

DU DROIT D'INGERENCE A LA RESPONSABILITE DE PROTEGER : AMBIGUÏTES MEDICO- HUMANITAIRES CHEZ RONY BRAUMAN

Tapé Ignace **Mazou**

Université Alassane Ouattara

ignace2richmond@yahoo.fr

Résumé

Ce sujet aborde la problématique de l'évolution du Droit d'ingérence vers la Responsabilité de protéger (R2P) et son impact sur l'action médicale humanitaire. Le Droit d'ingérence, entendu comme l'intervention de la communauté internationale pour protéger les droits de l'homme, et la R2P, fondée sur la priorité accordée à la protection des populations contre les atrocités, constituent aujourd'hui deux notions majeures de l'écosystème humanitaire. Quant à la médecine humanitaire, elle vise essentiellement à apporter un soutien médical et sanitaire aux populations victimes de catastrophes naturelles ou humaines. Cependant, dans un monde profondément marqué par les enjeux politiques, les concepts de Droit d'ingérence et de Responsabilité de protéger apparaissent comme des notions au cœur de l'ambiguïté humanitaire, tant ils demeurent susceptibles de manipulation. Ainsi, bien que la R2P représente un progrès remarquable dans la protection de l'humain en période de conflit armé, son applicabilité reste complexe et expose l'action médicale humanitaire à des réalités qui dépassent le strict cadre humanitaire. Cette situation pose la question de la redéfinition même de la médecine humanitaire face aux nouveaux enjeux internationaux. Si la médecine humanitaire, puis le droit international humanitaire, ne recentrent pas leurs actions sur leur essence propre et sur leurs limites dans l'échiquier international, l'hostilité envers l'action médicale humanitaire continuera de croître dans un monde toujours plus vulnérable. À travers les écrits de Rony Brauman, nous soutenons ainsi l'impératif d'une médecine soustraite aux interventions humanitaires politiquement chargées.

Mots-clés : droit, humanitaire, ingérence, médecine, responsabilité

Abstract

This subject examines the evolution from the Right of Humanitarian Intervention to the Responsibility to Protect (R2P) and its impact on humanitarian medical action. The Right of Humanitarian Intervention, understood as the intervention of the international community to protect human rights, and the R2P, grounded in the priority given to protecting populations from atrocities, now constitute two major concepts within the humanitarian ecosystem. Humanitarian medicine, for its part, is primarily aimed at providing medical and health assistance to populations affected by natural or human-made disasters. However, in a world deeply shaped by political dynamics, the concepts of the Right of Humanitarian Intervention and the Responsibility to Protect appear as notions at the core of humanitarian ambiguity, insofar as they remain susceptible to political manipulation. Thus, although the R2P represents a remarkable advancement in the protection of human beings during armed conflicts, its implementation remains complex and exposes humanitarian medical action to realities that go beyond the strictly humanitarian framework. This situation raises the question of redefining humanitarian medicine itself

in light of new international challenges. If humanitarian medicine, and subsequently international humanitarian law, fail to refocus their actions on their own essence and on the limits of their role within the international arena, hostility toward humanitarian medical action will continue to grow in an increasingly vulnerable world. Through the writings of Rony Brauman, we therefore uphold the imperative of a form of medicine detached from politically charged humanitarian interventions.

Keywords: *humanitarian, law, intervention, medicine, responsibility*

Introduction

La guerre du Biafra constitue un moment charnière de l'humanitaire contemporain, en ce qu'elle inaugure une remise en cause du principe de non-ingérence au nom de la protection des populations. Cette rupture marque le passage d'une neutralité stricte à une éthique de la dénonciation et voit émerger la notion de « droit d'ingérence », préfigurant la « responsabilité de protéger » en 2005.

