à la survie des populations. Parmi elles, il y a Médecins Sans Frontières (MSF).

Fondée en 1971 en France par des médecins et des journalistes, (A. Vallaeys, 2004, p. 99), MSF est une association humanitaire privée à vocation internationale. Elle rassemble principalement des médecins et des professionnels de santé, tout en intégrant d'autres compétences diversifiées, indispensables à l'accomplissement de ses missions. Ses membres s'engagent solennellement à respecter des principes fondamentaux : apporter une assistance médicale neutre et impartiale aux populations en détresse, sans aucune forme de discrimination ; agir en toute indépendance, dans le respect de l'éthique médicale ; assumer les risques inhérents à leurs interventions, sans prétendre à aucune indemnisation

au-delà de celle que l'association est en mesure d'accorder¹. C'est dans cette fidélité à ses valeurs que s'inscrit son engagement en RCA. Entamée en 1997, son implantation s'est rapidement renforcée, jusqu'à devenir quasiment permanente. Agissant dans le cadre d'un mandat d'urgence, l'organisation s'est imposée comme un acteur incontournable du système de santé, dans un pays où les infrastructures médicales sont fréquemment absentes, défailtantes ou détruites. MSF y prend en charge un large éventail de pathologies, allant du paludisme à la rougeole, en passant par la malnutrition et les traumatismes liés aux conflits armés, tout en s'efforçant de préserver les principes fondamentaux régissant l'action humanitaire : neutralité, impartialité et indépendance. Cependant, cette action s'inscrit dans un environnement particulièrement hostile, marqué par des violences armées, l'insécurité des personnels, des déplacements massifs de populations et des tensions entre les différents acteurs du conflit. MSF se trouve ainsi confrontée à une réalité opérationnelle complexe, oscillant entre urgence et ancrage dans la durée, entre principes humanitaires et nécessité d'adaptation pragmatique. À mesure que la crise centrafricaine se prolonge et s'intensifie, notamment avec l'émergence de la rébellion Séléka et les affrontements intercommunautaires à partir de 2013, l'organisation doit redéfinir en permanence ses modalités d'action.

Circonsrite dans la temporalité 1997-2014, deux bornes chronologiques renvoyant respectivement au début de l'engagement et à la suspension temporaire des activités de MSF en RCA en raison d'une insécurité croissante, l'étude s'inscrit à la croisée de deux dynamiques : l'urgence médicale persistante et la complexité du terrain, interrogées à travers une question centrale : comment MSF a-t-elle adapté son action humanitaire en Centrafrique entre 1997 et 2014, face à la gravité des besoins sanitaires et aux contraintes politiques, sécuritaires et logistiques imposées par un contexte instable et violent ?

La présente réflexion se propose d'analyser la manière dont MSF a adapté son mandat et ses pratiques, entre 1997 et 2014, face à un contexte particulièrement complexe en RCA, marqué par une crise sanitaire persistante, un effondrement de l'État et une fragmentation politique profonde. Pour y parvenir, elle s'appuie sur des sources primaires écrites émanant de MSF, de l'administration centrafricaine et d'autres organisations internationales ainsi que sur une bibliographie spécialisée. De l'exploitation de l'ensemble documentaire se dégage un plan binaire. La première partie traite de l'encrage de MSF dans un paysage sanitaire en ruine. La seconde partie révèle que l'intervention de MSF est confrontée aux dilemmes éthiques et aux contraintes.

¹ Cf Charte MSF

1. L'ancrage de MSF dans un paysage sanitaire en ruines

L'installation de MSF en RCA à partir de 1997 ne peut être comprise qu'à la lumière d'un double effondrement, structurel et historique : celui du système de santé public et celui de la présence étatique dans l'arrière-pays. En RCA, le secteur de la santé n'a jamais été universellement accessible. Dès les années postcoloniales, les politiques sanitaires apparaissent fragmentées, centrées sur la capitale et vulnérables aux logiques d'ajustement néolibéral imposées par les bailleurs internationaux dans les années 1980-1990. À partir de la décennie 2000, l'instabilité politico-militaire croissante aggrave l'érosion des services publics. Dans ce contexte de délitement prolongé, MSF trouve un terrain d'action marqué à la fois par l'urgence médicale, l'absence d'État et l'oubli international.

1.1. Une défaillance historique et prolongée du système de santé public

L'histoire du système de santé centrafricain est celle d'un inachèvement. Dès les années 1960, l'indépendance n'efface pas l'héritage colonial. Le modèle sanitaire reste hospitalo-centré². Il se concentre presque exclusivement à Bangui. À l'intérieur du pays, les structures sont rares, faiblement dotées, souvent improvisées³.

Dès la décennie 1970, l'État centrafricain accumule du retard. Le personnel qualifié manque. L'Annuaire statistique du ministère de la Santé publique recense en 1983 seulement 198 médecins pour une population de près de deux millions d'habitants, soit moins d'un médecin pour 10 000 personnes⁴. Les écoles de formation n'ont pas les capacités d'absorber les besoins. Le personnel infirmier est mieux représenté, mais sous-qualifié. La médecine traditionnelle reste dominante dans les zones rurales. L'accès aux médicaments est très limité.

À partir de 1988, les Programmes d'Ajustement Structurel (PAS), imposés par la Banque mondiale et le FMI, conduisent à une sévère réduction des dépenses publiques. Les budgets de la santé chutent de près de 40 % entre 1989 et 1993⁵. Le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 1994–2000 reconnaît lui-même un recul alarmant : « sur 158 centres de santé existants en 1985, seuls 89 fonctionnent encore partiellement en 1994 »⁶. L'offre de soins est désorganisée, les chaînes d'approvisionnement sont défaillantes.

Ce diagnostic se confirme au début des années 2000. Le rapport de coopération de l'OMS pour la RCA 2004–2008 dresse un constat sévère. Le pays est décrit

² L'expression « modèle sanitaire hospitalo-centré » signifie que l'organisation du système de santé repose principalement sur les hôpitaux, au détriment d'autres niveaux de soins, notamment les soins primaires (dispensaires, centres de santé de proximité, prévention, etc.).

³ Ministère de la Santé publique, *Annuaire statistique*, 1983, p. 16.

⁴ *Ibidem*, p. 17.

⁵ Ministère du Plan, *Rapport d'exécution budgétaire*, 1994, p. 12.

⁶ Ministère de la Santé, *Le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 1994–2000*, 1994, p. 23.

comme un « État en situation d'urgence chronique »⁷. Les indicateurs sont catastrophiques : espérance de vie à 47 ans, mortalité infantile à 174 ‰, mortalité maternelle à 850 pour 100 000 naissances et un taux de prévalence du VIH supérieur à 6 % chez les adultes⁸. L'indice de développement humain classe la RCA parmi les cinq pays les plus pauvres au monde⁹.

Le retard structurel s'aggrave encore avec la détérioration politique du pays. Dès le début des années 2000, les tensions militaires se traduisent par un retrait de l'administration publique dans de nombreuses zones. Des régions entières, comme la Vakaga, l'Ouham-Pendé ou la Haute-Kotto, ne disposent plus d'aucune structure médicale étatique opérationnelle entre 2004 et 2010¹⁰. Le vide laissé par l'État devient abyssal. En 2011, la Banque mondiale relève que les ménages supportent à hauteur de 70 % les dépenses de santé, ce qui constitue un facteur déterminant d'exclusion sociale¹¹.

En définitive, la crise sanitaire centrafricaine n'est pas conjoncturelle. Elle s'inscrit dans un temps long. Elle résulte d'un désengagement progressif, mais continu de l'État, combiné à une dépendance accrue à l'aide extérieure, à des politiques d'ajustement destructrices, ainsi qu'à une incapacité structurelle de planification. Cette trajectoire historique, caractérisée par la dégradation continue des institutions sanitaires, précède et exacerbe les conséquences des conflits armés ultérieurs.

1.2. Un accès aux soins quasi inexistant hors de la capitale et dans les zones en guerre

Dès les années 1980, le ministère de la Santé reconnaît dans ses statistiques que les formations sanitaires périphériques sont « sous-dotées, sous-utilisées et peu attractives pour les agents qualifiés »¹². En 1999, une enquête menée conjointement par l'OMS et le ministère de la Santé dresse un constat alarmant : « 72 % des actes médicaux sont réalisés dans la seule ville de Bangui », alors même que la capitale ne concentre qu'environ 30 % de la population nationale »¹³.

Ce déséquilibre territorial dans l'offre de santé s'accroît à la fin 2000, avec le contexte de guerre. En effet, le contexte de guerre aggrave considérablement

⁷ Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Stratégie de coopération avec la République centrafricaine*, 2008, p. 7.

⁸ *Idem*, p. 8.

⁹ Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), *Rapport sur le développement humain*, 2007, p. 4.