Le « droit d'ingérence », d'abord fondé sur une exigence morale sans base juridique formelle, visait à légitimer l'intervention face à des violations massives des droits humains. À l'inverse, la « responsabilité de protéger » s'inscrit dans un cadre normatif institutionnalisé, posant que la souveraineté implique une responsabilité de protection des populations, relayée par la communauté internationale en cas de défaillance étatique, le recours à la force demeurant ultime. Ainsi, la protection des civils devient un fondement central de la légitimation de l'usage de la force.

Toutefois, cette évolution ne saurait être comprise comme un simple progrès linéaire : elle traduit une reconfiguration des rapports entre souveraineté, morale et gouvernement des vies. Les limites empiriques de ce paradigme apparaissent notamment en Somalie, où les interventions destinées à « sécuriser l'aide humanitaire » ont parfois contribué à la violence. Comme le souligne Rony Brauman, elles ont donné lieu à « de graves exactions, incluant bombardements d'infrastructures sanitaires, violences contre des non-combattants et massacres de civils » (Brauman, 1993 : 10). L'intervention humanitaire tend alors à devenir un acteur du conflit, révélant une tension fondamentale avec l'éthique médicale fondée sur le principe de « soigner sans gouverner ».

Dès lors, la mutation du « droit d'ingérence » vers la « responsabilité de protéger » apparaît, dans la perspective critique de Brauman, moins comme une rupture que comme une reformulation

rationalisée des mêmes ambiguïtés. À partir de ce moment, une interrogation centrale s'impose : en quoi la mutation du « droit d'ingérence » vers la « responsabilité de protéger » contribue-t-elle, loin de dissiper les ambiguïtés, à renforcer la dimension structurellement équivoque de l'action humanitaire médicale ? Pour répondre à cette problématique, il conviendra, dans un premier temps, d'analyser les continuités et les ruptures entre le droit d'ingérence et la responsabilité de protéger ; dans un second temps, de mettre en lumière la critique braumanienne de cette évolution et les tensions éthiques qu'elle révèle ; enfin, d'interroger les fondements et les limites de l'action médicale humanitaire afin d'en restituer le sens propre et le positionnement légitime dans l'ordre international contemporain.

Mutation normative ou déguisement du « Même »

Le droit d'ingérence émerge comme une exigence morale face aux crimes de masse, remettant en cause la neutralité humanitaire et la souveraineté étatique. Porté par des acteurs humanitaires, il légitime une intervention, parfois militaire, pour protéger les populations. Toutefois, il demeure juridiquement incertain, politiquement instrumentalisé et éthiquement contesté. Face à ces limites, la R2P apparaît dans les années 2000 comme une tentative de refondation normative. Mais celle-ci reste également marquée par des logiques politiques et des applications sélectives. Ces deux notions traduisent ainsi les tensions persistantes entre impératif humanitaire et rapports de puissance.

1.1. Limites et critiques du « Droit d'ingérence »

Le droit d'ingérence, entendu comme la faculté pour un État ou une coalition d'États d'intervenir dans les affaires internes d'un autre État afin de prévenir ou de faire cesser des violations massives des droits fondamentaux, s'inscrit dans une tension structurelle du droit international contemporain : celle qui oppose la protection des individus au principe de souveraineté étatique. S'il trouve sa légitimité dans l'impératif moral de sauvegarde des populations exposées à des crimes internationaux, tels que le génocide, les crimes contre l'humanité ou les violations graves du droit international humanitaire, il demeure néanmoins un concept juridiquement incertain, politiquement ambivalent, éthiquement controversé et opérationnellement fragile.

Sur le plan juridique, le droit d'ingérence ne constitue pas une norme positive clairement consacrée par le droit international classique. Il se heurte frontalement au principe de souveraineté des États, consacré notamment par la Charte des Nations unies, qui prohibe en principe toute intervention dans les affaires relevant de la compétence nationale d'un État. En vertu de ce cadre normatif, le recours à la force armée n'est licite qu'en cas de légitime défense ou lorsqu'il est autorisé par le Conseil de sécurité agissant au titre du Chapitre VII. Cette indétermination juridique a conduit à l'émergence de notions concurrentes, telles que la « responsabilité de protéger », sans pour autant dissiper les ambiguïtés normatives.