¹⁰ Haut-Commissariat des Nations unies aux Droits de l'Homme (JCDH), *Rapport RCA*, 2006, p. 14.

¹¹ Banque mondiale, *Revue des dépenses publiques sociales RCA*, 2011, p. 25.

¹² Ministère de la Santé de la RCA, *Annuaire statistique*, 1983, p. 24

¹³ Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et Ministère de la Santé de la RCA, *Enquête sanitaire RCA*, 1999, p. 9.

l'accès aux soins en fragilisant davantage un système de santé déjà très affaibli. D'abord, les affrontements entre forces gouvernementales et groupes armés, comme l'Union des Forces Démocratiques pour le Rassemblement (UFDR) dans le nord-est ou l'Armée Populaire pour la Restauration de la Démocratie (APRD) dans le nord-ouest, entraînent la destruction ou l'occupation des structures sanitaires, rendant les centres de santé inopérants ou dangereux. En 2006, le Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme (HCDH) rapporte que « la préfecture de la Vakaga ne dispose d'aucun agent de santé public. La Bamingui-Bangoran n'est desservie que ponctuellement par des équipes mobiles d'ONG »¹⁴. Ensuite, les agents de santé fuient les zones en conflit, par peur des violences, ce qui provoque un abandon quasi total des services médicaux. En parallèle, les routes contrôlées par des groupes armés bloquent les chaînes d'approvisionnement en médicaments et matériels essentiels. Les patients ne peuvent plus se déplacer vers des centres de soin et les ONG peinent à atteindre les zones les plus isolées. Par ailleurs, les déplacements massifs de population dus aux combats créent de nouveaux besoins sanitaires dans des zones sans aucune couverture médicale. Enfin, l'insécurité empêche le redéploiement efficace des structures humanitaires, laissant de vastes régions totalement dépourvues de soins. Ainsi, le conflit transforme l'accès à la santé en un privilège réservé à ceux qui vivent dans les zones sécurisées, principalement à Bangui.

Outre le contrôle exercé par les factions armées, le réseau routier, quasiment inchangé depuis les années 1970, constitue un facteur majeur de l'isolement des zones rurales. En 2008, le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) signale que « moins de 5 % des routes sont revêtues de bitume. De nombreuses localités sont totalement coupées du reste du pays pendant la saison des pluies »¹⁵. Cela concerne notamment les régions de l'est, comme Haut-Mbomou et Mbomou, ainsi que certaines parties du centre-nord. Les hôpitaux préfectoraux, quand ils existent, sont privés de médicaments, de carburant, voire d'électricité.

L'effondrement des services publics de santé, aggravé par l'insécurité et l'isolement des territoires, ouvre la voie à une prise en charge quasi exclusive par les ONG, au premier rang desquelles figure MSF.

1.3. MSF, acteur humanitaire de substitution dans un État en crise permanente

Face à la défaillance de l'État, MSF devient un acteur de substitution, assumant des fonctions étatiques dans plusieurs régions du pays. À partir de 2003, à la faveur de l'instabilité croissante et de l'impuissance structurelle de l'État, MSF

¹⁴ HCDH, *Rapport RCA*, 2006, p. 14.

¹⁵ PNUD, *Rapport sur le développement humain*, 2008, p. 38.

commence à assumer des fonctions de plus en plus larges, dépassant le strict mandat humanitaire. Des cliniques, hôpitaux, programmes de vaccination, maternités, services psychiatriques, jusqu'à la gestion complète de formations sanitaires censées relever du ministère de la Santé. Cette transition est progressive, mais inéluctable. Dans un pays où le vide institutionnel est presque total, l'organisation devient un acteur de premier plan du service public de santé. C'est ainsi que « 90 % des soins sont assurés par MSF, dans un contexte d'absence totale d'agents de l'État »¹⁶. À Paoua, Batangafo, Kabo, Bria, Zémio ou Bossangoa, l'organisation gère des hôpitaux, forme des agents de santé communautaires, soutient les accouchements, traite les pathologies chroniques, assure les vaccinations et organise même des référencement chirurgicaux interrégionaux. Le ministère de la Santé reconnaît officiellement cette substitution : « dans plusieurs préfectures, les ONG, notamment MSF, constituent les seuls piliers fonctionnels du système de santé »¹⁷. Bien qu'implicite, cette reconnaissance institutionnelle acte une délégation tacite des fonctions régaliennes à des acteurs non étatiques.