Sur le plan politique, l'analyse développée par Rony Brauman met en lumière le risque d'instrumentalisation inhérent à ce principe. En l'absence de mécanismes de régulation contraignants et universellement reconnus, le droit d'ingérence peut être mobilisé de manière sélective par les puissances étatiques au service d'intérêts géopolitiques, stratégiques ou économiques. Cette sélectivité, qui se traduit par une inégale mobilisation de la « communauté internationale » face aux crises, fragilise la crédibilité du dispositif et alimente la défiance des États concernés. Ces derniers interprètent fréquemment l'ingérence comme une atteinte à leur souveraineté, suscitant des réactions de résistance politique, de repli nationaliste ou de recomposition d'alliances internationales. En outre, les mécanismes décisionnels multilatéraux, notamment au sein du Conseil de sécurité, sont souvent paralysés par le jeu des vetos et la divergence des intérêts des grandes puissances, ce qui compromet la rapidité et l'efficacité des réponses internationales.

Sur le plan éthique, Brauman montre que le droit d'ingérence soulève une interrogation fondamentale relative à la légitimité de l'intervention : qui décide d'intervenir, au nom de quels principes et selon quels critères d'évaluation ? Cette problématique révèle le caractère potentiellement arbitraire et asymétrique de ce droit. En pratique, les interventions tendent à privilégier des contextes où les enjeux médiatiques ou stratégiques sont significatifs, laissant dans l'ombre des crises humanitaires pourtant comparables en intensité.

Enfin, sur le plan opérationnel et pratique, les interventions extérieures, qu'elles soient militaires ou humanitaires, ne garantissent nullement une stabilisation durable des États concernés. L'expérience empirique montre qu'elles peuvent, dans certains cas, produire des effets

contre-productifs : désorganisation des structures étatiques, exacerbation des tensions internes, dépendance à l'aide internationale ou encore prolongation des conflits. L'absence de stratégie de sortie claire et de reconstruction institutionnelle solide compromettent souvent la pérennité des résultats escomptés.

Ainsi, le droit d'ingérence apparaît moins comme un principe stabilisé du droit international que comme un espace de tensions normatives et politiques, révélateur des contradictions de l'ordre international contemporain. Dès lors, entre exigence de protection des populations et respect de la souveraineté étatique, son usage demeure profondément conditionné par des rapports de pouvoir, ce qui en limite la portée universelle et en fragilise la légitimité.

1.2. R2P : Droit institutionnalisé mais toujours controversé

La responsabilité de protéger (R2P) émerge au début des années 2000 comme une tentative de concilier la souveraineté des États avec l'impératif d'intervention face aux crimes de masse : génocide, crimes de guerre, nettoyage ethnique et crimes contre l'humanité. Contrairement au « droit d'ingérence », elle se limite strictement à ces quatre crimes, ce qui contribue à sa délimitation normative et juridique. Adoptée lors du Sommet mondial de 2005 par l'Assemblée générale des Nations unies, la R2P s'inscrit désormais comme un principe du droit international contemporain. Inspirée en partie de la tradition de la guerre juste (saint Augustin), elle marque une évolution majeure en plaçant la protection des populations au cœur de la gouvernance étatique.

Pour la R2P, la souveraineté implique ainsi une obligation de protection des populations, et non plus seulement de contrôle territorial. Donc, si l'État échoue à protéger la population, la communauté internationale doit réagir de manière graduée et proportionnée : mesures diplomatiques, sanctions économiques, actions judiciaires (notamment via la Cour pénale internationale) et, en dernier recours, intervention militaire autorisée par le Conseil de sécurité.