La nature même de cette implication interroge. En effet, l'humanitaire se fonde traditionnellement sur une logique d'exception : il intervient lorsque l'État connaît une défaillance temporairement, afin de répondre à des besoins ciblés et circonscrits dans le temps. En Centrafrique, cependant, la « crise » se pérennise, faisant de l'exception une règle. Ce glissement est une « gouvernance de l'oubli » (C. Magone, 2012, p. 49), où les ONG « compensent non seulement l'absence d'un État fonctionnel, mais aussi celle des bailleurs internationaux et des acteurs de développement » (*ibidem*). Dans ce contexte, l'aide humanitaire perd son caractère transitoire pour devenir structurelle. La RCA devient dès lors, un « laboratoire de l'humanitaire structurel » où les équipes humanitaires doivent agir « comme des ministères ambulants » (F. Weissman, 2011, p. 152), en assurant durablement les fonctions d'un État absent.

Les conséquences de cette substitution sont doublement ambivalentes. D'un côté, elle offre à des millions de personnes un accès à des soins qui leur seraient autrement inaccessibles. De l'autre, elle crée une forme de désincitation pour les autorités nationales à reprendre en charge les fonctions sociales essentielles. Ce processus instaure un système parallèle, dépendant d'acteurs externes et vulnérable aux variations des financements humanitaires.

Par ailleurs, cette substitution compromet la gouvernance sanitaire à long terme. Dépourvue de tout fondement constitutionnel, elle demeure tributaire des bailleurs et de la stabilité des équipes présentes sur le terrain. Elle institue ainsi

¹⁶ MSF, *Rapport annuel 2009*, p. 88.

¹⁷ Ministère de la Santé, *Le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2015*, p. 34.

une forme de « gouvernement humanitaire » dans laquelle « l'aide se substitue à la souveraineté » (M. Agier, 2008, p. 119).

En un mot, MSF ne se contente pas de combler un vide. Elle devient, malgré elle, une composante de l'ordre local : un pouvoir médical temporaire, mais constant, une autorité non élue, mais acceptée, une instance salvatrice investie d'une légitimité de fait dans un contexte d'abandon étatique. Une telle position, bien qu'indispensable, n'est pas sans ambivalence. Elle expose l'organisation à de multiples tensions, l'obligeant à naviguer entre exigences éthiques et arbitrages pragmatiques, dans un environnement particulièrement contraignant et instable.

2. Une intervention confrontée aux dilemmes éthiques et aux contraintes du terrain centrafricain

MSF se déploie dans un contexte particulièrement complexe où les dilemmes éthiques se mêlent aux réalités d'un terrain instable. Marquée par une insécurité chronique, une fragmentation des acteurs armés et une hostilité mouvante, la situation met à l'épreuve les principes fondateurs de l'action humanitaire, notamment la neutralité, l'impartialité et l'indépendance. Dans ce climat tendu, l'accès aux populations en détresse reste difficile et intermittent, limitant l'efficacité des interventions. Par ailleurs, face à la persistance des crises, le modèle d'urgence tend à s'essouffler, forçant les acteurs humanitaires à redéfinir leurs pratiques à la frontière du développement.

2.1. L'accès restreint et prolongé à certaines zones : un humanitaire confronté à l'insécurité

À partir des années 2000, la géographie du conflit centrafricain se complexifie sous l'effet d'une fragmentation accélérée du pouvoir militaire et politique. Les rébellions successives, d'abord cantonnées au nord-est, s'étendent progressivement vers le centre et l'ouest du pays. L'Union des Forces Démocratiques pour le Rassemblement (UFDR), active dès 2006, est bientôt suivie par la Convention des patriotes pour la justice et la paix (CPJP) puis, dans une logique de fédération des mouvements armés, par la Séléka à partir de 2012¹⁸. La contre-offensive des milices anti-balaka, à dominante chrétienne, enclenche alors un cycle de violences intercommunautaires et de représailles, entraînant un effondrement presque total du maillage sécuritaire étatique.

Dans ce contexte, l'accès aux populations devient l'un des défis majeurs pour les ONG médicales. Implantée dans une quinzaine de préfectures, MSF se trouve confrontée à un double phénomène : d'une part, l'effondrement logistique dû à la destruction des routes, des ponts et des télécommunications et, d'autre part, la montée des menaces directes contre les acteurs humanitaires eux-mêmes. Les

¹⁸ Rapport du FIDH, « République Centrafricaine : Un pays aux mains des criminels de guerre de la Séléka », p.8.

postes de santé sont régulièrement pillés, les stocks de médicaments confisqués par les groupes armés, les patients interceptés aux barrages, et les équipes médicales prises à partie.

Le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies établit, en 2013, une cartographie précise de cette inaccessibilité : « l'insécurité empêche l'accès à plus de 30 % du territoire, principalement dans les régions de la Vakaga, de la Haute-Kotto, de la Bamingui-Bangoran et de la Nana-Grébizi »¹⁹. La situation est d'autant plus critique que ces zones sont précisément celles où l'offre de soins est historiquement la plus déficitaire. Les besoins y sont immenses, mais l'accès y est quasiment impossible.

MSF lui-même devient victime de la violence qu'elle tente de contourner. En avril 2014, seize personnes sont tuées lors d'une attaque contre l'hôpital de Boguila, dans l'Ouham, parmi lesquelles trois membres du personnel MSF. Le centre de Bossangoa est saccagé quelques mois plus tard. Ces événements dramatiques marquent une rupture dans la perception du personnel humanitaire : d'acteurs supposément neutres, ils deviennent, aux yeux de certaines factions, des vecteurs potentiels d'influence ou de compromission. Par conséquent, l'Organisation mondiale de la santé dresse un constat accablant : « la République centrafricaine figure parmi les cinq contextes les plus dangereux pour les personnels de santé, avec plus de 40 attaques recensées contre des infrastructures ou des ambulances entre 2013 et 2014 »²⁰. Ces agressions ne sont pas le fruit du hasard : elles traduisent une instrumentalisation croissante de l'aide humanitaire dans des logiques locales de domination territoriale.

Face à cette hostilité, MSF est contrainte d'adapter ses modalités opérationnelles. L'organisation met en place des cliniques mobiles, moins exposées que les centres fixes. Elle s'appuie sur des agents de santé communautaires, issus des villages eux-mêmes, pour assurer une présence discrète, mais continue. Des systèmes d'évacuation médicale aérienne sont mis en œuvre dans certaines zones totalement enclavées, comme dans la Vakaga ou la Haute-Sangha. Mais ces solutions ne sont jamais durables. L'accès reste soumis aux rapports de force locaux. Chaque intervention suppose une négociation tacite ou explicite avec les groupes armés en place. Cette réalité fragilise l'un des principes fondateurs de l'humanitaire : l'accès inconditionnel et libre aux victimes. Comme le souligne Fabrice Weissman (2010, p. 214) : dans les guerres civiles fragmentées, le droit humanitaire est souvent relégué au second plan au « profit d'un droit de passage accordé selon des logiques clientélistes ou militaires ».

¹⁹ Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations, *Rapport humanitaire RCA*, 2013, p. 5.

²⁰ OMS, *Rapport mondial sur la sécurité des agents de santé*, 2014, p. 72.

Ainsi, «la prolifération des acteurs armés et l'éclatement des chaînes de commandement rendent les garanties de sécurité de plus en plus précaires, voire illusoires»²¹. Les humanitaires doivent ainsi composer avec un univers fragmenté, mouvant où la perception de leur neutralité est biaisée par des intérêts locaux.

Par ailleurs, l'inaccessibilité de certaines zones entraîne une inégalité croissante dans la distribution des soins. Les régions les plus violentes, donc les plus vulnérables, deviennent paradoxalement celles où l'offre humanitaire est la plus restreinte. Ce déséquilibre structurel pose un dilemme éthique central à MSF : comment maintenir l'équité de l'intervention quand les contraintes sécuritaires l'interdisent ? Le principe d'impartialité, c'est-à-dire soigner selon les besoins et non selon les opportunités, se heurte ici à la réalité du terrain.

Enfin, cette insécurité persistante oblige MSF à repenser non seulement sa présence physique, mais aussi ses alliances, ses mécanismes de redevabilité, ainsi que ses moyens d'acceptabilité communautaire. Des programmes de dialogue local sont mis en place, notamment via des «comités de santé» villageois chargés d'assurer la médiation entre les équipes médicales et les forces locales. Mais leur efficacité reste variable.

En RCA, l'accès humanitaire ne saurait être considéré comme un acquis. Il relève d'une conquête perpétuelle, d'un compromis délicat et d'un pari renouvelé au quotidien. Dans un contexte marqué par l'intermittence de l'autorité étatique et l'indétermination des lignes de front, chaque mission s'apparente à une navigation incertaine où les impératifs de sécurité prévalent bien souvent sur les considérations médicales.