Cependant, malgré son institutionnalisation, la R2P demeure profondément controversée. Comme le souligne Rony Brauman, loin de s'être défait des tares du « droit d'ingérence », son application révèle aussi la persistance d'une forte politisation, marquée par la sélectivité des interventions et les intérêts des grandes puissances. Des crises comme le Rwanda, l'Irak ou la Libye illustrent les limites et les ambiguïtés de ce

principe. La R2P apparaît alors comme un paradigme hybride : à la fois avancée normative majeure et instrument politique contesté. Son universalité proclamée masque parfois des logiques de puissance, faisant d'elle moins un consensus juridique stabilisé qu'un espace de tensions entre légitimité morale et intérêts stratégiques.

Du conflit de compétence entre principe de neutralité, de protection et d'instrumentalisation politique

Les principes structurent toute action. Comme le rappelle Kant, « le devoir est la nécessité d'accomplir une action par respect pour la loi » (KANT, 1994 : 32), par respect pour les principes établis. En humanitaire, ces principes fondent la déontologie médicale, mais se heurtent aux réalités du terrain.

2.1. De la politisation de l'aide

« La pratique de la médecine dans un cadre humanitaire se caractérise, outre le désintéressement matériel de ses intervenants, par la faiblesse de ses moyens thérapeutiques (...) paracliniques (médicaments coûteux ou d'usage complexe) » (R. Brauman, 2000 : 9-10) et financiers. Donc, pour voler au secours des populations en situation de détresse, celle-ci fait nécessairement recours aux donateurs, tant privés que publics (États, organisations intergouvernementales...). Ce qui l'expose constamment à toutes sortes de manipulations ou de chantages.

Aussi faut-il souligner que « les organisations d'aide internationales se présentent fréquemment, et sont souvent perçues comme des détentrices (...) [de la] science du bien-être » (Brauman, 2000 : 16). Alors, « on attend beaucoup d'elles... » (Troubé, 2009 : 98). « On attend beaucoup d'elles », dans le sens où celles-ci ont une crédibilité vis-à-vis de l'opinion publique occidentale, parfois à cause de leur grande connaissance de la géographie et de la sociologie du monde. Elles ont aussi une voix qui porte. Cependant, cette détention d'informations fait très souvent, comme le disait Sylvie Brunel, et nous paraphrasons, des acteurs des instruments à la solde des puissances ou des États pour tâter le terrain, voire espionner d'autres nations lorsque ces puissances ne peuvent elles-mêmes s'y rendre ; ou encore devenir des instruments de diffusion de certaines idéologies telles que les droits de l'homme, la démocratie, des « entrepreneurs de paix » (Brauman, 2016 : 47), comme des diplomates, etc.

« Du point de vue des humanitaires privés, toutefois, cette position n'est pas acceptable, car elle les conduit à se placer sous l'autorité d'un acteur du conflit et, par conséquent, à abandonner leur situation d'extériorité par rapport aux parties belligérantes, condition de la délivrance impartiale de l'aide » (Brauman, 2016 : 48). De ce fait, la politisation de l'aide humanitaire renvoie à l'ensemble des processus par lesquels l'action humanitaire est influencée, orientée ou instrumentalisée par des considérations extérieures à sa finalité première, à savoir le secours impartial aux populations en détresse.

Cette influence peut émaner d'acteurs étatiques, militaires ou institutionnels, et se manifester à travers des logiques stratégiques, diplomatiques ou sécuritaires. Ainsi, loin d'être un espace neutre, à travers la mission de protection des populations confiée à l'humanitaire par la R2P, la médecine devient le prolongement indirect des rapports de puissance. Dans ce cadre, la « responsabilité de protéger » (R2P), censée renforcer la protection des populations civiles, n'a pas entièrement permis de neutraliser les tensions entre impératifs humanitaires et intérêts politiques. En pratique, l'action humanitaire continue d'être exposée à des logiques de sélection, de hiérarchisation et d'orientation des crises.

2.2. Dilemme : soigner sans cautionner

« Pourquoi ai-je voulu être médecin ? Suis-je vraiment disposé à la générosité qu'implique la prise en charge de l'Autre, incluant l'écoute, l'empathie (se mettre à la place de...), la responsabilité, etc. ? Quel est mon désir de soignant ? Qu'est-ce que je veux réparer de moi-même en réparant l'Autre ? Suis-je conscient de mon "pouvoir médical" et de son rôle dans la relation au malade ? » (Mattei et al., 2012 : 17).

Ces interrogations, au cœur de la déontologie médicale, devraient habiter en permanence la conscience du médecin. La pratique médicale exige en effet un haut degré d'humanisme et de responsabilité : la valeur humaine en constitue le fondement. Dans cette perspective, l'hôpital « [devrait être] une communauté de femmes et d'hommes au service du malade, traversée d'espérances et (...) préoccupée quotidiennement de médecine, de gestion et d'éthique en réponse à l'appel décisif du malade » (Hirsch, 2016 : 13). Cependant, des questions demeurent : jusqu'où s'étend cette responsabilité ? À quel moment partir d'une zone de conflit ? Quand refuser le silence ou désobéir à un État liberticide ? Comment

répondre à l'appel du malade sans encourager « une position victimaire » ou « une position d'ayant droit » ?

Ces interrogations dilemmatiques constantes sont au cœur de la médecine humanitaire. Intervenant dans des zones de conflit ou de rébellion, l'acteur médical est confronté à des tensions éthiques extrêmes. Soigner sans distinction relève d'une exigence fondamentale. Mais agir dans ces contextes ne revient-il pas, parfois, à cautionner des dynamiques politiques ou militaires ? Du point de vue médico-humanitaire, l'acte médical reste pourtant universel : il s'adresse à l'humain, sans distinction. Le risque est alors de se laisser piéger par le « silence, l'obéissance et la politique de la pitié ».

L'exemple de l'Éthiopie en 1985 est éclairant : lors de la famine de 1984-1985, l'aide humanitaire fut instrumentalisée par le régime de Mengistu. Nombre d'acteurs, au nom du devoir d'assistance et du choix de « garder le silence... faire son travail et obéir » (Brauman, 2006 : 144), ou de « rester auprès des victimes » (ibid : 146), ont contribué, malgré eux, à la déportation des populations. Ainsi, « le système de l'aide, devenu sourd et aveugle aux enjeux politiques de la situation, fournissait à un régime criminel les ressources symboliques et matérielles dont il avait besoin pour établir et étendre son contrôle sur une population de centaines de milliers de personnes » (Brauman, 2016 : 32).

Pour Brauman, la responsabilité médicale humanitaire doit impliquer aussi le refus. Dire non devient parfois une exigence éthique. Comme lors de la guerre du Rwanda, « une minorité d'ONG refusèrent de poursuivre leur travail dans de telles conditions. Elles se retirèrent, expliquant publiquement leur position », qui consiste à préserver les vies et non à les faire disparaître » (Brauman, 2016 : 32). À l'inverse, « la majorité de leurs consœurs firent le choix de rester jusqu'au bout, "crise humanitaire" oblige, au nom de la neutralité et de l'impérieuse nécessité de se tenir auprès des victimes » (ibid.). Le dilemme du « soigner sans cautionner » révèle ainsi une ambiguïté structurelle de l'action humanitaire, que la R2P ne supprime pas. Au regard de la persistance de l'ambiguïté à travers la R2P, Brauman propose un dialogue. Un dialogue qui nettoie l'humanitaire de toutes illusions et le pose avec lucidité dans son sens réel.

De la lucidité : l'éthique de l'intervention médicale humanitaire Chez Brauman

Pour Brauman, l'humanitaire doit renoncer à toute prétention messianique. Car l'humanitaire consiste non pas à transformer le monde, mais à atténuer sa souffrance. Et la compassion, qui n'est ni l'amour de l'humanité, constitue le fondement de l'action médicale humanitaire. Celle-ci repose sur une vulnérabilité partagée. L'« éthique de la lucidité » invite à reconnaître ce fait. Ce qui permet alors de reconnaître également les limites de l'action humanitaire, ses effets ambivalents et ses dépendances politiques. Elle implique une posture modeste, critique et indépendante. La compétence humanitaire, quant à elle, réside alors dans la définition de ses limites : agir là où l'État est défaillant, sans se substituer au politique.