2.2. Une neutralité humanitaire mise à l'épreuve dans un contexte d'hostilité mouvante

Le principe de neutralité, au cœur du mandat de MSF, repose sur un engagement clair : n'intervenir qu'en fonction des besoins médicaux, sans discrimination politique, ethnique ou religieuse. Mais en RCA, cet idéal entre rapidement en conflit avec la réalité du terrain. À partir de 2013, les violences intercommunautaires se généralisent. Elles opposent principalement des groupes armés issus de la coalition Séléka à dominante musulmane et des milices anti-balaka, à majorité chrétienne. Dans ce contexte éclaté, l'action humanitaire, même strictement médicale, est inévitablement perçue comme un acte politique. À Bangui, par exemple, les équipes de MSF apportent leur soutien logistique et médical à l'hôpital communautaire et à la mosquée du PK5, quartiers majoritairement musulmans. Cette assistance provoque des tensions dans les zones voisines, à dominante chrétienne, où l'on accuse l'organisation de prendre parti. Des rumeurs circulent. Des patients sont menacés. Des équipes sont

²¹ CICR, *Note opérationnelle sur la RCA*, 2015, p. 3.

agressées. La neutralité, pourtant affichée, devient suspecte aux yeux des communautés locales. MSF admet, en 2014, la difficulté croissante de faire comprendre son positionnement : « notre assistance médicale est parfois interprétée comme une prise de position politique, malgré notre volonté d'universalité et de neutralité »²². L'organisation se voit contrainte de redoubler d'efforts en matière de communication, d'explication de sa démarche et d'interaction communautaire.

Dans ce climat de tensions exacerbées, la perception de l'action humanitaire devient elle-même un enjeu de conflit. Ce n'est plus seulement la présence de MSF qui est remise en question, mais l'interprétation même de ses gestes médicaux. Ce défi est d'autant plus grand que la confiance entre populations et humanitaires est fragile. En l'absence d'un État régulateur et d'une presse indépendante, la circulation de l'information est biaisée par les leaders communautaires, les chefs de guerre ou les rumeurs locales. Les ONG deviennent alors des cibles faciles : on les accuse de transporter des armes, de favoriser la fuite de certains groupes, ou d'introduire des épidémies. MSF reconnaît avoir dû suspendre certaines missions en raison de « campagnes de dénigrement » orchestrées par des acteurs armés ou des autorités locales²³.

Les dilemmes éthiques deviennent alors structurels. Maintenir un programme médical dans une zone sous contrôle d'une milice accusée d'exactions implique de naviguer en permanence entre nécessité humanitaire et risque de compromission. Fournir des soins sans distinction signifie prendre en charge des blessés sans considération pour leur appartenance, ce qui peut être perçu comme une forme de neutralité suspecte. Quitter un territoire peut entraîner l'abandon des civils les plus vulnérables, tandis que rester expose l'organisation au risque d'être instrumentalisée par des acteurs armés. Chaque choix affecte non seulement la crédibilité de l'organisation, mais aussi la sécurité de ses équipes et la perception de son impartialité.

MSF s'efforce de préserver une cohérence en diversifiant ses zones d'intervention, en équilibrant le recrutement local et en renforçant le dialogue avec les autorités traditionnelles. Mais dans une guerre sans lignes fixes, sans interlocuteurs stables, sans garantie d'accès, cette stratégie reste fragile. L'indépendance opérationnelle devient elle-même un objectif incertain, soumis aux aléas des alliances locales, des perceptions populaires et des risques sécuritaires. Les équipes de terrain sont régulièrement confrontées à ces contradictions : un médecin qui soigne un milicien accusé de massacre, un infirmier qui préserve l'anonymat d'un blessé recherché, ou encore un logisticien qui doit négocier avec plusieurs factions rivales pour avancer de quelques kilomètres. Ils évoluent tous dans une zone grise où la frontière entre éthique

²² MSF, *Rapport annuel 2014*, p. 73.

²³ *Ibidem*.

humanitaire et pragmatisme opérationnel s'estompe, laissant place à une réalité complexe et contradictoire.

En RCA, la neutralité n'est pas une position stable. Elle est un équilibre fragile, sans cesse remis en cause. Elle suppose une vigilance constante, une éthique de la nuance et une capacité à reconnaître que, dans certaines situations, agir sans prendre parti est perçu comme un parti pris. Dans ce contexte, la frontière entre mission humanitaire et pratiques de développement devient de plus en plus poreuse, soulignant l'usure du modèle d'urgence.