3.1. De la compétence médicale humanitaire

Depuis quelque temps, le monde humanitaire connaît une mutation profonde et une expansion continue. Il se structure, se professionnalise, et la seule bonne volonté ne suffit plus. Les organisations recherchent désormais des professionnels et des spécialistes pour mener leurs missions. Malgré l'expérience acquise sur le terrain, trois questions demeurent essentielles pour penser avec justesse l'action des acteurs médicaux humanitaires : quel est le sens de l'action humanitaire ? L'acteur humanitaire est-il un acteur de paix ? La défense des droits de l'homme doit-elle être le moteur de son engagement ? Toutes ces interrogations convergent vers un point central : la compétence humanitaire et sa place dans la société. La compétence désigne une aptitude à exercer une fonction, un pouvoir.

Selon le Robert, elle est une « aptitude reconnue légalement à une autorité publique de faire tel ou tel acte dans des conditions déterminées » (Le Petit Robert : 486). Elle peut aussi être comprise comme l'ensemble des capacités intellectuelles, pratiques et théoriques orientant l'action. Cette analyse consiste à déterminer ce qui doit relever de l'espace du gouverné et ce qui ne l'est pas. C'est l'un des débats les plus manifestes du champ humanitaire, où s'opposent des visions parfois inconciliables. Pour certains, aucun espace ne doit limiter l'action des ONG : elles doivent intervenir partout où les droits de l'homme sont menacés. Se pensant comme des « contre-pouvoirs », elles s'affirment solidaires des populations. En effet, « imposées comme un acteur clé des grands enjeux de l'avenir », ces ONG se constituent « en tant que gardiennes d'une conscience morale dépassant les frontières, elles mettent en cause le

monopole des pouvoirs des États-nations sur leurs peuples » (DOUCIN, 2007 : 307).

Elles ambitionnent ainsi d'assainir l'espace public en se posant en défenseuses des humains. Dans cette perspective, la compétence ne repose plus seulement sur un savoir-faire technique, mais prend la forme d'un engagement militant. Cette école est celle des ONG développementalistes.

À l'inverse, d'autres acteurs, parmi lesquels figure MSF, estiment que seule la réponse aux besoins doit définir l'action humanitaire. C'est l'approche par les besoins développée par la plupart des urgentistes. Pour eux, « la compétence des ONG commence (...) comme leur nom l'indique, dans l'espace du non-gouverné » (TROUBÉ, 2006 : 231). Dans cette optique, l'action humanitaire s'inscrit dans un cadre précis : répondre aux besoins que l'État ne peut satisfaire. Donc, pour cette dernière école, les ONG « n'ont pas la compétence pour entreprendre des actions qui relèvent de politiques publiques » (TROUBÉ, 2006 : 231).

Cette position souligne que la spécificité de l'humanitaire réside dans les défaillances ou les limites de l'État et non dans le fait de se positionner comme un acteur politique dont le rôle est de créer un cadre idéal pour les personnes secourues. Si la politique a pour objet la gestion de la cité, la médecine humanitaire, elle, se met en mouvement à partir du « cri de l'homme en détresse (...) le cri de l'humanité (...) » (RYFMAN, 1999 : 14), sous-entendant que c'est celui qui souffre qui, en toute liberté et autonomie, appelle le médecin, et non le contraire.

3.2. Du Sens de la compassion à l'éthique de la lucidité chez Brauman

Le besoin de guérir l'homme et de combattre la souffrance, dans un engagement total et désintéressé, constitue le fondement même de la médecine. Ce désintéressement s'inscrivait déjà chez Hippocrate, pour qui la pratique médicale reposait sur une relation étroite entre le médecin et la personne souffrante, indépendamment de toute considération financière. Dès lors, la médecine apparaît moins comme un simple savoir technique que comme une pratique tournée vers autrui, portée par une vocation et une responsabilité éthique.

Puisque le médecin constitue le « meilleur défenseur de l'homme » (HIRSCH, 1990 : 60), ce dernier est investi d'une responsabilité qui le pousse vers les autres. Pour Brauman, dans le contexte humanitaire, le

médecin doit plutôt agir par compassion et non par émotion ni par pitié. Pour ce dernier, il n'est même pas nécessaire que l'acteur médical humanitaire utilise son art par amour, car l'amour est caractérisé par l'émotionnel et le sacrificiel. C'est pourquoi Brauman précise que la compassion à laquelle il fait référence en médecine humanitaire « n'est ni l'amour de l'humanité, ni une pulsion sacrificielle » (BRAUMAN, 2009 : 9). Cette distinction est très importante parce qu'elle sort l'action médicale humanitaire de toute sorte de paternalisme ou expose le médecin à des dangers inutiles.

Ainsi, différente de la « pitié », qui se pense loin des réalités que vivent les aidés et est parfois caractérisée par le dédain, la compassion braumanienne a pour fondement la réciprocité. Une sorte de partage qui permet de comprendre la vulnérabilité d'autrui en se disant que cette même vulnérabilité peut m'atteindre. Cette compassion constitue donc un engagement réfléchi, fondé sur la rigueur, la distance critique et la responsabilité. Elle n'est pas une alternative à l'analyse, mais son point de départ. C'est la raison pour laquelle Brauman récuse toute forme de « messianisme humanitaire », susceptible de justifier des ingérences excessives et de brouiller la frontière entre assistance et domination. Mais au-delà, il prône la lucidité comme l'éthique de toute intervention humanitaire. L'« éthique de la lucidité » développée par Brauman constitue une grille de lecture critique de l'action médicale humanitaire contemporaine. Elle s'adresse à la fois au médecin humanitaire, aux gouvernants et à l'opinion publique.

De ce fait, ce concept braumanien de lucidité invite d'abord tout le monde à se défaire de l'idée selon laquelle la compassion humanitaire aurait pour finalité le changement paradigmatique des réalités du monde ou la construction d'une humanité plus juste, plus équitable, avec une morale universellement acceptable. Cette lucidité permet alors de faire comprendre aux uns et aux autres l'illusion selon laquelle l'action humanitaire aurait vocation à soustraire l'humain à la pauvreté, à la vulnérabilité, à la souffrance, au vice, etc. Pour Brauman, croire à une telle chose constitue un manque de lucidité. Cette éthique permet également de guider l'acteur humanitaire dans le rôle qui est le sien : celui de permettre aux victimes de retrouver leur autonomie, leur capacité à se reprendre en charge, et non celui de civiliser l'humanité ou d'apporter aux autres peuples une façon occidentale de vivre prétendument meilleure que la leur.

C'est pourquoi Brauman souligne que, pour certaines interventions, il faut « adopt[er] un certain relativisme moral et culturel » (Brauman, 2006 : 54). L'éthique de la lucidité exige du médecin humanitaire un certain relativisme et parfois une distance vis-à-vis de ses connaissances occidentales afin d'accepter les jeux de « pouvoirs » et de « savoirs » des autres peuples. Enfin, cette éthique de la lucidité invite l'opinion internationale à sortir de l'illusion apolitique de l'action médicale humanitaire.

Celle-ci nous invite ainsi à sortir de nos pensées l'idée selon laquelle l'humanitaire serait totalement pur, neutre ou apolitique. Brauman soutient que l'action humanitaire, dans sa structuration actuelle, même animée par de bonnes intentions, produit des effets parfois négatifs. Elle peut renforcer un régime, prolonger un conflit ou créer une dépendance. C'est une ambiguïté parfois nécessaire pour avoir accès aux populations les plus vulnérables.