2.3. L'usure du modèle d'urgence : entre mission humanitaire et pratiques de développement

L'intervention de MSF en RCA, amorcée en 1997, s'inscrivait initialement dans une logique d'urgence. Il s'agissait de répondre à des épidémies localisées, comme la rougeole, le paludisme, la méningite, ainsi qu'à une insécurité médicale généralisée dans un État en crise chronique. Pourtant, en 2014, donc dix-sept années plus tard, l'organisation est toujours présente, implantée durablement dans plusieurs préfectures. Cette permanence interroge le fondement même du mandat humanitaire d'urgence.

MSF s'est vu confier, de facto, des fonctions régaliennes : gestion quotidienne des hôpitaux publics, supervision du personnel soignant, approvisionnement en médicaments, pilotage des campagnes de vaccination et même coordination des référencement. Les équipes de l'organisation s'expriment sans détour sur cette mutation : « en Centrafrique, nous sommes à la fois les pompiers et les bâtisseurs de l'édifice sanitaire »²⁴. Dans plusieurs localités telles que Paoua, Zémio, Kabo ou Bria, MSF assure depuis de nombreuses années, sans interruption, la gestion de structures hospitalières. Dans certaines régions, l'organisation représente même le seul acteur médical présent, à l'exception de quelques dispensaires communautaires isolés²⁵.

Délaissées par un État défaillant, les populations en viennent à considérer MSF comme vers une institution publique de substitution. Les attentes dépassent largement le mandat strictement humanitaire : demandes de scolarisation, de construction d'infrastructures hydrauliques ou encore d'aide économique. En l'absence de relais étatiques ou d'une présence onusienne structurée, l'organisation s'impose comme le point d'ancrage central de la vie sociale locale. Julie Duchatel (2014, p. 12) résume avec justesse ce paradoxe : « Une humanitaire de substitution devenue le dernier recours d'un pays oublié des agendas internationaux ».

Le flou entre urgence et développement est une réalité bien établie, surtout dans les contextes d'effondrement prolongé de l'État. La répétition incessante des

²⁴ MSF, *Rapport annuel 2011*, p. 89.

²⁵ Ministère de la Santé, *Plan national de développement sanitaire 2011–2015*, p. 34.

interventions d'urgence finit par créer un système durable de gestion de la précarité où l'urgence cesse d'être une exception pour devenir la norme (M. Le Pape, J. Siméant et F. Weissman, 2013, p. 87). Confrontée à cette situation, MSF se voit dans l'obligation de se réinventer. L'organisation privilégie des stratégies à long terme, telles que le renforcement des capacités locales, la mise en place de mécanismes d'auto-provisionnement et l'élaboration de plans de retrait progressifs. Cette nécessité d'adaptation illustre ce que D. Fassin (2010, p. 123) appelle « éthique de la présence » : une posture consistant à rester, envers et contre tout, sur la durée, là où d'autres se retirent. Mais cette éthique exige un lourd tribut : elle pèse sur l'épuisement des équipes, l'essoufflement d'un modèle en crise et parfois une remise en question profonde du sens même de l'engagement.

Finalement, MSF devient à la fois témoin, acteur et victime d'une crise prolongée de l'État. Pensée comme une parenthèse, son intervention devient structurelle. Construit autour de l'exception, son modèle se mue en gestion du quotidien. En RCA, l'urgence n'a plus de fin. Elle s'institutionnalise.

Conclusion

La présence de MSF en RCA illustre les mutations contemporaines de l'humanitaire dans un contexte d'effondrement étatique durable. Pensée comme une réponse ponctuelle aux urgences sanitaires, son intervention s'est peu à peu enracinée dans une réalité marquée par la violence chronique, l'absence de services publics et la marginalisation géopolitique du pays. Ce glissement progressif d'un humanitaire d'urgence vers un humanitaire de substitution témoigne d'un phénomène plus large : la transformation des ONG médicales en prestataires quasi institutionnels dans les zones dites « hors de l'État ».