Conclusion

En définitive, l'analyse de la mutation du « droit d'ingérence » vers la « responsabilité de protéger » révèle moins l'avènement d'un paradigme entièrement nouveau qu'une reformulation institutionnalisée des tensions constitutives de l'action humanitaire contemporaine. Certes, la R2P marque une avancée normative importante en ce qu'elle cherche à encadrer juridiquement la protection des populations civiles face aux crimes de masse. Toutefois, cette évolution ne parvient pas à résoudre les contradictions fondamentales qui traversent l'ordre international : tension entre souveraineté et intervention, entre impératif moral et intérêts géopolitiques, entre neutralité humanitaire et instrumentalisation politique. À travers la lecture critique de Rony Brauman, il apparaît que l'humanitaire ne peut être pensé comme un instrument de transformation globale du monde ni comme le prolongement moral des politiques internationales.

Lorsqu'elle se laisse absorber par les logiques sécuritaires, diplomatiques ou idéologiques, l'action humanitaire risque de perdre son autonomie éthique et de devenir un acteur indirect des rapports de puissance qu'elle prétend dépasser. L'expérience de certaines interventions, notamment en Somalie, en Éthiopie ou au Rwanda, montre que la volonté de protéger peut parfois produire des effets

ambivalents : prolongation des conflits, légitimation de régimes violents, ou encore participation involontaire à des mécanismes de domination. Dès lors, la réflexion braumanienne invite à redéfinir le sens même de l'intervention médicale humanitaire. Celle-ci ne saurait reposer sur une logique messianique, compassionnelle ou civilisatrice. Elle doit au contraire s'inscrire dans une éthique de la lucidité, fondée sur la conscience des limites de l'action humanitaire, de ses dépendances politiques et de ses effets parfois contradictoires.

Cette lucidité implique une posture critique, modeste et indépendante, centrée non sur la gouvernance des sociétés, mais sur le soulagement concret des souffrances humaines. Ainsi, la compétence propre de l'humanitaire réside moins dans la prétention à réorganiser le politique que dans sa capacité à intervenir dans les espaces de vulnérabilité laissés vacants par les défaillances étatiques. En ce sens, la médecine humanitaire trouve sa légitimité non dans l'exercice d'un pouvoir, mais dans une réponse responsable au « cri de l'homme en détresse ». Penser l'humanitaire à partir de cette limite constitue sans doute la condition nécessaire pour préserver son sens, son autonomie et sa crédibilité dans les recompositions contemporaines de l'ordre international.

Bibliographie

BRAUMAN Rony, 1993. *Devant le mal Rwanda : un génocide en direct*, Arléa, Paris.

KANT Emmanuel, 1994. *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Garnier Flammarion, Paris.

BRAUMAN Rony, 2000. *Utopies sanitaires*, Le pommier-fayard, Paris.

TROUBÉ Christian, 2009. *L'humanitaire, un business comme les autres ?* Larousse, Paris.

BRAUMAN Rony, 2018. *La médecine humanitaire*, Que sais-je, Paris.

MATTEI Jean-François et Claude Dreux, 2012. *Santé, égalité, solidarité : des propositions pour humaniser la santé*, springer, Paris.

HIRSCH Emmanuel, 2016. *Le soin, une valeur de la république : ce que soigner signifie*, les belles lettres, Paris.

BRAUMAN Rony, 2006. *Penser dans l'urgence*, Seuil, Paris.

BRAUMAN Rony, 2016. *Diplomatie de l'ingérence*, Elitys, Bordeaux.

TROUBÉ Christian, 2006. *L'humanitaire en turbulences : les ONG face aux défis de la solidarité internationale*, Autrement, Paris.

RYFMAN Philippe, 1999. *La question humanitaire : histoire, problématiques, acteurs et enjeux de l'aide humanitaire internationale*, Ellipses, Paris.

HIRSCH Emmanuel, 1990. *Médecine et éthique : le devoir d'humanité*, Cerf, Paris.

BRAUMAN Rony, 2009. *Humanitaire, diplomatie et droit de l'homme*, Paris, Cygne.