Trois facteurs principaux structurent ce processus. D'abord, la multiplication des zones inaccessibles en raison de l'insécurité structurelle, alimentée par la fragmentation armée du pays depuis 2003, contraint MSF à réinventer ses modes d'intervention. Cliniques mobiles, recours aux relais communautaires, retrait temporaire ou négociation avec les groupes armés sont devenus la norme. L'accès humanitaire, loin d'être garanti, se négocie désormais au jour le jour. Ensuite, la neutralité de l'action médicale est mise à rude épreuve par les recompositions violentes du tissu social centrafricain. Malgré son intention universelle, l'intervention de MSF est perçue à travers des prismes communautaires ou politiques. Le soutien à une structure hospitalière est interprété comme une prise de parti. Dans un contexte de forte polarisation religieuse ou ethnique, cette réalité expose les équipes à des accusations, des violences, voire des expulsions. Enfin, le modèle de l'urgence permanente atteint ses limites. En l'absence d'un État fonctionnel, MSF assume des responsabilités dévolues aux pouvoirs publics. Elle encadre, forme, finance, administre. Elle devient le socle de la politique de santé, sans en avoir la légitimité

institutionnelle. Dans un pays où la gouvernance est éclatée, où les bailleurs se désengagent, l'ONG s'improvise agent de cohésion sociale.

Le vide de l'État est comblé par une présence médicale étrangère, indispensable, mais fragile et incomplète. MSF ne peut ni se retirer sans mettre en péril des milliers de vies ni poursuivre son action sans s'éloigner de sa mission première. Cette impasse révèle les tensions internes du paradigme humanitaire, tiraillé entre fidélité à ses principes fondateurs et nécessité de s'adapter à la chronicité de la crise. En République centrafricaine, MSF n'est plus seulement un acteur de l'urgence. Il est devenu un pilier d'un système de santé parallèle, transitoire par nature, mais prolongé dans le temps.

Références bibliographiques

- AGIER Michel, 2008, *Gérer les indésirables. Des camps de réfugiés au gouvernement humanitaire*, Paris, Flammarion, coll. « Champs actuel », 254 p.
- Banque mondiale, *Note pays sur la santé en RCA*, 2002, 128 p.
- Banque mondiale, *Revue des dépenses publiques sociales RCA*, 2011, 63 p.
- Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations, *Rapport humanitaire RCA*, 2015, 25 p.
- CICR, *Note opérationnelle sur la RCA*, 2015, 3 p.
- DUCHATEL Julie, 2014, « La Centrafrique, terre d'oubli et d'abandon », *Le Monde diplomatique*, février 2014, p. 12.
- FASSIN Didier, 2010, *La Raison humanitaire. Une histoire morale du temps*, Paris, Gallimard/Seuil, 358 p.
- Haut-Commissariat des Nations unies aux Droits de l'Homme (HCDH), *Rapport RCA*, 2006.
- LE PAPE Marc, VIDAL Claudine et WEISSMAN Fabrice (dir.), *L'action humanitaire en question*, Paris, Karthala/CERI – Sciences Po, 2013, 380 p.
- MAGONE Claire, 2012, « Travailler dans l'oubli en Centrafrique », *Revue Humanitaire*, n° 32, pp. 48-53.
- Ministère de la Santé de la RCA, *Annuaire statistique*, 1983, 165 p.
- Ministère de la Santé, *Le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 1994–2000*, 1994, 100 p.
- Ministère de la Santé, *Le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2015*, 70 p.
- Ministère de la Santé, *Plan national de relance sanitaire*, 2012, 60 p.
- Ministère du Plan de la RCA, *Rapport d'exécution budgétaire*, 1994, 21 p.
- MSF, *Rapport annuel 2009*, 126 p.
- MSF, *Rapport annuel 2011*, 121p.
- MSF, *Rapport annuel 2014*, 96 p.
- NZADIMANA Me-Christine, 2016, *Opérations de paix et interventions humanitaires en Centrafrique*, Thèse de Doctorat en Histoire, Université de Lyon Lumière Lyon 2, 398 p.

- OCHA, *Rapport humanitaire RCA*, 2013, 20 p
- OMS et Ministère de la Santé de la RCA, *Enquête sanitaire RCA*, 1999, 30 p.
- OMS, *Rapport mondial sur la sécurité des agents de santé*, 2014, 52 p.
- OMS, *Stratégie de coopération avec la République centrafricaine*, 2008, 41 p.
- PNUD, *Rapport sur le développement humain*, 2008, 110 p.
- Rapport du FIDH, « République Centrafricaine : Un pays aux mains des criminels de guerre de la Séléka » 2013 56 p.
- UNICEF, *Analyse de la situation des enfants en RCA*, 2006, 180 p.
- VALLAEYS Anne, *Médecins Sans Frontières la biographie*, Paris, Fayard, 2004, 764 p.
- WEISSMAN Fabrice, 2010, *À l'ombre des guerres justes*, Paris, La Découverte, 2010, 286 p.